

REGIERUNGSRAT

Regierungsgebäude, 5001 Aarau
Telefon 062 835 12 40, Fax 062 835 12 50
regierungsrat@ag.ch
www.ag.ch/regierungsrat

A-Post Plus
Bundesamt für Gesundheit
Schwarzenburgstrasse 157
3003 Bern

17. Oktober 2018

Änderung der Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Kostenneutralität und Bedarfsermittlung); Vernehmlassung

Sehr geehrte Damen und Herren

Wir danken Ihnen für die Möglichkeit, zum Entwurf der Änderung der Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Kostenneutralität und Bedarfsermittlung) Stellung nehmen zu können.

1. Kostenneutralität der Pflegebeiträge

1.1 Allgemeine Bemerkungen

Das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) hat die Neuordnung der Pflegefinanzierung (NPF) evaluieren lassen und zudem berechnet, ob die Einführung für die Obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) kostenneutral erfolgt ist. Gemäss den Übergangsbestimmungen zur Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) vom 13. Juni 2008 (Pflegefinanzierung) hatten die Kantone drei Jahre Zeit, die geltenden Tarife und Tarifverträge an die vom Bundesrat festgesetzten Beiträge der OKP an die Pflegeleistungen anzupassen. Die Neuordnung der Pflegefinanzierung ist am 1. Januar 2011 in Kraft getreten und die Übergangsfrist lief bis am 31. Dezember 2013. Die Kostenneutralitätsberechnung des Bundesamts für Gesundheit (BAG) kommt zum Schluss, dass die Kostenneutralität für die OKP nicht eingehalten worden sei: Die OKP sei ab 1. Januar 2014 im Vergleich zu 2010 bei den Beiträgen an die Pflegeheime entlastet und bei denjenigen an die Spitex und freiberufliche Pflegefachpersonen zusätzlich belastet worden. Das EDI schlägt deshalb Anpassungen der Beiträge gemäss Art. 7a der Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) vor: Die Pflegeheime sollen künftig höhere, Spitex und freiberufliche Pflegefachpersonen dagegen tiefere Beiträge der OKP erhalten.

Aus den folgenden Gründen lehnen wir die Senkung der Beiträge für Spitex und freiberufliche Pflegefachpersonen ab und fordern signifikante Erhöhungen aller Beiträge gemäss Art. 7a KLV:

- I. Für die Kostenneutralitätsberechnungen werden Annahmen getroffen, deren Berechtigung und Aussagekraft wir in Frage stellen¹. Insbesondere veränderte sich die Leistungsstruktur bei der Spitex seit 2011 deutlich: Der Anteil der günstigsten Leistung (Grundpflege) sinkt kontinuierlich, während der Anteil der Abklärung, Beratung und Koordination sowie der Untersuchung und Behandlung steigt. Die Kostenneutralitätsberechnung berücksichtigt diese Entwicklung nicht. Weiter ist nicht nachvollziehbar, wie von einem Nullwachstum bei den Löhnen ausgegangen werden kann. Gemäss Bundesamt für Statistik sind die Löhne im Gesundheitswesen von 2010–2016 um rund 5 % gestiegen. In Heimen sind sie im gleichen Zeitraum um über 2 % gestiegen. Beim unteren Kader und in Funktionen ohne Kaderfunktion, was einen Grossteil des Pflegepersonals betrifft, sogar um 4–6 %.
- II. Das EDI hält in seiner Stellungnahme zur Evaluation der NPF vom 4. Juli 2018 als eines der Ziele der NPF fest, dass der Finanzierungsanteil der OKP an den Kosten der Pflegeleistungen nicht ansteigen soll² und gleichzeitig hat die Evaluation der NPF von infras ergeben, dass der Finanzierungsanteil der OKP bei der ambulanten Pflege nicht angestiegen, sondern gar um 2 Prozentpunkte gesunken ist³. Die in der Vorlage vorgeschlagene Senkung der OKP-Beiträge für Spitex und freiberufliche Pflegefachpersonen ist deshalb nicht nachvollziehbar, weshalb wir sie ablehnen.
- III. Der Schlussbericht der Evaluation der NPF zeigt auf, dass Kantone und Gemeinden eine hohe finanzielle Zusatzbelastung tragen und dass die Kantone und Gemeinden in den Folgejahren der NPF ihre Beiträge an die Pflegeheime und Spitex-Organisationen stetig erhöht haben. Dass diese Entwicklung seit 2014 weitergeht, zeigt deutlich, dass die Kostenverschiebung von der OKP zu den Kantonen und Gemeinden nicht nur eine Folge des Systemwechsels zur NPF ist. Der Finanzierungsanteil der Kantone und Gemeinden wird weiterwachsen, wenn keine Gegenmassnahmen ergriffen werden. Es ist nicht akzeptabel, dass Kantone und Gemeinden das Kostenwachstum der Pflege zu 100 % tragen. Dies auch deshalb, weil einzig die Krankenversicherer im Einzelfall die Wirtschaftlichkeit der Leistungen (Pflege durch Spitex versus Pflege im Pflegeheim) prüfen können und auch Gerichte bei einer Wirtschaftlichkeitsüberprüfung nur die Kosten für die OKP einbeziehen.
- IV. Die Spitex-Organisationen pflegen nicht nur alte Menschen in sogenannter Langzeitpflege, sondern zunehmend auch jüngere Menschen, die dank der Spitex das Spital früher verlassen können oder sich gar nicht erst in stationäre Spitalbehandlung begeben müssen. Der Kanton Aargau verfolgt die Strategie "ambulant vor stationär". Die Senkung der OKP-Beiträge für Spitex setzt in diesem Zusammenhang ein völlig falsches Signal und untergräbt die erwähnte Strategie.
- V. Neu kommt dazu, dass aufgrund der durch das Bundesverwaltungsgericht als unzureichend beurteilten rechtlichen Grundlage die Leistungserbringer der Pflege die Kosten des Pflegematerials der OKP nicht mehr separat in Rechnung stellen können. Die Finanzierungslücke ist nach Ansicht des BAG durch die Restfinanzierer zu schliessen. Für uns ist diese weitere Kostenverschiebung hin zu den Gemeinden nicht akzeptabel. Wir verlangen mit Nachdruck, dass die KLV-Änderung auch diese aktuelle Entwicklung berücksichtigt.
Die OKP hat die Pflegematerialien vor 2011 und bis mindestens Ende 2017 bezahlt. Das Weiterführen dieser Finanzierungslösung würde also für die OKP kostenneutral erfolgen. Die Finanzierung von Pflegematerialien durch die Gemeinden ist auch deshalb abzulehnen, weil nur der Kran-

¹ Vgl. Erläuternder Bericht, Ziffer 2.1.10 Seite 10, Ziffer 3.1.6, Seite 14 und Ziffer 3.1.7, Seite 16

² Vgl. Stellungnahme des Eidgenössischen Departements des Innern (EDI) zur Evaluation der Neuordnung der Pflegefinanzierung vom 4. Juli 2018, Seite 1.

³ Vgl. Evaluation der Neuordnung der Pflegefinanzierung. Schlussbericht, Seite 64 und Evaluation der Neuordnung der Pflegefinanzierung. Executive Summary, Seite 7.

kenversicherer die für die Rechnungskontrolle notwendigen Informationen erhält und nur er prüfen kann, ob die Wahl und der Einsatz der Materialien nach den Kriterien der Wirtschaftlichkeit, Zweckmässigkeit und Wirksamkeit erfolgt.

- VI. Die OKP-Beiträge für Leistungen der Pflegeheime sind grundsätzlich nach dem Pflegebedarf (in 20-Minuten-Schritten) abgestuft. Bei einem Pflegebedarf von mehr als 220 Minuten pro Tag soll jedoch wie bisher keine Differenzierung mehr vorgenommen und der Beitrag limitiert werden. Diese, seit 2011 geltende Regelung ist nicht sachgerecht. Da sich die OKP bei schwersten Pflegefällen nicht proportional zum Pflegeaufwand beteiligt, müssen die Gemeinden die hohen zusätzlichen Kosten alleine tragen. Gerade bei beatmeten Patientinnen und Patienten oder im Bereich Gerontopsychiatrie sind die zusätzlichen Kosten gewaltig. Die anteilmässige Beteiligung der OKP ist deshalb auch bei einem Pflegebedarf von mehr als 220 Minuten pro Tag in Art. 7a Abs. 3 KLV zu verankern.

Dass den unter III. und V. geschilderten Entwicklungen in den Vorschlägen des EDI nicht Rechnung getragen wird, entspricht nicht einem breiten politischen Willen (Mo. 18.3425, Po. 16.3352/Frage 18.5133, Mo. 18.3710).

Eine unterjährige Einführung angepasster OKP-Beiträge ist nicht praktikabel, da die Kantone aufgrund der Beitragsänderungen für ein Kalenderjahr zwei verschiedene Patientenbeteiligungen und zwei verschiedene Restfinanzierungen vorgeben müssten, was zu einem unverhältnismässigen administrativen Mehraufwand bei den Leistungserbringern führen würde. Da zudem ein grosser Teil der Leistungsbeziehenden Ergänzungsleistungen (EL) erhält, müssten schweizweit mehrere zehntausend EL-Verfügungen zusätzlich Mitte Jahr statt wie üblich nur per Jahresanfang (wegen höheren Durchschnittsprämien oder höheren AHV-Renten) angepasst werden, was zu einem enormen Zusatzaufwand für die SVA Aargau führen würde. Wir regen deshalb an, den Einführungszeitpunkt auf einen Jahresanfang zu legen.

1.2 Anträge

Konkret fordern wir,

- a) dass die jetzige Anpassung der Beiträge gemäss Art. 7a Abs. 1 und 3 KLV die Kostenentwicklung der Pflege der letzten Jahre, insbesondere ab 2014 bis zum Zeitpunkt des Inkrafttretens der angepassten Beiträge, berücksichtigt;
- b) dass in der KLV festgehalten wird, dass die Beiträge gemäss Art. 7a Abs. 1 und 3 KLV mindestens alle drei Jahre an die Kostenentwicklung in der Pflege angepasst werden;
- c) dass die KLV dahingehend zu ändern ist, dass Leistungserbringer gemäss Art. 7 Abs. 1 KLV (freiberufliche Pflegefachpersonen, Spitex und Pflegeheime) Pflegematerialien der OKP in Rechnung stellen können, unabhängig davon, ob es sich um eine Abgabe im Sinne der Mittel und Gegenständeliste (MiGeL) oder um Pflegematerial handelt, welches in der Pflege angewendet wird. Die bisherige Finanzierung soll legalisiert und weitergeführt werden. Alternativ könnten für die Pflegeheime die Kosten der Pflegematerialien in die OKP-Beiträge eingerechnet werden. Spitex und freiberufliche Pflegefachpersonen müssen die Möglichkeit erhalten, das Pflegematerial separat abzurechnen;
- d) dass die Anpassungen bezüglich der Pflegematerialien in einem beschleunigten Verfahren auf den 1. Januar 2019 in Kraft gesetzt werden;
- e) dass die OKP-Beiträge für Leistungen der Pflegeheime (Art. 7a Abs. 3 KLV) auch bei einem Pflegebedarf von mehr als 220 Minuten pro Tag in 20-Minuten-Schritten abgestuft werden, indem die bestehenden Pflegestufen gemäss Art. 7a Abs. 3 KLV um sechs auf insgesamt achtzehn Stufen erhöht werden.

2. Bedarfsermittlung und Mindestanforderungen an Pflegebedarfsermittlungssysteme

2.1 Allgemeine Bemerkungen

Die vorgeschlagenen KLV-Änderungen zur ärztlichen Anordnung, Bedarfsermittlung und zu den Mindestanforderungen an die Pflegebedarfsermittlungssysteme gehen in die richtige Richtung. Der Regierungsrat begrüsst die Mehrheit der Änderungen im Grundsatz. Er teilt indes die Meinung der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK), dass zwecks Vermeidung von Mengenausweitungen und der damit einhergehenden Gefahr der Kostensteigerung verschiedene Ergänzungen erforderlich sind.

Im erläuternden Bericht fehlen Informationen zu den Kostenfolgen der Änderungen zur Pflegebedarfsermittlung in Pflegeheimen⁴. Die Anbieter der Instrumente RAI/RUG und BESA machen aktuell geltend, dass ihre Instrumente den Zeitbedarf der Pflege in vielen Fällen erheblich unterschätzen und dass Anpassungen vorzunehmen sind. Neben der Frage, welche Kostenfolgen diese Anpassungen hätten, stellt sich auch die Frage, welche Instanz legitimiert ist, die Güte einer Zeitstudie zu beurteilen und die Anpassungen in den Instrumenten zu veranlassen.

Wir gehen davon aus, dass die aktuell verwendeten Instrumente zur Bedarfsermittlung in Pflegeheimen (BESA, RAI/RUG und Plaisir) sowie neue Instrumente (zum Beispiel InterRAI) grundsätzlich auch weiterhin zur Anwendung kommen können und dass die Instrumente nicht dazu degradiert werden, nur noch den Zeitbedarf zu ermitteln. Es ist wichtig, dass die Instrumente ihre Funktion zur Reflexion und Planung der adäquaten Pflege behalten.

2.2 Zu einzelnen Bestimmungen:

Art. 7 Abs. 2 lit. a Ziff. 1; Art. 8 Abs. 1; Art. 8a Abs. 1 KLV

Die KLV-Änderung sieht vor, dass die ärztliche Anordnung von Pflegeleistungen künftig weniger umfassend sein muss als heute: Die Ärztin oder der Arzt ordnet Pflege an, die Pflegefachperson führt die Bedarfsermittlung durch. Neu erfolgt die Bedarfsermittlung für Massnahmen der Ermittlung, Beratung und Koordination sowie Massnahmen der Grundpflege eigenverantwortlich durch die Pflegefachperson. Nur für Massnahmen der Untersuchung und Behandlung erfolgt die Bedarfsermittlung in Zusammenarbeit mit der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt. Wir begrüssen diese Änderung im Grundsatz, welche den Pflegefachpersonen mehr Verantwortung zuschreibt. Die Änderung geht in die richtige Richtung. Damit die Gefahr einer Mengenausweitung bei Leistungen gemäss Art. 7 Abs. 2 lit. a und c KLV eingedämmt werden kann, ist Art. 8a Abs. 1 lit. a KLV gemäss nachfolgenden Erwägungen zu modifizieren.

Art. 8 Abs. 3 KLV

Bei Personen, die eine Hilflosenentschädigung Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHV), der Invalidenversicherung (IV) oder der Unfallversicherung (UV) wegen mittlerer oder schwerer Hilflosigkeit erhalten, gilt die ärztliche Anordnung unbefristet. Wird die Hilflosenentschädigung einer Revision unterzogen, ist die ärztliche Anordnung zu erneuern. Die KLV-Änderung sieht hier keine Änderung vor. Wir regen an, diese sinnvolle Regelung auf die leichte Hilflosigkeit auszudehnen. Auch Personen mit leichter Hilflosigkeit sind Langzeitpatientinnen oder Langzeitpatienten und es ist sinnvoll, sie bezüglich der ärztlichen Anordnung gleich zu behandeln wie Personen mit mittlerer oder schwerer Hilflosigkeit.

⁴ Im erläuternden Bericht wird ein INFRAS-Bericht vom 10. März 2017 erwähnt, der jedoch trotz Klammerbemerkung "Link" nicht verlinkt wurde.

Art. 8a Abs. 1 lit. a KLV

Die Bedarfsermittlung für Massnahmen der Ermittlung, Beratung und Koordination sowie für Massnahmen der Grundpflege soll neu nicht mehr in Zusammenarbeit mit der Ärztin oder dem Arzt, sondern durch eine Pflegefachperson in Zusammenarbeit mit der Patientin oder dem Patienten oder deren Angehörigen erfolgen; das Ergebnis der Ermittlung soll der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt lediglich noch "zur Information" weitergegeben werden (Art. 8a Abs. 1 lit. a KLV). Mit der vorgeschlagenen Regelung fällt sowohl bei der Krankenpflege im Pflegeheim als auch bei der ambulanten Pflege das Erfordernis einer ärztlichen Bestätigung des mengenmässigen Pflegebedarfs ersatzlos weg. Damit wird den Pflegefachpersonen die Möglichkeit zur unlimitierten Verschreibung von Pflegeleistungen eingeräumt. Umfang, Häufigkeit und Dauer des Einsatzes können nicht mehr wie bisher von der Ärztin oder vom Arzt begrenzt werden.

Der Bundesrat hat in seiner Stellungnahme vom 23. März 2016 zur (11.418) Parlamentarischen Initiative Rudolf Joder "Gesetzliche Anerkennung der Verantwortung der Pflege" die Verschreibung von Pflegeleistungen ohne ärztliche Kontrolle aufgrund der Gefahr von Kostensteigerung und Mengenausweitung abgelehnt. Im Kommentar zur vorliegend geplanten Änderung wird zudem vom EDI bezüglich ambulanter Krankenpflege festgehalten, dass "aus der ökonomischen Perspektive für diese Leistungserbringer ein Anreiz zur Erbringung von möglichst vielen Leistungen" besteht, "denn mit jeder für die Abklärung, Beratung und Koordination sowie die Grundpflege eingesetzten Stunde steigt die Vergütung der OKP und der Restfinanzierung" (Seite 22). Es besteht somit die Gefahr, dass insbesondere private Leistungserbringer ohne Leistungsauftrag der öffentlichen Hand die Pflegefachpersonen zur Verschreibung möglichst vieler Pflegestunden anhalten werden. Die pflegebedürftigen Personen selber werden sich gegen eine zu grosszügig bemessene Grundpflege, die ja immerhin im Grundsatz von der Ärztin oder vom Arzt verschrieben wird, kaum zur Wehr setzen, zumal die Kostenbeteiligung zulasten der Patienten limitiert ist.

Vor diesem Hintergrund und unter Berücksichtigung des Anliegens einer erhöhten Anerkennung der Verantwortung der Pflege, schlagen wir vor, die Pflegefachpersonen (wie vom EDI vorgeschlagen) zur Bestimmung des Pflegebedarfs zu ermächtigen, jedoch der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt bei unangemessener Bedarfserhebung ein Vetorecht einzuräumen. Dies wird präventiv dazu führen, dass der Pflegebedarf von vornherein sachgerecht ermittelt wird. Entsprechend regen wir an, Art. 8a Abs. 1 lit. a KLV wie untenstehend ausgeführt zu modifizieren.

Weiter schlagen wir vor, die Formulierung "in Zusammenarbeit" mit "unter Einbezug" zu ersetzen, weil der Begriff "Zusammenarbeit" in diesem Zusammenhang nicht passt.

"für Leistungen nach Artikel 7 Absatz 2 Buchstabe a und c: durch eine Pflegefachfrau oder einen Pflegefachmann (~~Art. 49 KVV) in Zusammenarbeit mit~~ unter Einbezug der Patientin oder des Patienten und gegebenenfalls dessen oder deren Angehörigen; die Ermittlung ist der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt zur Information weiterzugeben. Ist die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt der Auffassung, dass der von der Pflegefachperson festgelegte Pflegebedarf nicht angemessen ist, teilt er dies der Pflegefachperson unter Kopie an den Versicherer innert fünf Arbeitstagen nach Erhalt der Information mit und legt in der Folge den Pflegebedarf in Zusammenarbeit mit der Pflegefachperson fest."

Art. 8a Abs. 1 lit. a und b KLV

Neu sollen für Pflegefachpersonen, welche die Bedarfsermittlung gemäss Art. 8a KLV durchführen dürfen, die gleichen Voraussetzungen gelten wie für Pflegefachpersonen, welche gemäss Art. 49 der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) freiberuflich Leistungen erbringen können. Neben dem Nachweis des Diploms ihrer Ausbildung wird eine zweijährige praktische Tätigkeit im Pflegeberuf verlangt.

Wir lehnen diese Änderung ab: Das Diplom gemäss Art. 49 lit. a KVV ist als Voraussetzung ausreichend. Auch das EDI hält im erläuternden Bericht fest: *"Aufgrund ihrer Ausbildung sind diplomierte Pflegefachkräfte (sowohl mit HF-Diplom als auch mit Bachelor FH) namentlich in der Lage, selbstständig eine Pflegediagnose zu stellen, den Pflegebedarf zu beurteilen und die erforderlichen Massnahmen zu treffen."* Auf die Voraussetzung der zweijährigen praktischen Tätigkeit muss verzichtet werden. Es ist nicht sinnvoll, für Pflegeheime und Spitex-Organisationen eine Hürde einzubauen, welche diese Arbeitgeber für den Berufseinstieg unattraktiv macht. Zudem sehen wir die Kontrolle der zwei Jahre Berufserfahrung mit verschiedenen Vollzugsproblemen und damit unverhältnismässig hohem administrativem Aufwand verbunden.

Zentral ist, dass die Bedarfsermittlung in jedem Fall mit einem validierten Instrument erfolgt und die Pflegefachpersonen auf dem entsprechenden Instrument geschult sind. Weil das EDI hierzu keine verbindlichen Vorgaben macht, schlagen wir einen neuen Absatz 6 in Art. 8a KLV vor:

"Der Kanton kann für die in seinem Gebiet tätigen Leistungserbringer die für die Bedarfsermittlung zulässigen Instrumente festlegen."

Art. 8b Abs. 2 und 3 KLV

Wir begrüssen die Präzisierung zur Bedarfsermittlung in Pflegeheimen. Insbesondere erachten wir es grundsätzlich als sinnvoll, dass gemäss Art. 8b Abs. 3 KLV jedes Instrument auf Basis von in der Schweiz durchgeführten, repräsentativen Zeitstudien überprüft und geeicht werden muss. Um aber sicherzustellen, dass nicht jedes Instrument in der ganzen Schweiz überprüft werden muss, fordern wir folgende Präzisierung von Art. 8b Abs. 3 KLV:

"Das für die Bedarfsermittlung in Pflegeheimen verwendete Instrument muss sich für die Bestimmung der zu erbringenden Pflegeleistungen auf in der Schweiz durchgeführte, für die Gesamtheit der Patientinnen und Patienten von Pflegeheimen repräsentative Zeitstudien stützen, welche die tatsächlich erbrachten Pflegeleistungen aufzeigen. Die Zeitstudien zu einem Instrument sind in Kantonen durchzuführen, in welchen das entsprechende Instrument zur Anwendung kommt. Die von den Zeitstudien angewendete Methode muss wissenschaftlich anerkannt und geeignet sein, eine Unterscheidung von Pflegeleistungen und anderen Leistungen vorzunehmen."

Weiter ist für die Umsetzung von Art. 8b Abs. 3 KLV eine Übergangsfrist erforderlich, weil nicht verlangt werden kann, dass bei Inkrafttreten die entsprechenden Zeitstudien bereits vorliegen. Wir beantragen, eine zweijährige Übergangsfrist einzuräumen.

Art. 8b Abs. 4 KLV

Wir begrüssen diese Präzisierung zu den Bedarfsermittlungsinstrumenten, lehnen aber ab, dass sie sich nur auf Pflegeheime bezieht. Wir fordern, dass Art. 8b Abs. 4 KLV in Art. 8a verschoben und wie folgt angepasst wird:

"Das für die Bedarfsermittlung ~~in Pflegeheimen~~ verwendete Instrument muss die Ermittlung von Daten zu medizinischen Qualitätsindikatoren mittels Routinedaten (Art. 59a Abs. 1 Bst. f KVG) ermöglichen."

Art. 8c Abs. 1 und 2 KLV

Neu müssen auch die Pflegeheime mit den Versicherern Kontroll- und Schlichtungsverfahren vereinbaren. Gemäss Art. 25a Abs. 3 KVG regelt "der Bundesrat" das Verfahren der Bedarfsermittlung. Die konkrete Methodik zur Ermittlung des Pflegebedarfs sollte deshalb grundsätzlich auf gesamtschweizerischer Ebene festgelegt werden. Eine Delegation an die Tarifpartner erscheint aber gleichwohl möglich. Da diese Instrumente gesamtschweizerisch zu entwickeln, zu kalibrieren und anzuwenden sind, erachten wir schweizweite Verhandlungen (Absatz 1) und eine nationale Regelung im Streitfall (Absatz 2) als zwingend. Andernfalls müsste eine Festlegung durch den Bundesrat ohne Delegation an die Tarifpartner erfolgen.

Konkret schlagen wir folgende Modifikation von Art. 8c vor:

Absatz 1

"Die Leistungserbringer nach Artikel 7 Absatz 1 und die Versicherer *legen das Verfahren zur Ermittlung des Pflegebedarfs gemeinsam fest und vereinbaren für die ganze Schweiz* das Kontroll- und Schlichtungsverfahren."

Absatz 2

~~"Im vertragslosen Zustand Kommt keine Einigung zustande, setzt die Kantonsregierung der Bundesrat~~ nach Anhören der Beteiligten ~~und der Kantone~~ *das Verfahren zur Ermittlung des Pflegebedarfs sowie das Kontroll- und Schlichtungsverfahren fest.*"

Art. 8c Abs. 3 KLV

Gemäss erläuterndem Bericht schliesst dieser Absatz die "geordnete und effiziente Weiterentwicklung der Systeme" ein. Dem Wortlaut des Absatzes ist dies zu wenig deutlich zu entnehmen. Wir schlagen deshalb vor, den Absatz wie folgt zu ändern:

"Das Kontrollverfahren dient der Überprüfung und *Weiterentwicklung* der Bedarfsermittlungssysteme sowie der Kontrolle der Zweckmässigkeit und der Wirtschaftlichkeit der Leistungen."

Art. 8c Abs. 4 KLV

Bei Leistungserbringern gemäss Art. 7 Abs. 1 lit. a und b KLV kann die Bedarfsermittlung durch die Vertrauensärztin oder den Vertrauensarzt überprüft werden, wenn voraussichtlich mehr als 60 Stunden pro Quartal benötigt werden. Aber auch bei voraussichtlich weniger als 60 Stunden pro Quartal kann eine solche Überprüfung gemacht werden.

Das Projekt 4.1 der Nationalen Demenzstrategie hat gezeigt, dass Menschen mit Demenz meist einen erhöhten Bedarf an Pflegeleistungen aufweisen, weil bei ihnen die einzelnen Leistungen mit mehr Zeitaufwand verbunden sind als bei Menschen ohne Demenz. Wir regen deshalb an, dass die vertrauensärztliche Überprüfung bei Menschen mit Demenz erst ab 120 Stunden pro Quartal vorgesehen wird oder dass gänzlich auf eine "Limitierung" (also auf die Nennung der 60 Stunden pro Quartal) verzichtet wird und nur noch die systematischen Stichproben genannt werden.

Wir danken Ihnen für die Berücksichtigung unserer Vernehmlassung.

Freundliche Grüsse

Im Namen des Regierungsrats

Alex Hürzeler
Landammann

Vincenza Trivigno
Staatsschreiberin

Beilage

- Auswertungsformular

Kopie

- abteilung-leistung@bag.admin.ch
- gever@bag.admin.ch

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation / Kanton : Regierungsrat des Kantons Aargau

Abkürzung der Firma / Organisation : RR AG

Adresse : Regierungsgebäude, 5001 Aarau

Kontaktperson : Barbara Hürlimann, Leiterin Abteilung Gesundheit

Telefon : 062 835 29 28

E-Mail : barbara.huerlimann@ag.ch

Datum : 17. Oktober 2018

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen!
2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen möchten, so können Sie unter "Extras/Dokumentenschutz aufheben" den Schreibschutz aufheben.
3. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **bis am 26. Oktober 2018** an folgende E-mail Adressen: abteilung-leistung@bag.admin.ch
gever@bag.admin.ch

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV)

Name / Firma (bitte auf der ersten Seite angegebene Abkürzung verwenden)	Allgemeine Bemerkungen		
RR AG	Art. 7 Abs. 2 lit. a Ziff. 1; Art. 8 Abs. 1; Art. 8a Abs. 1 der Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) Die KLV-Änderung sieht vor, dass die ärztliche Anordnung von Pflegeleistungen künftig weniger umfassend sein muss als heute: Die Ärztin oder der Arzt ordnet Pflege an, die Pflegefachperson führt die Bedarfsermittlung durch. Neu erfolgt die Bedarfsermittlung für Massnahmen der Ermittlung, Beratung und Koordination sowie Massnahmen der Grundpflege eigenverantwortlich durch die Pflegefachperson. Nur für Massnahmen der Untersuchung und Behandlung erfolgt die Bedarfsermittlung in Zusammenarbeit mit der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt. Wir begrüssen diese Änderung im Grundsatz, welche den Pflegefachpersonen mehr Verantwortung zuschreibt. Die Änderung geht in die richtige Richtung. Damit die Gefahr einer Mengenausweitung bei Leistungen gemäss Art. 7 Abs. 2 lit. a und c KLV eingedämmt werden kann, ist Art. 8a im Abs. 1 lit. a KLV gemäss nachfolgenden Erwägungen zu modifizieren.		
Name / Firma	Artikel	Kommentar / Bemerkungen	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
RR AG	Art. 8 Abs. 3 KLV	Bei Personen, die eine Hilflosenentschädigung der Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHV), der Invalidenversicherung (IV) oder der Unfallversicherung (UV) wegen mittlerer oder schwerer Hilflosigkeit erhalten, gilt die ärztliche Anordnung unbefristet. Wird die Hilflosenentschädigung einer Revision unterzogen, ist die ärztliche Anordnung zu erneuern. Die KLV-Änderung sieht hier keine Änderung vor. Wir regen an, diese sinnvolle Regelung auf die leichte Hilflosigkeit auszudehnen. Auch Personen mit leichter Hilflosigkeit sind Langzeitpatientinnen oder Langzeitpatienten und es ist sinnvoll, sie bezüglich der ärztlichen Anordnung gleich zu behandeln wie Personen mit mittlerer oder schwerer Hilflosigkeit.	
RR AG	Art. 8	Die Bedarfsermittlung für Massnahmen der Ermittlung,	"für Leistungen nach Artikel 7 Absatz

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

	Abs. 3 KLV	Beratung und Koordination sowie für Massnahmen der Grundpflege soll neu nicht mehr in Zusammenarbeit mit der Ärztin oder dem Arzt, sondern durch eine Pflegefachperson in Zusammenarbeit mit der Patientin oder dem Patienten oder deren Angehörigen erfolgen; das Ergebnis der Ermittlung soll der behandelten Ärztin oder dem behandelnden Arzt lediglich noch "zur Information" weitergegeben werden (Art. 8a Abs. 1 lit. a KLV). Mit der vorgeschlagenen Regelung fällt sowohl bei der Krankenpflege im Pflegeheim als auch bei der ambulanten Pflege das Erfordernis einer ärztlichen Bestätigung des mengenmässigen Pflegebedarfs ersatzlos weg. Damit wird den Pflegefachpersonen die Möglichkeit zur unlimitierten Verschreibung von Pflegeleistungen eingeräumt. Umfang, Häufigkeit und Dauer des Einsatzes können nicht mehr wie bisher von der Ärztin oder vom Arzt begrenzt werden. Der Bundesrat hat in seiner Stellungnahme vom 23. März 2016 zur (11.418) Parlamentarischen Initiative Rudolf Joder "Gesetzliche Anerkennung der Verantwortung der Pflege" die Verschreibung von Pflegeleistungen ohne ärztliche Kontrolle aufgrund der Gefahr von Kostensteigerung und Mengenausweitung abgelehnt. Im Kommentar zur vorliegend geplanten Änderung wird zudem vom EDI bezüglich ambulanter Krankenpflege festgehalten, dass "aus der ökonomischen Perspektive für diese Leistungserbringer ein Anreiz zur Erbringung von möglichst vielen Leistungen" besteht, "denn mit jeder für die Abklärung, Beratung und Koordination sowie die Grundpflege eingesetzten Stunde steigt die Vergütung der OKP und der Restfinanzierung" (Seite 22). Es besteht somit die Gefahr, dass insbesondere private Leistungserbringer ohne Leistungsauftrag der öffentlichen Hand die Pflegefachpersonen zur Verschreibung möglichst vieler Pflegestunden anhalten werden. Die pflegebedürftigen Personen selber werden sich gegen eine zu grosszügig bemessene Grundpflege, die ja immerhin im Grundsatz von der Ärztin oder vom Arzt verschrieben wird, kaum zur Wehr setzen, zumal die Kostenbeteiligung zulasten des Patienten limitiert ist. Vor diesem Hintergrund und unter Berücksichtigung des	2 Buchstabe a und c: durch eine Pflegefachfrau oder einen Pflegefachmann (Art. 49 KVV) in Zusammenarbeit mit unter Einbezug der Patientin oder des Patienten und gegebenenfalls dessen oder deren Angehörigen; die Ermittlung ist der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt zur Information weiterzugeben. Ist die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt der Auffassung, dass der von der Pflegefachperson festgelegte Pflegebedarf nicht angemessen ist, teilt er dies der Pflegefachperson unter Kopie an den Versicherer innert fünf Arbeitstagen nach Erhalt der Information mit und legt in der Folge den Pflegebedarf in Zusammenarbeit mit der Pflegefachperson fest."
--	------------	--	---

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

		Anliegens einer erhöhten Anerkennung der Verantwortung der Pflege, schlagen wir vor, die Pflegefachpersonen (wie vom EDI vorgeschlagen) zur Bestimmung des Pflegebedarfs zu ermächtigen, jedoch der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt bei unangemessener Bedarfserhebung ein Vetorecht einzuräumen. Dies wird präventiv dazu führen, dass der Pflegebedarf von vornherein sachgerecht ermittelt wird. Entsprechend regen wir an, Art. 8a Abs. 1 lit. a KLV wie untenstehend ausgeführt zu modifizieren. Weiter schlagen wir vor, die Formulierung "in Zusammenarbeit" mit "unter Einbezug" zu ersetzen, weil der Begriff "Zusammenarbeit" in diesem Zusammenhang nicht passt.	
RR AG	Art. 8a Abs. 1 lit. a und b. KLV	Neu sollen für Pflegefachpersonen, welche die Bedarfsermittlung gemäss Art. 8a KLV durchführen dürfen, die gleichen Voraussetzungen gelten wie für Pflegefachpersonen, welche gemäss Art. 49 der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) freiberuflich Leistungen erbringen können. Neben dem Nachweis des Diploms ihrer Ausbildung wird eine zweijährige praktische Tätigkeit im Pflegeberuf verlangt. Wir lehnen diese Änderung ab: Das Diplom gemäss Art. 49 lit. a KVV ist als Voraussetzung ausreichend. Auch das EDI hält im erläuternden Bericht fest: "Aufgrund ihrer Ausbildung sind diplomierte Pflegefachkräfte (sowohl mit HF-Diplom als auch mit Bachelor FH) namentlich in der Lage, selbstständig eine Pflegediagnose zu stellen, den Pflegebedarf zu beurteilen und die erforderlichen Massnahmen zu treffen." Auf die Voraussetzung der zweijährigen praktischen Tätigkeit muss verzichtet werden. Es ist nicht sinnvoll, für Pflegeheime und Spitex-Organisationen eine Hürde einzubauen, welche diese Arbeitgeber für den Berufseinstieg unattraktiv macht. Zudem sehen wir die Kontrolle der zwei Jahre Berufserfahrung mit verschiedenen Vollzugsproblemen und damit unverhältnismässig hohem administrativem Aufwand verbunden. Zentral ist, dass die Bedarfsermittlung in jedem Fall mit	"Der Kanton kann für die in seinem Gebiet tätigen Leistungserbringer die für die Bedarfsermittlung zulässigen Instrumente festlegen."

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

		einem validierten Instrument erfolgt und die Pflegefachpersonen auf dem entsprechenden Instrument geschult sind. Weil das EDI hierzu keine verbindlichen Vorgaben macht, schlagen wir einen neuen Absatz 6 in Art. 8a KLV vor:	
RR AG	Art. 8b Abs. 2 und 3 KLV	Wir begrüssen die Präzisierung zur Bedarfsermittlung in Pflegeheimen. Insbesondere erachten wir grundsätzlich als sinnvoll, dass gemäss Art. 8b Abs. 3 KLV jedes Instrument auf Basis von in der Schweiz durchgeführten, repräsentativen Zeitstudien überprüft und geeicht werden muss. Um aber sicherzustellen, dass nicht jedes Instrument in der ganzen Schweiz überprüft werden muss, fordern wir folgende Präzisierung von Art. 8b Abs. 3 KLV: Weiter ist für die Umsetzung von Art. 8b Abs. 3 KLV eine Übergangsfrist erforderlich, weil nicht verlangt werden kann, dass bei Inkrafttreten die entsprechenden Zeitstudien bereits vorliegen. Wir beantragen, eine zweijährige Übergangsfrist einzuräumen.	"Das für die Bedarfsermittlung in Pflegeheimen verwendete Instrument muss sich für die Bestimmung der zu erbringenden Pflegeleistungen auf in der Schweiz durchgeführte, für die Gesamtheit der Patientinnen und Patienten von Pflegeheimen repräsentative Zeitstudien stützen, welche die tatsächlich erbrachten Pflegeleistungen aufzeigen. Die Zeitstudien zu einem Instrument sind in Kantonen durchzuführen, in welchen das entsprechende Instrument zur Anwendung kommt. Die von den Zeitstudien angewendete Methode muss wissenschaftlich anerkannt und geeignet sein, eine Unterscheidung von Pflegeleistungen und anderen Leistungen vorzunehmen."
RR AG	Art. 8b Abs. 4 KLV	Wir begrüssen diese Präzisierung zu den Bedarfsermittlungsinstrumenten, lehnen aber ab, dass sie sich nur auf Pflegeheime bezieht. Wir fordern, dass Art. 8b Abs. 4 KLV in Art. 8a verschoben wird.	"Das für die Bedarfsermittlung in Pflegeheimen verwendete Instrument muss die Ermittlung von Daten zu medizinischen Qualitätsindikatoren mittels Routinedaten (Art. 59a Abs. 1 Bst. f KVG) ermöglichen."
RR AG	Art. 8c Abs. 1 und 2 KLV	Neu müssen auch die Pflegeheime mit den Versicherern Kontroll- und Schlichtungsverfahren vereinbaren. Gemäss Art. 25a Abs. 3 KVG regelt "der Bundesrat" das Verfahren der Bedarfsermittlung. Die konkrete Methodik zur Ermittlung des Pflegebedarfs sollte deshalb grundsätzlich auf gesamtschweizerischer Ebene festgelegt werden. Eine Delegation an die Tarifpartner erscheint aber gleichwohl möglich. Da diese Instrumente gesamtschweizerisch zu	Absatz 1 "Die Leistungserbringer nach Artikel 7 Absatz 1 und die Versicherer legen das Verfahren zur Ermittlung des Pflegebedarfs gemeinsam fest und vereinbaren für die ganze Schweiz das Kontroll- und Schlichtungsverfahren." Absatz 2

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

		entwickeln, zu kalibrieren und anzuwenden sind, erachten wir schweizweite Verhandlungen (Absatz 1) und eine nationale Regelung im Streitfall (Absatz 2) als zwingend. Andernfalls müsste eine Festlegung durch den Bundesrat ohne Delegation an die Tarifpartner erfolgen.	"Im vertragslosen Zustand Kommt keine Einigung zustande, setzt die Kantonsregierung der Bundesrat nach Anhören der Beteiligten und der Kantone das Verfahren zur Ermittlung des Pflegebedarfs sowie das Kontroll- und Schlichtungsverfahren fest."
RR AG	Art. 8c Abs. 3 KLV	Gemäss erläuterndem Bericht schliesst dieser Absatz die "geordnete und effiziente Weiterentwicklung der Systeme" ein. Dem Wortlaut des Absatzes ist dies zu wenig deutlich zu entnehmen.	"Das Kontrollverfahren dient der Überprüfung und Weiterentwicklung der Bedarfsermittlungssysteme sowie der Kontrolle der Zweckmässigkeit und der Wirtschaftlichkeit der Leistungen."
RR AG	Art. 8c Abs. 4 KLV	Bei Leistungserbringern gemäss Art. 7 Abs. 1 lit. a und b KLV kann die Bedarfsermittlung durch die Vertrauensärztin oder den Vertrauensarzt überprüft werden, wenn voraussichtlich mehr als 60 Stunden pro Quartal benötigt werden. Aber auch bei voraussichtlich weniger als 60 Stunden pro Quartal kann eine solche Überprüfung gemacht werden.	



KANTON
APPENZEL INNERRHODEN

Landammann und Standeskommission

Sekretariat Ratskanzlei
Marktgasse 2
9050 Appenzell
Telefon +41 71 788 93 11
info@rk.ai.ch
www.ai.ch

Ratskanzlei, Marktgasse 2, 9050 Appenzell

Eidg. Departement des Innern
3003 Bern

Appenzell, 25. Oktober 2018

Änderung der Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Kostenneutralität und Bedarfsermittlung) Stellungnahme Kanton Appenzell I.Rh.

Sehr geehrte Damen und Herren

Mit Schreiben vom 4. Juli 2018 haben Sie uns die Vernehmlassungsunterlagen zur Änderung der Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Kostenneutralität und Bedarfsermittlung) zukommen lassen.

Die Standeskommission schliesst sich der Stellungnahme der Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK) an.

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

Im Auftrage von Landammann und Standeskommission

Der Ratschreiber:


Markus Dörig

AmiL	GP	KL	JeG	VS	R	GEZ
DS	Bundesaamt für Gesundheit					
DG						
OC						
Int						
RM						
GB						
GeS						AS
Lst	VA	NCD	MT	BioM	Chem	Str

Zur Kenntnis an:

- abteilung-leistung@bag.admin.ch
- gever@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



Departement Gesundheit und Soziales, 9100 Herisau

Per E-Mail

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Gesundheit BAG
Abteilung Leistungen

abteilung-leistung@bag.admin.ch und
gever@bag.admin.ch

Angela Koller

stv. Departementssekretärin
Tel. +41 71 353 64 57
angela.koller@ar.ch

Herisau, 21. September 2018

Eidg. Vernehmlassung; Änderung der Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Kostenneutralität und Bedarfsermittlung)

Sehr geehrte Damen und Herren

Das EDI hat den Kanton Appenzell Ausserrhoden zur Vernehmlassung in obgenannter Sache eingeladen. Das Geschäft wurde dem Departement Gesundheit und Soziales zur direkten Erledigung zugewiesen.

Im Auftrag des Departementsvorstehers Dr. Matthias Weishaupt sende ich Ihnen das angefügte Antwortformular als Stellungnahme des Kantons Appenzell Ausserrhoden.

Wir danken Ihnen für die Möglichkeit zur Stellungnahme.

Freundliche Grüsse

Angela Koller

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation / Kanton : Kanton Appenzell Ausserrhoden, Dep. Gesundheit und Soziales

Abkürzung der Firma / Organisation : AR

Adresse : Kasernenstrasse 17, 9102 Herisau

Kontaktperson : Angela Koller, stv. Departementssekretärin

Telefon : 071 353 64 57

E-Mail : angela.koller@ar.ch

Datum : 21. September 2018

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen!
2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen möchten, so können Sie unter "Extras/Dokumentenschutz aufheben" den Schreibschutz aufheben.
3. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **bis am 26. Oktober 2018** an folgende E-mail Adressen: abteilung-leistung@bag.admin.ch
gever@bag.admin.ch

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV)

Name / Firma
(bitte auf der
ersten Seite
angegebene
Abkürzung
verwenden)

Allgemeine Bemerkungen

AR

Die Senkung der Beiträge für Spitex und freiberufliche Pflegefachpersonen lehnen wir aus nachfolgenden Gründen ab:

- Die Leistungsstruktur bei der Spitex hat sich seit 2011 deutlich verändert: der Anteil der günstigsten Leistungen (Grundpflege) sinkt kontinuierlich, während der Anteil der Abklärung, Beratung und Koordination sowie der Untersuchung und Behandlung steigt. Die Kostenneutralitätsberechnung berücksichtigt diese Entwicklung nicht.
- Gemäss dem Executive Summary „Evaluation der Neuordnung der Pflegefinanzierung“ vom 5. Januar 2018 ist das Ziel, eine zusätzliche Belastung der OKP zu vermeiden, voll erreicht worden. Die Kosten zu Lasten der OKP sind absolut leicht gewachsen. Der Finanzierungsanteil der OKP an den KVG-Pflegekosten hingegen ist stetig gesunken: Bei den Pflegeheimen um 5 %, bei der Pflege zu Hause um 2 % (vgl. Evaluation der Neuordnung der Pflegefinanzierung. Executive Summary, S.7).
- Für die Berechnung des Finanzierungsanteils der OKP wurde Zahlenmaterial aus dem Jahr 2007 verwendet und mit der Teuerung der Jahre 2007 und 2008 auf das Jahr 2009 hochgerechnet (vgl. Bericht EDI „Verordnung vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenversicherung (KLV)“ vom Juni 2018, S. 4). Es ist nicht nachvollziehbar, wie von einem Nullwachstum bei den Löhnen ausgegangen werden kann. Gemäss Bundesamt für Statistik sind die Löhne im Gesundheitswesen von 2010 bis 2016 um rund 5% gestiegen. In Heimen sind sie im gleichen Zeitraum um über 2% gestiegen, beim unteren Kader und in Funktionen ohne Kaderfunktion, was einen Grossteil des Pflegepersonals betrifft, sogar um 4 bis 6%.
- Neu kommt dazu, dass aufgrund der durch das Bundesverwaltungsgericht als unzureichend beurteilten rechtlichen Grundlage die Leistungserbringer der Pflege die Kosten des Pflegematerials der OKP nicht mehr separat in Rechnung stellen können. Die Finanzierungslücke ist nach Ansicht des Bundesamts für Gesundheit (BAG) durch die Restfinanzierer zu schliessen. Diese weitere Kostenverschiebung hin zu den Kantonen und Gemeinden ist nicht akzeptabel. Die KLV-Änderung muss auch diese aktuelle Entwicklung berücksichtigen. Die OKP hat die Pflegematerialien vor 2011 und bis mindestens Ende 2017 bezahlt. Das Weiterführen dieser Finanzierungslösung würde also für die OKP kostenneutral erfolgen.
- Die Finanzierung von Pflegematerialien durch Kantone und Gemeinden ist auch deshalb abzulehnen, weil nur der Krankenversicherer die für die Rechnungskontrolle notwendigen Informationen erhält und nur er prüfen kann,

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

	ob die Wahl und der Einsatz der Materialien nach den Kriterien der Wirtschaftlichkeit, Zweckmässigkeit und Wirksamkeit erfolgt. - Die OKP-Beiträge für Leistungen der Pflegeheime sind grundsätzlich nach dem Pflegebedarf (in 20-Minuten-Schritten) abgestuft. Bei einem Pflegebedarf von mehr als 220 Minuten pro Tag soll jedoch wie bisher keine Differenzierung mehr vorgenommen und der Beitrag limitiert werden. Diese, seit 2011 geltende Regelung ist nicht sachgerecht, da sich die OKP bei schwersten Pflegefällen nicht proportional zum Pflegeaufwand beteiligt. Die anteilmässige Beteiligung der OKP ist deshalb auch bei einem Pflegebedarf von mehr als 220 Minuten pro Tag in Art. 7a Abs. 3 KLV zu verankern.		
Name / Firma	Artikel	Kommentar / Bemerkungen	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
AR	Art. 7 Abs. 2 lit. a Ziff. 1; Art. 8 Abs. 1; Art. 8a Abs. 1	Die KLV-Änderung sieht vor, dass die ärztliche Anordnung von Pflegeleistungen künftig weniger umfassend sein muss als heute: Der Arzt/die Ärztin ordnet Pflege an; die Pflegefachperson führt die Bedarfsermittlung durch. Neu erfolgt die Prüfung der Massnahmen der Ermittlung, Beratung und Koordination sowie Massnahmen der Grundpflege eigenverantwortlich durch die Pflegefachperson. Nur für Massnahmen der Untersuchung und Behandlung erfolgt die Bedarfsermittlung in Zusammenarbeit mit dem behandelnden Arzt/der behandelnden Ärztin. Diese Änderung begrüssen wir sehr, da diese den Pflegefachpersonen mehr Verantwortung gibt.	
AR	Art. 8a Abs. 1 lit. a	Der Begriff "Zusammenarbeit" erscheint uns hier nicht passend, wir schlagen vor, diesen durch den Begriff "unter Einbezug" zu ersetzen.	«für Leistungen nach Artikel 7 Absatz 2 Buchstabe a und c: durch eine Pflegefachfrau oder einen Pflegefachmann (Art. 49 KVV) in Zusammenarbeit mit unter Einbezug der Patientin oder des Patienten und gegebenenfalls dessen oder deren Angehörigen; die Ermittlung ist dem behandelnden Arzt zur Information weiterzugeben.»
AR	Art. 8 Abs. 3	Bei Personen, die eine Hilfloosenentschädigung der AHV, der IV oder der UV wegen mittlerer oder schwerer	«Bei Personen, die eine Hilfloosenentschädigung der Alters- und

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

		Hilflosigkeit erhalten, gilt die ärztliche Anordnung unbefristet. Wird die Hilflosonentschädigung einer Revision unterzogen, ist die ärztliche Anordnung zu erneuern. Die KLV-Änderung sieht hier keine Änderung vor. Wir regen an, diese sinnvolle Regelung auf die leichte Hilflosigkeit auszudehnen. Auch Personen mit leichter Hilflosigkeit sind Langzeitpatient/innen und es ist sinnvoll, sie bezüglich der ärztlichen Anordnung gleich zu behandeln wie Personen mit mittlerer oder schwerer Hilflosigkeit.	Hinterlassenenversicherung, der Invalidenversicherung oder der Unfallversicherung wegen leichter, mittlerer oder schwerer Hilflosigkeit erhalten,...»
AR	Art. 8a Abs. 1 lit. a und b	Neu sollen für Pflegefachpersonen, welche die Bedarfsermittlung nach Art. 8a KLV durchführen dürfen, die gleichen Voraussetzungen gelten wie für Pflegefachpersonen, welche gemäss Art. 49 KVV freiberuflich Leistungen erbringen können. Neben dem Nachweis des Diploms ihrer Ausbildung wird eine zweijährige praktische Tätigkeit im Pflegeberuf verlangt. Wir lehnen diese Änderung ab: Das Diplom gemäss Art. 49 Bst. a KVV ist als Voraussetzung ausreichend. Auch das EDI hält im erläuternden Bericht fest: «Aufgrund ihrer Ausbildung sind diplomierte Pflegefachkräfte (sowohl mit HF-Diplom als auch mit Bachelor FH) namentlich in der Lage, selbstständig eine Pflegediagnose zu stellen, den Pflegebedarf zu beurteilen und die erforderlichen Massnahmen zu treffen.»	
AR	Art. 8b Abs. 2 und 3	Wir begrüssen die Präzisierung zur Bedarfsermittlung in Pflegeheimen. Insbesondere erachten wir es als sinnvoll, dass gemäss Art. 8b Abs. 3 jedes Instrument auf Basis von in der Schweiz durchgeführten, repräsentativen Zeitstudien überprüft werden muss. Um aber sicherzustellen, dass nicht jedes Instrument in der ganzen Schweiz überprüft werden muss, fordern wir folgende Präzisierung von Art. 8b Absatz 3 KLV: «Das für die Bedarfsermittlung in Pflegeheimen verwendete Instrument muss sich für die Bestimmung der zu erbringenden Pflegeleistungen auf in der Schweiz durchgeführte, für die Gesamtheit der Patientinnen und	

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

		Patienten von Pflegeheimen repräsentative Zeitstudien stützen, welche die tatsächlich erbrachten Pflegeleistungen aufzeigen. Die Zeitstudien zu einem Instrument sind in Kantonen durchzuführen, in welchen das entsprechende Instrument zur Anwendung kommt. Die von den Zeitstudien angewendete Methode muss wissenschaftlich anerkannt und geeignet sein, eine Unterscheidung von Pflegeleistungen und anderen Leistungen vorzunehmen.» Weiter ist für die Umsetzung von Art. 8b Abs. 3 eine Übergangsfrist erforderlich, weil nicht verlangt werden kann, dass bei Inkrafttreten die entsprechenden Zeitstudien bereits vorliegen. Wir beantragen, eine zweijährige Übergangsfrist einzuräumen.	
AR	Art. 8b Abs. 4	Wir begrüssen diese Präzisierung zu den Bedarfsermittlungsinstrumenten, lehnen aber ab, dass sie sich nur auf Pflegeheime bezieht.	«Das für die Bedarfsermittlung in Pflegeheimen verwendete Instrument muss die Ermittlung von Daten zu medizinischen Qualitätsindikatoren mittels Routinedaten (Art. 59a Abs. 1 Bst. f KVG) ermöglichen.»
AR	Art. 8c Abs. 1 und 2	Neu müssen auch die Pflegeheime mit den Versicherern Kontroll- und Schlichtungsverfahren vereinbaren. Gemäss Art. 25a Abs. 3 KVG regelt «der Bundesrat» das Verfahren der Bedarfsermittlung. Die konkrete Methodik zur Ermittlung des Pflegebedarfs sollte deshalb grundsätzlich auf gesamtschweizerischer Ebene festgelegt werden. Eine Delegation an die Tarifpartner erscheint aber gleichwohl möglich. Da diese Instrumente gesamtschweizerisch zu entwickeln, zu kalibrieren und anzuwenden sind, erachten wir schweizweite Verhandlungen (Abs. 1) und eine nationale Regelung im Streitfall (Abs. 2) als zwingend. Andernfalls müsste eine Festlegung durch den Bundesrat ohne Delegation an die Tarifpartner erfolgen.	Abs. 1: «Die Leistungserbringer nach Artikel 7 Absatz 1 und die Versicherer legen das Verfahren zur Ermittlung des Pflegebedarfs gemeinsam fest und vereinbaren für die ganze Schweiz das Kontroll- und Schlichtungsverfahren.» Abs. 2: «Im vertragslosen Zustand Kommt keine Einigung zustande, setzt die Kantonsregierung der Bundesrat nach Anhören der Beteiligten und der Kantone das Verfahren zur Ermittlung des Pflegebedarfs sowie das Kontroll- und Schlichtungsverfahren fest.»

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

AR	Art. 8c Abs. 3	Gemäss erläuterndem Bericht schliesst dieser Absatz die «geordnete und effiziente Weiter-entwicklung der Systeme» ein. Dem Wortlaut des Absatzes ist dies zu wenig deutlich zu entnehmen. Wir schlagen deshalb vor, den Absatz wie folgt zu ändern:	«Das Kontrollverfahren dient der Überprüfung und Weiterentwicklung der Bedarfsermittlungssysteme sowie der Kontrolle der Zweckmässigkeit und der Wirtschaftlichkeit der Leistungen.»
AR	Art. 8c Abs. 4	Bei Leistungserbringern nach Art. 7 Abs. 1 Bst. a und b KLV kann die Bedarfsermittlung durch den Vertrauensarzt/die Vertrauensärztin überprüft werden, wenn voraussichtlich mehr als 60 Stunden pro Quartal benötigt werden. Aber auch bei voraussichtlich weniger als 60 Stunden pro Quartal kann eine solche Überprüfung gemacht werden. Das Projekt 4.1 der nationalen Demenzstrategie hat gezeigt, dass Menschen mit Demenz meist einen erhöhten Bedarf an Pflegeleistungen aufweisen, weil bei ihnen die einzelnen Leistungen mit mehr Zeitaufwand verbunden sind als bei Menschen ohne Demenz. Wir regen deshalb an, dass die vertrauensärztliche Überprüfung bei Menschen mit Demenz erst ab 120 Stunden pro Quartal vorgesehen wird oder dass gänzlich auf eine «Limitierung» (also auf die Nennung der 60 Stunden pro Quartal) verzichtet wird und nur noch die systematischen Stich-proben genannt werden.	

Postgasse 68
3000 Bern 8
www.rr.be.ch
info.regierungsrat@sta.be.ch

Bundesamt für Gesundheit

Per E-Mail (als docx- und pdf-Datei) an:

- Abteilung-leistung@bag.admin.ch
- gever@bag.admin.ch

24. Oktober 2018

RRB-Nr.: 1081/2018
Direktion Gesundheits- und Fürsorgedirektion
Unser Zeichen 2018.GEF.928
Ihr Zeichen
Klassifizierung



Vernehmlassung des Bundes: Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung). Stellungnahme des Kantons Bern

Sehr geehrter Herr Bundespräsident
Sehr geehrte Damen und Herren

Der Regierungsrat dankt für die Möglichkeit, zum Entwurf der Änderung der Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Kostenneutralität und Bedarfsermittlung) Stellung nehmen zu können.

1 Kostenneutralität: Anpassung der Pflegebeiträge

Im Rahmen der Neuordnung der Pflegefinanzierung wurde in Absatz 1 der Übergangsbestimmungen zur Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung¹ vom 13. Juni 2008 festgehalten, dass die Beiträge der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) an die Pflegeleistungen gemäss Artikel 25a Absatz 1 KVG erstmals so festzulegen sind, dass sie der Summe der Vergütungen für die im Jahr vor Inkrafttreten der Neuregelung im Pflegeheim und ambulant erbrachten Pflegeleistungen entsprechen (Grundsatz der Kostenneutralität). Der Bundesrat muss Anpassungen vornehmen, wenn diese Regelung im ersten Jahr nach Inkrafttreten nicht eingehalten werden kann.

Die Übergangsfrist für die Einführung der Beiträge lief am 31. Dezember 2013 ab. Somit wurden für die Überprüfung der Kostenneutralität die Jahre 2010 und 2014 miteinander vergli-

¹ Bundesgesetz vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Krankenversicherungsgesetz, KVG; SR 832.10)

chen, wobei diese für den Pflegeheimbereich und den Bereich der Pflege zu Hause getrennt erfolgte.

Auf Basis der Kostenneutralitätsberechnungen kommt das Bundesamt für Gesundheit (BAG) zum Schluss, dass die OKP im stationären Bereich entlastet und im ambulanten Bereich belastet wurde. Damit der Umfang der Kostenübernahme durch die OKP gleich bleibt, sollen die Beiträge für Pflegeleistungen im Heimbereich um 6.7 Prozent erhöht und für die Organisationen der Pflege und Hilfe zu Hause um 3.6 Prozent gesenkt werden. Der Regierungsrat nimmt erstaunt zur Kenntnis, dass auf die finanziellen Auswirkungen dieser Änderungen für Kantone und Gemeinden in den Erläuterungen zur Vorlage nicht eingegangen wird.

Im vorliegenden Bericht zur Revision der KLV werden verschiedene Annahmen getroffen, auf denen die Kostenneutralitätsberechnung beruht. Zum einen wird davon ausgegangen, dass die Entwicklung der Pflegeintensität konstant geblieben ist. Zum anderen wird auf die Berücksichtigung der Lohnentwicklung und der Teuerung bei der Prüfung der Pflegebeiträge verzichtet. Entgegen der Annahme einer konstanten Leistungsstruktur hat im Kanton Bern in den letzten Jahren eine Veränderung stattgefunden: Seit 2012 hat der Anteil an geleisteten Stunden im Bereich der Grundpflege kontinuierlich leicht abgenommen, während der Anteil an Leistungen im Bereich der Abklärung, Beratung und Koordination kontinuierlich leicht zugenommen hat. Der Anteil an geleisteten Stunden im Bereich Behandlungspflege blieb hingegen konstant. Auch stiegen gemäss Bundesamt für Statistik die Löhne im Gesundheitswesen von 2010 bis 2016 um rund fünf Prozent. In Heimen stiegen sie im gleichen Zeitraum um über zwei Prozent, beim unteren Kader und in Funktionen ohne Kaderfunktion, letzterem ist ein Grossteil des Pflegepersonals hinzuzurechnen, sogar um vier bis sechs Prozent. Da die Lohnkosten einen sehr grossen Bestandteil der Pflegekosten darstellen, kann der Regierungsrat die Nicht-Berücksichtigung der Lohnentwicklung und der Teuerung bei der Prüfung und Berechnung der Pflegebeiträge nicht nachvollziehen und fordert, dass diese beiden Faktoren bei der Berechnung miteinbezogen werden.

Im Schlussbericht des BAG zur Evaluation der Neuordnung der Pflegefinanzierung (NPF)² wird die Entwicklung der Finanzierungsanteile der OKP an den Pflegekosten im Zeitraum von 2011 bis 2015 aufgezeigt. Daraus geht hervor, dass eine zusätzliche finanzielle Belastung der OKP mit der Einführung der NPF nicht nur vermieden werden konnte, sondern der Finanzierungsanteil der OKP sogar gesunken ist: Im stationären Bereich um fünf Prozent, im ambulanten Bereich um zwei Prozent. Die vorgeschlagene Senkung der OKP-Beiträge im ambulanten Bereich aufgrund der Kostenneutralitätsberechnung ist im Kontext eines gemäss Evaluationsbericht sinkenden Finanzierungsanteils der OKP nicht nachvollziehbar. Vielmehr ist dieser Entwicklung der Finanzierungsanteile bei der Festlegung der Höhe der OKP-Beiträge Rechnung zu tragen.

Bund und Kantone verfolgen seit längerem die Strategie „ambulant vor stationär“ (AVOS). So werden beispielsweise vermehrt medizinisch vertretbare Eingriffe ambulant durchgeführt. Organisationen der Pflege und Hilfe zu Hause kommt in der Umsetzung der Strategie AVOS eine wichtige Rolle zu. So pflegen diese Organisationen nebst älteren Menschen im Rahmen der Langzeitpflege auch zunehmend jüngere Menschen, die dadurch das Spital früher verlassen können oder sich erst gar nicht in einen stationären Spitalaufenthalt begeben müssen.

² Vgl. Schlussbericht des BAG vom 4. Januar 2018 zur Evaluation der Neuordnung der Pflegefinanzierung, S. 64

Die Senkung der Beiträge der OKP im ambulanten Bereich erachtet der Regierungsrat als ein falsches Signal, da diese der Umsetzung der Strategie AVOS nicht förderlich ist.

1.1 Weiterer Handlungsbedarf hinsichtlich der Anpassung der Pflegebeiträge

Die vorgesehene Anpassung der Pflegebeiträge der OKP erfolgt einzig aufgrund der Überprüfung der Kostenneutralität. Anfangs Juli 2018 hat das EDI den bereits erwähnten Evaluationsbericht zur NPF publiziert. Im Rahmen dieser Evaluation wurde der Stand der Umsetzung der NPF untersucht sowie die Erreichung der Ziele bewertet, die darin bestanden, eine zusätzliche finanzielle Belastung der OKP zu vermeiden und die sozialpolitisch schwierige Situation gewisser pflegebedürftiger Personen zu verbessern. Weiter wurden verschiedene bestehende Problembereiche identifiziert. Obwohl die Evaluation gemäss Zieldefinition BAG und EDI als Entscheidungsgrundlage für das weitere Vorgehen dienen sollte, sind keinerlei Erkenntnisse des Schlussberichts in die vorliegende Anpassung der Pflegebeiträge der OKP eingeflossen. Dieses Vorgehen nimmt der Regierungsrat höchst erstaunt zu Kenntnis. Aus Sicht des Kantons Bern besteht in folgenden Bereichen dringlicher Handlungsbedarf, welcher in der laufenden Revision zwingend mitzuberücksichtigen ist:

Allgemeines Kostenwachstum

Im Evaluationsbericht wird aufgezeigt, dass die Kantone und Gemeinden als Restfinanzierer eine hohe finanzielle Zusatzbelastung tragen und dass die Kantone und Gemeinden seit der Einführung der NPF ihre Beiträge im ambulanten und stationären Bereich stetig erhöht haben. Diese anhaltende Entwicklung zeigt deutlich, dass die Kostenverschiebung von der OKP zu den Kantonen und Gemeinden nicht ausschliesslich auf den Systemwechsel im Jahr 2011 zurückzuführen ist. Solange die Beiträge der OKP an die Pflegekosten in Frankenbeträgen festgelegt sind, gehen die zusätzlichen Kosten aufgrund der Teuerung und des Lohnsummenwachstums ausschliesslich zu Lasten der Restfinanzierer. Daher ist aus Sicht des Kantons Bern eine Korrektur dringend notwendig. Dies auch deshalb, weil einzig die Krankenversicherer im Einzelfall die Wirtschaftlichkeit der Leistungen (Pflege durch Spitex versus Pflege im Pflegeheim) prüfen können und bei einer Wirtschaftlichkeitsüberprüfung auch die Gerichte nur die Kosten der OKP berücksichtigen.

Berücksichtigung der Kosten für Mittel und Gegenstände

Bis Ende des Jahres 2017 konnten Alters- und Pflegeheime, Organisationen der Hilfe und Pflege zu Hause sowie freiberufliche Pflegefachpersonen die Kosten für Mittel und Gegenstände, die im Rahmen der Behandlung angewendet werden, den Krankenversicherern zusätzlich zu den Pflegebeiträgen gemäss KLV in Rechnung stellen. Aufgrund der beiden Urteile des Bundesverwaltungsgerichts (BVGer) vom 1. September 2017³ und 7. November 2017⁴ betreffend die Entschädigung von Mitteln und Gegenständen wurde diese Praxis als rechtswidrig beurteilt.

Das BVGer kommt zum Schluss, dass bei der Verwendung von Mitteln und Gegenständen im Rahmen der Pflege unterschieden werden müsse zwischen solchen, die von der pflegebedürftigen Person selbst oder mit Hilfe einer Person, die nicht beruflich an der Untersuchung oder Behandlung beteiligt ist, angewendet werden kann, und solchen, die durch eine Pflegefachperson bei der Pflege direkt angewendet werden.

³ C-1970/2015

⁴ C-3322/2015

Die letzteren sind gemäss BVGer Teil der Pflegeleistung und werden somit über die Pflegefinanzierung gemäss KLV abgegolten. Aufgrund dieser Urteile haben etliche Versicherer die Zahlungen für Mittel und Gegenstände im Laufe des Jahres 2018 eingestellt, was auf Seiten der Pflegeheime, der Organisationen der Pflege und Hilfe zu Hause sowie freiberuflichen Pflegefachpersonen zu erheblichen Ertragsausfällen führt. Allein im Kanton Bern werden diese Ausfälle auf rund 10 Millionen Franken pro Jahr geschätzt.

Nach Ansicht des BAG, der Leistungserbringenden und der Versicherer soll die Finanzierungslücke durch die Restfinanzierer geschlossen werden⁵. Begründet wird diese Haltung mit Verweis auf den Tarifschutz, wonach zusätzliche Kosten im Rahmen der Restfinanzierung nach Artikel 25a Absatz 5 KVG zu erstatten seien. Da bis heute ein konkreter Nachweis des BAG ausgeblieben ist, der belegt, dass die Kosten für Mittel und Gegenstände im Rahmen der Einführung der NPF berücksichtigt wurden, ist es zwingend erforderlich, die Pflegebeiträge der OKP unter Berücksichtigung der Kosten für Mittel und Gegenstände neu zu berechnen. Aufgrund der Wichtigkeit und hohen Brisanz dieser Problematik ist ein weiteres Zuwarten nicht akzeptabel und Anpassungen sind schnellstmöglich vorzunehmen.

Dass der allgemeinen Kostenentwicklung sowie der Problematik hinsichtlich der Kosten der Mittel und Gegenstände nicht Rechnung getragen wird, entspricht zudem nicht dem breiten politischen Willen, der in mehreren Forderungen aus den Reihen des Parlaments zum Ausdruck kommt.⁶

Umsetzung Akut- und Übergangspflege

Im Evaluationsbericht wird festgehalten, dass die Umsetzung der Akut- und Übergangspflege (AÜP) bis heute lückenhaft erfolgt ist und das Angebot nur wenig genutzt wird.⁷ Einerseits scheint unklar, wie hoch der Bedarf an diesem Angebot tatsächlich ist. Andererseits wird die Zweckmässigkeit des Angebots in Frage gestellt: Die teilweise unklare Abgrenzung zur regulären beziehungsweise geriatrischen Pflege und Rehabilitation sowie die geringe finanzielle Attraktivität des Angebots erschweren die Etablierung in den Pflegeheimen. Weiter hemmt die Dauer von zwei Wochen die Nachfrage nach AÜP. Zwei Wochen reichen oftmals nicht aus, damit eine pflegebedürftige Person nach einem Spitalaufenthalt dahingehend unterstützt werden kann, damit sie wieder den Zustand vor dem Spitalaufenthalt erlangt. Diese im Evaluationsbericht aufgeführte Einschätzung teilt der Regierungsrat. Im Kanton Bern besteht Bedarf nach AÜP, doch die Erfahrung zeigt, dass die Dauer von zwei Wochen zu knapp bemessen ist und verschiedene weitere Faktoren die Umsetzung in den Pflegeheimen hemmt: Einerseits ist die Komplexität der Pflege erhöht und muss folglich von gut ausgebildetem Personal durchgeführt werden. Andererseits ist der administrative Aufwand sehr gross, der innerhalb von zwei Wochen erledigt werden muss (die Organisation des Eintritts und Austritts, die Planung der Nachsorge, der interdisziplinäre Austausch). Der Regierungsrat erkennt im Bereich

⁵ Diese Haltung wurde im Rahmen einer Sitzung geäussert, die unter der Leitung des BAG am 11. April 2018 stattfand. Anwesend waren Vertreterinnen und Vertreter des BAG, der Versicherer, der Leistungserbringenden sowie der Kantone und Gemeinden

⁶ Postulat 16.3352 Gleichmässige Finanzierung der Kostensteigerung bei den Pflegeleistungen durch alle Kostenträger, am 13. Mai 2016 von der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit NR eingereicht; Motion 18.3425 Sprunghafte Mehrbelastung der Kantone, Gemeinden und Spitexorganisationen beseitigen. Kosten für Pflegematerial anpassen, am 30. Mai 2018 von Pirmin Bischof eingereicht; Motion 18.3710 MiGeL-Produkte. Inrechnungstellung durch Erbringer von Pflegeleistungen, am 6. Juli 2018 von der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit NR eingereicht.

⁷ Vgl. Schlussbericht zur Evaluation der Neuordnung der Pflegefinanzierung, 4. Januar 2018, BAG, S. 108., S. 115

der AÜP klar Handlungsbedarf und erachtet es als angezeigt, dass Massnahmen ergriffen werden, um die Umsetzung der AÜP zu fördern.

Unklare Abgrenzung von Pflegeleistungen sowie inadäquate Abgeltung des Pflegeaufwands in pflegeintensiven Situationen

Im Evaluationsbericht wird auf die unklare Leistungsabgrenzung im Bereich der Demenz, der psychogeriatrischen Pflege und der Palliative Care hingewiesen und Handlungsbedarf festgestellt. In den erwähnten, komplexeren Betreuungs- und Pflegesituationen kann sich die Abgrenzung für die Leistungserbringenden schwierig gestalten. So wird beispielsweise für die Durchführung der Pflege oft mehr Zeit benötigt als vorgesehen oder es sind Pflege- und Betreuungsleistungen notwendig, die nicht als Pflegeleistung gemäss Artikel 7 KLV abgerechnet werden können. Auch der Pflegeaufwand bei sehr pflegeintensiven Bewohnenden kann nicht sachgerecht abgerechnet werden. Die OKP-Beiträge für Leistungen im stationären Bereich sind nach dem Pflegebedarf in 20-Minuten-Schritten abgestuft. Bei einem Pflegebedarf von mehr als 220 Minuten pro Tag wird keine Differenzierung mehr vorgenommen und der Beitrag ist entsprechend limitiert. Bei sehr pflegeintensiven Bewohnenden, wie beispielsweise Menschen mit Demenz oder in einer palliativen Situation, beteiligt sich die OKP an den Pflegekosten nicht mehr proportional zu dem Pflegeaufwand. Dadurch sind Leistungen, die in den oben erwähnten Bereichen erbracht werden, oftmals unterfinanziert. In diesem Zusammenhang sei auch auf das Handlungsfeld „Bedarfsgerechte Angebote“ der Nationalen Demenzstrategie 2014-2019 verwiesen, das zum Ziel hat, dass die notwendigen Pflegeleistungen für eine demenzgerechte Versorgung angemessen in Artikel 7 KLV abgebildet und abgegolten werden. So stellt der Kanton Bern auch in diesem Bereich Handlungsbedarf fest und fordert, dass Anpassungen erfolgen, die eine kostendeckende Finanzierung der Pflegeleistungen im Bereich der Demenz, der psychogeriatrischen Pflege und der Palliative Care ermöglichen. Zudem ist die anteilmässige Beteiligung der OKP auch bei einem Pflegebedarf von mehr als 220 Minuten pro Tag in Artikel 7a Absatz 3 KLV zu verankern.

Die angepassten OKP-Beiträge sollen per 1. Juli 2019 in Kraft treten. Dieses unterjährige Inkrafttreten führt zu einem erheblichen administrativen Aufwand für die Leistungserbringenden, die Kantone und die EL-Durchführungsstellen. Die Änderung der OKP-Beiträge hat im Kanton Bern zur Folge, dass bei den rund 8'500 Ergänzungsleistungen (EL) beziehenden, pflegebedürftigen Heimbewohnenden per 1. Juli 2019 eine zusätzliche Neuberechnung der jährlichen EL vorgenommen werden müsste. Üblicherweise wird nur per anfangs Jahr eine systematische Neuberechnung des Anspruchs auf jährliche EL vorgenommen. Ausserdem muss der Kanton Bern nebst der Höhe der vom Kanton zu vergütenden Pflegekosten (Restkostenfinanzierung) auch die in der Berechnung der EL höchstmöglich anrechenbaren Heimkosten (Art. 10 Abs. 2 Bst. a ELG⁸) anpassen. Der Regierungsrat würde es deshalb begrüssen, wenn die Änderung der OKP-Beiträge an einem 1. Januar in Kraft treten würde.

1.2 Anträge

Der Regierungsrat beantragt

- A. eine Anpassung der Beiträge nach Artikel 7a Absatz 1 und 3 KLV unter Berücksichtigung der Kostenentwicklung der Pflege der letzten Jahre, insbesondere ab 2014 bis heute;

⁸ Bundesgesetz vom 6. Oktober 2006 über Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (ELG; SR 831.30)

- B. eine Präzisierung der KLV dahingehend, dass die Beiträge nach Artikel 7a Absatz 1 und 3 KLV regelmässig an die Kostenentwicklung angepasst werden;
- C. eine zusätzliche Erhöhung der Beiträge nach Artikel 7a Absatz 3 KLV (Pflege im Pflegeheim), um eine zusätzliche Kostenverschiebung von den Versicherern hin zu den Restfinanzierern aufgrund der neuen BVGer-Praxis zu vermeiden;
- D. eine zusätzliche Erhöhung der Beiträge nach Artikel 7a Absatz 1 KLV (Pflegefachpersonen und Organisationen der Pflege und Hilfe zu Hause), um eine zusätzliche Kostenverschiebung von den Versicherern hin zu den Restfinanzierern aufgrund der neuen BVGer-Praxis zu vermeiden;

oder

dass Leistungserbringer nach Artikel 7 Absatz 1 Buchstabe a und b KLV (freiberufliche Pflegefachpersonen und Organisationen der Pflege und Hilfe zu Hause) Pflegematerialien der OKP in Rechnung stellen können, unabhängig davon, ob das Material von der zu pflegenden Person selbst oder durch eine Pflegefachperson angewendet wird;

- E. ein beschleunigtes Verfahren hinsichtlich der Anpassungen bezüglich der Pflegematerialien und eine entsprechende Inkraftsetzung auf den 1. Januar 2019;
- F. dass Massnahmen ergriffen werden, um die Umsetzung der AÜP zu fördern;
- G. dass Anpassungen erfolgen, die eine kostendeckende Finanzierung der Pflegeleistungen im Bereich der Demenz, der psychogeriatrischen Pflege und der Palliative Care ermöglichen.
- H. dass die OKP-Beiträge für Leistungen im stationären Bereich (Art. 7a Abs. 3 KLV) auch bei einem Pflegebedarf von mehr als 220 Minuten pro Tag in 20-Minuten-Schritten abgestuft werden, indem die bestehenden Pflegestufen nach Artikel 7a Absatz 3 KLV um weitere Stufen erhöht werden.

2 Bedarfsermittlung und Mindestanforderungen an Pflegebedarfsermittlungssysteme

Mit den geplanten Änderungen der KLV sollen Mindestanforderungen an die Pflegebedarfserfassung in den Pflegeheimen eingeführt werden, wodurch die Gleichbehandlung der Versicherten in allen Kantonen angestrebt wird. Weiter ist geplant, den Pflegefachpersonen mehr Kompetenzen bei der Pflegebedarfsermittlung der Heimbewohnenden oder Patientinnen und Patienten einzuräumen. Dadurch soll die Tätigkeit der Pflegefachpersonen aufgewertet werden.

Die Stärkung der Verantwortung der Pflegefachpersonen und die damit einhergehende Aufwertung des Pflegeberufs befürwortet der Regierungsrat grundsätzlich. Der Pflegebedarf wird in den nächsten Jahren deutlich zunehmen; durch eine Stärkung der Pflege könnten Pflegefachpersonen vermehrt eine koordinierende und beratende Rolle in komplexen Pflegesituationen wahrnehmen, was zu einer Entlastung der anderen Leistungserbringenden wie der Ärzteschaft führen würde. Überdies verfügen die diplomierten Pflegefachpersonen über die nötigen

Kompetenzen, um die betreffenden Leistungen ohne ärztliche Anordnung zu erbringen: Es sind entweder Leistungen, die zum Kern des Pflegeberufs gehören (Grundpflege), oder Leistungen, die faktisch bereits heute eigenständig von den Pflegefachpersonen wahrgenommen werden. Auch vor dem Hintergrund des bestehenden Fachkräftemangels an gut ausgebildetem Pflegefachpersonal ist eine Aufwertung des Pflegeberufs sehr sinnvoll.

Zu den vorgesehenen Änderungen äussert sich der Regierungsrat folgendermassen:

Anordnung der Pflegeleistungen, Bedarfsermittlung

Gemäss der aktuellen Regelung erfolgt die Anordnung sämtlicher Pflegeleistungen durch eine Ärztin oder einen Arzt. Die Pflegebedarfsermittlung von einer Patientin oder einem Patienten führt die Pflegefachperson gemeinsam mit der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt durch. Im Rahmen der vorgesehenen Änderungen übernimmt die Ärztin oder der Arzt nach wie vor eine Scharnierfunktion, indem sie oder er die Pflege anordnet. Neu soll die Bedarfsermittlung der Leistungen nach Artikel 7 Absatz 2 Buchstabe a und c (Massnahmen der Ermittlung, Beratung und Koordination sowie Massnahmen der Grundpflege) eigenverantwortlich von der Pflegefachperson durchgeführt werden. Nur für Leistungen nach Artikel 7 Absatz 2 Buchstabe b (Massnahmen der Untersuchung und Behandlung) erfolgt die Bedarfsermittlung weiterhin in Zusammenarbeit mit der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt.

Diese Kompetenzerweiterung wird grundsätzlich gutgeheissen. Sie stellt jedoch nur einen äusserst marginalen Beitrag hinsichtlich der Stärkung der Verantwortung des Pflegefachpersonals dar und wird den Herausforderungen, die sich im Pflegebereich stellen, keineswegs gerecht. Um effektiv eine nachhaltige Verbesserung im Pflegebereich zu erreichen, bedarf es weitreichender Massnahmen.

Artikel 8a Absatz 1 Buchstabe a und b KLV

Neu sollen für Pflegefachpersonen, welche die Bedarfsermittlung nach Artikel 8a KLV durchführen dürfen, die gleichen Voraussetzungen gelten wie für Pflegefachpersonen, welche gemäss Artikel 49 KVV freiberuflich Leistungen erbringen können. Neben dem Nachweis des Diploms ihrer Ausbildung wird eine zweijährige praktische Tätigkeit im Pflegeberuf verlangt.

Diese Änderung lehnt der Regierungsrat entschieden ab und erachtet ein Pflegediplom gemäss Artikel 49 Buchstabe a KVV als ausreichend. Die Bedingung einer zweijährigen Berufserfahrung im Pflegebereich stellt eine unnötige Hürde dar.

Im erläuternden Bericht wird auf Seite 27 unter Artikel 8a Absatz 1 Buchstabe a KLV zudem erläutert, dass die Bedarfsermittlung ausschliesslich von einer Pflegefachperson ausgeführt werden darf. Während dies bei den Spitex-Organisationen und den freiberuflichen Pflegefachpersonen der bestehenden Praxis entspricht, gestaltet sich allenfalls die Umsetzung dieser Regelung im Alltag in einem Pflegeheim schwieriger.

Gültigkeit des ärztlichen Auftrags oder der ärztlichen Anordnung bei Personen mit einer Hilfslosenentschädigung

Hinsichtlich des ärztlichen Auftrags oder der ärztlichen Anordnung bei Personen mit einer Hilfslosenentschädigung sieht die Vorlage keine Änderung vor: Bei Personen, die eine Hilfslosenentschädigung der AHV, der IV oder der UV wegen mittlerer oder schwerer Hilflosigkeit

erhalten, gilt die ärztliche Anordnung unbefristet. Wird die Hilfslosenentschädigung einer Revision unterzogen, ist der ärztliche Auftrag oder die ärztliche Anordnung zu erneuern.

Der Regierungsrat regt an, diese sinnvolle Regelung auf Personen mit einer leichten Hilfslosigkeit auszudehnen. Auch der Gesundheitszustand von Personen mit einer leichten Hilfslosigkeit kann über geraume Zeit unverändert bleiben, wodurch eine Gleichbehandlung mit Personen mit einer mittleren oder schweren Hilfslosigkeit bezüglich der ärztlichen Anordnung sinnvoll ist.

Bedarfsermittlung in Pflegeheimen

Im neuen Artikel 8b KLV ist vorgesehen, das Verfahren der Bedarfsermittlung in Pflegeheimen näher zu regeln und Mindestanforderungen an die Bedarfsermittlung festzulegen. Die Bedarfsermittlungsinstrumente müssen auf Basis von in der Schweiz durchgeführten, repräsentativen Zeitstudien überprüft und geeicht werden. Ziel der Anpassungen ist die Gleichbehandlung der Versicherten in allen Kantonen. Dieses Begehren erachtet der Regierungsrat als zielführend.

In der Verantwortung stehen in diesem Bereich der Anpassungen vor allem die Anbieter von Bedarfsermittlungsinstrumenten. Welche Aufgaben die Anbieter aufgrund der vorgesehenen Änderungen zu bewältigen haben, ist zu klären. Zudem ist darauf hinzuweisen, dass die Unterscheidung zwischen Pflegeleistungen und anderen Leistungen bei der Bedarfsermittlung bereits heute der geltenden Praxis entspricht. Auch die Ermittlung von Daten zu medizinischen Qualitätsindikatoren wird heute durch die Bedarfsermittlungsinstrumente sichergestellt.

Kontroll- und Schlichtungsverfahren

Artikel 8a wird neu zu Artikel 8c. In Absatz 1 werden die betroffenen Leistungserbringer um die Pflegeheime erweitert. Die Leistungserbringenden und die Versicherer vereinbaren Kontroll- und Schlichtungsverfahren. Die Kontrollverfahren dienen der Überprüfung der Bedarfsermittlung sowie der Kontrolle der Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit der Leistungen. Der neue Artikel (Art. 8c Abs. 1 KLV) soll dahingehend angepasst werden, dass dieser nicht nur für die Pflegefachpersonen und Organisationen der Pflege und Hilfe zu Hause, sondern neu auch für die Pflegeheime gilt. Diese Änderung wird vom Regierungsrat begrüsst.

Gemäss erläuterndem Bericht schliesst Artikel 8c Absatz 3 KLV die geordnete und effiziente Weiterentwicklung der Systeme ein. Der Regierungsrat schlägt deshalb vor, den Absatz wie folgt zu ändern:

„³Das Kontrollverfahren dient der Überprüfung und Weiterentwicklung der Bedarfsermittlungssysteme sowie der Kontrolle der Zweckmässigkeit und der Wirtschaftlichkeit der Leistungen.“

Überprüfung der Bedarfsermittlung durch Vertrauensärzte

Werden voraussichtlich mehr als 60 Stunden pro Quartal benötigt, kann bei Leistungserbringenden nach Artikel 7 Absatz 1 Buchstabe a und b KLV die Bedarfsermittlung durch die Vertrauensärztin oder den Vertrauensarzt überprüft werden. Auch bei voraussichtlich weniger als 60 Stunden pro Quartal kann eine solche Überprüfung gemacht werden.

Das Projekt 4.1 der Nationalen Demenzstrategie hat gezeigt, dass Menschen mit Demenz meist einen erhöhten Bedarf an Pflegeleistungen aufweisen, weil bei ihnen die einzelnen Leistungen mit mehr Zeitaufwand verbunden sind als bei Menschen ohne Demenz. Der Regierungsrat regt deshalb an, dass die vertrauensärztliche Überprüfung bei Menschen mit De-

menz erst ab 120 Stunden pro Quartal vorgesehen wird oder dass gänzlich auf eine «Limitierung» (also auf die Nennung der 60 Stunden pro Quartal) verzichtet wird und nur noch die systematischen Stichproben genannt werden.

Der Regierungsrat dankt für die Berücksichtigung seiner Anliegen.

Freundliche Grüsse

Im Namen des Regierungsrates

Der Regierungspräsident



Christoph Neuhaus

Der Staatsschreiber



Christoph Auer

Regierungsrat, Rathausstrasse 2, 4410 Liestal

Versand per E-Mail

Bundesamt für Gesundheit
Abteilung Leistungen

Abteilung-leistungen@bag.admin.ch
gever@bag.admin.ch

Liestal, 23. Oktober 2018
VGD/AfG/GM

Stellungnahme des Kantons Basel-Landschaft zur Änderung der Verordnung des EDI über die Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung

Sehr geehrter Herr Bundespräsident

Wir danken Ihnen für die Möglichkeit, zum Entwurf der Änderung der Verordnung des EDI über die Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Kostenneutralität und Bedarfsermittlung) Stellung nehmen zu können.

Der Kanton Basel-Landschaft schliesst sich in seiner Stellungnahme vollumfänglich der Stellungnahme der GDK vom 27. August 2018 an.

Wir bitten Sie, die formulierten Anliegen zu berücksichtigen.

Hochachtungsvoll



Monica Gschwind
Regierungspräsidentin



Elisabeth Heer Dietrich
Landschreiberin

Beilage:

- Stellungnahme der GDK zur Änderung der Verordnung des EDI über die Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Kostenneutralität und Bedarfsermittlung) vom 27. August 2018

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation / Kanton : Kanton Basel-Landschaft

Abkürzung der Firma / Organisation : VGD/ Amt für Gesundheit(AfG)

Adresse : Bahnhofstrasse 5, 4410 Liestal

Kontaktperson : Gabriele Marty

Telefon : 061-552 59 56

E-Mail : gabriele.marty@bl.ch

Datum : 28. September 2018

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen!
2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen möchten, so können Sie unter "Extras/Dokumentenschutz aufheben" den Schreibschutz aufheben.
3. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **bis am 26. Oktober 2018** an folgende E-mail Adressen: abteilung-leistung@bag.admin.ch
gever@bag.admin.ch

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV)

[illegible]



Rathaus, Marktplatz 9
CH-4001 Basel

Tel: +41 61 267 85 62
Fax: +41 61 267 85 72
E-Mail: staatskanzlei@bs.ch
www.regierungsrat.bs.ch

Bundesamt für Gesundheit
Abteilung Leistungen
abteilung-leistungen@bag.admin.ch
gever@bag.admin.ch

Basel, 17. Oktober 2018

Regierungsratsbeschluss vom 16.10.2018

Vernehmlassung zur Änderung der Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Kostenneutralität und Bedarfsermittlung): Stellungnahme des Kantons Basel-Stadt

Sehr geehrte Damen und Herren

Mit Schreiben vom 4. Juli 2018 haben Sie uns die Vernehmlassungsunterlagen zur Änderung der Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Kostenneutralität und Bedarfsermittlung) zukommen lassen. Wir danken Ihnen für die Gelegenheit zur Stellungnahme und lassen Ihnen nachstehend unsere Anträge und Bemerkungen zukommen.

1. Grundsätzliche Einschätzung

Der Regierungsrat des Kantons Basel-Stadt schliesst sich vollumfänglich der Stellungnahme der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) vom 27. August 2018 an.

Der Regierungsrat unterstützt die Änderung der Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (KLV) teilweise. Den adäquaten Einsatz der Kompetenzen von Pflegefachpersonen sowie die angestrebte Harmonisierung der Anforderungen an die Pflegebedarfserfassungssysteme begrüsst der Regierungsrat. Hingegen ist er der Ansicht, dass bei den vorgesehenen Anpassungen der Versichererbeiträge nach Art. 7a Abs. 1 und 3 KLV grosse Mängel bestehen, wie im Folgenden dargelegt wird.

Der Regierungsrat **lehnt eine Senkung der Beiträge für Spitex-Organisationen und freiberufliche Pflegefachpersonen entschieden ab und fordert signifikante Erhöhungen aller Beiträge nach Art. 7a KLV sowie eine kostenneutrale und koordinierte Lösung der Vergütung von Materialien der Mittel- und Gegenständeliste.** Der Regierungsrat weist insbesondere auf folgende Punkte hin:

- i. Es wird im Rahmen der vorliegenden Ordnungsrevision versäumt, das dringlichste Problem in der Pflegefinanzierung, nämlich die Vergütung der durch Pflegefachpersonen angewendeten Materialien der Mittel- und Gegenständeliste (MiGeL) als Folge des Urteils des Bundesverwaltungsgerichts vom 1. September 2017 (C-3322/2015), zu lösen. Durch das Urteil werden die Kosten für Pflegematerialien, welche durch Pflegefachpersonen an-

gewendet werden, von den Versicherern zu den Kantonen und Gemeinden verschoben. Dies führt dazu, dass jeder Kanton, je nach kantonaler Regelung sogar jede Gemeinde, ein eigenes MiGeL-Vergütungs- und Kontrollsystem aufbauen muss, was regional unterschiedlichste Finanzierungsarten der Pflegekosten zur Folge haben wird. Eine Vergleichbarkeit und Kostentransparenz in der Pflegefinanzierung wird durch die Vielzahl an Einzelösungen auf Jahre hinaus nicht mehr existieren und nicht mehr hergestellt werden können. Es erscheint dem Regierungsrat widersinnig, dass einerseits ein Vorschlag zur Harmonisierung der Pflegebedarfsinstrumente erlassen wird, gleichzeitig aber bei der Vergütung des tatsächlich in der Pflege verwendeten Materials, eine folgenschwere Desharmonisierung zugelassen wird. Der Regierungsrat fordert den Bund auf, umgehend Massnahmen auf Bundesebene zu ergreifen, welche eine koordinierte Abwicklung der MiGeL-Vergütung ermöglichen, da ansonsten sämtliche Harmonisierungsbemühungen der letzten Jahre in der Pflegefinanzierung zunichte gemacht werden.

Neben der Desharmonisierung löst die derzeitige Lösung eine Kostenverschiebung von schweizweit schätzungsweise 150 bis 200 Mio. Franken pro Jahr von den Versicherern zu Kantonen und Gemeinden aus. Zusätzlich kommen administrative Aufwände hinzu, um in den einzelnen Kantonen und Gemeinden die entsprechenden Kontrollstellen und Abrechnungssysteme zu implementieren und zukünftig zu führen.

Dass die derzeitige Lösung nicht dem breiten politischen Willen entspricht, wird durch die Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrats (SGK-N) aufgezeigt, welche am 6. Juli 2018 einstimmig eine Kommissionmotion (18.3710) verabschiedet hat, welche den Bundesrat verpflichten will, die rechtlichen Grundlagen zu schaffen, dass Leistungserbringer Materialien der MiGeL sowohl für die Selbstanwendung als auch die Anwendung durch eine Pflegefachperson den Krankenversicherern in Rechnung stellen können. Bereits am 14. April 2018 fand auf Einladung des BAG ein Runder Tisch mit allen Beteiligten statt, an dem die Problematik dem BAG von Seiten Kantone hinlänglich dargelegt wurde. Eine Reaktion von Seiten BAG blieb aus. Die vorliegende Verordnungsänderung sollte genutzt werden, um diese Entwicklung, welche eine transparente und steuerbare Pflegefinanzierung enorm behindert, aufzuhalten. Falls der Bund der Meinung sein sollte, dass das Problem auf Gesetzesstufe gelöst werden muss, so sind auf Verordnungsstufe zumindest Übergangslösungen zu etablieren, welche das bisherige System stützen bis die bundesrechtliche Legiferierung abgeschlossen ist.

- ii. Der Schlussbericht der Evaluation der Neuordnung der Pflegefinanzierung (NPF) zeigt auf, dass Kantone und Gemeinden eine hohe finanzielle Zusatzbelastung tragen. Dass diese Entwicklung seit 2014 weitergeht, zeigt auf, dass die Kostenverschiebung von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) zu den Kantonen und Gemeinden nicht nur eine Folge des Systemwechsels zur NPF ist, sondern Teil des Systems. Der Finanzierungsanteil der Kantone und Gemeinden wird weiterwachsen, wenn keine Gegenmassnahmen ergriffen werden. Es ist nicht akzeptabel, dass ausschliesslich die Kantone und Gemeinden das Kostenwachstum in der Pflege tragen. Dies auch deshalb, weil einzig die Krankenversicherer im Einzelfall die Wirtschaftlichkeit der Leistungen (z.B. Pflege durch Spitex versus Pflege im Pflegeheim) prüfen können und Gerichte bei einer Wirtschaftlichkeitsüberprüfung nur die Kosten, welche zulasten der OKP anfallen, einbeziehen. Die Beiträge nach Art. 7a Abs. 1 und 3 KLV sind deshalb regelmässig an die Kostenentwicklung in der Pflege anzupassen. Da der Kanton Basel-Stadt Kantons- wie auch Gemeindebehörde ist, ist er von dieser Entwicklung besonders stark betroffen.
- iii. Die Spitex-Organisationen pflegen heutzutage längst nicht nur längerfristig pflegebedürftige und alte Menschen, sondern zunehmend auch jüngere Menschen, die dank der Spitex das Spital früher verlassen oder sich gar nicht erst in stationäre Spitalbehandlung begeben müssen. Bund und Kantone verfolgen für kleinere Eingriffe die Strategie «ambulant vor stationär» (AVOS). Die Senkung der OKP-Beiträge für Spitex setzt in diesem Zusammenhang ein völlig falsches Signal und untergräbt die Strategie AVOS.

- iv. Es ist nicht nachvollziehbar, wie bei den Kostenneutralitätsberechnungen von einem Nullwachstum bei den Löhnen in der Pflege ausgegangen werden kann. Gemäss Bundesamt für Statistik sind die Löhne im Gesundheitswesen von 2010 bis 2016 um rund 5% gestiegen. In Heimen sind sie im gleichen Zeitraum um über 2% gestiegen, beim unteren Kader und in Funktionen ohne Kaderfunktion, was einen Grossteil des Pflegepersonals betrifft, sogar um 4 bis 6%.

2. Anträge zu den einzelnen Änderungsvorschlägen

Der Regierungsrat schliesst sich sämtlichen Forderungen der GDK an. Aus Sicht des Kantons Basel-Stadt sind folgende Punkte von zentraler Bedeutung:

2.1 Kostenneutralität der Pflegebeiträge

Der Regierungsrat fordert aufgrund der obenstehenden Erläuterungen,

- i. dass die jetzige Anpassung der Beiträge nach Art. 7a Abs. 1 und 3 KLV die Kostenentwicklung der Pflege der letzten Jahre, insbesondere ab 2014 bis zum Zeitpunkt des Inkrafttretens der angepassten Beiträge, berücksichtigt;
- ii. dass in der KLV festgehalten wird, dass die Beiträge nach Art. 7a Abs. 1 und 3 KLV mindestens alle drei Jahre an die Kostenentwicklung in der Pflege angepasst werden;
- iii. dass die KLV dahingehend zu ändern ist, dass Leistungserbringer nach Art. 7 Abs. 1 KLV (freiberufliche Pflegefachpersonen, Spitex und Pflegeheime) Pflegematerialien der OKP in Rechnung stellen können, unabhängig davon, ob es sich um eine Abgabe im Sinne der MiGeL oder um Pflegematerial handelt, welches vom Pflegepersonal angewendet wird. Die bisherige Finanzierung soll legalisiert und weitergeführt werden. Alternativ könnten für die Pflegeheime die Kosten der Pflegematerialien in die OKP-Beiträge eingerechnet werden. Spitex und freiberufliche Pflegefachpersonen müssen aber die Möglichkeit erhalten, das Pflegematerial separat abzurechnen und
- iv. dass die Anpassungen bezüglich der Pflegematerialien in einem beschleunigten Verfahren auf den 1. Januar 2019 in Kraft gesetzt werden.

2.2 Bedarfsermittlung und Mindestanforderungen an Pflegebedarfsermittlungssysteme

Der Regierungsrat begrüsst die Änderungen zur Bedarfsermittlung und zu den Mindestanforderungen an Pflegebedarfsermittlungssysteme in ihrer Stossrichtung. Er schliesst sich vollumfänglich den von der GDK vorgeschlagenen Ergänzungen und Anpassungen an. Der Regierungsrat begrüsst die Kompetenzerweiterung der Pflegefachpersonen grundsätzlich, unterstützt aber die von der GDK vorgeschlagenen Änderungen und Massnahmen, insbesondere sofern diese der Verhinderung einer allfälligen Mengenausweitung dienen.

Wir danken Ihnen für die Berücksichtigung unserer Anliegen. Für Rückfragen steht Ihnen gerne Frau Dorothee Frei Hasler, Generalsekretärin des Gesundheitsdepartement des Kantons Basel-Stadt (dorothee.frei@bs.ch, Tel. 061 267 95 49), zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüssen

Im Namen des Regierungsrates des Kantons Basel-Stadt



Elisabeth Ackermann
Präsidentin



Barbara Schüpbach-Guggenbühl
Staatsschreiberin



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

Département fédéral de l'intérieur
Inselgasse 1
3003 Berne

Document PDF et Word à :
abteilung-leistung@bag.admin.ch
gever@bag.admin.ch

Fribourg, le 8 octobre 2018

2018-793

**Modification de l'ordonnance du DFI sur les prestations de l'assurance des soins en cas de maladie (OPAS) (neutralité des coûts, évaluation des soins requis) -
Prise de position du Conseil d'Etat relative à l'avant-projet du Conseil fédéral du 4 juillet 2018 sur la modification de l'OPAS**

Madame, Monsieur,

Dans l'affaire susmentionnée, nous nous référons au courrier du 4 juillet 2018 de Monsieur Alain Berset, Président de la Confédération. Nous vous remercions pour l'élaboration du projet.

Sur le principe, nous saluons le fait que le DFI veuille apporter des correctifs sous l'angle de la neutralité des coûts. En revanche, au vu des nombreuses interrogations suscitées par le projet, nous nous rallions à la prise de position critique de la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS).

En particulier, le projet mis en consultation ne tient pas compte des projets et réflexions en cours au niveau fédéral, qu'il s'agisse notamment de la révision de la LAMal (forfaitisation des soins ambulatoires) ou de la suite que le Conseil fédéral entend donner au rapport du groupe d'experts concernant les mesures visant à freiner la hausse des coûts dans l'assurance obligatoire des soins, ce qui est regrettable. De plus, les bases de calcul et les comparaisons effectuées pour définir l'évolution des coûts entre 2010 et 2014 ne sont, à notre avis, ni pertinentes, ni forcément objectives.

Concernant la modification de l'ordonnance, nous soulignons les points suivants :

- > **Ad Art. 7a, al. 1 (tarifs soins à domicile)**, nous ne pouvons accepter la baisse proposée en raison de l'absence de pertinence de la comparaison entre 2010 et 2014.
- > **Ad Art. 7 a, a. 3 (tarifs EMS)**, la hausse proposée ne se base pas sur des éléments valables et acceptables.
- > La **question LiMA** doit impérativement entrer dans la réévaluation des tarifs OPAS, tant pour les EMS que pour les soins à domicile.

En conclusions, nous demandons à ce que le projet soit revu dans le sens des considérations susmentionnées.

Nous vous prions de croire, Madame, Monsieur, à l'assurance de nos sentiments les meilleurs.

Au nom du Conseil d'Etat :

Georges Godel
Président

Danielle Gagnaux-Morel
Chancelière d'Etat

Communication :

- a) à la Direction de la santé et des affaires sociales, pour elle, le Service de la santé publique, le Service de la prévoyance sociale, le Service du médecin cantonal et à Monsieur Alexandre Grandjean ;
- b) à la Chancellerie d'Etat.

Danielle Gagnaux-Morel
Chancelière d'Etat

Extrait de procès-verbal non signé, l'acte signé peut être consulté à la Chancellerie d'Etat



Genève, le 17 octobre 2018

Le Conseil d'Etat

4776-2018

Département fédéral de l'intérieur
Monsieur Alain BERSET
Président de la Confédération
Inselgasse 1
3003 Berne

Concerne : modification de l'ordonnance du DFI sur les prestations de l'assurance des soins en cas de maladie (neutralité des coûts, évaluation des soins requis) – prise de position du canton de Genève

Monsieur le Président,

Notre Conseil a pris connaissance avec intérêt du projet de modification de l'ordonnance fédérale sur les prestations de l'assurance des soins, du 29 septembre 1995 (OPAS) (RS 832.112.31) que vous lui avez soumis pour consultation le 4 juillet 2018.

Ce projet aborde deux sujets : la neutralité des coûts concernant les contributions aux soins et l'évaluation des soins requis.

Bien que nous comprenions la base légale sur laquelle s'appuie ce projet de modification de l'OPAS, nous regrettons qu'il soit à ce point déconnecté de la réalité de l'évolution du contexte médical, social et budgétaire des cantons. En effet, il nous semble tout à fait hors de propos de parler en 2018 de la neutralité des coûts en comparant les coûts générés en 2014, sur la base de tarifs élaborés en 2008, avec les coûts de 2010. Ne serait-ce qu'en raison de l'évolution de la conjoncture économique récente, les données issues des années précitées ne se prêtent pas à une révision des montants.

De plus, cette tentative de préserver une neutralité des coûts, qui repose sur des calculs contestables, ne règle pas la question de la répartition des coûts qui, avec quelques années de recul, apparaît désormais comme largement défavorable pour certains cantons en raison de leur obligation de financer les coûts résiduels. A notre sens, les adaptations des montants proposées ne répondent ainsi en rien aux préoccupations des cantons confrontés à des coûts de plus en plus importants, principalement en raison de la hausse des salaires, des prestations non facturables à l'assurance-maladie, de la complexification des prises en charge et du vieillissement de la population. Ceci est d'autant plus vrai et préoccupant s'agissant de la diminution des montants pour les infirmiers et infirmières ainsi que pour les organisations d'aide et de soin à domicile.

Que l'amélioration des systèmes de santé passe par une augmentation des soins ambulatoires et une meilleure coordination des acteurs fait l'objet d'un large consensus et ressort notamment des discussions animées par votre département. La diminution des tarifs citée ci-dessus nous semble aller à l'encontre de cet objectif en affaiblissant le soutien des prestations de soins à domicile par le système d'assurance sociale.

Au demeurant, la nouvelle pratique instaurée par les récents arrêts du Tribunal administratif fédéral dans le domaine de la prise en charge du matériel de soins LiMA n'a fait qu'ajouter à une problématique déjà aiguë. Or votre projet est muet sur ce thème. Il s'attache à régler une situation non problématique pour la majorité des acteurs et renonce à agir sur ce qui est une nette détérioration récente de l'assurance sociale.

Au vu de ce qui précède, nous considérons que les propositions de modifications de l'OPAS relatives à la neutralité des coûts ne sont pas acceptables en l'état.

En ce qui concerne les modifications relatives à l'évaluation des soins requis, nous estimons que sur le principe, les modifications relatives à la prescription médicale, l'évaluation des soins requis et les exigences minimales à l'égard des systèmes d'évaluation des soins sont indispensables pour faire évoluer l'efficacité de nos systèmes de santé. La proposition faite est cependant insuffisamment aboutie.

Des explications détaillées de notre position, ainsi que d'autres commentaires et propositions, figurent dans le formulaire joint au présent courrier.

En vous remerciant de l'attention que vous porterez à nos commentaires, nous vous prions de croire, Monsieur le Président, à l'assurance de notre haute considération.

AU NOM DU CONSEIL D'ÉTAT

La chancelière :



Michèle Righetti

Le président :



Antonio Hodgers

Annexe mentionnée

Copie à : (via mail) abteilung-leistungen@bag.admin.ch et gever@bag.admin.ch

Modification de l'ordonnance du DFI sur les prestations de l'assurance des soins en cas de maladie (OPAS) (neutralité des coûts, évaluation des soins requis)
Procédure de consultation du 4 juillet au 26 octobre 2018

Prise de position de

Nom / entreprise / organisation / canton : Etat de Genève / Département de l'emploi et de la santé / Direction générale de la santé (DGS)

Abréviation de l'entr. / org. : GE

Adresse : DGS, rue Adrien-Lachenal 8 – 1207 Genève

Personne de référence : Nicolas Müller, service de la planification et du réseau de soins

Téléphone : 022 546 18 71

Courriel : adrien.bron@etat.ge.ch

Date : 17 octobre 2018

Informations importantes :

1. Veuillez n'effectuer aucun changement dans le format du formulaire.
2. Si vous souhaitez supprimer certains tableaux dans le formulaire, vous avez la possibilité d'ôter la protection du texte sous « Outils/Ôter la protection ».
4. Veuillez envoyer votre prise de position par voie électronique **avant le 26 octobre 2018** aux adresses suivantes : abteilung-leistung@bag.admin.ch
gever@bag.admin.ch

Modification de l'ordonnance du DFI sur les prestations de l'assurance des soins en cas de maladie (OPAS) (neutralité des coûts, évaluation des soins requis)
Procédure de consultation du 4 juillet au 26 octobre 2018

Ordonnance du DFI sur les prestations de l'assurance des soins en cas de maladie (OPAS)

Nom / entreprise (prière d'utiliser l'abréviation indiquée à la première page)	Remarques générales		
GE	Conformément aux dispositions transitoires de la modification de la loi fédérale sur l'assurance-maladie, du 13 juin 2008, le Département fédéral de l'intérieur (DFI) a vérifié si le nouveau régime de financement des soins, entré pleinement en vigueur au 1er janvier 2014, avait été sans incidence sur les coûts à charge de l'assurance obligatoire des soins (AOS) et respectait donc le principe de neutralité des coûts pour les assureurs. Bien que nous comprenions la base légale sur laquelle s'appuie ce projet de modification de l'OPAS, nous regrettons qu'il soit à ce point déconnecté de la réalité de l'évolution du contexte médical, social et budgétaire des cantons. En effet, il nous semble tout à fait hors de propos de parler en 2018 de la neutralité des coûts en comparant les coûts générés en 2014, sur la base de tarifs élaborés en 2008, avec les coûts de 2010. Ne serait-ce qu'en raison de l'évolution de la conjoncture économique récente, les données issues des années précitées ne se prêtent pas à une révision des montants. De plus, cette tentative de préserver une neutralité des coûts, qui repose sur des calculs contestables, ne règle pas la question de la répartition des coûts qui, avec quelques années de recul, apparaît désormais comme largement défavorable pour certains cantons en raison de leur obligation de financer les coûts résiduels. A notre sens, les adaptations des montants par minutes de soins définis à l'article 7a al. 3 OPAS ne répondent ainsi en rien aux préoccupations des cantons confrontés à des coûts de plus en plus importants, principalement en raison de la hausse des salaires, des prestations non facturables à l'assurance-maladie, de la complexification des prises en charge et du vieillissement de la population. Ceci est d'autant plus vrai et préoccupant pour la diminution des montants définis à l'article 7a al. 1 OPAS. Au demeurant, la nouvelle pratique instaurée par les récents arrêts du Tribunal administratif fédéral (C-3322/2015 et C-1970/2015) dans le domaine de la prise en charge du matériel de soins n'a fait qu'ajouter à une problématique d'ores et déjà aigue. Ces arrêts créent en outre une situation chaotique sur l'ensemble du pays avec un risque fort de laisser des assurés sociaux dans de réelles difficultés d'accès au remboursement des soins nécessaires à domicile. La solution passe précisément par une révision de l'OPAS. Or votre projet est muet sur ce thème. Il est dès lors difficile de comprendre pourquoi celui-ci s'attache à régler un problème qui n'apparaît pas comme tel à la majorité des acteurs et renonce à agir dans ce qui est une nette détérioration récente de l'assurance sociale.		
Nom / entreprise	article	commentaires / remarques	modification proposée (texte proposé)
GE	7a al. 1	L'amélioration des systèmes de santé passe par une augmentation des soins ambulatoires et une meilleure coordination des acteurs. Cela fait l'objet d'un large consensus et ressort notamment des discussions animées par votre	Pas de modification du texte, mais une hausse des montants qui prennent en compte les arguments

Modification de l'ordonnance du DFI sur les prestations de l'assurance des soins en cas de maladie (OPAS) (neutralité des coûts, évaluation des soins requis)
Procédure de consultation du 4 juillet au 26 octobre 2018

		département. La diminution des tarifs prévue dans l'article 7a al. 1 passe complètement à côté de cet objectif en soutenant au contraire une diminution de l'engagement du système d'assurance sociale des prestataires de soins à domicile. Cela nous semble un contre-sens. Cette baisse des montants à charge de l'assurance est proposée sur la base de calculs effectués par l'OFSP. Cependant, en plus de souffrir des mêmes défauts que dans le cas des EMS, à savoir une répartition inéquitable entre le canton et les assureurs et la non prise en compte des disparités cantonales et des évolutions salariales, les calculs de la neutralité des coûts se fondent sur des données qui sont, de l'aveu même de l'OFSP, incomplètes. Elles s'inscrivent de plus dans un domaine où les temps de déplacement ne sont pas financés à l'instar de nombreux autres domaines dans la santé. La baisse des montants prévue à l'art. 7a al. 1 OPAS provoquera une augmentation du financement résiduel et pénalisera injustement les cantons qui ont fait du maintien à domicile une politique active, ceci afin de répondre aux enjeux sociétaux (vivre le plus longtemps possible à domicile en bénéficiant de prestations de qualité), d'accompagner les stratégies d'ambulatorisation et de privilégier ainsi l'efficacité du réseau de soins, notamment en abaissant le nombre de structures stationnaires nécessaires. Pour les raisons évoquées plus haut, la politique de maintien à domicile, d'amélioration de la coordination des acteurs de la santé et de promotion des soins ambulatoires passe par un meilleur financement des soins à domicile. Votre projet propose le contraire. Pour toutes ces raisons, nous nous opposons fermement à la baisse proposée dans le projet de modification et soutenons, comme pour le secteur des EMS, une révision plus régulière des contributions en fonction de l'évolution des coûts dans le domaine des soins.	du canton de Genève.
GE	7a al. 3	La modification de l'article 7a al. 3 OPAS proposée est insuffisante. La revalorisation des tarifs des soins de longue durée dans les établissements médico-sociaux (EMS) est à saluer mais nous contestons les bases de calcul présentées. Une telle modification devrait, à tout le moins, prendre en considération les éléments suivants : - la répartition des charges entre les assureurs-maladie devrait être revue à la lumière du coût réel à la charge des cantons via le	- Révision des montants qui prennent en compte les arguments genevois ; - Ajout d'une 13^e classe : [...] l. de 221 à 240 minutes de soins requis : XXX fr. ; m. plus de 240 minutes de soins requis : XXX

Modification de l'ordonnance du DFI sur les prestations de l'assurance des soins en cas de maladie (OPAS) (neutralité des coûts, évaluation des soins requis)
Procédure de consultation du 4 juillet au 26 octobre 2018

		financement résiduel, plutôt que de continuer à préserver la neutralité des coûts à la charge des assureurs. A Genève, les revenus des EMS relatifs aux soins proviennent, pour 53%, du financement résiduel du canton, contre seulement 43% des assureurs; - pour les cantons, comme Genève, où le coût de la vie est plus élevé que la moyenne suisse, il est extrêmement désavantageux de prendre comme base de calculs les évolutions nationales, comme il est désavantageux d'appliquer des tarifs fédéraux uniformes ne tenant pas compte des spécificités cantonales. Les salaires genevois, en particulier, ont un niveau et une évolution fortement différents : pour le personnel de soins dans les EMS, on observe une hausse de leur rémunération de 3,6% entre 2010 et 2016 (contre - 2,4% pour la même période à l'échelon suisse, selon l'OFSP). Alors que les primes de l'assurance de base et les tarifs des soins ambulatoires et stationnaires sont différenciés par canton pour prendre en compte ces disparités, il est injuste que les contributions des assureurs-maladie soient fixées à l'échelon national et ne soient pas adaptées régulièrement, laissant ainsi à la charge des cantons, au prétexte du financement résiduel, toute évolution des coûts;	fr.
GE	8 al. 2	L'augmentation proposée de la fréquence des évaluations des soins requis dans les EMS ne nous semble pas pertinente. Elle ajoute non seulement des lourdeurs administratives pour les assurances et pour les entités qui prennent en charge des résidents mais aussi demande des adaptations techniques coûteuses des outils d'évaluation, alors que ces outils offrent déjà, à satisfaction, la possibilité d'évaluer des résidents aussi souvent que le nécessite la péjoration de leur état de santé. A ce sujet, vous voudrez bien prendre en considération la prise de position qui vous sera adressée par la Commission technique Plaisir, également consultée. La modification proposée en matière de durée de la prescription médicale, pour les organisations de soins à domicile et les infirmières indépendantes, n'est pas pertinente. Cette proposition de simplification reste peu applicable. En effet tenant compte de l'augmentation de la complexité des patients et de l'actualisation nécessaire des soins, de tels délais seraient rarement utilisés.	Garder les dispositions présentes dans la version actuelle de l'art. 8

Modification de l'ordonnance du DFI sur les prestations de l'assurance des soins en cas de maladie (OPAS) (neutralité des coûts, évaluation des soins requis)

Procédure de consultation du 4 juillet au 26 octobre 2018

GE	8a al.1	Nous nous opposons à la teneur de l'art. 8a al. 1 let. a et b OPAS, visant à faire correspondre les exigences du personnel infirmier chargé d'effectuer l'évaluation des besoins avec celles posées par l'art. 49 al. 1 OAMal. En effet, il nous semble inutilement restrictif d'exiger deux années d'activité (art. 49 al. 1 let. b OAMal) en plus du diplôme d'infirmier ou d'infirmière (art. 49 al. 1 let. a OAMal). Par conséquent, nous proposons de limiter la référence à l'art. 49 al. 1 OAMal en précisant que les deux années d'expérience ne sont pas exigées. La compétence donnée au personnel infirmier pour l'évaluation des soins requis dans le cadre des prestations d'évaluation, de conseil et de coordination ainsi que pour les prestations de soins de base ne concerne que peu de clients dans les institutions de soins à domicile délivrant de plus en plus de soins techniques. Aussi, cette mesure de simplification n'en est pas une. Il nous semblerait plus pertinent d'inclure également les prestations d'examens et traitements dans cette proposition, le cas échéant d'en autoriser le principe, charge aux cantons d'en définir le cadre légal opérationnel.	[...] a. pour les prestations prévues à l'art. 7, al. 2, let. a et c : par un infirmier ou une infirmière (art. 49 OAMal <i>al.1 let. a</i>) en collaboration avec le patient ou ses proches ; le résultat est transmis, pour information, au médecin prescripteur ; [...]

per E-Mail

- abteilung-leistung@bag.admin.ch
- gever@bag.admin.ch

Glarus, 25. September 2018
Unsere Ref: 2018-147

Vernehmlassung zur Änderung der Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Kostenneutralität und Bedarfsermittlung)

Hochgeachteter Herr Bundespräsident
Sehr geehrte Damen und Herren

Das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) gab uns in eingangs genannter Angelegenheit die Möglichkeit zur Stellungnahme. Dafür danken wir und lassen uns gerne wie folgt vernehmen:

1. Kostenneutralität der Pflegebeiträge

1.1. Allgemeine Bemerkungen

Das EDI hat die Neuordnung der Pflegefinanzierung (NPF) evaluieren lassen und zudem berechnet, ob die Einführung für die Obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) kostenneutral erfolgt ist.

Gemäss den KVG-Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 13. Juni 2008 (Pflegefinanzierung) hatten die Kantone drei Jahre Zeit, die geltenden Tarife und Tarifverträge an die vom Bundesrat festgesetzten Beiträge der OKP an die Pflegeleistungen anzupassen. Die Neuordnung der Pflegefinanzierung ist am 1. Januar 2011 in Kraft getreten und die Übergangsfrist lief bis am 31. Dezember 2013.

Die Kostenneutralitätsberechnung des Bundesamts für Gesundheit (BAG) kommt zum Schluss, dass die Kostenneutralität für die OKP nicht eingehalten worden sei: Die OKP sei ab 1. Januar 2014 im Vergleich zu 2010 bei den Beiträgen an die Pflegeheime entlastet und bei denjenigen an die Spitex und freiberufliche Pflegefachpersonen zusätzlich belastet worden. Das EDI schlägt deshalb Anpassungen der Beiträge nach Artikel 7a KLV vor: Die Pflegeheime sollen künftig höhere, Spitex und freiberufliche Pflegefachpersonen dagegen tiefere Beiträge der OKP erhalten.

Aus den folgenden Gründen lehnen wir die Senkung der Beiträge für Spitex und freiberufliche Pflegefachpersonen ab und fordern signifikante Erhöhungen aller Beiträge nach Artikel 7a KLV:

1. Für die Kostenneutralitätsberechnungen werden Annahmen getroffen, deren Berechtigung und Aussagekraft wir in Frage stellen¹. Insbesondere veränderte sich die Leistungsstruktur bei der Spitex seit 2011 deutlich: der Anteil der günstigsten Leistung (Grundpflege) sinkt kontinuierlich, während der Anteil der Abklärung, Beratung und Koordination sowie der Untersuchung und Behandlung steigt. Die Kostenneutralitätsberechnung berücksichtigt diese Entwicklung nicht. Weiter ist nicht nachvollziehbar, wie von einem Nullwachstum bei den Löhnen ausgegangen werden kann. Gemäss Bundesamt für Statistik sind die Löhne im Gesundheitswesen von 2010 bis 2016 um rund 5 Prozent gestiegen. In Heimen sind sie im gleichen Zeitraum um über 2 Prozent gestiegen, beim unteren Kader und in Funktionen ohne Kaderfunktion, was einen Grossteil des Pflegepersonals betrifft, sogar um 4 bis 6 Prozent.
2. Das EDI hält in seiner Stellungnahme zur Evaluation der NPF vom 4. Juli 2018 als eines der Ziele der NPF fest, dass der Finanzierungsanteil der OKP an den Kosten der Pflegeleistungen nicht ansteigen soll² und gleichzeitig hat die Evaluation der NPF von infras ergeben, dass der Finanzierungsanteil der OKP bei der ambulanten Pflege nicht angestiegen, sondern gar um 2 Prozentpunkte gesunken ist³. Die in der Vorlage vorgeschlagene Senkung der OKP-Beiträge für Spitex und freiberufliche Pflegefachpersonen ist deshalb nicht nachvollziehbar, weshalb wir sie ablehnen.
3. Der Schlussbericht der Evaluation der NPF zeigt auf, dass Kantone und Gemeinden eine hohe finanzielle Zusatzbelastung tragen und dass die Kantone und Gemeinden in den Folgejahren der NPF ihre Beiträge an die Pflegeheime und Spitex-Organisationen stetig erhöht haben. Dass diese Entwicklung seit 2014 weitergeht, zeigt deutlich, dass die Kostenverschiebung von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) zu den Kantonen und Gemeinden nicht nur eine Folge des Systemwechsels zur NPF ist. Der Finanzierungsanteil der Kantone und Gemeinden wird weiterwachsen, wenn keine Gegenmassnahmen ergriffen werden. Es ist nicht akzeptabel, dass Kantone und Gemeinden das Kostenwachstum der Pflege zu 100 Prozent tragen. Dies auch deshalb, weil einzig die Krankenversicherer im Einzelfall die Wirtschaftlichkeit der Leistungen (Pflege durch Spitex versus Pflege im Pflegeheim) prüfen können und auch Gerichte bei einer Wirtschaftlichkeitsüberprüfung nur die Kosten für die OKP einbeziehen.
4. Die Spitex-Organisationen pflegen nicht nur alte Menschen in sogenannter Langzeitpflege, sondern zunehmend auch jüngere Menschen⁴, die dank der Spitex das Spital früher verlassen können oder sich gar nicht erst in stationäre Spitalbehandlung begeben müssen. Bund und Kantone verfolgen für kleinere Eingriffe die Strategie "ambulant vor stationär" (AVOS). Die Senkung der OKP-Beiträge für Spitex setzt in diesem Zusammenhang ein völlig falsches Signal und untergräbt die Strategie AVOS.
5. Neu kommt dazu, dass aufgrund der durch das Bundesverwaltungsgericht als unzureichend beurteilten rechtlichen Grundlage die Leistungserbringer der Pflege die Kosten des Pflegematerials der OKP nicht mehr separat in Rechnung stellen können. Die Finanzierungslücke ist nach Ansicht des Bundesamts für Gesundheit (BAG) durch die Restfinanzierer zu schliessen. Für uns ist diese weitere Kostenverschiebung hin zu den Kantonen und Gemeinden nicht akzeptabel. Wir verlangen mit Nachdruck, dass die KLV-Änderung auch diese aktuelle Entwicklung berücksichtigt. Die OKP hat die Pflegematerialien

¹ Vgl. Erläuternder Bericht, Ziff.3.1.6, S. 14; Ziff. 2.1.10, S. 10 und Ziff. 3.1.7, S. 16

² Vgl. Stellungnahme des Eidgenössischen Departement des Innern (EDI) zur Evaluation der Neuordnung der Pflegefinanzierung vom 4. Juli 2018, S. 1.

³ Vgl. Evaluation der Neuordnung der Pflegefinanzierung. Schlussbericht, S. 64 und Evaluation der Neuordnung der Pflegefinanzierung. Executive Summary, S. 7.

⁴ Der Anteil der Patient/innen ab 65 Jahren für Langzeitpflege (ohne Akut- und Übergangspflege) betrug 2011 77% und 2016 nur noch 71%. Und bei den Patient/innen ab 80 Jahren hat sich der Anteil von 48% im 2011 auf 42% 2016 verkleinert (Quelle: Spitex Statistik 2016, Tabelle 12.1, Berechnung der GDK).

vor 2011 und bis mindestens Ende 2017 bezahlt. Das Weiterführen dieser Finanzierungslösung würde also für die OKP kostenneutral erfolgen.

Die Finanzierung von Pflegematerialien durch Kantone und Gemeinden ist auch deshalb abzulehnen, weil nur der Krankenversicherer die für die Rechnungskontrolle notwendigen Informationen erhält und nur er prüfen kann, ob die Wahl und der Einsatz der Materialien nach den Kriterien der Wirtschaftlichkeit, Zweckmässigkeit und Wirksamkeit erfolgt.

6. Die OKP-Beiträge für Leistungen der Pflegeheime sind grundsätzlich nach dem Pflegebedarf (in 20-Minuten-Schritten) abgestuft. Bei einem Pflegebedarf von mehr als 220 Minuten pro Tag soll jedoch wie bisher keine Differenzierung mehr vorgenommen und der Beitrag limitiert werden. Diese, seit 2011 geltende Regelung ist nicht sachgerecht, da sich die OKP bei schwersten Pflegefällen⁵ nicht proportional zum Pflegeaufwand beteiligt. Die anteilmässige Beteiligung der OKP ist deshalb auch bei einem Pflegebedarf von mehr als 220 Minuten pro Tag in Artikel 7a Absatz 3 KLV zu verankern.

Dass den unter Ziffern 3 und 5 geschilderten Entwicklungen in den Vorschlägen des EDI nicht Rechnung getragen wird, entspricht nicht einem breiten politischen Willen. Die GDK verlangt die Anpassungen seit Längerem und auch aus den Reihen des Parlamentes stehen diese Forderungen im Raum (Mo. 18.3425, Po. 16.3352 / Frage 18.5133, Mo. 18.3710).

Eine unterjährige Einführung angepasster OKP-Beiträge ist u. E. nicht praktikabel, da die Kantone aufgrund der Beitragsänderungen für ein Kalenderjahr zwei verschiedene Patientenbeteiligungen und zwei verschiedene Restfinanzierungen vorgeben müssten, was zu einem unverhältnismässigen administrativen Mehraufwand bei den Leistungserbringern führen würde. Da zudem ein grosser Teil der Leistungsbezüger Ergänzungsleistungen (EL) bezieht, müssten schweizweit mehrere zehntausend EL-Verfügungen zusätzlich Mitte Jahr statt wie üblich nur per Jahresanfang (wegen höheren Durchschnittsprämien oder höheren AHV-Renten) angepasst werden, was zu einem enormen Zusatzaufwand für die Gemeinden führen würde. Wir regen deshalb an, den Einführungszeitpunkt auf einen Jahresanfang zu legen.

1.2. Anträge

Konkret fordern wir, dass

- a. die jetzige Anpassung der Beiträge nach Artikel 7a Absatz 1 und 3 KLV die Kostenentwicklung der Pflege der letzten Jahre, insbesondere ab 2014 bis zum Zeitpunkt des Inkrafttretens der angepassten Beiträge, berücksichtigt;
- b. in der KLV festgehalten wird, dass die Beiträge nach Artikel 7a Absatz 1 und 3 KLV mindestens alle drei Jahre an die Kostenentwicklung in der Pflege angepasst werden;
- c. die KLV dahingehend zu ändern ist, dass Leistungserbringer nach Artikel 7 Absatz 1 KLV (freiberufliche Pflegefachpersonen, Spitex und Pflegeheime) Pflegematerialien der OKP in Rechnung stellen können, unabhängig davon, ob es sich um eine Abgabe im Sinne der MiGeL oder um Pflegematerial handelt, welches in der Pflege angewendet wird. Die bisherige Finanzierung soll legalisiert und weitergeführt werden. Alternativ könnten für die Pflegeheime die Kosten der Pflegematerialien in die OKP-Beiträge eingerechnet werden. Spitex und freiberufliche Pflegefachpersonen müssen die Möglichkeit erhalten, das Pflegematerial separat abzurechnen;
- d. die Anpassungen bezüglich der Pflegematerialien in einem beschleunigten Verfahren auf den 1. Januar 2019 in Kraft gesetzt werden;
- e. die OKP-Beiträge für Leistungen der Pflegeheime (Art. 7a Abs. 3 KLV) auch bei einem Pflegebedarf von mehr als 220 Minuten pro Tag in 20-Minuten-Schritten abgestuft werden, indem die bestehenden Pflegestufen nach Artikel 7a Absatz 3 KLV um sechs auf insgesamt achtzehn Stufen erhöht werden.

⁵ Hierzu zählen beispielsweise Menschen mit Demenz oder in Palliative Care sowie Patient/innen, die beatmet werden und in den letzten Jahren von Spitälern in Pflegeheime verlegt worden sind.

2. Bedarfsermittlung und Mindestanforderungen an Pflegebedarfsermittlungssysteme

2.1. Allgemeine Bemerkungen

Die vorgeschlagenen KLV-Änderungen zur ärztlichen Anordnung, Bedarfsermittlung und zu den Mindestanforderungen an die Pflegebedarfsermittlungssysteme gehen in die richtige Richtung. Der Regierungsrat des Kantons Glarus begrüsst die Mehrheit der Änderungen im Grundsatz; zwecks Vermeidung von Mengenausweitungen und der damit einhergehenden Gefahr der Kostensteigerung sind aber verschiedene Ergänzungen erforderlich.

Im erläuternden Bericht fehlen uns Informationen zu den Kostenfolgen der Änderungen zur Pflegebedarfsermittlung in Pflegeheimen⁶. Die Anbieter der Instrumente RAI/RUG und BESA machen aktuell geltend, dass ihre Instrumente den Zeitbedarf der Pflege in vielen Fällen erheblich unterschätzen und dass Anpassungen vorzunehmen sind. Neben der Frage, welche Kostenfolgen diese Anpassungen hätten, stellt sich auch die Frage, welche Instanz legitimiert ist, die Güte einer Zeitstudie zu beurteilen und die Anpassungen in den Instrumenten zu veranlassen.

Wir gehen davon aus, dass die aktuell verwendeten Instrumente zur Bedarfsermittlung in Pflegeheimen (BESA, RAI-RUG und Plaisir) sowie neue Instrumente (z. B. InterRAI) grundsätzlich auch weiterhin zur Anwendung kommen können und dass die Instrumente nicht dazu degradiert werden, nur noch den Zeitbedarf zu ermitteln. Es ist wichtig, dass die Instrumente ihre Funktion zur Reflexion und Planung der adäquaten Pflege behalten.

2.2. Zu einzelnen Bestimmungen

Artikel 7 Absatz 2 Buchstabe a Ziff. 1; Artikel 8 Absatz 1; Artikel 8a Absatz 1 KLV

Die KLV-Änderung sieht vor, dass die ärztliche Anordnung von Pflegeleistungen künftig weniger umfassend sein muss als heute: Der Arzt/die Ärztin ordnet Pflege an, die Pflegefachperson führt die Bedarfsermittlung durch. Neu erfolgt die Bedarfsermittlung für Massnahmen der Ermittlung, Beratung und Koordination sowie Massnahmen der Grundpflege eigenverantwortlich durch die Pflegefachperson. Nur für Massnahmen der Untersuchung und Behandlung erfolgt die Bedarfsermittlung in Zusammenarbeit mit dem behandelnden Arzt/der behandelnden Ärztin.

Wir begrüssen diese Änderung im Grundsatz, welche den Pflegefachpersonen mehr Verantwortung zuschreibt. Die Änderung geht in die richtige Richtung. Damit die Gefahr einer Mengenausweitung bei Leistungen nach Artikel 7 Absatz 2 Buchstaben a und c KLV eingedämmt werden kann, ist Artikel 8a im Absatz 1 Buchstabe a KLV gemäss nachfolgenden Erwägungen zu modifizieren.

Artikel 8a Absatz 1 Buchstabe a KLV

Die Bedarfsermittlung für Massnahmen der Ermittlung, Beratung und Koordination sowie für Massnahmen der Grundpflege soll neu nicht mehr in Zusammenarbeit mit dem Arzt, sondern durch eine Pflegefachperson in Zusammenarbeit mit dem Patienten oder deren Angehörigen erfolgen; das Ergebnis der Ermittlung soll dem behandelnden Arzt lediglich noch "zur Information" weitergegeben werden (Art. 8a Abs. 1 Bst. a KLV). Mit der vorgeschlagenen Regelung fällt sowohl bei der Krankenpflege im Pflegeheim als auch bei der ambulanten Pflege das Erfordernis einer ärztlichen Bestätigung des mengenmässigen Pflegebedarfs ersatzlos weg. Damit wird den Pflegefachpersonen die Möglichkeit zur unlimitierten Verschreibung von Pflegeleistungen eingeräumt. Umfang, Häufigkeit und Dauer des Einsatzes können nicht mehr wie bisher vom Arzt begrenzt werden.

⁶ Im erläuternden Bericht wird ein INFRAS-Bericht vom 10. März 2017 erwähnt, der jedoch trotz Klammerbemerkung «Link» nicht verlinkt wurde.

Der Bundesrat hat in seiner Stellungnahme vom 23. März 2016 zur Parlamentarischen Initiative "Gesetzliche Anerkennung der Verantwortung der Pflege" (PI 11.418 Joder) die Verschreibung von Pflegeleistungen ohne ärztliche Kontrolle aufgrund der Gefahr von Kostensteigerung und Mengenausweitung abgelehnt. Im Kommentar zur vorliegend geplanten Änderung wird zudem vom EDI bezüglich ambulanter Krankenpflege festgehalten, dass "aus der ökonomischen Perspektive für diese Leistungserbringer ein Anreiz zur Erbringung von möglichst vielen Leistungen" besteht, "denn mit jeder für die Abklärung, Beratung und Koordination sowie die Grundpflege eingesetzten Stunde steigt die Vergütung der OKP und der Restfinanzierung" (S. 22). Es besteht somit die Gefahr, dass insbesondere private Leistungserbringer ohne Leistungsauftrag der öffentlichen Hand die Pflegefachpersonen zur Verschreibung möglichst vieler Pflegestunden anhalten werden. Die pflegebedürftigen Personen selber werden sich gegen eine zu grosszügig bemessene Grundpflege, die ja immerhin im Grundsatz vom Arzt / von der Ärztin verschrieben wird, kaum zur Wehr setzen, zumal die Kostenbeteiligung zulasten des Patienten limitiert ist.

Vor diesem Hintergrund und unter Berücksichtigung des Anliegens einer erhöhten Anerkennung der Verantwortung der Pflege, schlagen wir vor, die Pflegefachpersonen (wie vom EDI vorgeschlagen) zur Bestimmung des Pflegebedarfs zu ermächtigen, jedoch dem behandelnden Arzt bzw. der behandelnden Ärztin bei unangemessener Bedarfserhebung ein Vetorecht einzuräumen. Dies wird präventiv dazu führen, dass der Pflegebedarf von vornherein sachgerecht ermittelt wird. Entsprechend regen wir an, Artikel 8a Absatz 1 Buchstabe a KLV wie untenstehend ausgeführt zu modifizieren.

Weiter schlagen wir vor, die Formulierung "in Zusammenarbeit mit der Patientin oder dem Patienten oder deren Angehörigen" zu ersetzen, weil wir den Begriff "Zusammenarbeit" in diesem Zusammenhang als unpassend erachten:

"für Leistungen nach Artikel 7 Absatz 2 Buchstabe a und c: durch eine Pflegefachfrau oder einen Pflegefachmann (~~Artikel 49 KVV~~) in Zusammenarbeit mit unter Einbezug der Patientin oder des Patienten und gegebenenfalls dessen oder deren Angehörigen; die Ermittlung ist dem behandelnden Arzt zur Information weiterzugeben. Ist der behandelnde Arzt der Auffassung, dass der von der Pflegefachperson festgelegte Pflegebedarf nicht angemessen ist, teilt er dies der Pflegefachperson unter Kopie an den Versicherer innert fünf Arbeitstagen nach Erhalt der Information mit und legt in der Folge den Pflegebedarf in Zusammenarbeit mit der Pflegefachperson fest."

Artikel 8a Absatz 1 Buchstabe a und b KLV

Neu sollen für Pflegefachpersonen, welche die Bedarfsermittlung nach Artikel 8a KLV durchführen dürfen, die gleichen Voraussetzungen gelten wie für Pflegefachpersonen, welche gemäss Artikel 49 KVV freiberuflich Leistungen erbringen können. Neben dem Nachweis des Diploms ihrer Ausbildung wird eine zweijährige praktische Tätigkeit im Pflegeberuf verlangt.

Wir lehnen diese Änderung ab: Das Diplom gemäss Artikel 49 Buchstabe a KVV ist als Voraussetzung ausreichend. Auch das EDI hält im erläuternden Bericht fest: "Aufgrund ihrer Ausbildung sind diplomierte Pflegefachkräfte (sowohl mit HF-Diplom als auch mit Bachelor FH) namentlich in der Lage, selbstständig eine Pflegediagnose zu stellen, den Pflegebedarf zu beurteilen und die erforderlichen Massnahmen zu treffen." Auf die Voraussetzung der zweijährigen praktischen Tätigkeit muss verzichtet werden. Es ist nicht sinnvoll, für Pflegeheime und Spitex-Organisation eine Hürde einzubauen, welche diese Arbeitgeber für den Berufseinstieg unattraktiv macht. Zudem sehen wir die Kontrolle der zwei Jahre Berufserfahrung mit verschiedenen Vollzugsproblemen und damit unverhältnismässig hohem administrativem Aufwand verbunden.

Zentral ist, dass die Bedarfsermittlung in jedem Fall mit einem validierten Instrument erfolgt und die Pflegefachpersonen auf dem entsprechenden Instrument geschult sind. Weil das

EDI hierzu keine verbindlichen Vorgaben macht, schlagen wir einen neuen Absatz 6 in Artikel 8a KLV vor:

"Der Kanton kann für die in seinem Gebiet tätigen Leistungserbringer die für die Bedarfsermittlung zulässigen Instrumente festlegen."

Artikel 8 Absatz 3 KLV

Bei Personen, die eine Hilflosenentschädigung der AHV, der IV oder der UV wegen mittlerer oder schwerer Hilflosigkeit erhalten, gilt die ärztliche Anordnung unbefristet. Wird die Hilflosenentschädigung einer Revision unterzogen, ist die ärztliche Anordnung zu erneuern. Die KLV-Änderung sieht hier keine Änderung vor.

Wir regen an, diese sinnvolle Regelung auf die leichte Hilflosigkeit auszudehnen. Auch Personen mit leichter Hilflosigkeit sind Langzeitpatient/innen und es ist sinnvoll, sie bezüglich der ärztlichen Anordnung gleich zu behandeln wie Personen mit mittlerer oder schwerer Hilflosigkeit.

Artikel 8b Absatz 2 und 3 KLV

Wir begrüssen die Präzisierung zur Bedarfsermittlung in Pflegeheimen. Insbesondere erachten wir grundsätzlich als sinnvoll, dass gemäss Artikel 8b Absatz 3 KLV jedes Instrument auf Basis von in der Schweiz durchgeführten, repräsentativen Zeitstudien überprüft und geeicht werden muss. Um aber sicherzustellen, dass nicht jedes Instrument in der ganzen Schweiz überprüft werden muss, fordern wir folgende Präzisierung von Artikel 8b Absatz 3 KLV:

"Das für die Bedarfsermittlung in Pflegeheimen verwendete Instrument muss sich für die Bestimmung der zu erbringenden Pflegeleistungen auf in der Schweiz durchgeführte, für die Gesamtheit der Patientinnen und Patienten von Pflegeheimen repräsentative Zeitstudien stützen, welche die tatsächlich erbrachten Pflegeleistungen aufzeigen. Die Zeitstudien zu einem Instrument sind in Kantonen durchzuführen, in welchen das entsprechende Instrument zur Anwendung kommt. Die von den Zeitstudien angewendete Methode muss wissenschaftlich anerkannt und geeignet sein, eine Unterscheidung von Pflegeleistungen und anderen Leistungen vorzunehmen."

Weiter ist für die Umsetzung von Artikel 8b Absatz 3 KLV eine Übergangsfrist erforderlich, weil nicht verlangt werden kann, dass bei Inkrafttreten die entsprechenden Zeitstudien bereits vorliegen. Wir beantragen, eine zweijährige Übergangsfrist einzuräumen.

Artikel 8b Absatz 4 KLV

Wir begrüssen diese Präzisierung zu den Bedarfsermittlungsinstrumenten, lehnen aber ab, dass sie sich nur auf Pflegeheime bezieht. Wir fordern, dass Artikel 8b Absatz 4 KLV in Artikel 8a verschoben und wie folgt angepasst wird:

"Das für die Bedarfsermittlung in Pflegeheimen verwendete Instrument muss die Ermittlung von Daten zu medizinischen Qualitätsindikatoren mittels Routinedaten (Artikel 59a Absatz 1 Buchstabe f KVG) ermöglichen."

Artikel 8c Absatz 1 und 2 KLV

Neu müssen auch die Pflegeheime mit den Versicherern Kontroll- und Schlichtungsverfahren vereinbaren. Gemäss Artikel 25a Absatz 3 KVG regelt "der Bundesrat" das Verfahren der Bedarfsermittlung. Die konkrete Methodik zur Ermittlung des Pflegebedarfs sollte deshalb grundsätzlich auf gesamtschweizerischer Ebene festgelegt werden. Eine Delegation an die Tarifpartner erscheint aber gleichwohl möglich. Da diese Instrumente gesamtschweizerisch

zu entwickeln, zu kalibrieren und anzuwenden sind, erachten wir schweizweite Verhandlungen (Abs. 1) und eine nationale Regelung im Streitfall (Abs. 2) als zwingend. Andernfalls müsste eine Festlegung durch den Bundesrat ohne Delegation an die Tarifpartner erfolgen.

Konkret schlagen wir folgende Modifikation von Artikel 8c Absatz 1 und 2 vor:

"¹ Die Leistungserbringer nach Artikel 7 Absatz 1 und die Versicherer *legen das Verfahren zur Ermittlung des Pflegebedarfs gemeinsam fest und vereinbaren für die ganze Schweiz das Kontroll- und Schlichtungsverfahren.*

² Im vertragslosen Zustand *Kommt keine Einigung zustande, setzt die Kantonsregierung der Bundesrat nach Anhören der Beteiligten und der Kantone das Verfahren zur Ermittlung des Pflegebedarfs sowie das Kontroll- und Schlichtungsverfahren fest.*"

Artikel 8c Absatz 3 KLV

Gemäss erläuterndem Bericht schliesst dieser Absatz die "geordnete und effiziente Weiterentwicklung der Systeme" ein. Dem Wortlaut des Absatzes ist dies zu wenig deutlich zu entnehmen. Wir schlagen deshalb vor, den Absatz wie folgt zu ändern:

"Das Kontrollverfahren dient der Überprüfung *und Weiterentwicklung* der Bedarfsermittlungssysteme sowie der Kontrolle der Zweckmässigkeit und der Wirtschaftlichkeit der Leistungen."

Artikel 8c Absatz 4 KLV

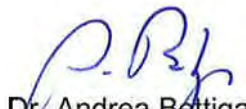
Bei Leistungserbringern nach Artikel 7 Absatz 1 Buchstabe a und b KLV kann die Bedarfsermittlung durch den Vertrauensarzt/die Vertrauensärztin überprüft werden, wenn voraussichtlich mehr als 60 Stunden pro Quartal benötigt werden. Aber auch bei voraussichtlich weniger als 60 Stunden pro Quartal kann eine solche Überprüfung gemacht werden.

Das Projekt 4.1 der Nationalen Demenzstrategie hat gezeigt, dass Menschen mit Demenz meist einen erhöhten Bedarf an Pflegeleistungen aufweisen, weil bei ihnen die einzelnen Leistungen mit mehr Zeitaufwand verbunden sind als bei Menschen ohne Demenz. Wir regen deshalb an, dass die vertrauensärztliche Überprüfung bei Menschen mit Demenz erst ab 120 Stunden pro Quartal vorgesehen wird oder dass gänzlich auf eine "Limitierung" (also auf die Nennung der 60 Stunden pro Quartal) verzichtet wird und nur noch die systematischen Stichproben genannt werden.

Genehmigen Sie, hochgeachteter Herr Bundespräsident, sehr geehrte Damen und Herren, den Ausdruck unserer vorzüglichen Hochachtung.

Freundliche Grüsse

Für den Regierungsrat


Dr. Andrea Bettiga
Landammann


Hansjörg Dürst
Ratsschreiber

E-Mail an (PDF- und Word-Version):

- abteilung-leistung@bag.admin.ch
- gever@bag.admin.ch

versandt am: **25. Sep. 2018**



Sitzung vom

22. Oktober 2018

Mitgeteilt den

22. Oktober 2018

Protokoll Nr.

802

Per E-Mail zustellen an : abteilung-leistung@bag.admin.ch
gever@bag.admin.ch

Vernehmlassung zur Änderung der Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Kostenneutralität und Bedarfsermittlung)

Sehr geehrte Damen und Herren

Mit Schreiben vom 4. Juli 2018 haben Sie uns den Entwurf zur Änderung der Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Kostenneutralität und Bedarfsermittlung) zur Vernehmlassung unterbreitet. Für die Möglichkeit zur Stellungnahme bedanken wir uns und nehmen wie folgt Stellung:

Wir lehnen die vorgeschlagene Änderung ab, wonach die Pflegeheime künftig höhere, die Spitex und die freiberuflichen Pflegefachpersonen dagegen tiefere Beiträge der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) erhalten sollen.

Der Schlussbericht der Evaluation der Neuordnung der Pflegefinanzierung (NPF) zeigt auf, dass Kantone und Gemeinden eine hohe finanzielle Zusatzbelastung tragen und dass die Kantone und Gemeinden in den Folgejahren der NPF ihre Beiträge an die Pflegeheime und Spitex-Organisationen stetig erhöht haben. Dass diese Entwicklung seit 2014 weitergeht, zeigt deutlich, dass die Kostenverschiebung von der OKP zu den Kantonen und Gemeinden nicht nur eine Folge des Systemwechsels zur NPF ist. Der Finanzierungsanteil der Kantone und Gemeinden wird weiterwachsen, wenn keine Gegenmassnahmen ergriffen werden. Es ist nicht akzeptabel, dass Kantone und Gemeinden das Kostenwachstum der Pflege zu 100 Prozent tragen. Dies

auch deshalb, weil einzig die Krankenversicherer im Einzelfall die Wirtschaftlichkeit der Leistungen (Pflege durch Spitex versus Pflege im Pflegeheim) prüfen können und auch Gerichte bei einer Wirtschaftlichkeitsüberprüfung nur die Kosten für die OKP einbeziehen.

Für die weitere Begründung unseres Antrags verweisen wir auf das ausgefüllte Formular und die Stellungnahme der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) vom 27. August 2018, die wir zum integrierenden Bestandteil unserer Stellungnahme erklären.

Der Änderungen der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) bezüglich der Bedarfsermittlung und der Mindestanforderungen an Pflegebedarfsermittlungssysteme stimmen wir im Grundsatz zu. Unsere Bemerkungen und Änderungsanträge entnehmen Sie bitte dem beigelegten Formular.

Schliesslich lehnen wir den Inkraftsetzungszeitpunkt per 1. Juli 2019 entschieden ab. Die unterjährige Inkraftsetzung der Änderung der KLV ist mit einem unverhältnismässigen Aufwand bei den durchführenden kantonalen Stellen verbunden und nicht praktikabel. Der Kanton Graubünden müsste für das Jahr 2019 zweimal die Tarife für die Pflegeheime sowie für die Dienste der häuslichen Pflege und Betreuung festsetzen und zwei verschiedene Restfinanzierungen vorgeben. Zudem müsste die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Graubünden als Durchführungsstelle der Ergänzungsleistungen (EL) sämtliche EL-Verfügungen von Heimbewohnerinnen und Heimbewohner sowie von Bezügerinnen und Bezüger von Spitexleistungen anpassen. Dies wäre mit einem nicht vertretbaren Mehraufwand sowohl für die Sozialversicherungsanstalt wie für das Gesundheitsamt des Kantons Graubünden verbunden.

Wir danken Ihnen für die Berücksichtigung unserer Anliegen.



Namens der Regierung

Der Präsident:

Dr. Mario Cavigelli

Der Kanzleidirektor:

Daniel Spadin

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation / Kanton : Kanton Graubünden

Abkürzung der Firma / Organisation : GR

Adresse : Planaterrastrasse 16

Kontaktperson : Vitus Demont

Telefon : 081 257 26 14

E-Mail : vitus.demont@san.gr.ch

Datum : 25. September 2018

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen!
2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen möchten, so können Sie unter "Extras/Dokumentenschutz aufheben" den Schreibschutz aufheben.
3. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **bis am 26. Oktober 2018** an folgende E-mail Adressen: abteilung-leistung@bag.admin.ch
gever@bag.admin.ch

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV)	
Name / Firma (bitte auf der ersten Seite angegebene Abkürzung verwenden)	Kanton Graubünden
GR	Absatz 1 der Übergangsbestimmungen zur Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung vom 13. Juni 2008 (KVG; SR 832.10) sieht vor, dass der Bundesrat die Beiträge für die Vergütung der Pflegeleistungen durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) mit dem Ziel festzulegen hat, dass sie der Summe der Vergütungen für die ambulant und im Pflegeheim erbrachten Pflegeleistungen in dem Jahr, das dem Inkrafttreten der Gesetzesänderung vorangeht (d. h. 2010), entsprechen. Zudem muss gemäss der Übergangsbestimmung der Bundesrat in den nachfolgenden Jahren die erforderlichen Anpassungen vornehmen, wenn die Regelung im ersten Jahr nach Inkrafttreten der Gesetzesänderung nicht eingehalten werden kann. Das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) kommt in seinem Bericht zum Schluss, dass die Kostenneutralität für die OKP nicht eingehalten worden sei: Die OKP sei ab 1.1.2014 im Vergleich zu 2010 bei den Beiträgen an die Pflegeheime entlastet und bei denjenigen an die Spitex und an die freiberuflichen Pflegefachpersonen zusätzlich belastet worden. Das EDI schlägt deshalb Anpassungen der Beiträge nach Art. 7a KLV vor: Die Pflegeheime sollen künftig höhere, die Spitex und die freiberuflichen Pflegefachpersonen dagegen tiefere Beiträge der OKP erhalten. Für die Kantone und bzw. für die Gemeinden hätte dies zur Folge, dass sie zukünftig insgesamt weniger Beiträge an die Pflegeheime und mehr Beiträge an die Spitex und die freiberuflichen Pflegefachpersonen zu leisten hätten. Grundsätzlich stellt sich die Frage, was unter dem Begriff der "Kostenneutralität" zu verstehen ist. Im Schlussbericht zur Evaluation der Neuordnung der Pflegefinanzierung führen die Autoren aus, das Ziel der Vermeidung einer zusätzlichen Belastung der OKP beziehe sich auf den Anteil der OKP an den KVG-Pflegekosten und nicht auf die absoluten Ausgaben der OKP. Letztere stiegen aufgrund von anderen Faktoren wie die stärkere Inanspruchnahme oder eine Zunahme der Komplexität der entsprechenden Leistungen (S.54). In der Stellungnahme vom 4. Juli 2018 des EDI zur Evaluation der Neuordnung der Pflegefinanzierung führt das EDI aus, für die Zielerreichung massgebend sei nicht die absolute Entwicklung der OKP-Ausgaben für Pflegeleistungen gemäss Art. 7 KLV. Vielmehr solle der Finanzierungsanteil der OKP an den Kosten für Pflegeleistungen nicht ansteigen (vgl. S. 1). Gemäss dem Schlussbericht zur Evaluation der Neuordnung der Pflegefinanzierung sank der Finanzierungsanteil der OKP ab dem Jahr 2011 bei den Pflegeheimen um 5 Prozent und bei der Pflege zu Hause um 2 Prozentpunkte (S. 108 f.). Ein Vergleich der aktuellen Finanzierungsanteile mit den Finanzierungsanteilen vor der Einführung der Neuen

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

Pflegefinanzierung ist nicht möglich, da die die Finanzierungsanteile erst seit dem Jahr 2011 systematisch erhoben werden (vgl. Ausführungen im Schlussbericht zur Evaluation der Neuordnung der Pflegefinanzierung, S. 59). Wohl deshalb berechnet das EDI den Korrekturfaktor aufgrund der Veränderung der Bruttoleistungen pro Pflegetag bei den Pflegeheimen und aufgrund der Veränderung Bruttoleistungen pro Stunde bei der Spitex. D.h. das EDI berücksichtigt bei seiner Berechnung nicht den Finanzierungsanteil der OKP an die Pflegeleistungen sondern die absoluten Zahlen.

Unter anderem aufgrund dieser unsicheren Ausgangslage bezüglich der Daten lehnen wir die Senkung der Beiträge für die Spitex und die freiberuflichen Pflegefachpersonen ab.

Im Übrigen schliessen wir uns den Anträgen der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) an und fordern:

- dass die jetzige Anpassung der Beiträge nach Art. 7a Abs. 1 und 3 KLV die Kostenentwicklung der Pflege der letzten Jahre, insbesondere ab 2014 bis zum Zeitpunkt des Inkrafttretens der angepassten Beiträge, berücksichtigt;
- dass in der KLV festgehalten wird, dass die Beiträge nach Art. 7a Abs. 1 und 3 KLV mindestens alle drei Jahre an die Kostenentwicklung in der Pflege angepasst werden;
- dass die KLV dahingehend zu ändern ist, dass Leistungserbringer nach Art. 7 Abs. 1 KLV (freiberufliche Pflegefachpersonen, Spitex und Pflegeheime) Pflegematerialien der OKP in Rechnung stellen können, unabhängig davon, ob es sich um eine Abgabe im Sinne der MiGeL oder um Pflegematerial handelt, welches in der Pflege angewendet wird. Die bisherige Finanzierung soll legalisiert und weitergeführt werden. Alternativ könnten für die Pflegeheime die Kosten der Pflegematerialien in die OKP-Beiträge eingerechnet werden. Spitex und freiberufliche Pflegefachpersonen müssen die Möglichkeit erhalten, das Pflegematerial separat abzurechnen;
- dass die Anpassungen bezüglich der Pflegematerialien in einem beschleunigten Verfahren auf den 1.1.2019 in Kraft gesetzt werden
- dass die OKP-Beiträge für Leistungen der Pflegeheime (Art. 7a Abs. 3 KLV) auch bei einem Pflegebedarf von mehr als 220 Minuten pro Tag in 20-Minuten-Schritten abgestuft werden, indem die bestehenden Pflegestufen nach Art. 7a Abs. 3 KLV um sechs auf insgesamt achtzehn Stufen erhöht werden.

Schliesslich lehnen wir den Inkraftsetzungszeitpunkt per 1. Juli 2019 entschieden ab. Die unterjährige Inkraftsetzung der Änderung der Krankenpflege-Leistungsverordnung ist mit einem unverhältnismässigen Aufwand bei den durchführenden kantonalen Stellen verbunden und nicht praktikabel. Der Kanton Graubünden müsste für das Jahr 2019 zweimal die Tarife für die Pflegeheime sowie für die Dienste der häuslichen Pflege und Betreuung festsetzen und zwei verschiedene Restfinanzierungen vorgeben. Zudem müsste die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Graubünden als Durchführungsstelle der Ergänzungsleistungen (EL) sämtliche EL-Verfügungen von Heimbewohnerinnen und Heimbewohner sowie von Bezügerinnen und Bezüger von Spitexleistungen anpassen. Dies wäre mit einem nicht vertretbaren Mehraufwand sowohl für die Sozialversicherungsanstalt wie für das Gesundheitsamt des Kantons Graubünden verbunden.

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

Name / Firma	Artikel	Kommentar / Bemerkungen	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
GR	Art. 7a Abs. 1	Die Senkung der Beiträge für die Spitex und die freiberuflichen Pflegefachpersonen lehnen wir ab. Dies aus folgenden Gründen: - Für die Kostenneutralitätsberechnungen werden Annahmen getroffen, deren Berechtigung und Aussagekraft wir in Frage stellen. Insbesondere veränderte sich die Leistungsstruktur bei der Spitex seit 2011 deutlich: der Anteil der günstigsten Leistung (Grundpflege) sinkt kontinuierlich, während der Anteil der Abklärung, Beratung und Koordination sowie der Untersuchung und Behandlung steigt. Die Kostenneutralitätsberechnung berücksichtigt diese Entwicklung nicht. Weiter ist nicht nachvollziehbar, wie von einem Nullwachstum bei den Löhnen ausgegangen werden kann. Gemäss Bundesamt für Statistik sind die Löhne im Gesundheitswesen von 2010 bis 2016 um rund 5% gestiegen. In Heimen sind sie im gleichen Zeitraum um über 2% gestiegen, beim unteren Kader und in Funktionen ohne Kaderfunktion, was einen Grossteil des Pflegepersonals betrifft, sogar um 4 bis 6%. - Der Schlussbericht der Evaluation der NPF zeigt auf, dass Kantone und Gemeinden eine hohe finanzielle Zusatzbelastung tragen und dass die Kantone und Gemeinden in den Folgejahren der NPF ihre Beiträge an die Pflegeheime und Spitex-Organisationen stetig erhöht haben. Dass diese Entwicklung seit 2014 weitergeht, zeigt deutlich, dass die Kostenverschiebung von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) zu den Kantonen und Gemeinden nicht nur eine Folge des Systemwechsels zur NPF ist. Der Finanzierungsanteil der Kantone und Gemeinden wird weiterwachsen, wenn keine Gegenmassnahmen ergriffen werden. Es ist nicht akzeptabel, dass Kantone und Gemeinden das Kostenwachstum der Pflege zu 100 Prozent tragen.	

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

		Dies auch deshalb, weil einzig die Krankenversicherer im Einzelfall die Wirtschaftlichkeit der Leistungen (Pflege durch Spitex versus Pflege im Pflegeheim) prüfen können und auch Gerichte bei einer Wirtschaftlichkeitsüberprüfung nur die Kosten für die OKP einbeziehen. - Die Spitex-Organisationen pflegen nicht nur alte Menschen in sogenannter Langzeitpflege, sondern zunehmend auch jüngere Menschen, die dank der Spitex das Spital früher verlassen können oder sich gar nicht erst in stationäre Spitalbehandlung begeben müssen. Bund und Kantone verfolgen für kleinere Eingriffe die Strategie «ambulant vor stationär» (AVOS). Die Senkung der OKP-Beiträge für die Spitex setzt in diesem Zusammenhang ein völlig falsches Signal und untergräbt die Strategie AVOS. - Neu kommt dazu, dass aufgrund der durch das Bundesverwaltungsgericht als unzureichend beurteilten rechtlichen Grundlage die Leistungserbringer der Pflege die Kosten des Pflegematerials der OKP nicht mehr separat in Rechnung stellen können. Die Finanzierungslücke ist nach Ansicht des Bundesamts für Gesundheit (BAG) durch die Restfinanzierer zu schliessen. Für uns ist diese weitere Kostenverschiebung hin zu den Kantonen und Gemeinden nicht akzeptabel. Wir verlangen mit Nachdruck, dass die KLV-Änderung auch diese aktuelle Entwicklung berücksichtigt. Die OKP hat die Pflegematerialien vor 2011 und bis mindestens Ende 2017 bezahlt. Das Weiterführen dieser Finanzierungslösung würde also für die OKP kostenneutral erfolgen. Die Finanzierung von Pflegematerialien durch Kantone und Gemeinden ist auch deshalb abzulehnen, weil nur der Krankenversicherer die für die Rechnungskontrolle notwendigen Informationen erhält und nur er prüfen kann, ob die Wahl und der Einsatz der Materialien nach den Kriterien der Wirtschaftlichkeit, Zweckmässigkeit und Wirksamkeit erfolgt.	
--	--	--	--

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

		- Die OKP-Beiträge für Leistungen der Pflegeheime sind grundsätzlich nach dem Pflegebedarf (in 20-Minuten-Schritten) abgestuft. Bei einem Pflegebedarf von mehr als 220 Minuten pro Tag soll jedoch wie bisher keine Differenzierung mehr vorgenommen und der Beitrag limitiert werden. Diese, seit 2011 geltende Regelung ist nicht sachgerecht, da sich die OKP bei schwersten Pflegefällen nicht proportional zum Pflegeaufwand beteiligt. Die anteilmässige Beteiligung der OKP ist deshalb auch bei einem Pflegebedarf von mehr als 220 Minuten pro Tag in Art. 7a Abs. 3 KLV zu verankern.	
GR	Art. 7a Abs. 3	Abgesehen von unserem Vorbehalt betreffend der Definition der Kostenneutralität unterstützen wir die Erhöhung der Beiträge an die Pflege in den Pflegeheimen.	
	Art. 7 Abs. 2 Bst. a Ziff. 1 i.V.m. Art. 8 Abs. 1 und Art. 8a Abs. 1	Wir begrüssen die Änderung. Die Gefahr, dass die Neuregelung zu einer Mengenausweitung führt, erachten wir als eher gering. Bereits heute unterschreiben die Ärztinnen und Ärzte vielfach lediglich die von den Pflegefachpersonen erstellten Anordnungen. Um einem allfälligen Missbrauch dennoch entgegenzuwirken, unterstützen wir den von der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) vorgebrachten Vorschlag, der behandelnden Ärztin bzw. dem behandelnden Arzt bei unangemessener Bedarfserhebung ein Vetorecht einzuräumen (vgl. Ausführungen zu Art. 8a Abs. 1 Bst. a KLV).	
GR	Art. 8 Abs. 3	Keine Bemerkungen.	
GR	Art. 8a Abs. 1 Bst. a	Wir unterstützen den Änderungsantrag für Art. 8a Abs. 1 Bst. a KLV der GDK.	Art. 8° Abs. 1 «für Leistungen nach Artikel 7 Absatz 2 Buchstabe a und c: durch eine Pflegefachfrau oder einen Pflegefachmann (Art. 49 KVV) in

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

			<i>Zusammenarbeit mit unter Einbezug der Patientin oder des Patienten und gegebenenfalls dessen oder deren Angehörigen; die Ermittlung ist dem behandelnden Arzt zur Information weiterzugeben. Ist der behandelnde Arzt der Auffassung, dass der von der Pflegefachperson festgelegte Pflegebedarf nicht angemessen ist, teilt er dies der Pflegefachperson unter Kopie an den Versicherer innert fünf Arbeitstagen nach Erhalt der Information mit und legt in der Folge den Pflegebedarf in Zusammenarbeit mit der Pflegefachperson fest.»</i>
GR	Art. 8a Abs. 1 Bst. a	Neu sollen für Pflegefachpersonen, welche die Bedarfsermittlung nach Art. 8a KLV durchführen dürfen, die gleichen Voraussetzungen gelten wie für Pflegefachpersonen, welche gemäss Art. 49 KVV freiberuflich Leistungen erbringen können. Neben dem Nachweis des Diploms ihrer Ausbildung wird eine zweijährige praktische Tätigkeit im Pflegeberuf verlangt. Wir lehnen diese Änderung ab. Das Diplom gemäss Art. 49 Bst a KVV erachten wir als Voraussetzung für die Vornahme der Bedarfsermittlung als ausreichend.	
GR	Art. 8b Abs. 2 und 3	Wir unterstützen den Änderungsantrag der GDK.	«Das für die Bedarfsermittlung in Pflegeheimen verwendete Instrument muss sich für die Bestimmung der zu erbringenden Pflegeleistungen auf in der Schweiz durchgeführte, für die Gesamtheit der Patientinnen und Patienten von Pflegeheimen repräsentative Zeitstudien stützen, welche die tatsächlich erbrachten Pflegeleistungen aufzeigen. Die Zeitstudien zu einem Instrument sind in Kantonen durchzuführen, in welchen das entsprechende Instrument zur Anwendung kommt. Die von den

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

			Zeitstudien angewendete Methode muss wissenschaftlich anerkannt und geeignet sein, eine Unterscheidung von Pflegeleistungen und anderen Leistungen vorzunehmen.»
GR	Art. 8b Abs. 4	Wir unterstützen den Änderungsantrag der GDK sowie die Verschiebung des Absatzes in Art. 8a KLV (Allgemeiner Artikel zur Bedarfsermittlung). .	«Das für die Bedarfsermittlung in Pflegeheimen verwendete Instrument muss die Ermittlung von Daten zu medizinischen Qualitätsindikatoren mittels Routinedaten (Art. 59a Abs. 1 Bst. f KVG) ermöglichen.»
GR	Art. 8c Abs. 1 und 2	Wir unterstützen die Änderungsanträge der GDK.	Abs. 1: «Die Leistungserbringer nach Artikel 7 Absatz 1 und die Versicherer legen das Verfahren zur Ermittlung des Pflegebedarfs gemeinsam fest und vereinbaren für die ganze Schweiz das Kontroll- und Schlichtungsverfahren.» Abs. 2: « Im vertragslosen Zustand kommt keine Einigung zustande, setzt die Kantonregierung der Bundesrat nach Anhören der Beteiligten und der Kantone das Verfahren zur Ermittlung des Pflegebedarfs sowie das Kontroll- und Schlichtungsverfahren fest.»
GR	Art. 8c Abs. 3	Wir unterstützen den Änderungsantrag der GDK.	«Das Kontrollverfahren dient der Überprüfung und Weiterentwicklung der Bedarfsermittlungssysteme sowie der Kontrolle der Zweckmässigkeit und der Wirtschaftlichkeit der Leistungen.»
GR	Art. 8c Abs. 4	Keine Bemerkungen.	

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

Envoi par courriel
Office fédéral de la santé publique
Division prestations

abteilung-leistungen@bag.admin.ch
gever@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 23 octobre 2018

Prise de position du Gouvernement de la République et Canton du Jura concernant la modification de l'ordonnance du DFI sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie (OPAS) (neutralité des coûts et évaluation des soins requis)

Madame, Monsieur,

Le Gouvernement jurassien vous remercie de lui donner la possibilité, par votre lettre du 4 juillet 2018, de prendre position sur le projet de révision de l'OPAS relatif à la neutralité des coûts d'une part et l'évaluation des soins requis d'autre part. Il renonce à utiliser le formulaire et demande expressément au Département fédéral de l'intérieur de revoir plus à fond l'ordonnance. Le Gouvernement jurassien ne peut pas accepter ce projet en l'état et formule un certain nombre d'observations et souhaite insister particulièrement sur les remarques suivantes :

A. Remarques générales :

Le Gouvernement jurassien regrette le morcellement des différentes consultations et projets en cours de réflexion au niveau fédéral, que ce soit pour le financement « uniforme », la révision de l'OPAS, les mesures visant à freiner la hausse des coûts, les forfaits ambulatoires ou encore la part de la distribution des médicaments dans l'OPAS. Une coordination entre ces différentes mesures est indispensable pour garantir une cohérence globale du système, une meilleure transparence et pour réduire les coûts administratifs de ces différentes consultations.

Il est regrettable également que ce projet de modification soit déconnecté de la réalité actuelle dans les cantons. Comme le relève la CLASS, il n'est pas adéquat de parler en 2018 de la neutralité des coûts qui aurait dû être effective en 2014, tout en se basant sur des chiffres incomplets dont personne ne peut garantir la fiabilité. Le contexte jurassien, à l'instar d'autres cantons s'est considérablement modifié depuis 2014, avec une hausse marquée du financement résiduel versé et une politique médico-sociale valorisant encore davantage le maintien à domicile dans de bonnes conditions.

B. Remarques spécifiques

Le Gouvernement jurassien constate que les éléments sur lesquels se fonde le rapport pour évaluer la neutralité des coûts manquent de fiabilité (le rapport explicatif en fait d'ailleurs état) et ne sont pas

suffisants pour prendre une décision. Par ailleurs, la méthodologie utilisée n'est ni fiable ni reproductible.

- 1) La méthode de calcul ne tient par exemple pas compte de l'évolution du type de soins fournis à domicile alors que les politiques de maintien à domicile instaurées notamment dans le Canton du Jura ont une influence importante sur ce critère. Alors qu'un large consensus national plaide pour une meilleure offre ambulatoire pour garantir la qualité des prises en charge et un meilleur fonctionnement du système de santé, il n'est pas concevable pour le Gouvernement jurassien de revoir les tarifs des soins ambulatoires à la baisse. Par ailleurs, la notion d'une évolution nulle des salaires dans les soins ne semble pas cohérente avec les données publiées par l'OFS. **Une hausse des tarifs doit être appliquée également pour les soins de longue durée (art. 7a, al.1 OPAS).**
- 2) Le rapport explicatif montre que la charge financière pour les cantons et les communes est en constante augmentation. Comme expliqué dans les remarques générales, cette tendance se poursuit depuis 2014 et il n'est pas acceptable de faire assumer aux seuls cantons et communes la hausse des coûts dans le domaine des soins. La neutralité voulue ne s'applique en effet que pour une phase transitoire de trois ans. Le Gouvernement jurassien est d'avis que passé ce délai, la hausse des coûts doit être partagée entre les acteurs. **Ainsi, une indexation régulière, au moins tous les trois ans, à l'évolution du coût des soins doit être inscrite dans l'ordonnance (par exemple nouvel art. 7a, al. 5 OPAS).**
- 3) Suite aux arrêts de fin 2017 du Tribunal administratif fédéral (C-3322/2015 et C-1970/2015), la question de la prise en charge par les assureurs-maladie du coût du matériel LiMA préoccupe beaucoup le Gouvernement jurassien et semble totalement hors de contrôle de l'Office fédéral de la santé publique, pourtant organe de surveillance du système. Le Gouvernement jurassien ne comprend pas pourquoi la problématique liée au matériel LiMA est totalement absente de la consultation, que ce soit pour le rétroactif exigé par certains assureurs ou la mise en place de nouvelles mesures dans le domaine des soins ambulatoires, et cette situation lui semble illogique. Les cantons, les fournisseurs et les prestataires sont en train d'imaginer des nouvelles procédures, complexes et coûteuses, différentes dans chaque canton, qui pourraient avoir des répercussions fâcheuses pour certains patients suivis à domicile. Pourtant, de l'aveu même des assureurs, les coûts liés à LiMA sont insignifiants puisqu'ils ne justifient même pas une diminution de quelques centimes des montants des primes d'assurance-maladie 2019. **L'art. 20 OPAS doit être corrigé afin de laisser à nouveau la possibilité aux prestataires de soins ambulatoires de facturer l'ensemble des coûts du matériel LiMA à la charge des assureurs, sans distinction de qui applique ce matériel. (art. 20 OPAS).**
- 4) Le Gouvernement jurassien demande à ce que le sous-financement par les assureurs-maladie pour les cas lourds en EMS soit enfin corrigé. En effet, le plafonnement actuellement fixé à la catégorie 12 «plus de 220 minutes» de soins est arbitraire et ne repose sur aucun fondement. Plus de 11% des résidents jurassiens en EMS nécessitent plus de 240 minutes de soins par jour. Or, selon le système actuel, les coûts au-delà de 240 minutes reposent uniquement sur les cantons. Ces coûts doivent également être à la charge des assureurs. Dans la situation actuelle, le risque d'une détérioration de la qualité des soins de ces personnes fragilisées est élevé. **La création de catégories supplémentaires est nécessaire, idéalement six, mais au minimum trois¹ (art. 7a, al. 3 OPAS).**
- 5) Dans le même ordre d'idée, plusieurs études récentes font état d'un sous-financement des prestations de soins pour les patients nécessitant des soins palliatifs ou présentant des

¹ Art. 7a, al. 3 OPAS : modifier la catégorie l. en précisant : de 221 à 240 minutes et ajouter la catégorie m. de 241 à 260 minutes, la catégorie n. de 261 à 280 minutes, la catégorie o. de 281 à 300 minutes, etc.

troubles psychiatriques de l'âge avancé. Des mesures concrètes permettant de garantir une prise en charge adéquate de ces cas sont nécessaires et le Gouvernement regrette vivement qu'aucune modification de l'OPAS n'aille dans ce sens. **Le Conseil fédéral doit prendre des mesures concrètes permettant de financer les prestations spécialisées de soins palliatifs et de psychiatrie de l'âge avancé.**

- 6) La modification de l'art. 8a, al. 1 let. a OPAS proposée va dans le sens de donner davantage d'autonomie au personnel infirmier ; elle est saluée par le Gouvernement jurassien. Cependant, afin de veiller à limiter une éventuelle hausse des coûts, le Gouvernement jurassien soutient la proposition de formulation de la CDS : **remplacer « en collaboration avec » par « avec le concours du » et compléter par « Si le médecin traitant est de l'avis que le besoin en soins déterminé par le personnel infirmier n'est pas approprié, il en avise le personnel infirmier avec copie à l'assureur dans les cinq jours ouvrables après réception de l'information et détermine ensuite le besoin en soins en collaboration avec le personnel infirmier ».**
- 7) L'exigence posée de deux années d'activité pour permettre au personnel de poser un diagnostic devrait être supprimée et laissée à l'appréciation des cantons en lien avec l'outil d'évaluation admis pour l'évaluation des soins. **Un nouvel art. 8a, al. 6 pourrait ainsi préciser : « Le canton peut déterminer pour les fournisseurs de prestations exerçant sur son territoire les instruments admis pour l'évaluation des soins requis. Il peut fixer des exigences aux utilisateurs de l'outil. ».**
- 8) En ce qui concerne l'évaluation des soins requis, le Gouvernement jurassien observe que les modifications proposées manquent de clarté et présentent certaines incohérences entre les alinéas de l'art 8b notamment. A titre d'exemple, on peut relever les points suivants :
 - Point 2.4 (page 25), il est écrit que « les valeurs pour les besoins en soins... dans le cadre de l'évaluation des soins requis doivent correspondre en moyenne aux prestations de soins effectives ». Cet énoncé nous semble contradictoire et nécessite des éclaircissements. L'écart entre les soins requis et les soins fournis ne devrait pas être significatif dans la majorité des cas, mais le Gouvernement jurassien souhaite mettre en garde contre les conséquences graves qu'une prise en compte uniquement des soins fournis pourrait entraîner.
 - Il est préconisé, page 26, que les instruments d'évaluation démontrent qu'ils mesurent correctement le nombre de minutes et que pour ce faire, ils doivent faire des études en Suisse. A quelle fréquence ces études doivent être réalisées ? quelles sont les méthodes reconnues ? (la méthode Delphi est-elle par exemple reconnue). En cas d'évaluation indiquant un nombre de minutes sous-évalué, les assureurs-maladie seront-ils en mesure de contredire l'étude et ainsi refuser à financer davantage ? Qui est habilité à valider les méthodes et les résultats ?
 - La notion de la variance des prestations de soins effectives fournies (page 26 et 28) par rapport aux besoins en soins affichés pour chaque niveau de besoin en soins, qui devrait être présentée par l'instrument afin de permettre une appréciation de la qualité, nécessite des clarifications.
 - La liste ci-dessus n'est pas exhaustive, concernant tous les aspects liés aux instruments d'évaluation, le canton du Jura utilise l'outil PLAISIR, **le Gouvernement jurassien vous invite à vous référer à la prise de position de la commission technique PLAISIR.**
- 9) Une entrée en vigueur en milieu d'année est fermement contestée considérant la lourdeur administrative qu'elle entraînerait, notamment en ce qui concerne les décisions de prestations complémentaires. Compte tenu de la situation actuelle très tendue, le Gouvernement jurassien demande expressément au Conseil fédéral que **les nouveaux tarifs, le déplafonnement de la classe 12 (art. 7a OPAS) et de la modification liée au**

remboursement du matériel LIMA (art. 20 OPAS) entrent en vigueur au 1^{er} janvier 2019 (points 1, 3 et 4 ci-avant).

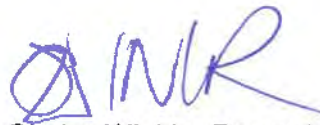
- 10) Pour ce qui concerne les autres dispositions, une entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2020 semble appropriée, et une période transitoire concernant les outils d'évaluation de deux ans est indispensable pour permettre une adaptation des outils.

En vous remerciant de l'avoir consulté, le Gouvernement jurassien vous présente, Madame, Monsieur, l'expression de ses sentiments distingués.

AU NOM DU GOUVERNEMENT DE LA
RÉPUBLIQUE ET CANTON DU JURA



David Eray
Président



Gladys Winkler Docourt
Chancelière

Gesundheits- und Sozialdepartement

Bahnhofstrasse 15
Postfach 3768
6002 Luzern
Telefon 041 228 60 84
gesundheit.soziales@lu.ch
www.lu.ch

Per E-Mail

Bundesamt für Gesundheit
Abteilung Leistungen
abteilung-leistungen@bag.admin.ch
gever@bag.admin.ch

Luzern, 19. Oktober 2018

Protokoll-Nr.: 1033

Änderung der Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenversicherung (Kostenneutralität und Bedarfsermittlung)

Sehr geehrte Damen und Herren

Mit Schreiben vom 4. Juli 2018 haben Sie uns zur Stellungnahme zum Entwurf der Änderung der Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenversicherung (Kostenneutralität und Bedarfsermittlung) eingeladen. Für die Möglichkeit zur Stellungnahme danken wir Ihnen.

Im Namen und Auftrag des Regierungsrates teile ich Ihnen mit, dass der Kanton Luzern die Anpassung der OKP-Beiträge sowie die Voraussetzungen für eine einheitliche Kostenermittlung im Grundsatz begrüsst. Die Senkung der Beiträge für Spitex und freiberufliche Pflegefachpersonen lehnen wir ab und fordern eine signifikante Erhöhung aller Beiträge nach Art. 7a KLV. Gleichzeitig bedauern wir, dass die Vorlage weitere Mängel der Pflegefinanzierung nicht aufgreift und zu beseitigen erlaubt.

1 Kostenneutralität der Pflegebeiträge

1.1 Allgemeine Bemerkungen

Die Kostenneutralitätsberechnung des Bundesamts für Gesundheit (BAG) kommt zum Schluss, dass die Kostenneutralität für die OKP nicht eingehalten worden sei: Die OKP sei ab 1.1.2014 im Vergleich zu 2010 bei den Beiträgen an die Pflegeheime entlastet und bei denjenigen an die Spitex und freiberufliche Pflegefachpersonen zusätzlich belastet worden. Das EDI schlägt deshalb Anpassungen der Beiträge nach Art. 7a KLV vor: Die Pflegeheime sollen künftig höhere, Spitex und freiberufliche Pflegefachpersonen dagegen tiefere Beiträge der OKP erhalten.

Aus den folgenden Gründen lehnen wir die Senkung der Beiträge für Spitex und freiberufliche Pflegefachpersonen ab und fordern signifikante Erhöhungen aller Beiträge nach Art. 7a KLV:

1. Für die Kostenneutralitätsberechnungen werden Annahmen getroffen, deren Berechtigung und Aussagekraft wir in Frage stellen. Insbesondere veränderte sich die Leistungsstruktur bei der Spitex seit 2011 deutlich: der Anteil der günstigsten Leistung (Grundpflege) sinkt kontinuierlich, während der Anteil der Abklärung, Beratung und Koordination sowie der Untersuchung und Behandlung steigt. Die Kostenneutralitätsberechnung berücksichtigt diese Entwicklung nicht. Weiter ist nicht nachvollziehbar, wie von einem Nullwachstum bei den Löhnen ausgegangen werden kann. Gemäss Bundesamt für Statistik sind die Löhne im Gesundheitswesen von 2010 bis 2016 um rund 5% gestiegen.
2. Das EDI hält in seiner Stellungnahme zur Evaluation der NPF vom 4. Juli 2018 als eines der Ziele der neuen Pflegefinanzierung (NPF) fest, dass der Finanzierungsanteil der OKP an den Kosten der Pflegeleistungen nicht ansteigen soll und gleichzeitig hat die Evaluation der NPF von infras ergeben, dass der Finanzierungsanteil der OKP bei der ambulanten Pflege nicht angestiegen, sondern gar um 2 Prozentpunkte gesunken ist. Die in der Vorlage vorgeschlagene Senkung der OKP-Beiträge für Spitex und freiberufliche Pflegefachpersonen ist deshalb nicht nachvollziehbar, weshalb wir sie ablehnen.
3. Der Schlussbericht der Evaluation der NPF zeigt auf, dass Kantone und Gemeinden eine hohe finanzielle Zusatzbelastung tragen und dass die Kantone und Gemeinden in den Folgejahren der NPF ihre Beiträge an die Pflegeheime und Spitex-Organisationen stetig erhöht haben. Dass diese Entwicklung seit 2014 weitergeht, zeigt deutlich, dass die Kostenverschiebung von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) zu den Kantonen und Gemeinden nicht nur eine Folge des Systemwechsels zur NPF ist. Der Finanzierungsanteil der Kantone und Gemeinden wird weiterwachsen, wenn keine Gegenmassnahmen ergriffen werden. Es ist nicht akzeptabel, dass Kantone und Gemeinden das Kostenwachstum der Pflege zu 100 Prozent tragen. Dies auch deshalb, weil einzig die Krankenversicherer im Einzelfall die Wirtschaftlichkeit der Leistungen (Pflege durch Spitex versus Pflege im Pflegeheim) prüfen können und auch Gerichte bei einer Wirtschaftlichkeitsüberprüfung nur die Kosten für die OKP einbeziehen.
4. Die Spitex-Organisationen pflegen nicht nur alte Menschen in sogenannter Langzeitpflege, sondern zunehmend auch jüngere Menschen, die dank der Spitex das Spital früher verlassen können oder sich gar nicht erst in stationäre Spitalbehandlung begeben müssen. Bund und Kantone verfolgen für kleinere Eingriffe die Strategie «ambulant vor stationär» (AVOS). Die Senkung der OKP-Beiträge für Spitex setzt in diesem Zusammenhang ein völlig falsches Signal und untergräbt die Strategie AVOS.
5. Neu kommt dazu, dass aufgrund der durch das Bundesverwaltungsgericht als unzureichend beurteilten rechtlichen Grundlage die Leistungserbringer der Pflege die Kosten des Pflegematerials der OKP nicht mehr separat in Rechnung stellen können. Die Finanzierungslücke ist nach Ansicht des Bundesamts für Gesundheit (BAG) durch die Restfinanzierer zu schliessen. Für uns ist diese weitere Kostenverschiebung hin zu den Kantonen und Gemeinden nicht akzeptabel. Wir verlangen mit Nachdruck, dass die KLV-Änderung auch diese aktuelle Entwicklung berücksichtigt. Die OKP hat die Pflegematerialien vor 2011 und bis mindestens Ende 2017 bezahlt. Das Weiterführen dieser Finanzierungslösung würde also für die OKP kostenneutral erfolgen. Die Finanzierung von Pflegematerialien durch Kantone und Gemeinden ist auch deshalb abzulehnen, weil nur der Krankenversicherer die für die Rechnungskontrolle notwendigen Informationen erhält und nur er prüfen kann, ob die Wahl und der Einsatz der Materialien nach den Kriterien der Wirtschaftlichkeit, Zweckmässigkeit und Wirksamkeit erfolgt.

6. Die OKP-Beiträge für Leistungen der Pflegeheime sind grundsätzlich nach dem Pflegebedarf (in 20-Minuten-Schritten) abgestuft. Bei einem Pflegebedarf von mehr als 220 Minuten pro Tag soll jedoch wie bisher keine Differenzierung mehr vorgenommen und der Beitrag limitiert werden. Diese seit 2011 geltende Regelung ist nicht sachgerecht, da sich die OKP bei schwersten Pflegefällen nicht proportional zum Pflegeaufwand beteiligt. Die anteilmässige Beteiligung der OKP ist deshalb auch bei einem Pflegebedarf von mehr als 220 Minuten pro Tag in Art. 7a Abs. 3 KLV zu verankern.

Eine unterjährige Einführung angepasster OKP-Beiträge ist nicht praktikabel, da sie zu einem unverhältnismässigen administrativen Mehraufwand bei den Leistungserbringern (Berechnung von zwei verschiedenen Patientenverfügungen und Restkostenbeteiligungen) und von Kanton und Gemeinden (EL-Berechnungen) führen würde. Wir verlangen deshalb, den Einführungszeitpunkt auf einen Jahresanfang zu legen.

1.2 Anträge

Aus den genannten Gründen beantragen wir,

- dass die Anpassung der Beiträge nach Art. 7a Abs. 1 und 3 KLV die Kostenentwicklung der Pflege der letzten Jahre, insbesondere ab 2014 bis zum Zeitpunkt des Inkrafttretens der angepassten Beiträge, berücksichtigt;
- dass in der KLV festgehalten wird, dass die Beiträge nach Art. 7a Abs. 1 und 3 KLV mindestens alle drei Jahre an die Kostenentwicklung in der Pflege angepasst werden;
- dass die KLV dahingehend zu ändern ist, dass Leistungserbringer nach Art. 7 Abs. 1 KLV (freiberufliche Pflegefachpersonen, Spitex und Pflegeheime) Pflegematerialien der OKP in Rechnung stellen können, unabhängig davon, ob es sich um eine Abgabe im Sinne der MiGeL oder um Pflegematerial handelt, welches in der Pflege angewendet wird. Die bisherige Finanzierung soll legalisiert und weitergeführt werden. Alternativ könnten für die Pflegeheime die Kosten der Pflegematerialien in die OKP-Beiträge eingerechnet werden. Spitex und freiberufliche Pflegefachpersonen müssen die Möglichkeit erhalten, das Pflegematerial separat abzurechnen;
- dass die Anpassungen bezüglich der Pflegematerialien in einem beschleunigten Verfahren auf den 1.1.2019 in Kraft gesetzt werden;
- dass die OKP-Beiträge für Leistungen der Pflegeheime (Art. 7a Abs. 3 KLV) auch bei einem Pflegebedarf von mehr als 220 Minuten pro Tag in 20-Minuten-Schritten abgestuft werden.

1.3 Finanzielle Auswirkungen

Der Kanton Luzern bedauert, dass der Vernehmlassungsbericht die Auswirkungen der Änderungen auf die Sozialleistungen nicht aufzeigt. Durch die Erhöhung der Kostenbeteiligung ist im Kanton Luzern für Bezügerinnen und Bezüger von Ergänzungsleistungen im Heim mit Mehrkosten von 1,4 Millionen Franken zu rechnen. Aufgerechnet auf alle Kantone dürfte ein Kostenvolumen von rund 30 Millionen Franken resultieren.

2 Bedarfsermittlung und Mindestanforderungen an Pflegebedarfsermittlungssysteme

2.1 Allgemeine Bemerkungen

Die vorgeschlagenen KLV-Änderungen zur ärztlichen Anordnung, Bedarfsermittlung und zu den Mindestanforderungen an die Pflegebedarfsermittlungssysteme gehen in die richtige Richtung. Der Kanton Luzern begrüsst die Mehrheit der Änderungen, insbesondere die erweiterte Verantwortung der Pflegefachpersonen, im Grundsatz. Zwecks Vermeidung von Mengenausweitungen und der damit einhergehenden Gefahr der Kostensteigerung sind aber verschiedene Ergänzungen erforderlich.

Im erläuternden Bericht fehlen zudem Informationen zu den Kostenfolgen der Änderungen zur Pflegebedarfsermittlung in Pflegeheimen und zur Instanz, welche die Güte einer Zeitstudie beurteilen und die Anpassungen in den Instrumenten veranlassen kann. Wir begrüßen ein Gremium in Analogie zu Swiss-DRG, bei dem Vertreterinnen und Vertreter aus Bund, Kantonen, Leistungserbringern und Versicherern Einsitz nehmen.

2.2 Stellungnahme zu einzelnen Bestimmungen

Art. 7 Abs. 2 Bst. a Ziff. 1

Der Kanton Luzern ist mit der vorgeschlagenen Änderung einverstanden. Der Begriff „Ermittlung“ des Pflegebedarfs ist besser geeignet als „Abklärung“.

Art. 7a Abs. 1

Der Kanton Luzern erachtet die Senkung der Beiträge aus der OKP für die Pflege zu Hause als nicht sachgerecht und unzureichend hergeleitet. Auch ein Weiterführen der bisherigen Beiträge würde im Kanton Luzern aufgrund der komplexeren Pflege- und Betreuungssituationen und kostenintensiveren Leistungen zur laufenden Überwälzung der steigenden Kosten auf die Gemeinden führen. Der Kanton Luzern fordert daher eine substantielle Erhöhung der Beiträge.

Diese Erhöhung könnte auch die Kosten für die bei der Pflege verwendeten Mittel und Gegenstände berücksichtigen. Alternativ begrüßen wir jedoch eine Anpassung in Art. 20 KLV, damit die in der Praxis absolut untaugliche Unterscheidung zwischen Selbstanwendung und Anwendung durch fachliches Personal aufgehoben wird und die angewendeten „Mittel und Gegenstände“ auch weiterhin den Krankenversicherern zu verrechnen sind.

Anpassung von Art. 20 KLV *Die Versicherung leistet eine Vergütung an Mittel und Gegenstände, die der Behandlung oder der Untersuchung im Sinne einer Überwachung der Behandlung einer Krankheit und ihrer Folgen dienen, die auf ärztliche Anordnung von einer Abgabestelle nach Artikel 55 KVV abgegeben werden und von der versicherten Person selbst oder mit Hilfe einer nichtberuflich an der Untersuchung oder der Behandlung mitwirkenden Person angewendet werden.*

Art. 7a Abs. 3

Der Kanton Luzern begrüsst die vorgesehene Erhöhung der OKP-Beiträge für die Pflege in Pflegeheimen ausdrücklich. Wir halten jedoch fest, dass die Erhöhung deutlicher ausfallen müsste, da der tatsächlichen Lohnentwicklung und der durch die verstärkten Ausbildungsaktivitäten der Pflegeheime veränderten Personalstruktur mit der vorgeschlagenen Änderung keine respektive zu wenig Rechnung getragen wird.

Vordringlich sind – wie oben bereits ausgeführt – die bei der Pflege verwendeten Mittel und Gegenstände in der OKP-Finanzierung zu berücksichtigen.

Zudem beantragen wir eine Aufhebung der Limitierung von täglich 220 Minuten beim abrechenbaren Pflegebedarf, um auch die Finanzierung von Leistungen für Schwerstpflegebedürftigen (u.a. Palliativpflege) zu ermöglichen und mögliche unsachmässige Kostenverschiebungen zu vermeiden.

Ergänzung von Art. 7a

k. bei einem Pflegebedarf von 201 bis 220 Minuten: 99.-- (resp. angepasster Beitrag) Fr.;
l. bei einem Pflegebedarf von 221 bis 240 Minuten: 108.-- (resp. angepasster Beitrag) Fr.;
m. bei einem Pflegebedarf von 241 bis 260 Minuten: 117.-- (resp. angepasster Beitrag) Fr.;
n. bei einem Pflegebedarf von 261 bis 280 Minuten: 126.-- (resp. angepasster Beitrag) Fr.;
o. bei einem Pflegebedarf von 281 bis 300 Minuten: 135.-- (resp. angepasster Beitrag) Fr.;
p. bei einem Pflegebedarf von mehr als 300 Minuten: 144.-- (resp. angepasster Beitrag) Fr..

Art. 8 Abs. 1

Der Kanton Luzern kann die vorgeschlagenen Änderungen nachvollziehen. Er bezweifelt jedoch den praktischen Nutzen, denn bislang führt nur der ambulante Leistungserbringer die Unterscheidung zwischen b-Leistungen und c-Leistungen. Zudem wären Bereinigungen zwischen Arzt und Pflegefachpersonen notwendig. Die vorgeschlagene Lösung würde somit bei allen Beteiligten zu Mehraufwand führen.

Art. 8 Abs. 2

Die Verlängerung der ärztlichen Anordnung begrüsst der Kanton Luzern. Die unterschiedliche Terminierung von B-Leistungen (6 Monate) und A-/C-Leistungen (12 Monate) ist aufgrund der Rückfragen bei den Leistungserbringern unlogisch und führt zu administrativen Mehrkosten. Weiter sind die maximal 2 Wochen Akut- und Übergangspflege (AÜP) nicht ausreichend.

Anpassung von Art. 8 Abs. 2

2 Der Arzt oder die Ärztin kann den Auftrag oder die Anordnung erteilen:

a. für maximal 9 Monate bei Leistungen nach Artikel 7 Absatz 2.

b. für maximal 4 Wochen bei Patientinnen und Patienten der Akut- und Übergangspflege ...

Art. 8 Abs. 3

Bei Personen, die eine Hilflosenentschädigung der AHV, der IV oder der UV wegen mittlerer oder schwerer Hilflosigkeit erhalten, gilt die ärztliche Anordnung unbefristet. Der Kanton Luzern regt an, diese sinnvolle Regelung auf die leichte Hilflosigkeit auszudehnen. Auch Personen mit leichter Hilflosigkeit sind Langzeitpatient/innen und es ist sinnvoll, sie bezüglich der ärztlichen Anordnung gleich zu behandeln wie Personen mit mittlerer oder schwerer Hilflosigkeit.

Art. 8a Abs. 1 Bst. a

Die Bedarfsermittlung für Massnahmen der Ermittlung, Beratung und Koordination sowie für Massnahmen der Grundpflege soll neu nicht mehr in Zusammenarbeit mit dem Arzt, sondern durch eine Pflegefachperson in Zusammenarbeit mit dem Patienten oder deren Angehörigen erfolgen. Damit steigt die Gefahr zur unlimitierten Verschreibung von Pflegeleistungen. Unter Berücksichtigung des Anliegens einer erhöhten Anerkennung der Verantwortung der Pflege, schlagen wir vor, die Pflegefachpersonen (wie vom EDI vorgeschlagen) zur Bestimmung des Pflegebedarfs zu ermächtigen, jedoch dem behandelnden Arzt / der behandelnden Ärztin bei unangemessener Bedarfserhebung ein Vetorecht einzuräumen.

Entsprechend regt der Kanton Luzern an, Art. 8a Abs. 1 Bst. a KLV wie untenstehend ausgeführt zu modifizieren. Weiter schlagen wir vor, die Formulierung «in Zusammenarbeit mit der Patientin oder dem Patienten oder deren Angehörigen» zu ersetzen, weil wir den Begriff «Zusammenarbeit» in diesem Zusammenhang als unpassend erachten.

Anpassung von Art. 8a Abs. 1 Bst. a

... für Leistungen nach Artikel 7 Absatz 2 Buchstabe a und c: durch eine Pflegefachfrau oder einen Pflegefachmann (Art. 49 KVV) ~~in Zusammenarbeit mit~~ unter Einbezug der Patientin oder des Patienten und gegebenenfalls dessen oder deren Angehörigen; die Ermittlung ist dem behandelnden Arzt zur Information weiterzugeben. Ist der behandelnde Arzt der Auffassung, dass der von der Pflegefachperson festgelegte Pflegebedarf nicht angemessen ist, teilt er dies der Pflegefachperson unter Kopie an den Versicherer innert fünf Arbeitstagen nach Erhalt der Information mit und legt in der Folge den Pflegebedarf in Zusammenarbeit mit der Pflegefachperson fest.

Art. 8a Abs. 1 Bst. a und b

Neu sollen für Pflegefachpersonen, welche die Bedarfsermittlung nach Art. 8a KLV durchführen dürfen, die gleichen Voraussetzungen gelten wie für Pflegefachpersonen, welche gemäss Art. 49 KVV freiberuflich Leistungen erbringen können. Neben dem Nachweis des Diploms ihrer Ausbildung wird eine zweijährige praktische Tätigkeit im Pflegeberuf verlangt. Aufgrund des administrativen Folgeaufwands und der bedeutend grösseren Wirkung der Anwendung validierter Instrumente für die Bedarfsermittlung auf die kontrollierte Mengenausdehnung lehnt der Kanton Luzern diese Forderung ab.

Art. 8b Abs. 2 und 3

Der Kanton Luzern begrüsst die Präzisierung zur Bedarfsermittlung in Pflegeheimen. Es ist aber sicherzustellen, dass nicht jedes Instrument in der ganzen Schweiz überprüft werden muss.

Anpassung von Art. 8b Abs. 3

Das für die Bedarfsermittlung in Pflegeheimen verwendete Instrument muss sich für die Bestimmung der zu erbringenden Pflegeleistungen auf in der Schweiz durchgeführte, für die Gesamtheit der Patientinnen und Patienten von Pflegeheimen repräsentative Zeitstudien stützen, welche die tatsächlich erbrachten Pflegeleistungen aufzeigen. Die Zeitstudien zu einem Instrument sind in Kantonen durchzuführen, in welchen das entsprechende Instrument zur Anwendung kommt. Die von den Zeitstudien angewendete Methode muss wissenschaftlich anerkannt und geeignet sein, eine Unterscheidung von Pflegeleistungen und anderen Leistungen vorzunehmen.

Weiter ist eine zweijährige Übergangsfrist erforderlich.

Art. 8b Abs. 4

Der Kanton Luzern unterstützt die Präzisierung zu den Bedarfsermittlungsinstrumenten, fordert jedoch, dass Art. 8b Abs. 4 KLV in Art. 8a verschoben und im Sinne der Harmonisierung von ambulanter und stationärer Pflege wie folgt angepasst wird:

«Das für die Bedarfsermittlung in Pflegeheimen verwendete Instrument muss die Ermittlung von Daten zu medizinischen Qualitätsindikatoren mittels Routinedaten (Art. 59a Abs. 1 Bst. f KVG) ermöglichen.»

Art. 8c Abs. 1 und 2

Neu müssen auch die Pflegeheime mit den Versicherern Kontroll- und Schlichtungsverfahren vereinbaren. Gemäss Art. 25a Abs. 3 KVG regelt «der Bundesrat» das Verfahren der Bedarfsermittlung. Die konkrete Methodik zur Ermittlung des Pflegebedarfs sollte deshalb grundsätzlich auf gesamtschweizerischer Ebene festgelegt werden. Eine Delegation an die Tarifpartner erscheint aber gleichwohl möglich. Da diese Instrumente gesamtschweizerisch zu entwickeln, zu kalibrieren und anzuwenden sind, erachtet der Kanton Luzern schweizweite Verhandlungen (Abs. 1) und eine nationale Regelung im Streitfall (Abs. 2) als zwingend.

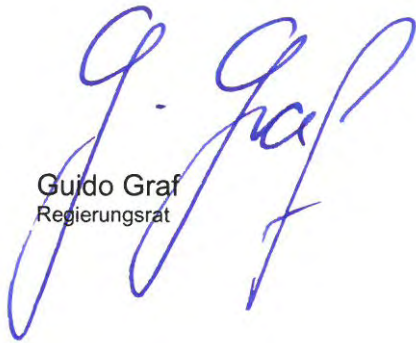
Anpassung von Art. 8c

Abs. 1: Die Leistungserbringer nach Artikel 7 Absatz 1 und die Versicherer legen das Verfahren zur Ermittlung des Pflegebedarfs gemeinsam fest und vereinbaren für die ganze Schweiz das Kontroll- und Schlichtungsverfahren.»

Abs. 2: Im vertragslosen Zustand Kommt keine Einigung zustande, setzt die Kantonsregierung der Bundesrat nach Anhören der Beteiligten und der Kantone das Verfahren zur Ermittlung des Pflegebedarfs sowie das Kontroll- und Schlichtungsverfahren fest.

Ich danke Ihnen im Namen des Regierungsrates des Kantons Luzern für die Möglichkeit der Stellungnahme und die wohlwollende Prüfung der Anträge.

Freundliche Grüsse

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'G. Graf', is positioned over the printed name and title.

Guido Graf
Regierungsrat



LE CONSEIL D'ÉTAT

DE LA RÉPUBLIQUE ET
CANTON DE NEUCHÂTEL

Envoi par courrier électronique
Département fédéral de l'intérieur
Palais fédéral
3003 Berne

Modification de l'ordonnance du DFI sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie (neutralité des coûts et évaluation des soins requis)

Monsieur le conseiller fédéral,

Vous trouverez, ci-après, la prise de position du Conseil d'État de la République et Canton de Neuchâtel dans le cadre de la procédure de consultation ouverte sur le projet de révision de l'ordonnance du Département fédéral de l'intérieur (DFI) sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie (neutralité des coûts et évaluation des soins requis).

1. Neutralité des coûts concernant les contributions aux soins

Conformément aux dispositions transitoires de la modification de la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 13 juin 2008, le Département fédéral de l'intérieur (DFI) a vérifié si le nouveau régime de financement des soins, entré pleinement en vigueur au 1^{er} janvier 2014, avait été sans incidence sur les coûts à charge de l'assurance obligatoire des soins (AOS) et respectait donc le principe de neutralité des coûts.

Bien que nous comprenions la base légale sur laquelle s'appuie ce projet de modification de l'OPAS, nous regrettons qu'il soit à ce point déconnecté de la réalité de l'évolution du contexte médical, social et budgétaire des cantons. En effet, il nous semble tout à fait hors de propos de parler, en 2018, de la neutralité des coûts en comparant les coûts générés en 2014, sur la base de tarifs élaborés en 2008, avec les coûts de 2010. Ne serait-ce qu'en raison de l'évolution de la conjoncture économique récente, les données issues des années précitées ne se prêtent pas à une révision des montants. À notre sens, les adaptations minimales des montants par minutes de soins définis à l'article 7a, alinéa 3 OPAS ne répondent ainsi en rien aux préoccupations des cantons confrontés à des coûts de plus en plus importants, principalement en raison de la hausse des salaires, des prestations non facturables à l'assurance-maladie et du vieillissement de la population.

Pour le Canton de Neuchâtel - qui n'avait pas usé de la phase transitoire en matière tarifaire -, l'évolution entre 2011 et 2016 au niveau de la répartition du financement des soins

dans les EMS est la suivante : la part de financement à charge des assureurs a diminué de 2,9%, celle des résidents de 1,1%, alors que la part à charge du canton a augmenté de 4,0%. Nous reviendrons plus bas sur la question du matériel de soins, mais en projetant sur le financement 2016 la charge supplémentaire à supporter par le canton en lien avec ce matériel, la part de financement à charge des assureurs sur le financement global des soins aura diminué de 3,9% par rapport à 2011, celle des résidents de 1,4%, alors que la part à charge du canton aura augmenté de 5,3%.

Ainsi, cette tentative de préserver une neutralité des coûts, qui repose sur des calculs contestables, ne règle pas la question de la répartition des coûts qui, avec quelques années de recul, apparaît désormais comme largement défavorable pour certains cantons en raison de leur obligation de financer les coûts résiduels.

Par ailleurs, l'amélioration des systèmes de santé passe par une augmentation des soins ambulatoires et une meilleure coordination des acteurs. Cela fait l'objet d'un large consensus et ressort, notamment, des discussions animées par votre département. La révision proposée passe à côté de cet objectif en soutenant au contraire une diminution de l'engagement du système d'assurance sociale dans cette direction. Cela nous semble un contre-sens.

Au demeurant, la nouvelle pratique instaurée par les récents arrêts du Tribunal administratif fédéral (C-3322/2015 et C-1970/2015) dans le domaine de la prise en charge du matériel de soins n'a fait qu'ajouter à une problématique d'ores et déjà aigue. En outre, ces arrêts créent une situation chaotique sur l'ensemble du pays avec un risque fort de laisser des assurés sociaux dans de réelles difficultés d'accès au remboursement des soins nécessaires à domicile. La solution passe précisément par une révision de l'OPAS. Or, votre projet est muet sur ce thème. Il est dès lors difficile de comprendre pourquoi votre projet s'attache à régler un problème qui n'apparaît pas comme tel à la majorité des acteurs et renonce à agir dans ce qui est une nette détérioration récente de l'assurance sociale. Nous demandons donc qu'au 1^{er} janvier 2019, les contributions fixées dans l'article 7a, alinéa 3 soient augmentées et que les infirmiers et infirmières indépendant-e-s, les organisations d'aide et de soins à domicile et également les fournisseurs tiers comme les pharmacies puissent facturer tout le matériel de soins, ceci afin d'éviter un nouveau transfert de charges vers les cantons.

Vu ce qui précède, le Canton de Neuchâtel considère que la modification de l'article 7a, alinéa 3 OPAS proposée est insuffisante. La revalorisation des tarifs des soins de longue durée dans les établissements médico-sociaux (EMS) est à saluer, mais nous contestons les bases de calcul présentées. Une telle modification devrait, à tout le moins, prendre en considération les éléments suivants :

- la répartition des charges entre les assureurs-maladie devrait être revue à la lumière du coût réel à la charge des cantons via le financement résiduel, plutôt que de continuer à préserver la neutralité des coûts à la charge des assureurs ;
- pour les cantons dans lesquels le coût de la vie est plus élevé que la moyenne suisse, il est extrêmement désavantageux de prendre les évolutions nationales comme base de calculs. Alors que les primes de l'assurance de base et les tarifs des soins ambulatoires et stationnaires sont différenciés par canton pour prendre en compte les disparités salariales, il est injuste que les contributions des assureurs-maladie soient fixées à l'échelon national et ne soient pas adaptées régulièrement, laissant ainsi à la charge des cantons toute l'évolution des coûts au prétexte du financement résiduel ;
- l'échelle des besoins en soins définie à l'article 7a, alinéa 3 OPAS comporte douze classes, la plus élevée plafonnant la contribution des assureurs-maladie pour tous les

résidents d'EMS à 220 minutes de soins par jour. Pourtant, un pourcentage non négligeable des résidents d'EMS appartenant à cette catégorie requiert un nombre moyen quotidien de minutes de soins qui dépasse 250. Il est donc primordial que cette échelle soit adaptée, afin que les cas particulièrement lourds - qui deviennent plus fréquents - soient rémunérés au plus près de leur coût réel par les assureurs-maladie également ; à titre d'exemple, le Canton de Neuchâtel travaille d'ores et déjà sur quinze degrés de soins, mais cette distinction est totalement à charge du canton ;

- une révision régulière des contributions en fonction de l'évolution des coûts dans le domaine des soins doit impérativement être effectuée à un rythme plus soutenu qu'actuellement. La revalorisation devrait prendre en compte l'évolution la plus récente des coûts : à nouveau, il n'est pas acceptable que les montants de 2019 soient révisés sur la base de l'évolution observée entre 2010 et 2014, les résultats produits par cette méthodologie étant inévitablement tronqués.

Le projet de modification de l'ordonnance propose également une révision des montants pris en charge par l'assurance-maladie pour les prestations fournies par les infirmiers et infirmières indépendant-e-s, ainsi que les organisations de soins et d'aide à domicile (art. 7b al. 1 OPAS). Sur la base des calculs effectués par l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), une baisse des montants à charge de l'assurance est proposée. Cependant, en plus de souffrir des mêmes défauts que dans le cas des EMS, à savoir une répartition inéquitable entre le canton et les assureurs et la non prise en compte des disparités cantonales, les calculs de la neutralité des coûts se fondent sur des données qui sont, de l'aveu même de l'OFSP, incomplètes.

La baisse des montants prévue à l'article 7b, alinéa 1 OPAS provoquera une augmentation du financement résiduel et pénalisera injustement les cantons qui ont fait du maintien à domicile une politique active, ceci afin de préserver le bien-être des personnes âgées, alors même que de nombreuses orientations de la politique fédérale vont également dans le sens du développement du maintien à domicile ; cette contradiction nous est incompréhensible. Pour les raisons évoquées plus haut, la politique de maintien à domicile, d'amélioration de la coordination des acteurs de la santé et de promotion des soins ambulatoires passe par un meilleur financement des soins à domicile. Votre projet propose le contraire. Pour toutes ces raisons, nous nous opposons fermement à la baisse proposée dans le projet de modification.

2. Évaluation des soins requis

Dans l'ensemble, nous estimons que les modifications relatives à la prescription médicale, l'évaluation des soins requis et les exigences minimales à l'égard des systèmes d'évaluation des soins sont utiles. Toutefois, nous nous opposons à la teneur de l'article 8a, alinéa 1, lettres a et b OPAS visant à faire correspondre les exigences du personnel infirmier chargé d'effectuer l'évaluation des besoins avec celles posées par l'article 49, alinéa 1 OAMal.

En effet, il nous semble inutilement restrictif d'exiger deux années d'activité (art. 49 al. 1 let. b OAMal) en plus du diplôme d'infirmier ou d'infirmière (art. 49 al. 1 let. a OAMal). Par conséquent, nous proposons de limiter la référence à l'article 49, alinéa 1 OAMal en précisant que les deux années d'expérience ne sont pas exigées.

De plus, l'augmentation proposée de la fréquence des évaluations des soins requis ne nous semble pas pertinente. En effet, non seulement elle ajoute des lourdeurs administratives pour les assurances et pour les entités qui prennent en charge des résidents, mais demande aussi des adaptations techniques coûteuses des outils d'évaluation, alors que ces derniers offrent déjà, à satisfaction, la possibilité d'évaluer des résidents aussi souvent que le nécessite la péjoration de leur état de santé.

Enfin, si les exigences minimales à l'égard des systèmes d'évaluation des soins nous semblent utiles, elles nous questionnent dans leur faisabilité, notamment en termes de délais et de coûts. À ce sujet, en ce qui concerne l'outil PLAISIR (Planification Informatisée des Soins Infirmiers Requis) utilisé par quatre cantons latins, nous vous prions d'ores et déjà de prendre en compte la prise de position et les questions que la Commission technique intercantonale PLAISIR (CT PLAISIR) ne manquera pas de vous faire parvenir.

En vous remerciant de l'attention que vous porterez à la présente, nous vous prions de croire, Monsieur le conseiller fédéral, à l'expression de notre haute considération.

Neuchâtel, le 24 octobre 2018

Au nom du Conseil d'État :

Le président,
L. KURTH

La chancelière,
S. DESPLAND



**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation / Kanton : Kanton Nidwalden

Abkürzung der Firma / Organisation : Gesundheits- und Sozialdirektion

Adresse : Engelbergstrasse 34, Postfach 1243, 6371 Stans

Kontaktperson : Volker Zaugg

Telefon : 041 618 76 03

E-Mail : volker.zaugg@nw.ch

Datum : 16. Oktober 2018

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen!
2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen möchten, so können Sie unter "Extras/Dokumentenschutz aufheben" den Schreibschutz aufheben.
3. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **bis am 26. Oktober 2018** an folgende E-mail Adressen: abteilung-leistung@bag.admin.ch
gever@bag.admin.ch

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV)

Name / Firma
(bitte auf der ersten
Seite angegebene
Abkürzung
verwenden)

**Allgemeine Bemerkungen:
Kostenneutralität der Pflegebeiträge und Bedarfsermittlung und Mindestanforderungen an Pflegebedarfsermittlungssysteme**

Kanton
Nidwalden

Das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) hat die Neuordnung der Pflegefinanzierung (NPF) evaluieren lassen und zudem berechnet, ob die Einführung für die Obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) kostenneutral erfolgt ist.

Gemäss den KVG-Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 13.6.2008 (Pflegefinanzierung) hatten die Kantone drei Jahre Zeit, die geltenden Tarife und Tarifverträge an die vom Bundesrat festgesetzten Beiträge der OKP an die Pflegeleistungen anzupassen. Die Neuordnung der Pflegefinanzierung ist am 1.1.2011 in Kraft getreten und die Übergangsfrist lief bis am 31.12.2013.

Die Kostenneutralitätsberechnung des Bundesamts für Gesundheit (BAG) kommt zum Schluss, dass die Kostenneutralität für die OKP nicht eingehalten worden sei: Die OKP sei ab 1.1.2014 im Vergleich zu 2010 bei den Beiträgen an die Pflegeheime entlastet und bei denjenigen an die Spitex und freiberufliche Pflegefachpersonen zusätzlich belastet worden. Das EDI schlägt deshalb Anpassungen der Beiträge nach Art. 7a KLV vor: Die Pflegeheime sollen künftig höhere, Spitex und freiberufliche Pflegefachpersonen dagegen tiefere Beiträge der OKP erhalten.

Aus den folgenden Gründen lehnen wir die Senkung der Beiträge für Spitex und freiberufliche Pflegefachpersonen ab und fordern signifikante Erhöhungen aller Beiträge nach Art. 7a KLV:

I. Für die Kostenneutralitätsberechnungen werden Annahmen getroffen, deren Berechtigung und Aussagekraft wir in Frage stellen¹. Insbesondere veränderte sich die Leistungsstruktur bei der Spitex seit 2011 deutlich: Der Anteil der günstigsten Leistung (Grundpflege) sinkt kontinuierlich, während der Anteil der Abklärung, Beratung und Koordination sowie der Untersuchung und Behandlung steigt. Die Kostenneutralitätsberechnung berücksichtigt diese Entwicklung nicht. Weiter ist nicht nachvollziehbar, wie von einem Nullwachstum bei den Löhnen ausgegangen werden kann. Gemäss Bundesamt für Statistik sind die Löhne im Gesundheitswesen von 2010 bis 2016 um rund 5% gestiegen. In Heimen sind sie im gleichen Zeitraum um über 2% gestiegen, beim unteren Kader und in Funktionen ohne Kaderfunktion, was einen Grossteil des Pflegepersonals betrifft, sogar um 4 bis 6%.

II. Das EDI hält in seiner Stellungnahme zur Evaluation der NPF vom 4.7.2018 als eines der Ziele fest, dass der Finanzierungsanteil der OKP an den Kosten der Pflegeleistungen nicht ansteigen soll. Gleichzeitig hat die Evaluation der NPF von infras ergeben, dass der Finanzierungsanteil der OKP bei der ambulanten Pflege nicht angestiegen, sondern gar um 2 Prozentpunkte gesunken ist. Die in der Vorlage vorgeschlagene Senkung der OKP-Beiträge für Spitex und freiberufliche Pflegefachpersonen ist deshalb nicht nachvollziehbar, weshalb wir sie ablehnen.

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

III. Der Schlussbericht der Evaluation der NPF zeigt auf, dass Kantone und Gemeinden eine hohe finanzielle Zusatzbelastung tragen und dass sie in den Folgejahren der NPF ihre Beiträge an die Pflegeheime und Spitex-Organisationen stetig erhöht haben. Dass diese Entwicklung seit 2014 weitergeht, zeigt deutlich, dass die Kostenverschiebung von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) zu den Kantonen und Gemeinden nicht nur eine Folge des Systemwechsels zur NPF ist. Der Finanzierungsanteil der Kantone und Gemeinden wird weiterwachsen, wenn keine Gegenmassnahmen ergriffen werden. Es ist nicht akzeptabel, dass Kantone und Gemeinden das Kostenwachstum der Pflege zu 100 Prozent tragen. Dies auch deshalb, weil einzig die Krankenversicherer im Einzelfall die Wirtschaftlichkeit der Leistungen (Pflege durch Spitex versus Pflege im Pflegeheim) prüfen können und auch Gerichte bei einer Wirtschaftlichkeitsüberprüfung nur die Kosten für die OKP einbeziehen.

IV. Die Spitex-Organisationen pflegen nicht nur alte Menschen in sogenannter Langzeitpflege, sondern zunehmend auch jüngere Menschen, die dank der Spitex das Spital früher verlassen können oder sich gar nicht erst in stationäre Spitalbehandlung begeben müssen. Bund und Kantone verfolgen für kleinere Eingriffe die Strategie «ambulant vor stationär» (AVOS). Die Senkung der OKP-Beiträge für Spitex setzt in diesem Zusammenhang ein völlig falsches Signal und untergräbt die Strategie AVOS.

V. Neu kommt dazu, dass aufgrund der durch das Bundesverwaltungsgericht als unzureichend beurteilten rechtlichen Grundlage die Leistungserbringer der Pflege die Kosten des Pflegematerials der OKP nicht mehr separat in Rechnung stellen können. Die Finanzierungslücke ist nach Ansicht des Bundesamts für Gesundheit (BAG) durch die Restfinanzierer zu schliessen. Für uns ist diese weitere Kostenverschiebung hin zu den Kantonen und Gemeinden nicht akzeptabel. Wir verlangen mit Nachdruck, dass die KLV-Änderung auch diese aktuelle Entwicklung berücksichtigt. Die OKP hat die Pflegematerialien vor 2011 und bis mindestens Ende 2017 bezahlt. Das Weiterführen dieser Finanzierungslösung würde also für die OKP kostenneutral erfolgen. Die Finanzierung von Pflegematerialien durch Kantone und Gemeinden ist auch deshalb abzulehnen, weil nur der Krankenversicherer die für die Rechnungskontrolle notwendigen Informationen erhält und nur er prüfen kann, ob die Wahl und der Einsatz der Materialien nach den Kriterien der Wirtschaftlichkeit, Zweckmässigkeit und Wirksamkeit erfolgt.

VI. Die OKP-Beiträge für Leistungen der Pflegeheime sind grundsätzlich nach dem Pflegebedarf (in 20-Minuten-Schritten) abgestuft. Bei einem Pflegebedarf von mehr als 220 Minuten pro Tag soll jedoch wie bisher keine Differenzierung mehr vorgenommen und der Beitrag limitiert werden. Diese, seit 2011 geltende Regelung ist nicht sachgerecht, da sich die OKP bei schwersten Pflegefällen nicht proportional zum Pflegeaufwand beteiligt. Die anteilmässige Beteiligung der OKP ist deshalb auch bei einem Pflegebedarf von mehr als 220 Minuten pro Tag in Art. 7a Abs. 3 KLV zu verankern.

Dass den unter III. und V. geschilderten Entwicklungen in den Vorschlägen des EDI nicht Rechnung getragen wird, entspricht nicht einem breiten politischen Willen.

Eine unterjährige Einführung angepasster OKP-Beiträge ist u.E. nicht praktikabel, da wir aufgrund der Beitragsänderungen für ein Kalenderjahr zwei verschiedene Patientenbeteiligungen und zwei verschiedene Restfinanzierungen vorgeben müssten, was zu einem unverhältnismässigen administrativen Mehraufwand bei den Leistungserbringern führen würde. Da zudem ein grosser Teil der Leistungsbezüger Ergänzungsleistungen (EL) bezieht, müssten schweizweit mehrere zehntausend EL-Verfügungen zusätzlich Mitte Jahr

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

statt wie üblich nur per Jahresanfang (wegen höheren Durchschnittsprämien oder höheren AHV-Renten) angepasst werden, was zu einem enormen Zusatzaufwand für die Gemeinden führen würde. Wir regen deshalb an, den Einführungszeitpunkt auf einen Jahresanfang zu legen. Die vorgeschlagenen KLV-Änderungen zur ärztlichen Anordnung, Bedarfsermittlung und zu den Mindestanforderungen an die Pflegebedarfsermittlungssysteme gehen in die richtige Richtung. Wir begrüssen die Mehrheit der Änderungen im Grundsatz; zwecks Vermeidung von Mengenausweitungen und der damit einhergehenden Gefahr der Kostensteigerung sind aber verschiedene Ergänzungen erforderlich. Im erläuternden Bericht fehlen uns Informationen zu den Kostenfolgen der Änderungen zur Pflegebedarfsermittlung in Pflegeheimen⁶. Die Anbieter der Instrumente RAI/RUG und BESA machen aktuell geltend, dass ihre Instrumente den Zeitbedarf der Pflege in vielen Fällen erheblich unterschätzen und dass Anpassungen vorzunehmen sind. Neben der Frage, welche Kostenfolgen diese Anpassungen hätten, stellt sich auch die Frage, welche Instanz legitimiert ist, die Güte einer Zeitstudie zu beurteilen und die Anpassungen in den Instrumenten zu veranlassen. Wir gehen davon aus, dass die aktuell verwendeten Instrumente zur Bedarfsermittlung in Pflegeheimen (BESA, RAI-RUG und Plaisir) sowie neue Instrumente (z.B. InterRAI) grundsätzlich auch weiterhin zur Anwendung kommen können und dass die Instrumente nicht dazu degradiert werden, nur noch den Zeitbedarf zu ermitteln. Es ist wichtig, dass die Instrumente ihre Funktion zur Reflexion und Planung der adäquaten Pflege behalten. Grundsätzlich sollte das EDI eine Vorlage erarbeiten, wie die Kosten respektive das Kostenwachstum für alle Beteiligten eingedämmt werden können. Die stetige Kostenumverteilung auf den Restfinanzierer ist für Nidwalden kein akzeptabler Weg.			
Name / Firma	Artikel	Kommentar / Bemerkungen	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
Kanton Nidwalden	Art. 7a Abs. 1 und 3 KLV	dass die jetzige Anpassung der Beiträge die Kostenentwicklung der Pflege der letzten Jahre, insbesondere ab 2014 bis zum Zeitpunkt des Inkrafttretens der angepassten Beiträge, berücksichtigt.	
Kanton Nidwalden	Art. 7a Abs. 1 und 3 KLV		dass die Beiträge mindestens alle drei Jahre an die Kostenentwicklung in der Pflege angepasst werden.
Kanton Nidwalden	Art. 7 Abs. 1 KLV	dass die KLV dahingehend zu ändern ist, dass Leistungserbringer (freiberufliche Pflegefachpersonen, Spitex und Pflegeheime) Pflegematerialien der OKP in Rechnung stellen können, unabhängig davon, ob es sich um eine Abgabe im Sinne der MiGeL oder um Pflegematerial handelt, welches in der Pflege angewendet wird. Die	

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

		bisherige Finanzierung soll legalisiert und weitergeführt werden. Alternativ könnten für die Pflegeheime die Kosten der Pflegematerialien in die OKP-Beiträge eingerechnet werden. Spitex und freiberufliche Pflegefachpersonen müssen die Möglichkeit erhalten, das Pflegematerial separat abzurechnen. dass die Anpassungen bezüglich der Pflegematerialien in einem beschleunigten Verfahren auf den 1.1.2019 in Kraft gesetzt werden	
Kanton Nidwalden	Art. 7a Abs. 3 KLV	dass die OKP-Beiträge für Leistungen der Pflegeheime auch bei einem Pflegebedarf von mehr als 220 Minuten pro Tag in 20-Minuten-Schritten abgestuft werden, indem die bestehenden Pflegestufen nach Art. 7a Abs. 3 KLV um sechs auf insgesamt achtzehn Stufen erhöht werden.	
Kanton Nidwalden	Art. 7 Abs. 2 Bst. a Ziff. 1; Art. 8 Abs. 1; Art. 8a Abs. 1 KLV	Die KLV-Änderung sieht vor, dass die ärztliche Anordnung von Pflegeleistungen künftig weniger umfassend sein muss als heute: Der Arzt/die Ärztin ordnet Pflege an, die Pflegefachperson führt die Bedarfsermittlung durch. Neu erfolgt die Bedarfsermittlung für Massnahmen der Ermittlung, Beratung und Koordination sowie Massnahmen der Grundpflege eigenverantwortlich durch die Pflegefachperson. Nur für Massnahmen der Untersuchung und Behandlung erfolgt die Bedarfsermittlung in Zusammenarbeit mit dem behandelnden Arzt/der behandelnden Ärztin. Wir begrüssen diese Änderung im Grundsatz, welche den Pflegefachpersonen mehr Verantwortung zuschreibt. Die Änderung geht in die richtige Richtung. Damit die Gefahr einer Mengenausweitung bei Leistungen nach Art. 7 Abs. 2 Bst. a und c KLV eingedämmt werden kann, ist Art. 8a im Abs. 1 Bst. a KLV gemäss nachfolgenden Erwägungen zu modifizieren.	
Kanton Nidwalden	Art. 8a Abs. 1 Bst. a KLV	Die Bedarfsermittlung für Massnahmen der Ermittlung, Beratung und Koordination sowie für Massnahmen der Grundpflege soll neu nicht mehr in Zusammenarbeit mit dem Arzt, sondern durch eine	<i>Ist der behandelnde Arzt der Auffassung, dass der von der Pflegefachperson festgelegte Pflegebedarf nicht angemessen ist, teilt er dies</i>

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

		Pflegefachperson in Zusammenarbeit mit dem Patienten oder deren Angehörigen erfolgen; das Ergebnis der Ermittlung soll dem behandelnden Arzt lediglich noch «zur Information» weitergegeben werden (Art. 8a Abs. 1 Bst. a KLV). Mit der vorgeschlagenen Regelung fällt sowohl bei der Krankenpflege im Pflegeheim als auch bei der ambulanten Pflege das Erfordernis einer ärztlichen Bestätigung des mengenmässigen Pflegebedarfs ersatzlos weg. Damit wird den Pflegefachpersonen die Möglichkeit zur unlimitierten Verschreibung von Pflegeleistungen eingeräumt. Umfang, Häufigkeit und Dauer des Einsatzes können nicht mehr wie bisher vom Arzt begrenzt werden. Der Bundesrat hat in seiner Stellungnahme vom 23.3.2016 zur Parlamentarischen Initiative «Gesetzliche Anerkennung der Verantwortung der Pflege» (PI 11.418 Joder) die Verschreibung von Pflegeleistungen ohne ärztliche Kontrolle aufgrund der Gefahr von Kostensteigerung und Mengenausweitung abgelehnt. Im Kommentar zur vorliegend geplanten Änderung wird zudem vom EDI bezüglich ambulanter Krankenpflege festgehalten, dass «aus der ökonomischen Perspektive für diese Leistungserbringer ein Anreiz zur Erbringung von möglichst vielen Leistungen» besteht, «denn mit jeder für die Abklärung, Beratung und Koordination sowie die Grundpflege eingesetzten Stunde steigt die Vergütung der OKP und der Restfinanzierung» (S. 22). Es besteht somit die Gefahr, dass insbesondere private Leistungserbringer ohne Leistungsauftrag der öffentlichen Hand die Pflegefachpersonen zur Verschreibung möglichst vieler Pflegestunden anhalten werden. Die pflegebedürftigen Personen selber werden sich gegen eine zu grosszügig bemessene Grundpflege, die ja immerhin im Grundsatz vom Arzt / von der Ärztin verschrieben wird, kaum zur Wehr setzen, zumal die Kostenbeteiligung zulasten des Patienten limitiert ist. Vor diesem Hintergrund und unter Berücksichtigung des Anliegens einer erhöhten Anerkennung der Verantwortung der Pflege, schlagen wir vor, die Pflegefachpersonen (wie vom EDI vorgeschlagen) zur Bestimmung des Pflegebedarfs zu ermächtigen, jedoch dem behandelnden Arzt / der behandelnden Ärztin bei unangemessener	<i>der Pflegefachperson unter Kopie an den Versicherer innert fünf Arbeitstagen nach Erhalt der Information mit und legt in der Folge den Pflegebedarf in Zusammenarbeit mit der Pflegefachperson fest.»</i>
--	--	--	---

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

		Bedarfserhebung ein Vetorecht einzuräumen. Dies wird präventiv dazu führen, dass der Pflegebedarf von vornherein sachgerecht ermittelt wird. Entsprechend regen wir an, Art. 8a Abs. 1 Bst. a KLV wie nebenan ausgeführt zu modifizieren. Weiter schlagen wir vor, die Formulierung «in Zusammenarbeit mit der Patientin oder dem Patienten oder deren Angehörigen» zu ersetzen, weil wir den Begriff «Zusammenarbeit» in diesem Zusammenhang als unpassend erachten: «für Leistungen nach Artikel 7 Absatz 2 Buchstabe a und c: durch eine Pflegefachfrau oder einen Pflegefachmann (Art. 49 KVV) in Zusammenarbeit mit <i>unter Einbezug</i> der Patientin oder des Patienten und gegebenenfalls dessen oder deren Angehörigen; die Ermittlung ist dem behandelnden Arzt zur Information weiterzugeben.	
Kanton Nidwalden	Art. 8a Abs. 1 Bst. a und b KLV	Neu sollen für Pflegefachpersonen, welche die Bedarfsermittlung nach Art. 8a KLV durchführen dürfen, die gleichen Voraussetzungen gelten wie für Pflegefachpersonen, welche gemäss Art. 49 KVV freiberuflich Leistungen erbringen können. Neben dem Nachweis des Diploms ihrer Ausbildung wird eine zweijährige praktische Tätigkeit im Pflegeberuf verlangt. Wir lehnen diese Änderung ab: Das Diplom gemäss Art. 49 Bst. a KVV ist als Voraussetzung ausreichend. Auch das EDI hält im erläuternden Bericht fest: «Aufgrund ihrer Ausbildung sind diplomierte Pflegefachkräfte (sowohl mit HF-Diplom als auch mit Bachelor FH) namentlich in der Lage, selbstständig eine Pflegediagnose zu stellen, den Pflegebedarf zu beurteilen und die erforderlichen Massnahmen zu treffen.» Auf die Voraussetzung der zweijährigen praktischen Tätigkeit muss verzichtet werden. Es ist nicht sinnvoll, für Pflegeheime und Spitex-Organisation eine Hürde einzubauen, welche diese Arbeitgeber für den Berufseinstieg unattraktiv macht. Zudem sehen wir die Kontrolle der 2 Jahre Berufserfahrung mit verschiedenen Vollzugsproblemen und damit unverhältnismässig hohem administrativem Aufwand verbunden. Zentral ist, dass die Bedarfsermittlung in jedem Fall mit einem validierten Instrument erfolgt und die Pflegefachpersonen auf dem entsprechenden	neuen Absatz 6 in Art. 8a KLV <i>«Der Kanton kann für die in seinem Gebiet tätigen Leistungserbringer die für die Bedarfsermittlung zulässigen Instrumente festlegen.»</i>

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

		Instrument geschult sind.	
Kanton Nidwalden	Art. 8 Abs. 3 KLV	Bei Personen, die eine Hilflosenentschädigung der AHV, der IV oder der UV wegen mittlerer oder schwerer Hilflosigkeit erhalten, gilt die ärztliche Anordnung unbefristet. Wird die Hilflosenentschädigung einer Revision unterzogen, ist die ärztliche Anordnung zu erneuern. Die KLV-Änderung sieht hier keine Änderung vor. Wir regen an, diese sinnvolle Regelung auf die leichte Hilflosigkeit auszudehnen. Auch Personen mit leichter Hilflosigkeit sind Langzeitpatient/innen und es ist sinnvoll, sie bezüglich der ärztlichen Anordnung gleich zu behandeln wie Personen mit mittlerer oder schwerer Hilflosigkeit.	
Kanton Nidwalden	Art. 8b Abs. 2 und 3 KLV	Wir begrüssen die Präzisierung zur Bedarfsermittlung in Pflegeheimen. Insbesondere erachten wir grundsätzlich als sinnvoll, dass gemäss Art. 8b Absatz 3 KLV jedes Instrument auf Basis von in der Schweiz durchgeführten, repräsentativen Zeitstudien überprüft und geeicht werden muss. Um aber sicherzustellen, dass nicht jedes Instrument in der ganzen Schweiz überprüft werden muss, fordern wir folgende Präzisierung von Art. 8b Absatz 3 KLV: «Das für die Bedarfsermittlung in Pflegeheimen verwendete Instrument muss sich für die Bestimmung der zu erbringenden Pflegeleistungen auf in der Schweiz durchgeführte, für die Gesamtheit der Patientinnen und Patienten von Pflegeheimen repräsentative Zeitstudien stützen, welche die tatsächlich erbrachten Pflegeleistungen aufzeigen. <i>Die Zeitstudien zu einem Instrument sind in Kantonen durchzuführen, in welchen das entsprechende Instrument zur Anwendung kommt.</i> Die von den Zeitstudien angewendete Methode muss wissenschaftlich anerkannt und geeignet sein, eine Unterscheidung von Pflegeleistungen und anderen Leistungen vorzunehmen.» Weiter ist für die Umsetzung von Art. 8b Abs. 3 KLV eine Übergangsfrist erforderlich, weil nicht verlangt werden kann, dass bei Inkrafttreten die entsprechenden Zeitstudien bereits vorliegen. Wir	

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

		beantragen, eine zweijährige Übergangsfrist einzuräumen.	
Kanton Nidwalden	Art. 8b Abs. 4 KLV	Wir begrüssen diese Präzisierung zu den Bedarfsermittlungsinstrumenten, lehnen aber ab, dass sie sich nur auf Pflegeheime bezieht. Wir fordern, dass Art. 8b Abs. 4 KLV in Art. 8a verschoben und wie folgt angepasst wird:	«Das für die Bedarfsermittlung <i>in Pflegeheimen</i> verwendete Instrument muss die Ermittlung von Daten zu medizinischen Qualitätsindikatoren mittels Routinedaten (Art. 59a Abs. 1 Bst. f KVG) ermöglichen.»
Kanton Nidwalden	Art. 8c Abs. 1 und 2 KLV	Neu müssen auch die Pflegeheime mit den Versicherern Kontroll- und Schlichtungsverfahren vereinbaren. Gemäss Art. 25a Abs. 3 KVG regelt «der Bundesrat» das Verfahren der Bedarfsermittlung. Die konkrete Methodik zur Ermittlung des Pflegebedarfs sollte deshalb grundsätzlich auf gesamtschweizerischer Ebene festgelegt werden. Eine Delegation an die Tarifpartner erscheint aber gleichwohl möglich. Da diese Instrumente gesamtschweizerisch zu entwickeln, zu kalibrieren und anzuwenden sind, erachten wir schweizweite Verhandlungen (Abs. 1) und eine nationale Regelung im Streitfall (Abs. 2) als zwingend. Andernfalls müsste eine Festlegung durch den Bundesrat ohne Delegation an die Tarifpartner erfolgen.	Abs. 1: «Die Leistungserbringer nach Artikel 7 Absatz 1 und die Versicherer <i>legen das Verfahren zur Ermittlung des Pflegebedarfs gemeinsam fest und vereinbaren für die ganze Schweiz das Kontroll- und Schlichtungsverfahren.</i> » Abs. 2: <i>"Kommt keine Einigung zustande, setzt der Bundesrat nach Anhören der Beteiligten und der Kantone das Verfahren zur Ermittlung des Pflegebedarfs sowie das Kontroll- und Schlichtungsverfahren fest."</i>
Kanton Nidwalden	Art. 8c Abs. 3 KLV	Gemäss erläuterndem Bericht schliesst dieser Absatz die «geordnete und effiziente Weiterentwicklung der Systeme» ein. Dem Wortlaut des Absatzes ist dies zu wenig deutlich zu entnehmen.	«Das Kontrollverfahren dient der Überprüfung <i>und Weiterentwicklung</i> der Bedarfsermittlungssysteme sowie der Kontrolle der Zweckmässigkeit und der Wirtschaftlichkeit der Leistungen.»
Kanton Nidwalden	Art. 8c Abs. 4 KLV	Bei Leistungserbringern nach Art. 7 Abs. 1 Bst. a und b KLV kann die Bedarfsermittlung durch den Vertrauensarzt/die Vertrauensärztin überprüft werden, wenn voraussichtlich mehr als 60 Stunden pro Quartal benötigt werden. Aber auch bei voraussichtlich weniger als 60	

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

		Stunden pro Quartal kann eine solche Überprüfung gemacht werden. Das Projekt 4.1 der Nationalen Demenzstrategie hat gezeigt, dass Menschen mit Demenz meist einen erhöhten Bedarf an Pflegeleistungen aufweisen, weil bei ihnen die einzelnen Leistungen mit mehr Zeitaufwand verbunden sind als bei Menschen ohne Demenz. Wir regen deshalb an, dass die vertrauensärztliche Überprüfung bei Menschen mit Demenz erst ab 120 Stunden pro Quartal vorgesehen wird oder dass gänzlich auf eine «Limitierung» (also auf die Nennung der 60 Stunden pro Quartal) verzichtet wird und nur noch die systematischen Stichproben genannt werden.	



CH-6061 Sarnen, Postfach 1562, Staatskanzlei

Bundesamt für Gesundheit
Abteilung Leistungen

E-Mail: abteilung-leistungen@bag.admin.ch
gever@bag.admin.ch

Sarnen, 24. Oktober 2018

Änderung der Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Kostenneutralität und Bedarfsermittlung)

Sehr geehrter Herr Bundesrat
Sehr geehrte Damen und Herren

Wir danken Ihnen für die Möglichkeit, zur Änderung der Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Kostenneutralität und Bedarfsermittlung) Stellung zu nehmen.

In Ihrer Kostenneutralitätsberechnung kommen Sie zum Schluss, dass die Kostenneutralität für die OKP nicht eingehalten worden sei: Die OKP sei ab 1. Januar 2014 im Vergleich zu 2010 bei den Beiträgen an die Pflegeheime entlastet und bei denjenigen an die Spitex und freiberufliche Pflegefachpersonen zusätzlich belastet worden. Sie schlagen deshalb Anpassungen der Beiträge nach Art. 7a KLV vor: Die Pflegeheime sollen künftig höhere, Spitex und freiberufliche Pflegefachpersonen dagegen tiefere Beiträge der OKP erhalten.

Wir lehnen die Senkung der Beiträge für Spitex und freiberufliche Pflegefachpersonen ab und fordern im Gegenteil signifikante Erhöhungen aller Beiträge nach Art. 7a KLV. Eine unterjährige Einführung angepasster OKP-Beiträge ist u.E. zudem nicht praktikabel, da die Kantone aufgrund der Beitragsänderungen für ein Kalenderjahr zwei verschiedene Patientenbeteiligungen und zwei verschiedene Restfinanzierungen vorgeben müssten, was zu einem unverhältnismässigen administrativen Mehraufwand bei den Leistungserbringern führen würde. Da zudem ein grosser Teil der Leistungsbezogener Ergänzungsleistungen (EL) bezieht, müssten schweizweit mehrere zehntausend EL-Verfügungen zusätzlich Mitte Jahr statt wie üblich nur per Jahresanfang (wegen höheren Durchschnittsprämien oder höheren AHV-Renten) angepasst werden, was zu einem enormen Zusatzaufwand für die Gemeinden führen würde. Wir regen deshalb an, den Einführungszeitpunkt auf einen Jahresanfang zu legen.

Der Kanton Obwalden gehört zu den ganz wenigen Kantonen, in welchen die von den Einwohnergemeinden zu leistende Restfinanzierung – ganz im Sinne des Bundesgerichtsurteils vom 20. Juli 2018 – die individuellen Pflegekosten jeder der sieben Betagteninstitutionen deckt. Unsere Pflegeheime

sind sehr dankbar, nicht ständig für die Deckung der Kosten kämpfen zu müssen und haben in den vergangenen Jahren bewiesen, dass die Restfinanzierung nicht höher ist als in Kantonen mit normierten Restkosten. Deshalb begrüßen wir die vorgesehene Anpassung der OKP-Beiträge an die Pflegeheimkosten (Art. 7a Abs. 3 KLV) vor allem mit Blick auf die Einwohnergemeinden. Wie die Evaluation der Neuordnung der Pflegefinanzierung durch das BAG gezeigt hat, war die Kostenneutralität bereits bei Einführung der neuen Pflegefinanzierung nicht gewährleistet. Die Pflegekosten sind seit 2011 gestiegen, was vor allem auf die höheren Löhne beim Fachpersonal zurückgeführt werden kann. Eine Entwicklung, die sich mit Blick auf den Fachkräftemangel noch beschleunigen wird. Bis jetzt wirkte sich diese Kostensteigerung ausschliesslich zu Lasten unserer Restfinanzierer aus, weshalb eine Anpassung dringend nötig ist. Wir bedauern jedoch, dass diese nur rückwärts gerichtet erfolgt und keinen Mechanismus enthält, um die zu erwartenden Kostensteigerungen wieder auszugleichen. Dieser Ausgleich hätte neben der Teuerung auch die Entwicklung der Reallöhne zu berücksichtigen.

Unsere Aussagen möchten wir mit nachfolgenden Berechnungen zur Revision der KLV aus Sicht der Obwaldner Betagteninstitutionen belegen:

Benchmark Kostenrechnung 2017, Obwaldner Durchschnitt:

	Vision 2011 in Fr.		Realität 2017 in Fr.		Zukunft in Fr.	
Kosten Durchschnittsbewohner/Tag	116.84		116.84		116.84	
Anteil OKP	46.74	40%	45.00	39%	48.02	41%
Anteil Bewohner	23.37	20%	21.50	18%	23.05	20%
Anteil Restfinanzierer	46.74	40%	50.34	43%	45.77	39%

Tabelle 1: Case-Mix 92 Minuten (Pflegestufe 5), Kosten Pflegeminuten Fr. 1.27, Kosten Durchschnittsbewohner/Tag Fr. 116.84.

Die vorgeschlagenen KLV-Änderungen zur ärztlichen Anordnung, Bedarfsermittlung und zu den Mindestanforderungen an die Pflegebedarfsermittlungssysteme gehen in die richtige Richtung. Der Regierungsrat begrüsst die Mehrheit der Änderungen im Grundsatz; zwecks Vermeidung von Mengenausweitungen und der damit einhergehenden Gefahr der Kostensteigerung sind aber verschiedene Ergänzungen erforderlich.

Die detaillierten Änderungsvorschläge haben wir in Absprache mit dem Vorstand der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) auf dem Fragebogen formuliert.

Wir danken Ihnen, sehr geehrte Damen und Herren, für die Möglichkeit einer Beurteilung der Vernehmlassungsvorlage.

Freundliche Grüsse

Im Namen des Regierungsrats

Christoph Amstad
Landammann

Nicole Frunz Wallimann
Landschreiberin

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation / Kanton : Obwalden

Abkürzung der Firma / Organisation : OW

Adresse : St. Antonistrasse 4, 6060 Sarnen

Kontaktperson : Werner Gut

Telefon : 041 666 64 59

E-Mail : werner.gut@ow.ch

Datum : 30. August 2018

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen!
2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen möchten, so können Sie unter "Extras/Dokumentenschutz aufheben" den Schreibschutz aufheben.
3. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **bis am 26. Oktober 2018** an folgende E-mail Adressen: abteilung-leistung@bag.admin.ch
gever@bag.admin.ch

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV)

Name / Firma (bitte auf der ersten Seite angegebene Abkürzung verwenden)	Allgemeine Bemerkungen
OW	Kostenneutralität der Pflegebeiträge Wir lehnen die Senkung der Beiträge für Spitex und freiberufliche Pflegefachpersonen ab und fordern signifikante Erhöhungen aller Beiträge nach Art. 7a KLV. Konkret fordern wir, a. dass die jetzige Anpassung der Beiträge nach Art. 7a Abs. 1 und 3 KLV die Kostenentwicklung der Pflege der letzten Jahre, insbesondere ab 2014 bis zum Zeitpunkt des Inkrafttretens der angepassten Beiträge, berücksichtigt; b. dass in der KLV festgehalten wird, dass die Beiträge nach Art. 7a Abs. 1 und 3 KLV mindestens alle drei Jahre an die Kostenentwicklung in der Pflege angepasst werden; c. dass die KLV dahingehend zu ändern ist, dass Leistungserbringer nach Art. 7 Abs. 1 KLV (freiberufliche Pflegefachpersonen, Spitex und Pflegeheime) Pflegematerialien der OKP in Rechnung stellen können, unabhängig davon, ob es sich um eine Abgabe im Sinne der MiGeL oder um Pflegematerial handelt, welches in der Pflege angewendet wird. Die bisherige Finanzierung soll legalisiert und weitergeführt werden. Alternativ könnten für die Pflegeheime die Kosten der Pflegematerialien in die OKP-Beiträge eingerechnet werden. Spitex und freiberufliche Pflegefachpersonen müssen die Möglichkeit erhalten, das Pflegematerial separat abzurechnen; d. dass die Anpassungen bezüglich der Pflegematerialien in einem beschleunigten Verfahren auf den 1.1.2019 in Kraft gesetzt werden; e. dass die OKP-Beiträge für Leistungen der Pflegeheime (Art. 7a Abs. 3 KLV) auch bei einem Pflegebedarf von mehr als 220 Minuten pro Tag in 20-Minuten-Schritten abgestuft werden, indem die bestehenden Pflegestufen nach Art. 7a Abs. 3 KLV um sechs auf insgesamt achtzehn Stufen erhöht werden. Bedarfsermittlung und Mindestanforderungen an Pflegebedarfsermittlungssysteme Die vorgeschlagenen KLV-Änderungen zur ärztlichen Anordnung, Bedarfsermittlung und zu den Mindestanforderungen an die Pflegebedarfsermittlungssysteme gehen in die richtige Richtung. Wir begrüßen die Mehrheit der Änderungen im Grundsatz; zwecks Vermeidung von Mengenausweitungen und der damit einhergehenden Gefahr der Kostensteigerung sind aber verschiedene Ergänzungen erforderlich. Im erläuternden Bericht fehlen uns Informationen zu den Kostenfolgen der Änderungen zur Pflegebedarfsermittlung in Pflegeheimen. Die Anbieter der Instrumente RAI/RUG und BESA machen aktuell geltend, dass ihre Instrumente den Zeitbedarf der Pflege in vielen Fällen erheblich unterschätzen und dass Anpassungen vorzunehmen sind. Neben der Frage, welche Kostenfolgen diese Anpassungen hätten, stellt sich auch die Frage, welche Instanz legitimiert ist, die Güte einer Zeitstudie zu beurteilen und die Anpassungen in den Instrumenten zu veranlassen. Wir gehen davon aus, dass die aktuell verwendeten Instrumente zur Bedarfsermittlung in Pflegeheimen (BESA, RAI-RUG und Plaisir) sowie neue Instrumente (z.B. InterRAI) grundsätzlich auch weiterhin zur Anwendung kommen können und dass die Instrumente nicht dazu degradiert werden, nur

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

noch den Zeitbedarf zu ermitteln. Es ist wichtig, dass die Instrumente ihre Funktion zur Reflexion und Planung der adäquaten Pflege behalten.			
Name / Firma	Artikel	Kommentar / Bemerkungen	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
OW	Art. 7 Abs. 2 Bst. a Ziff. 1; Art. 8 Abs. 1; Art. 8a Abs. 1 KLV	Die KLV-Änderung sieht vor, dass die ärztliche Anordnung von Pflegeleistungen künftig weniger umfassend sein muss als heute: Der Arzt/die Ärztin ordnet Pflege an, die Pflegefachperson führt die Bedarfsermittlung durch. Neu erfolgt die Bedarfsermittlung für Massnahmen der Ermittlung, Beratung und Koordination sowie Massnahmen der Grundpflege eigenverantwortlich durch die Pflegefachperson. Nur für Massnahmen der Untersuchung und Behandlung erfolgt die Bedarfsermittlung in Zusammenarbeit mit dem behandelnden Arzt/der behandelnden Ärztin. Wir begrüssen diese Änderung im Grundsatz, welche den Pflegefachpersonen mehr Verantwortung zuschreibt. Die Änderung geht in die richtige Richtung. Damit die Gefahr einer Mengenausweitung bei Leistungen nach Art. 7 Abs. 2 Bst. a und c KLV eingedämmt werden kann, ist Art. 8a im Abs. 1 Bst. a KLV gemäss nachfolgenden Erwägungen zu modifizieren.	
OW	Art. 8a Abs. 1 Bst. a KLV	Die Bedarfsermittlung für Massnahmen der Ermittlung, Beratung und Koordination sowie für Massnahmen der Grundpflege soll neu nicht mehr in Zusammenarbeit mit dem Arzt, sondern durch eine Pflegefachperson in Zusammenarbeit mit dem Patienten oder deren Angehörigen erfolgen; das Ergebnis der Ermittlung soll dem behandelnden Arzt lediglich noch «zur Information» weitergegeben werden (Art. 8a Abs. 1 Bst. a KLV). Mit der vorgeschlagenen Regelung fällt sowohl bei der Krankenpflege im Pflegeheim als auch bei der ambulanten Pflege das Erfordernis einer ärztlichen Bestätigung des mengenmässigen Pflegebedarfs ersatzlos weg. Damit wird den Pflegefachpersonen die Möglichkeit zur unlimitierten Verschreibung von Pflegeleistungen eingeräumt. Umfang, Häufigkeit und Dauer des Einsatzes können nicht mehr wie bisher vom Arzt begrenzt werden. Der Bundesrat hat in seiner Stellungnahme vom 23.3.2016 zur Parlamentarischen Initiative «Gesetzliche Anerkennung der Verantwortung der Pflege» (PI 11.418 Joder) die Verschreibung von Pflegeleistungen ohne ärztliche Kontrolle aufgrund der Gefahr von Kostensteigerung und Mengenausweitung abgelehnt. Im Kommentar zur vorliegend geplanten Änderung wird zudem vom EDI bezüglich ambulanter Krankenpflege festgehalten, dass «aus der ökonomischen Perspektive für diese	«für Leistungen nach Artikel 7 Absatz 2 Buchstabe a und c: durch eine Pflegefachfrau oder einen Pflegefachmann (Art. 49 KVV) in Zusammenarbeit mit unter Einbezug der Patientin oder des Patienten und gegebenenfalls dessen oder deren Angehörigen; die Ermittlung ist dem behandelnden Arzt zur Information weiterzugeben. Ist der behandelnde Arzt der Auffassung, dass der von der Pflegefachperson festgelegte Pflegebedarf nicht angemessen ist, teilt er dies der Pflegefachperson unter Kopie an den Versicherer innert fünf Arbeitstagen nach Erhalt der Information mit und legt in der Folge den Pflegebedarf in Zusammenarbeit mit der Pflegefachperson fest.»

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

		Leistungserbringer ein Anreiz zur Erbringung von möglichst vielen Leistungen» besteht, «denn mit jeder für die Abklärung, Beratung und Koordination sowie die Grundpflege eingesetzten Stunde steigt die Vergütung der OKP und der Restfinanzierung» (S. 22). Es besteht somit die Gefahr, dass insbesondere private Leistungserbringer ohne Leistungsauftrag der öffentlichen Hand die Pflegefachpersonen zur Verschreibung möglichst vieler Pflegestunden anhalten werden. Die pflegebedürftigen Personen selber werden sich gegen eine zu grosszügig bemessene Grundpflege, die ja immerhin im Grundsatz vom Arzt / von der Ärztin verschrieben wird, kaum zur Wehr setzen, zumal die Kostenbeteiligung zulasten des Patienten limitiert ist. Vor diesem Hintergrund und unter Berücksichtigung des Anliegens einer erhöhten Anerkennung der Verantwortung der Pflege, schlagen wir vor, die Pflegefachpersonen (wie vom EDI vorgeschlagen) zur Bestimmung des Pflegebedarfs zu ermächtigen, jedoch dem behandelnden Arzt / der behandelnden Ärztin bei unangemessener Bedarfserhebung ein Vetorecht einzuräumen. Dies wird präventiv dazu führen, dass der Pflegebedarf von vornherein sachgerecht ermittelt wird. Entsprechend regen wir an, Art. 8a Abs. 1 Bst. a KLV wie nebenstehend ausgeführt zu modifizieren. Weiter schlagen wir vor, die Formulierung «in Zusammenarbeit mit der Patientin oder dem Patienten oder deren Angehörigen» zu ersetzen, weil wir den Begriff «Zusammenarbeit» in diesem Zusammenhang als unpassend erachten.	
OW	Art. 8a Abs. 1 Bst. a und b KLV	Neu sollen für Pflegefachpersonen, welche die Bedarfsermittlung nach Art. 8a KLV durchführen dürfen, die gleichen Voraussetzungen gelten wie für Pflegefachpersonen, welche gemäss Art. 49 KVV freiberuflich Leistungen erbringen können. Neben dem Nachweis des Diploms ihrer Ausbildung wird eine zweijährige praktische Tätigkeit im Pflegeberuf verlangt. Wir lehnen diese Änderung ab: Das Diplom gemäss Art. 49 Bst. a KVV ist als Voraussetzung ausreichend. Auch das EDI hält im erläuternden Bericht fest: «Aufgrund ihrer Ausbildung sind diplomierte Pflegefachkräfte (sowohl mit HF-Diplom als auch mit Bachelor FH) namentlich in der Lage, selbstständig eine Pflegediagnose zu stellen, den Pflegebedarf zu beurteilen und die erforderlichen Massnahmen zu treffen.» Auf die Voraussetzung der zweijährigen praktischen Tätigkeit muss verzichtet werden. Es ist nicht sinnvoll, für Pflegeheime und Spitex-Organisation eine Hürde einzubauen, welche diese Arbeitgeber für den Berufseinstieg unattraktiv macht. Zudem sehen wir die Kontrolle der 2 Jahre Berufserfahrung mit verschiedenen	«Der Kanton kann für die in seinem Gebiet tätigen Leistungserbringer die für die Bedarfsermittlung zulässigen Instrumente festlegen.»

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

		Vollzugsproblemen und damit unverhältnismässig hohem administrativem Aufwand verbunden. Zentral ist, dass die Bedarfsermittlung in jedem Fall mit einem validierten Instrument erfolgt und die Pflegefachpersonen auf dem entsprechenden Instrument geschult sind. Weil das EDI hierzu keine verbindlichen Vorgaben macht, schlagen wir nebenstehend einen neuen Absatz 6 in Art. 8a KLV vor.	
OW	Art. 8 Abs. 3 KLV	Bei Personen, die eine Hilflosenentschädigung der AHV, der IV oder der UV wegen mittlerer oder schwerer Hilflosigkeit erhalten, gilt die ärztliche Anordnung unbefristet. Wird die Hilflosenentschädigung einer Revision unterzogen, ist die ärztliche Anordnung zu erneuern. Die KLV-Änderung sieht hier keine Änderung vor. Wir regen an, diese sinnvolle Regelung auf die leichte Hilflosigkeit auszudehnen. Auch Personen mit leichter Hilflosigkeit sind Langzeitpatient/innen und es ist sinnvoll, sie bezüglich der ärztlichen Anordnung gleich zu behandeln wie Personen mit mittlerer oder schwerer Hilflosigkeit.	
OW	Art. 8b Abs. 2 und 3 KLV	Wir begrüssen die Präzisierung zur Bedarfsermittlung in Pflegeheimen. Insbesondere erachten wir grundsätzlich als sinnvoll, dass gemäss Art. 8b Absatz 3 KLV jedes Instrument auf Basis von in der Schweiz durchgeführten, repräsentativen Zeitstudien überprüft und geeicht werden muss. Um aber sicherzustellen, dass nicht jedes Instrument in der ganzen Schweiz überprüft werden muss, fordern wir nebenstehende Präzisierung von Art. 8b Absatz 3 KLV. Weiter ist für die Umsetzung von Art. 8b Abs. 3 KLV eine Übergangsfrist erforderlich, weil nicht verlangt werden kann, dass bei Inkrafttreten die entsprechenden Zeitstudien bereits vorliegen. Wir beantragen, eine zweijährige Übergangsfrist einzuräumen.	«Das für die Bedarfsermittlung in Pflegeheimen verwendete Instrument muss sich für die Bestimmung der zu erbringenden Pflegeleistungen auf in der Schweiz durchgeführte, für die Gesamtheit der Patientinnen und Patienten von Pflegeheimen repräsentative Zeitstudien stützen, welche die tatsächlich erbrachten Pflegeleistungen aufzeigen. Die Zeitstudien zu einem Instrument sind in Kantonen durchzuführen, in welchen das entsprechende Instrument zur Anwendung kommt. Die von den Zeitstudien angewendete Methode muss wissenschaftlich anerkannt und geeignet sein, eine Unterscheidung von Pflegeleistungen und anderen Leistungen vorzunehmen.»
OW	Art. 8b Abs. 4 KLV	Wir begrüssen diese Präzisierung zu den Bedarfsermittlungsinstrumenten, lehnen aber ab, dass sie sich nur auf Pflegeheime bezieht. Wir fordern, dass Art. 8b Abs. 4 KLV in Art. 8a verschoben und wie folgt angepasst wird:	«Das für die Bedarfsermittlung in Pflegeheimen verwendete Instrument muss die Ermittlung von Daten zu medizinischen Qualitätsindikatoren mittels Routinedaten (Art. 59a Abs. 1 Bst. f KVG) ermöglichen.»

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

OW	Art. 8c Abs. 1 und 2 KLV	Neu müssen auch die Pflegeheime mit den Versicherern Kontroll- und Schlichtungsverfahren vereinbaren. Gemäss Art. 25a Abs. 3 KVG regelt «der Bundesrat» das Verfahren der Bedarfsermittlung. Die konkrete Methodik zur Ermittlung des Pflegebedarfs sollte deshalb grundsätzlich auf gesamtschweizerischer Ebene festgelegt werden. Eine Delegation an die Tarifpartner erscheint aber gleichwohl möglich. Da diese Instrumente gesamtschweizerisch zu entwickeln, zu kalibrieren und anzuwenden sind, erachten wir schweizweite Verhandlungen (Abs. 1) und eine nationale Regelung im Streitfall (Abs. 2) als zwingend. Andernfalls müsste eine Festlegung durch den Bundesrat ohne Delegation an die Tarifpartner erfolgen. Konkret schlagen wir folgende Modifikation von Art. 8c vor:	Abs. 1: «Die Leistungserbringer nach Artikel 7 Absatz 1 und die Versicherer legen das Verfahren zur Ermittlung des Pflegebedarfs gemeinsam fest und vereinbaren für die ganze Schweiz das Kontroll- und Schlichtungsverfahren.» Abs. 2: «Im vertragslosen Zustand Kommt keine Einigung zustande, setzt die Kantonsregierung der Bundesrat nach Anhören der Beteiligten und der Kantone das Verfahren zur Ermittlung des Pflegebedarfs sowie das Kontroll- und Schlichtungsverfahren fest.»
OW	Art. 8c Abs. 3 KLV	Gemäss erläuterndem Bericht schliesst dieser Absatz die «geordnete und effiziente Weiterentwicklung der Systeme» ein. Dem Wortlaut des Absatzes ist dies zu wenig deutlich zu entnehmen. Wir schlagen deshalb vor, den Absatz wie folgt zu ändern:	«Das Kontrollverfahren dient der Überprüfung und Weiterentwicklung der Bedarfsermittlungssysteme sowie der Kontrolle der Zweckmässigkeit und der Wirtschaftlichkeit der Leistungen.»
OW	Art. 8c Abs. 4 KLV	Bei Leistungserbringern nach Art. 7 Abs. 1 Bst. a und b KLV kann die Bedarfsermittlung durch den Vertrauensarzt/die Vertrauensärztin überprüft werden, wenn voraussichtlich mehr als 60 Stunden pro Quartal benötigt werden. Aber auch bei voraussichtlich weniger als 60 Stunden pro Quartal kann eine solche Überprüfung gemacht werden. Das Projekt 4.1 der Nationalen Demenzstrategie hat gezeigt, dass Menschen mit Demenz meist einen erhöhten Bedarf an Pflegeleistungen aufweisen, weil bei ihnen die einzelnen Leistungen mit mehr Zeitaufwand verbunden sind als bei Menschen ohne Demenz. Wir regen deshalb an, dass die vertrauensärztliche Überprüfung bei Menschen mit Demenz erst ab 120 Stunden pro Quartal vorgesehen wird oder dass gänzlich auf eine «Limitierung» (also auf die Nennung der 60 Stunden pro Quartal) verzichtet wird und nur noch die systematischen Stichproben genannt werden.	



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

Eidgenössisches Departement des Innern
Inselgasse 1
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, 23. Oktober 2018

**Änderung der Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung);
Vernehmlassungsantwort**

Sehr geehrter Herr Bundespräsident

Mit Schreiben vom 4. Juli 2018 haben Sie die Kantone eingeladen, bis zum 26. Oktober 2018 zur Änderung der Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung) Stellung zu nehmen. Wir danken für diese Gelegenheit und äussern uns wie folgt:

Wir unterstützen grossmehrheitlich die Stellungnahme der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK).

Insbesondere sind die Anträge der GDK zur Anpassung der Beiträge der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) gutzuheissen. Die OKP-Beiträge wurden seit der Einführung der neuen Pflegefinanzierung im Jahr 2011 nie angepasst. Da die Finanzierung der Pflegerestkosten von Kantonen und Gemeinden getragen wird, geht die gesamte Kostensteigerung zu Lasten der öffentlichen Hand. Der Kanton St.Gallen regt an, im Sinn der Kostenrealität nicht nur die OKP-Beiträge an Pflegeheime zu erhöhen, sondern auch die Beiträge an Spitex-Leistungen nach oben zu korrigieren.

Die beabsichtigte Senkung der Spitex-Beiträge ist unserer Ansicht nach ein falsches Signal und untergräbt die Strategie «ambulant vor stationär». Dank Spitex-Organisationen können Spital-Aufenthalte verhindert oder verkürzt werden. Spitex-Leistungen tragen wirksam zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen bei.

Nach den beiden Urteilen des Bundesverwaltungsgerichtes vom Herbst 2017 (C-3332/2015 vom 1. September 2017 und C-1970/2015 vom 7. November 2017) kann Pflegematerial der OKP nicht mehr separat in Rechnung gestellt werden. Die Finanzierungslücke ist nach Ansicht des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) durch Kantone und Gemeinden zu schliessen. Dies widerspricht eindeutig dem Prinzip der Kostenneutralität bei der Umsetzung der Pflegefinanzierung, da diese Pflegematerialkosten vor der Einfüh-



rung der Pflegefinanzierung von der OKP getragen wurden. Der Kanton St.Gallen unterstützt die Forderung der GDK, die bisherige Finanzierung von MiGeL-Produkten zu Lasten der OKP rechtlich zu verankern. Sollte dies nicht möglich sein, sind die Kosten für Pflegematerialien bei der Berechnung der OKP-Beiträge an die stationäre und ambulante Pflege zwingend zu berücksichtigen

Die vorgeschlagenen KLV-Änderungen zur ärztlichen Anordnung, Bedarfsermittlung und zu den Mindestanforderungen an die Pflegebedarfssysteme werden grundsätzlich begrüsst. Zur Vermeidung einer Mengenausweitung beim Pflegebedarf und der damit einhergehenden Gefahr der Kostensteigerung scheinen die von der GDK vorgeschlagenen Präzisierungen zweckmässig.

Wir danken Ihnen für die Berücksichtigung unserer Anliegen.

Im Namen der Regierung



Stefan Kölliker
Präsident



Canisius Braun
Staatssekretär



Zustellung auch per E-Mail an:

abteilung-leistung@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch

Telefon 052 632 74 61
Fax 052 632 77 51
sekretariat.di@ktsh.ch

Departement des Innern

Bundesamt für Gesundheit BAG
3000 Bern

Per E-Mail an:
abteilungen-leistungen@bag.admin.ch und gever@bag.admin.ch

Schaffhausen, 26. Oktober 2018

**Vernehmlassung betreffend Änderung der Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Kostenneutralität und Bedarfsermittlung);
Stellungnahme**

Sehr geehrte Damen und Herren

Mit Schreiben vom 4. Juli 2018 haben Sie die Kantone zu einer Vernehmlassung in oben erwähnter Angelegenheit eingeladen. Ihre Einladung wurde zuständigkeitshalber an das Departement des Innern weitergeleitet. Wir bedanken uns für die Möglichkeit zur Stellungnahme und lassen uns wie folgt vernehmen:

Die vorgeschlagenen Anpassungen der Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (KLV) erachten wir nur teilweise als gelungen. In Übereinstimmung mit der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren GDK begrüssen wir grundsätzlich die Anpassungsvorschläge in den Bereichen Bedarfsermittlung und Mindestanforderungen an Bedarfsermittlungssysteme. Die Ausführungen und Vorschläge im Bereich Kostenneutralität der Pflegebeiträge dagegen stehen unseres Erachtens im Widerspruch zur aktuellen Situation und den anstehenden Herausforderungen im Pflegebereich, weshalb wir eine grundlegende Überarbeitung im Sinne der GDK-Anträge fordern. Im Einzelnen verweisen wir Sie gerne auf die Stellungnahme der GDK vom 27. August 2018, welcher wir uns anschliessen.

Für die Kenntnisnahme und die wohlwollende Berücksichtigung unserer Stellungnahme danken wir Ihnen. Für Rückfragen steht Ihnen Frau Anna Sax, Leiterin Gesundheitsamt (Tel. 052 632 74 64) gerne zur Verfügung.

Freundliche Grüße

Der Departementsvorsteher

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'W. Vogelsanger', written in a cursive style.

Walter Vogelsanger, Regierungsrat

Kopie z.K.:

– Gesundheitsamt

Amtl.	Ver.	KUV	GesG	LS	P	BER
OS	Bundesamt für Gesundheit					
CS	23. Okt. 2018					
St						
Int						
GM						
GE						
Geo						AG Bern
Est	JA	NH	MT	BioM	Chem	Str

Bundesamt für Gesundheit BAG
Direktionsbereich Krankenversiche-
rung
Abteilung Leistungen
Schwarzenburgstrasse 157
3003 Bern

22. Oktober 2018

Änderung der Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Kranken- pflegeversicherung (Kostenneutralität und Bedarfsermittlung)

Sehr geehrter Herr Bundespräsident
Sehr geehrte Damen und Herren

Sie haben uns mit Schreiben vom 4. Juli 2018 eingeladen, zur Änderung der Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Kostenneutralität und Bedarfsermittlung) eine Stellungnahme abzugeben.

Besten Dank für die Gelegenheit zur Vernehmlassung. Die Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren hat Ihnen mit Datum vom 27. August 2018 eine differenzierte und ausführliche Vernehmlassungsantwort zu diesem Geschäft eingereicht. Wir schliessen uns dieser und insbesondere den gestellten Anträgen vorbehaltlos an.

Wir danken für die Kenntnisnahme und eine wohlwollende Prüfung unserer Anliegen.

IM NAMEN DES REGIERUNGSRATES

R. Heim

Roland Heim
Landammann

A. Eng

Andreas Eng
Staatsschreiber



6431 Schwyz, Postfach 1260

An das Eidgenössische
Departement des Innern (EDI)

per Mail an
abteilung-leistungen@bag.admin.ch
und gever@bag.admin.ch
(PDF- und Word-Version)

Schwyz, 16. Oktober 2018

Änderung der Verordnung über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Kostenneutralität und Bedarfsermittlung)

Vernehmlassung des Kantons Schwyz

Sehr geehrte Damen und Herren

Mit Schreiben vom 4. Juli 2018 unterbreiten Sie uns den Entwurf zur Änderung der Verordnung über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung vom 29. September 1995 (Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV, SR 832.112.31).

Gemäss den Übergangsbestimmungen zum Bundesgesetz über die Krankenversicherung vom 18. März 1994 (Krankenversicherungsgesetz, KVG, SR 832.10) zur Änderung vom 13. Juni 2008 (Pflegefinanzierung) hatten die Kantone drei Jahre Zeit, die geltenden Tarife und Tarifverträge an die vom Bundesrat festgesetzten Beiträge der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) an die Pflegeleistungen anzupassen. Diese Übergangsfrist lief bis 31. Dezember 2013. Die Berechnungen des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) kommen zum Schluss, dass die Kostenneutralität für die OKP nicht eingehalten worden ist.

Das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) schlägt deshalb Anpassungen der Beiträge nach Art. 7a KLV vor. Dabei sollen die Pflegeheime künftig höhere, Spitex und freiberufliche Pflegefachpersonen dagegen tiefere Beiträge der OKP erhalten.

Der Regierungsrat lehnt die vorliegenden Änderungen aus folgenden Gründen ab:

- Der Schlussbericht der Evaluation der Neuen Pflegefinanzierung zeigt auf, dass Kantone und Gemeinden eine hohe finanzielle Zusatzbelastung tragen und dass sie die Beiträge an die Pflegeheime und Spitex-Organisationen stetig erhöht haben. Es ist nicht akzeptabel, dass die öffentliche Hand das Kostenwachstum der Pflege zu 100% trägt.
- Die Beiträge der OKP für Leistungen in den Pflegeheimen sind grundsätzlich nach dem Pflegebedarf abgestuft. Bei einem Pflegebedarf von mehr als 220 Minuten pro Tag wird jedoch keine Differenzierung vorgenommen und der Beitrag limitiert. Diese Regelung ist nicht sachgerecht, da sich die OKP bei schwersten Pflegefällen nicht proportional zum Pflegeaufwand beteiligt.

Dazu zählen insbesondere Bewohner, die beatmet werden müssen sowie auch Menschen mit Demenz, die einen erhöhten Betreuungsaufwand benötigen. Die anteilmässige Beteiligung der OKP ist deshalb auch bei den schwersten Pflegefällen insbesondere auch mit den diagnosebedingten Betreuungsleistungen zu verankern.

- Die Evaluation der Neuen Pflegefinanzierung hat weiter ergeben, dass der Finanzierungsanteil der OKP bei der ambulanten Pflege um zwei Prozentpunkte gesunken ist. Die vorgeschlagene Senkung der OKP-Beiträge für Spitex und freiberufliche Pflegefachpersonen ist von daher nicht nachvollziehbar. Dies insbesondere auch vor dem Hintergrund der Strategie „ambulant vor stationär“.
- Die geplante unterjährige Einführung der OKP-Beiträge ist nur mit unverhältnismässigem Mehraufwand umzusetzen; einerseits bei den Leistungserbringern (zwei verschiedene Restfinanzierungen und Patientenbeteiligungen) aber ebenso bei der Administration der Ergänzungsleistungen, wo die Verfügungen zusätzlich noch Mitte Jahr angepasst werden müssten.

Des Weiteren wird auf die Stellungnahme der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren vom 27. August 2018 verwiesen.

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

Im Namen des Regierungsrates:

Kaspar Michel, Landammann



Dr. Mathias E. Brun, Staatsschreiber

Staatskanzlei, Regierungsgebäude, 8510 Frauenfeld

Eidgenössisches
Departement des Inneren
Herr Alain Berset
Bundespräsident
3003 Bern

AmtL	GP	KUV	OeG	VS	R	7-GE
DS	Bundesamt für Gesundheit					
NDG						
CC						
Int						
RM						
GB						
GeS						AS Chem
Lst	VA	NCD	MT	BioM	Chem	Str

26. Okt. 2018

EINGEGANGEN

25. Okt. 2018

Reg. stratur GS EDI

Frauenfeld, 23. Oktober 2018

Änderung der Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)

Vernehmlassung

Sehr geehrter Herr Bundespräsident

Wir danken Ihnen für die Möglichkeit, zur Änderung der Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung) Stellung nehmen zu können. Der Regierungsrat des Kantons Thurgau schliesst sich der Vernehmlassung der GDK vom 27. August 2018 vollumfänglich an und nimmt wie folgt Stellung:

- Die Beiträge der OKP an die Pflegeheime sind zu erhöhen.
- Die Beiträge der OKP an die Spitex und freiberufliche Pflegefachpersonen sind ebenfalls zu erhöhen. Keinesfalls rechtfertigt sich eine Senkung.
- Die jetzige Anpassung der Beiträge nach Art. 7a Abs. 1 und 3 KLV muss die Kostenentwicklung der Pflege der letzten Jahre berücksichtigen, insbesondere ab 2014 bis zum Zeitpunkt des Inkrafttretens der angepassten Beiträge.
- In der KLV ist festzuhalten, dass die Beiträge nach Art. 7a Abs. 1 und 3 KLV mindestens alle drei Jahre an die Kostenentwicklung in der Pflege angepasst werden.
- Die KLV ist dahingehend zu ändern, dass Leistungserbringer nach Art. 7 Abs. 1 KLV (freiberufliche Pflegefachpersonen, Spitex und Pflegeheime) Pflegematerialien der OKP in Rechnung stellen können, unabhängig davon, ob es sich um eine Abgabe im Sinne der MiGeL oder um Pflegematerial handelt, das in der Pflege angewendet wird. Die bisherige Finanzierung soll legalisiert und weitergeführt werden. Alternativ

2/2

könnten für die Pflegeheime die Kosten der Pflegematerialien in die OKP-Beiträge eingerechnet werden. Spitex und freiberufliche Pflegefachpersonen müssen die Möglichkeit erhalten, das Pflegematerial separat abzurechnen.

- Die Anpassungen bezüglich der Pflegematerialien müssen in einem beschleunigten Verfahren auf den 1. Januar 2019 in Kraft gesetzt werden.
- Die OKP-Beiträge für Leistungen der Pflegeheime (Art. 7a Abs. 3 KLV) müssen auch bei einem Pflegebedarf von mehr als 220 Minuten pro Tag in 20-Minuten-Schritten abgestuft werden, indem die bestehenden Pflegestufen nach Art. 7a Abs. 3 KLV um sechs auf insgesamt achtzehn Stufen erhöht werden.

Im Detail verweisen wir auf die Stellungnahme der GDK. Wir danken Ihnen für die Berücksichtigung der dargelegten Punkte.

Mit freundlichen Grüßen

Die Präsidentin des Regierungsrates



Der Staatschreiber



5279

fr

0

14 novembre 2018

Repubblica e Cantone Ticino
Consiglio di Stato
Piazza Governo 6
Casella postale 2170
6501 Bellinzona
telefono +41 91 814 43 20
fax +41 91 814 44 35
e-mail can-sc@ti.ch

Repubblica e Cantone
Ticino

Il Consiglio di Stato

Spettabile
Ufficio federale della salute pubblica
Divisione Prestazioni

abteilung-leistung@bag.admin.ch
gever@bag.admin.ch

Modifica dell'Ordinanza del DFI sulle prestazioni dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (OPre) – Neutralità dei costi e valutazione dei bisogni

Gentili signore,
Egregi signori,

vi ringraziamo innanzitutto per la possibilità che ci è stata offerta di prendere posizione sul progetto di modifica dell'OPre, concernente in particolare la neutralità dei costi e la valutazione dei bisogni nell'ambito del finanziamento delle cure di lunga durata.

Il progetto di modifica prevede sostanzialmente un adeguamento dei contributi dell'Assicurazione obbligatoria delle cure medico sanitarie (aumento del 6,7% dei contributi giornalieri per le case per anziani; diminuzione del 3,6% dei contributi per le cure a domicilio) e l'attribuzione di una maggiore responsabilità al personale infermieristico (attribuzione della valutazione del fabbisogno di cura, mentre al medico curante resta la competenza della prescrizione cura, ovvero della tipologia di prestazioni).

Dopo aver attentamente studiato il progetto messo in consultazione e valutata la presa di posizione della Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità (CDS) del 23 agosto 2018, messa a disposizione dei Cantoni quale modello di presa di posizione, vi comunichiamo che ci riconosciamo pienamente in essa, sia per quanto riguarda le osservazioni generali, sia per quel che riguarda le proposte di modifica puntuali.

In particolare, sosteniamo le seguenti richieste:

1. rinuncia alla diminuzione dei contributi dell'Assicurazione obbligatoria delle cure medico sanitarie per le cure a domicilio. Al contrario, riteniamo necessario un adeguamento di tali contributi all'aumento dei costi delle cure almeno ogni tre anni, sia nel settore delle case per anziani sia del settore delle cure a domicilio;
2. inserimento nel progetto di modifica dell'OPre della base legale necessaria per consentire la continuazione della fatturazione del materiale di cura (materiale EMap) all'Assicurazione obbligatoria delle cure medico sanitarie, indipendentemente se utilizzato dal personale curante o direttamente dal paziente, sanando la situazione di base legale insufficiente rilevata nel 2017 dal Tribunale amministrativo federale;

3. introduzione della possibilità per il medico curante di esprimere il proprio avviso nel caso ritenga che la valutazione del fabbisogno di cura effettuata dall'infermiere sia inappropriata;
4. cancellazione del requisito dei due anni di esperienza lavorativa quale condizione per il personale infermieristico per essere abilitato alla valutazione del fabbisogno di cura. Questa condizione limiterebbe le possibilità d'impiego dei neo-diplomati nelle case per anziani e nelle cure a domicilio. La competenza della valutazione del bisogno può e deve essere acquisita nel periodo di formazione di base in cura infermieristiche.

Fiduciosi che terrete conto di queste osservazioni, ci è gradita l'occasione per porgervi i nostri migliori saluti.

PER IL CONSIGLIO DI STATO


Il Presidente:
Claudio Zali

Il Cancelliere:


Arnoldo Coduri

Copia:

- Segretariato centrale della Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità (office@gdk-cds.ch)
- Direzione Dipartimento della sanità e della socialità (dss-dir@ti.ch)
- Direzione Divisione dell'azione sociale e delle famiglie (dss-dasf@ti.ch)
- Deputazione ticinese alle camere federali (can-relazioniesterne@ti.ch)
- Pubblicazione in internet

Signatur-Nr. LA.5090

Laufnummer LA.2018-0564

Bundesamt für Gesundheit (BAG)
 Direktionsbereich Kranken- und
 Unfallversicherung
 Abteilung Leistungen
 Schwarzenburgstrasse 157
 3003 Bern

AmtL	GP	KUV	GeG	VS	R	7-33.55
DS	Bundesamt für Gesundheit					
DG						
CC						
Int						
RM						
GB						
GeS						
Lst	VA	NCD	MT	BioM	Chem	Str

Altdorf, 5. Juli 2018

Wir bestätigen, dass Ihre Eingabe

vom : 4. Juli 2018

 betreffend : Änderung der Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (**Kostenneutralität und Bedarfsermittlung**); Vernehmlassung

beim Regierungsrat eingegangen ist und im Rahmen des Organisationsrechts
 Zur Prüfung und Antragstellung

an folgende Direktion / Behörde / Amtsstelle überwiesen worden ist:
 Gesundheits-, Sozial- und Umweltdirektion

Freundliche Grüsse

Der Kanzleidirektor:



**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation / Kanton	: Kanton Uri
Abkürzung der Firma / Organisation	: Amt für Gesundheit
Adresse	: Klausenstrasse 4
Kontaktperson	: Beat Planzer
Telefon	: 041 875 21 57
E-Mail	: planzer.beat@ur.ch
Datum	: 21. September 2018

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen!
2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen möchten, so können Sie unter "Extras/Dokumentenschutz aufheben" den Schreibschutz aufheben.
3. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **bis am 26. Oktober 2018** an folgende E-mail Adressen: abteilung-leistung@bag.admin.ch
gever@bag.admin.ch

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV)

Name / Firma
(bitte auf der ersten
Seite angegebene
Abkürzung
verwenden)

Allgemeine Bemerkungen

Kt. Uri

Die geplanten Anpassungen in der KLV sind sachlich nachvollziehbar und werden im Grundsatz begrüsst. **Trotzdem lehnen wir die vorgelegte KLV-Änderung ab.** Denn sie weist folgende wesentlichen Mängel auf:

- a) Die vorgesehene Inkraftsetzung per 1. Juli 2019 kann nicht akzeptiert werden. Sämtliche Taxordnungen der Pflegeheime und der Spitex-Organisationen müssten unterjährig angepasst werden. Da zudem ein grosser Teil der Leistungsbezüger (Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohner sowie Spitex-Klientinnen und -Klienten) Ergänzungsleistungen (EL) beziehen, müssten schweizweit mehrere 10'000 EL-Verfügungen im Jahr 2019 zwei Mal angepasst werden (nämlich per 1. Januar 2019 und per 1. Juli 2019). Das Inkrafttreten soll daher auf den 1. Januar 2020 verschoben werden.
- b) Die vorliegende Revision der KLV ist ein Flickwerk und blendet wichtige Handlungsfelder in der Langzeitpflege aus, deren dringliche Regelung namentlich von den Kantonen bereits mehrfach beim Bund moniert wurde. Deshalb müsste die Änderung der KLV zwingend auch die folgenden Elemente umfassen:
 - Die OKP-Beiträge sind periodisch an die Kostenentwicklung anzupassen (z. B. alle drei Jahre), so dass die steigenden Pflegekosten nicht allein durch Gemeinden und Kantone zu tragen sind.
 - Die Vergütung der MiGeL-Materialien sollen weiterhin über die OKP erfolgen. Die entsprechende Anpassung der KLV soll in einem beschleunigten Verfahren auf den 1. Januar 2019 in Kraft gesetzt werden.
 - Die Abgeltung der Betreuungsleistungen für Demenzkranke und für Leistungen der Palliative Care muss durch die Krankenversicherungen besser abgegolten werden.
 - Für Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohner mit einem Pflegebedarf von mehr als 220 Minuten (>Stufe 12) pro Tag soll sich die OKP auch anteilmässig beteiligen. So sind die bestehenden Pflegestufen nach Artikel 7a Absatz 3 KLV um sechs auf insgesamt 18 Stufen zu erhöhen.
 - Es soll im Pflegeheimbereich ein schweizweit einheitliches Pflegebedarfserhebungsinstrument durch den Bund festgelegt werden. Die mit einem hohen Aufwand verbundenen Kalibrierungen der verschiedenen Instrumente ist nicht zielführend. Damit nicht eine Monopol-Stellung für einen privaten System-Anbieter entsteht, ist für dieses schweizerische Instrument eine neue Trägerschaft zu schaffen (z. B. analog Swiss-DRG).

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

Im Weiteren verweisen wir auf die Stellungnahme der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) vom 27. August 2018 und unterstützen deren Forderungen vollumfänglich.			
Name / Firma	Artikel	Kommentar / Bemerkungen	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
Kt. Uri	Art. 8, Abs. 4	Auch für die Akut- und Übergangspflege (Art. 8 Abs. 2 Bst. c) soll die Möglichkeit einer Verlängerung geschaffen werden. Insbesondere für pflegebedürftige Personen, die zu Hause wohnen, sind zwei Wochen oft zu kurz.	
Kt. Uri	Art. 8a, Abs. 1	Für Pflegefachpersonen, die Bedarfsermittlung nach Artikel 8a KLV durchführen, reicht das Diplom (HF oder FH) als Voraussetzung. Auf die Voraussetzung der zweijährigen praktischen Tätigkeit muss verzichtet werden.	



CONSEIL D'ETAT

Château cantonal
1014 Lausanne

Am	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Dis	Conférence des directrices et directeurs cantonaux de la santé											
Ch	12. Okt. 2018											
Int												
GM												
GE												
PS												
EM	VA	NE	MI	FR	GR	SO						

Réf. : MFP/15024395

Office fédéral de la santé publique
Direction Assurance maladie / Division
prestations
Schwarzenburgstrasse 157
3003 Berne

Lausanne, le 10 octobre 2018

Réponse à la consultation fédérale relative à la modification de l'ordonnance du DFI sur les prestations de l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie (neutralité des coûts et évaluation des soins requis)

Madame, Monsieur,

Le Conseil d'Etat du Canton de Vaud vous remercie de l'avoir consulté sur le projet cité en titre et vous fait part, ci-après, de ses déterminations.

A. A titre principal

Nous signalons que nous avons renoncé à utiliser le formulaire Word joint à la documentation de consultation, dans la mesure où, à titre principal, nous rejetons intégralement les modifications proposées.

Vu les lourdes conséquences financières pour le canton et les fondements pour le moins légers sur lesquels s'appuie cette modification de l'OPAS, nous ne pouvons pas adhérer aux propositions de la Confédération. Nous notons encore que le délai imparti aux cantons pour procéder aux adaptations nécessaires est totalement irréaliste et devrait échoir au plus tôt au 31.12.2021.

B. A titre subsidiaire

Rejoignant en cela la position exprimée par la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS), nous pourrions éventuellement entrer en matière sur la modification proposée pour autant qu'elle intègre les observations ci-dessous.

Nous comprenons que, sous l'angle de la neutralité des coûts, le Département fédéral de l'intérieur veuille apporter des correctifs. Néanmoins, le projet mis en consultation ne tient pas compte des projets et réflexions en cours au niveau fédéral, qu'il s'agisse notamment de la révision de la LAMal, avec la "forfaitisation" des soins ambulatoires, ou de la suite que le Conseil fédéral entend donner au rapport du groupe d'experts concernant les mesures visant à freiner la hausse des coûts dans l'assurance obligatoire des soins, ce qui est regrettable. Par le biais des modifications proposées dans le cadre de la consultation, le DFI renforce le système du minutage, et il confirme la séparation entre EMS et soins à domicile, en ignorant la perméabilité et la

complémentarité croissantes de ces deux domaines. Alors que les discussions politiques se tournent de plus en plus vers des paiements forfaitaires (réadaptation, psy, ambulatoire) suivant une logique de type "DRG", la modification proposée écarte le financement des soins de longue durée d'une telle logique.

Le Conseil d'Etat du Canton de Vaud peut difficilement soutenir une modification de la réglementation qui risque fortement de déteindre sur la pratique, d'ôter l'autonomie du personnel soignant, et, in fine, d'aller vers une déshumanisation croissante des soins.

Au demeurant, le Canton de Vaud est opposé à tout transfert de charges sur le financement résiduel à sa charge du matériel de soins. Force est de constater que les considérations à ce sujet dans le rapport explicatif sont incomplètes pour fonder la décision de renoncer à apporter une correction.

De manière générale, nous relevons que dans son rapport explicatif, le DFI fait référence à différentes sources chiffrées dont il reconnaît l'exactitude et la fiabilité très relatives. Il est dès lors étonnant de baser le projet de modification sur des fondements aussi fragiles.

De l'avis du Conseil d'Etat du Canton de Vaud, le projet tel qu'il est conçu perd de vue la qualité des soins - tout en prétendant en faire la promotion. Or, ce n'est pas en fondant cette qualité notamment sur l'importance plus ou moins grande de l'écart entre les soins prévus et ceux effectivement prodigués que l'on va œuvrer dans le bon sens.

Nous observons que les intérêts administratifs (contrôles des factures par les assureurs et suivis chiffrés par l'OFSP notamment) semblent l'emporter en l'espèce. Actuellement déjà, les institutions concernées passent beaucoup de temps à justifier les prestations qu'elles effectuent. Ce temps, si cette modification entre en vigueur, va encore augmenter. De plus, le monitoring requis à chaque évolution du système d'évaluation va encore accroître de manière conséquente les coûts administratifs, déjà assumés dans une large mesure par les cantons. Nous observons ainsi qu'il y aura une augmentation des charges pour les cantons, sans réelle plus-value pour le système dans sa globalité. Nous ne pouvons souscrire à une telle proposition.

C. Conséquences financières

1. Méthodologie

En préambule, le canton relève que la méthodologie utilisée dans la réévaluation a posteriori de la neutralité de coûts est pour le moins sujette à caution. Selon le rapport explicatif, une partie des informations à disposition a été écartée au motif qu'elle manquait de fiabilité, si bien qu'en définitive le calcul est fondé sur plusieurs sources distinctes et non cohérentes entre elles. D'autre part, l'utilisation des données de facturation du pool de données SASIS est problématique dans la mesure où les cantons ne peuvent attester sa fiabilité. Ainsi, le calcul du « facteur de correction » à apporter sur les contributions aux soins n'est pas fondé sur une méthode fiable et reproductible. Dans ces conditions, le canton ne peut s'associer aux conclusions et aux conséquences sur les tarifs des contributions.

2. Matériel de soins

Ensuite, il est difficilement compréhensible que l'adaptation des contributions ne tienne pas compte des deux arrêts du Tribunal administratif fédéral (TAF) relatifs au matériel de soins figurant sur la liste LiMA et dont la conséquence est un transfert de charges de l'assurance obligatoire vers les cantons. Ainsi, *ceteris paribus*, le Canton de Vaud doit assumer une charge supplémentaire d'environ 3 francs par journée au titre du financement résiduel des soins dans les EMS et les charges de l'assurance maladie sont allégées d'autant. Le canton de Vaud est d'avis que l'adaptation des tarifs des contributions doit inclure ce fait.

3. Contexte démographique et d'évolution des coûts

Le projet de modification proposé ignore le contexte démographique et d'évolution des coûts. En effet, les besoins en soins de longue durée vont augmenter massivement dès 2020-2025, puisque les baby boomers auront 80 ans. A cet effet démographique s'ajoute une diminution relative des aidants informels et donc un recours accru aux structures formelles. Une conséquence vraisemblable est une croissance du nombre de personnes logées en EMS, moindre que la démographie, avec des personnes hébergées plus tardivement et des besoins en soins plus importants ainsi qu'un recours accru aux services de soins à domicile. D'autre part, les coûts évoluent, notamment parce qu'il est nécessaire de former du personnel au sein des institutions pour assurer la relève, d'élever le niveau de qualification pour répondre aux besoins de personnes présentant des déficits cognitifs et une dépendance avancés et enfin de maintenir la qualité (au moyen par exemple d'indicateurs, de l'assistance pharmaceutique, de systèmes qualité) et la coordination entre tous les acteurs des soins de longue durée. Dans ce contexte, il est capital de renforcer le régime de financement des soins de longue durée en tenant compte de ce contexte car les difficultés déjà rencontrées aujourd'hui seront aigües demain.

Ainsi, concrètement, le Canton de Vaud souhaite que les tarifs des contributions soient adaptés dans le sens des trois points suivants :

- Les tarifs ne doivent pas péjorer l'offre de soins à domicile.
- Participation de l'assurance-maladie aux cas « lourds » :
Le financement AOS n'augmente plus au-delà de 220 minutes de soins/jour (12^e classe ouverte 220 minutes et +). Pourtant, le coût continue d'augmenter avec le temps de soins requis. Ainsi, les soins au-delà de 240 minutes (cas « lourds ») sont financés entièrement par le canton. Ainsi, les tarifs devraient être étendus au-delà de 12 classes. Par exemple en incluant 3 classes supplémentaires de 20 minutes (cf. également requête y relative de la CDS).
- Indexation périodique des tarifs des contributions :
Le coût des soins augmente, pour les raisons mentionnées précédemment. Or la participation de l'assurance-maladie est fixée en francs de manière uniforme sans qu'aucun mécanisme d'adaptation ne soit prévu et la participation des assurés est, dans la majorité des cantons, fixée au montant maximum prévu par la LAMal. Il en

résulte que toute augmentation du coût de l'heure de soins est financée entièrement par les cantons. Dans le Canton de Vaud, une augmentation du coût des soins se répercute avec un facteur 3 sur la participation des pouvoirs publics. Le principe d'une répartition des coûts entre l'assurance, l'assuré et l'Etat n'est pas respecté et crée une situation qui n'est pas durable pour les finances cantonales. Le Canton de Vaud souhaite que les tarifs soient revus périodiquement en incluant un indice du coût des soins.

Pour le Canton de Vaud, les conséquences des éléments mentionnés plus haut représentent un transfert de charges estimé à 2 millions de francs par année au 1er juillet 2019, sans compter les effets liés à la dynamique des coûts. Ainsi, le canton ne peut accepter telle quelle la modification proposée.

D. Remarques techniques sur l'avant-projet

Article 8a: renforcement des compétences infirmières :

Sur le principe, un tel renforcement est louable. En revanche, en raison du rôle qui lui est imparti de par cette disposition, l'infirmier risque de voir ses charges administratives augmenter encore. Il serait opportun de trouver une solution pragmatique à cette problématique (délégation, partage de compétences avec d'autres professionnels de la santé aussi habilités à facturer LAMal, etc.).

Systèmes d'évaluation (art. 8b et échéance de fin 2020 en particulier) :

De notre avis, ce n'est pas dans l'OPAS, mais au moins au niveau de l'OAMal qu'il faudrait ancrer des dispositions concernant les outils d'évaluation, tant il est vrai que ces outils ne doivent pas être réduits à de simples instruments de contrôle et de facturation. L'essentiel des buts poursuivis par ces outils ne doit pas être perdu de vue: il s'agit de fournir une évaluation clinique standardisée utile aux prises de décisions cliniques permettant la prise en charge et le suivi des personnes concernées, afin de garantir la qualité et l'adéquation des soins dispensés, et, de manière plus générale, le mieux-être et la qualité de vie de ces personnes.

Concernant la "fourchette en minutes" évoquée et les "douze niveaux de besoin", actuellement déjà, les 12 classes qui représentent 240 minutes ne suffisent pas pour couvrir la réalité du terrain, les cas lourds en particulier. Avec la présente révision, ce problème va encore s'accroître, augmentant les coûts à charge des cantons qui ont opté pour le déplafonnement (on rappelle que selon l'art. 25a, al. 5, in fine, LAMal, « les cantons règlent le financement résiduel ».). Nous demandons qu'un correctif soit apporté (cf. également la requête y relative de la CDS).

L'article 8c alinéa 4 et la limite des 60 heures ne sont pas réalistes. A ce propos, nous rappelons l'objectif poursuivi dans le Canton de Vaud de réduire les hospitalisations et différer le plus longtemps possible l'entrée en EMS. Cette mesure a inévitablement des incidences sur la lourdeur des cas traités dans ces établissements. Or, les moyennes nationales évoquées dans le projet ne tiennent absolument pas compte de ce type de projets et de spécificités, inhérents aux politiques publiques cantonales.

En conséquence, nous retenons qu'en formulant dans l'OPAS des prescriptions trop rigides sur la manière d'utiliser les outils d'évaluation, on risque de freiner et d'interférer dans les compétences des cantons, tant en matière de santé publique qu'en assurance maladie sociale.

Questions de compréhension en lien avec les systèmes d'évaluation et le rapport explicatif :

Les questions suivantes illustrent le manque de clarté du rapport et les questions qu'il soulève. Des lacunes fondamentales doivent encore être comblées avant d'adopter des dispositions telles que celles qui figurent dans le présent projet:

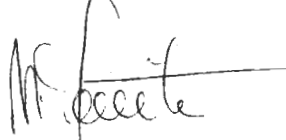
- Au point 2.4 (page 25) il est écrit que « Les valeurs pour les besoins en soins... dans le cadre de l'évaluation des soins requis doivent correspondre en moyenne aux prestations de soins effectives fournies en minutes. » L'énoncé nous semble quelque peu contradictoire. La différence entre les soins requis et les soins fournis peut ne pas être grande dans certains cas, identique dans d'autres cas, mais pour certains EMS, si on n'évalue que les soins fournis cela pourrait être lourd de conséquences. Au final, qu'est ce qui devra être évalué ?
- A la page 26, il est écrit que les fournisseurs des instruments doivent être capables de démontrer que leur instrument mesure correctement le nombre de minutes. Pour ce faire ils doivent faire des études de temps en Suisse. Est-ce que toutes les interventions doivent être réévaluées ou seulement un échantillon? Qui va financer toutes ces études? Doit-on évaluer le temps requis ou le temps effectif pour réaliser le soin? Quid des études de temps déjà effectuées dans les cantons (pour le canton de Vaud, les études ont été faites selon la méthode Delphi et la méthode du groupe nominal, soit deux méthodes scientifiquement reconnues) ?
- Encore à la page 26 : « Les études de temps doivent montrer, pour le groupe de personnes nécessitant des soins qui sont classées par un certain instrument de saisie des besoins en soins sous l'angle des prestations de soins à fournir dans l'un des douze niveaux du besoin en soins, que des soins à hauteur de la fourchette en minutes définie pour ce niveau du besoin en soins ont réellement été fournis en moyenne pour ce groupe. ». « La variance des prestations de soins effectives fournies par rapport au besoin en soins affiché pour chaque niveau de besoin en soins doit en outre être présentée par l'instrument, afin de permettre une appréciation de la qualité de l'évaluation des soins requis ». Nous demandons une explication complémentaire des deux extraits ci-avant, au demeurant peu compréhensibles.
- Toujours à la page 26 : « La réalisation d'études de temps conformes aux exigences doit être attestée par un système une première fois après l'entrée en vigueur des modifications de l'OPAS ». Nous souhaitons savoir qui va attester que le système d'évaluation est conforme. « La prescription selon laquelle les fournisseurs de prestations et les assureurs conviennent de procédures de contrôle et de conciliation sera en outre étendue aux EMS. » Les procédures de contrôle existaient déjà avec les contre-évaluations, est-ce que ce sera la même chose?

- Enfin, en page 28, les demandes de la section b et c de l'article 8b OPAS ne sont pas claires. Comment présenter la variance (écart-type) entre les prestations de soins effectives fournies en minutes et le besoin en soins affiché? Est-ce que les soignants devront évaluer les soins donnés et nous en faire part? Est-ce que les demandes (écart-type, moyenne, soins effectifs fournis, ...) concernent l'étude ou celles-ci devront-elles toujours être fournies par la suite au niveau des rapports? Est-ce que les standards seront toujours d'application?

Vous remerciant de l'attention que vous porterez à la présente, nous vous prions de croire, Madame, Monsieur, à l'assurance de notre haute considération.

AU NOM DU CONSEIL D'ETAT

LA PRESIDENTE



Nuria Gorrite

LE CHANCELIER



Vincent Grandjean

Copies

- OAE
- CDS



Monsieur Alain BERSET
Conseiller fédéral
Chef du Département fédéral de
l'intérieur (DFI)
Palais fédéral
Inselgasse 1
3003 Berne

Date **10 OCT. 2018**

Prise de position du Conseil d'Etat valaisan concernant la modification de l'ordonnance du DFI sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie (neutralité des coûts, évaluations des soins requis)

Monsieur le Conseiller fédéral,

En réponse à la consultation du 4 juillet 2018 concernant l'objet cité en référence, nous vous remercions de la possibilité qui nous est offerte de prendre position sur le projet de révision de l'ordonnance du DFI sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie (neutralité des coûts et évaluation des soins requis) et vous faisons part ci-après de la position du Conseil d'Etat du canton du Valais.

Nous souhaitons souligner que nous partageons la position de la CDS du 27 août 2018.

1. Neutralité des coûts concernant les contributions aux soins

1.1 Remarques générales

Le Département fédéral de l'intérieur (DFI) a évalué le nouveau régime de financement des soins (NRFS) et vérifié si l'introduction de ce dernier est sans incidence sur les coûts pour l'assurance obligatoire des soins (AOS).

Conformément aux dispositions transitoires de la modification de la Loi fédérale sur l'assurance-maladie du 13 juin 2008 (financement des soins), les cantons avaient trois ans pour adapter les tarifs et les conventions tarifaires aux contributions de l'AOS fixées par le Conseil fédéral pour les prestations de soins. Le NRFS est entré en vigueur au 1^{er} janvier 2011 avec un délai transitoire courant jusqu'au 31 décembre 2013.

Les calculs effectués par l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) montrent que l'introduction du NRFS n'a pas été neutre du point de vue des coûts pour l'AOS : ainsi, les contributions aux EMS auraient reculé à partir du 1^{er} janvier 2014 par rapport à 2010, tandis que la charge représentée par les contributions aux soins prodigués par les organisations d'aide et de soins à domicile et les infirmières et infirmiers indépendants se serait en revanche alourdie. Le DFI propose par conséquent d'adapter les montants fixés dans l'art 7a OPAS, en augmentant les contributions de l'AOS aux EMS et en baissant celles versées aux organisations d'aide et de soins à domicile ainsi qu'aux infirmières et infirmiers indépendants.

Nous rejetons toute baisse des contributions aux prestations des organisations d'aide et de soins à domicile ainsi qu'aux infirmières et infirmiers indépendants et demandons au contraire une hausse substantielle de tous les montants fixés dans l'art. 7a OPAS, pour les raisons développées ci-après.

I. Les hypothèses avancées pour le calcul de la neutralité des coûts nous apparaissent contestables et peu pertinentes. La structure des prestations d'aide et de soins à domicile a notamment sensiblement évolué depuis 2011, avec un recul continu des prestations bon marché (soins de base) et une hausse de l'évaluation, des conseils, des mesures de coordination, des examens et des traitements, sans qu'il en soit tenu compte dans le calcul de la neutralité des coûts. Le postulat d'une évolution nulle des salaires n'est en outre guère intelligible. Selon l'Office fédéral de la statistique, les salaires dans le secteur de la santé ont augmenté d'environ 5 % entre 2010 et 2016. Dans les EMS, cette hausse était d'un peu plus de 2 %, et même de 4 à 6 % pour les cadres subalternes et les employés, qui constituent la grande majorité du personnel soignant.

II. Dans son avis du 4 juillet 2018 concernant l'évaluation du NRFS, le DFI rappelle que l'un des objectifs du nouveau régime de financement était d'éviter que la contribution de l'AOS aux coûts des soins n'augmente davantage. Il ressort de l'évaluation réalisée par le bureau d'étude INFRAS que cet objectif a été atteint, la contribution de l'AOS aux soins ambulatoires ayant même reculé de 2 %. La baisse proposée dans le projet de montants AOS pour les organisations d'aide et de soins à domicile et les infirmières et infirmiers indépendants n'est par conséquent pas justifiée, raison pour laquelle nous la rejetons.

III. Le rapport final d'évaluation du NRFS met en lumière l'importante charge financière supplémentaire que doivent assumer les cantons et les communes, notamment en raison d'une hausse constante, dans les années qui ont suivi l'introduction du NRFS, des contributions versées aux EMS et aux organisations d'aide et de soins à domicile. Le fait même que cette évolution se poursuit depuis 2014 démontre bien que le transfert des coûts de l'AOS vers les cantons et les communes n'est pas seulement une conséquence du changement de système de financement des soins. La part de financement à la charge des cantons et des communes continuera d'augmenter si aucune mesure n'est prise. Il n'est pas acceptable que les cantons et les communes assument intégralement la hausse des coûts dans le domaine des soins, notamment parce que les assureurs-maladie sont les seuls habilités à évaluer au cas par cas le caractère économique des prestations (soins à domicile ou soins en EMS) et que les tribunaux, lors de telles évaluations, considèrent uniquement les coûts à la charge de l'AOS.

IV. Les organisations d'aide et de soins à domicile ne s'occupent pas seulement des personnes âgées dans les soins dits de longue durée, mais toujours plus également de personnes plus jeunes qui peuvent ainsi quitter l'hôpital plus tôt ou n'ont même pas besoin d'être hospitalisées. Confédération et cantons suivent pour de petites interventions la stratégie « l'ambulatoire avant le stationnaire » (AavS). La baisse des contributions AOS pour l'aide et les soins à domicile envoie dans ce contexte un signal tout à fait erroné et sape la stratégie AavS.

V. En outre, les fournisseurs de prestations ne peuvent désormais plus facturer séparément à l'AOS le matériel de soins en raison de bases légales jugées insuffisantes par le Tribunal administratif fédéral (TAF). L'OFSP estime que cette lacune de financement doit être couverte par le financement résiduel. Ne pouvant accepter un nouveau transfert de coûts vers les cantons et les communes, nous demandons avec insistance que la modification de l'OPAS permette également de répondre à cette évolution. L'AOS a payé le matériel de soins avant 2011 et au moins jusqu'à fin 2017. Poursuivre cette solution de financement serait donc neutre du point de vue des coûts pour l'AOS.

Le financement du matériel de soins par les cantons et les communes doit être rejeté également parce que seul l'assureur-maladie reçoit les informations nécessaires pour le contrôle des factures et peut examiner si le choix et l'utilisation du matériel se fait selon les critères d'efficacité, d'adéquation et d'économicité.

Dans le contexte actuel, il est difficilement compréhensible que l'adaptation des contributions ne tienne pas compte des deux arrêts du TAF relatifs au matériel de soins et dont la conséquence est un transfert de charge de l'AOS vers les cantons.

VI. Les contributions AOS pour les prestations des EMS sont fondamentalement graduées selon les soins requis (par tranches de 20 minutes). Si les soins durent plus de 220 minutes par jour, on ne peut toutefois, tout comme aujourd'hui, plus opérer de différenciation et la contribution est limitée. Cette réglementation valable depuis 2011 est inappropriée, car l'AOS ne participe pas proportionnellement au volume des soins dans les cas les plus lourds, notamment pour les personnes atteintes de démence et ou en soins palliatifs. Il convient donc d'inscrire dans l'art. 7a, al. 3 OPAS la participation proportionnelle de l'AOS également en cas de soins requis de plus de 220 minutes.

Le fait que les développements exposés aux points III et V ne sont pas pris en compte dans les propositions du DFI ne correspond pas à une volonté politique largement partagée. La CDS, à l'instar de certains milieux parlementaires (Mo. 18.3425, Po. 16.3352 / Question 18.5133, Mo. 18.3710), demande depuis longtemps une réponse adaptée à cette réalité.

L'introduction de contributions AOS adaptées en cours d'année n'est à notre avis pas réalisable, car les cantons devraient prévoir deux participations différentes des patients et deux financements résiduels différents pour une année civile en raison des modifications apportées aux contributions, ce qui entraînerait un surcroît de charges administratives disproportionné pour les fournisseurs de prestations. Étant donné qu'une grande partie des bénéficiaires de prestations reçoivent également des prestations complémentaires (PC), plusieurs dizaines de milliers de décisions PC dans toute la Suisse devraient être adaptées aussi en milieu d'année au lieu de l'être comme d'habitude uniquement en début d'année (en raison de primes moyennes plus élevées ou de rentes AVS plus élevées), ce qui entraînerait un énorme surcroît de travail pour les communes. Nous suggérons par conséquent que la période d'introduction soit fixée au début d'une année.

1.2 Propositions

Concrètement, nous demandons

- a) que l'adaptation des montants fixés dans l'art. 7a, al. 1 et 3, OPAS tienne compte de l'évolution des coûts dans le domaine des soins survenue ces dernières années, en particulier depuis 2014 jusqu'à la date de l'entrée en vigueur des montants adaptés ;
- b) qu'il soit précisé dans l'OPAS que les montants figurant à l'art. 7a, al. 1 et 3, OPAS sont adaptés au moins tous les trois ans à l'évolution des coûts dans les soins ;
- c) que l'OPAS soit modifiée de telle sorte que les fournisseurs de prestations au sens de l'art. 7, al. 1, OPAS (infirmières et infirmiers, organisations d'aide et de soins à domicile, EMS) puissent facturer à l'AOS le matériel de soins indépendamment du fait qu'il s'agisse d'une remise Lima ou de matériel utilisé durant les soins. Il convient de légaliser et de poursuivre le financement actuel. Une autre option pourrait être d'inclure dans les contributions AOS les coûts du matériel de soins pour les EMS. Les organismes d'aide et de soins à domicile et les infirmières et infirmiers indépendants doivent avoir la possibilité de facturer séparément le matériel de soins ;
- d) que les adaptations concernant le matériel de soins fassent l'objet d'une procédure accélérée et entrent en vigueur au 1er janvier 2019 ;
- e) que les montants AOS pour les prestations des EMS (art. 7a, al. 3, OPAS) soient gradués par tranches de 20 minutes même si le besoin en soins est supérieur à 220 minutes par jour, cela en augmentant le nombre de niveaux de soins figurant à l'art. 7a, al. 3, OPAS.

2. Évaluation des soins requis et exigences minimales à l'égard des systèmes d'évaluation des soins requis

Les modifications proposées concernant la prescription médicale, l'évaluation des soins requis et les exigences minimales à l'égard des systèmes d'évaluation des soins vont dans le bon sens. Nous soutenons sur le principe la majorité des modifications; différents compléments sont toutefois nécessaires en vue de prévenir des augmentations du volume et le risque de hausse des coûts qui en découle.

Dans le rapport, des explications nous manquent sur les incidences financières des modifications concernant l'évaluation des soins requis dans les EMS. Les fournisseurs des instruments RAI/RUG

et BESA font actuellement valoir que leurs instruments sous-estiment considérablement dans de nombreux cas le temps nécessaire aux soins et qu'il convient de procéder à des adaptations. Outre la question des incidences financières qu'auraient ces adaptations, se pose aussi la question de savoir quelle instance est légitime pour évaluer la qualité d'une étude de temps et ordonner les adaptations dans les instruments.

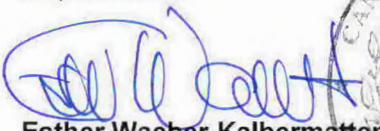
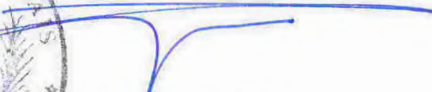
Nous partons du principe que les instruments d'évaluation des soins requis en EMS actuellement utilisés (BESA, RAI-RUG et Plaisir) ainsi que de nouveaux instruments (p. ex. InterRAI) pourront continuer à être utilisés et ne seront pas réduits à simplement déterminer le besoin en temps. Il est important que les instruments conservent leur fonction de réflexion et de planification des soins adéquats. De plus, au vu des réflexions et travaux en cours au niveau intercantonal (notamment au sujet d'InterRAI), il semble prématuré de fixer dans l'OPAS des critères de choix de systèmes d'évaluation.

Conclusion

L'adaptation des contributions ne tient pas compte des deux arrêts du TAF relatifs au matériel de soins et dont la conséquence est un transfert de charge de l'AOS vers les cantons. Ceci n'est pas acceptable. Ne pouvant tolérer un nouveau transfert de coûts vers les cantons et les communes, nous demandons avec insistance que la modification de l'OPAS permette également de répondre à cette évolution.

En vous remerciant de l'attention que vous porterez à la présente, nous restons à votre disposition pour tout renseignement complémentaire et vous prions d'agréer, Monsieur le Conseiller fédéral, nos salutations distinguées.

Au nom du Conseil d'Etat

La présidente	Le chancelier
 Esther Waeber-Kalbermatten	 Philipp Spörri



Annexe : Questionnaire

Copie : abteilung-leistung@bag.admin.ch
gever@bag.admin.ch

Modification de l'ordonnance du DFI sur les prestations de l'assurance des soins en cas de maladie (OPAS) (neutralité des coûts, évaluation des soins requis)
Procédure de consultation du 4 juillet au 26 octobre 2018

Prise de position de

Nom / entreprise / organisation / canton : Canton du Valais

Abréviation de l'entr. / org. : VS

Adresse : Place de la Planta / CP 478 / 1951 Sion

Personne de référence : Mme Estelle Salamin

Téléphone : 027/606.49.32

Courriel : estelle.salamin@admin.vs.ch

Date : 10 octobre 2018

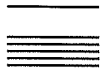
Informations importantes :

1. Veuillez n'effectuer aucun changement dans le format du formulaire.
2. Si vous souhaitez supprimer certains tableaux dans le formulaire, vous avez la possibilité d'ôter la protection du texte sous « Outils/Ôter la protection ».
4. Veuillez envoyer votre prise de position par voie électronique **avant le 26 octobre 2018** aux adresses suivantes : abteilung-leistung@bag.admin.ch
gever@bag.admin.ch

Modification de l'ordonnance du DFI sur les prestations de l'assurance des soins en cas de maladie (OPAS) (neutralité des coûts, évaluation des soins requis)
Procédure de consultation du 4 juillet au 26 octobre 2018

Ordonnance du DFI sur les prestations de l'assurance des soins en cas de maladie (OPAS)

Nom / entreprise (prière d'utiliser l'abréviation indiquée à la première page)	Remarques générales		
VS	Dans le contexte actuel, il est difficilement compréhensible que l'adaptation des contributions ne tienne pas compte des deux arrêtés du TAF relatif au matériel de soins et dont la conséquence est un transfert de charge de l'AOS vers les cantons.		
Nom / entreprise	article	commentaires / remarques	modification proposée (texte proposé)
VS	7a al. 1 et 3	Cf. proposition a et b (page 3 de notre courrier)	
VS	7a al. 3	Cf. proposition e (page 3 de notre courrier)	
VS	8a al.1 let.a	Cf. notre courrier page 5	
VS	8a al.1 let.b	Cf. notre courrier page 5	
VS	8 al.3	Cf. notre courrier page 5	
VS	8b al.2 et 3	Cf. notre courrier page 5 et 6	
VS	8b al. 4	Cf. notre courrier page 6	
VS	8c al. 1 et 2	Cf. notre courrier page 6	
VS	8c al. 3	Cf. notre courrier page 6	
VS	8c al.4	Cf. noter courrier page 7	



Gesundheitsdirektion, Postfach, 6301 Zug

Per E-Mail

Bundesamt für Gesundheit (BAG)
Abteilung Leistungen
abteilung-leistungen@bag.admin.ch

T direkt 041 728 35 01
martin.pfister.rr@zg.ch
Zug, 2. Oktober 2018
53089

Vernehmlassung zur Änderung der Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Kostenneutralität und Bedarfsermittlung); Stellungnahme

Sehr geehrte Damen und Herren

Mit Schreiben vom 4. Juli 2018 haben Sie uns eingeladen, bis zum 26. Oktober 2018 zur Änderung der Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung Stellung zu nehmen. Gerne äussern wir uns dazu wie folgt respektive schliessen uns vollumfänglich der Stellungnahme der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) vom 27. August 2018 an, die wie folgt lautet:

1 Kostenneutralität der Pflegebeiträge

1.1 Allgemeine Bemerkungen

Das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) hat die Neuordnung der Pflegefinanzierung (NPF) evaluieren lassen und zudem berechnet, ob die Einführung für die Obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) kostenneutral erfolgt ist.

Gemäss den KVG-Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 13.6.2008 (Pflegefinanzierung) hatten die Kantone drei Jahre Zeit, die geltenden Tarife und Tarifverträge an die vom Bundesrat festgesetzten Beiträge der OKP an die Pflegeleistungen anzupassen. Die Neuordnung der Pflegefinanzierung ist am 1.1.2011 in Kraft getreten und die Übergangsfrist lief bis am 31.12.2013.

Die Kostenneutralitätsberechnung des Bundesamts für Gesundheit (BAG) kommt zum Schluss, dass die Kostenneutralität für die OKP nicht eingehalten worden sei: Die OKP sei ab 1.1.2014 im Vergleich zu 2010 bei den Beiträgen an die Pflegeheime entlastet und bei denjenigen an die Spitex und freiberufliche Pflegefachpersonen zusätzlich belastet worden. Das EDI schlägt des-

halb Anpassungen der Beiträge nach Art. 7a KLV vor: Die Pflegeheime sollen künftig höhere, Spitex und freiberufliche Pflegefachpersonen dagegen tiefere Beiträge der OKP erhalten.

Aus den folgenden Gründen lehnen wir die Senkung der Beiträge für Spitex und freiberufliche Pflegefachpersonen ab und fordern signifikante Erhöhungen aller Beiträge nach Art. 7a KLV:

- I. Für die Kostenneutralitätsberechnungen werden Annahmen getroffen, deren Berechtigung und Aussagekraft wir in Frage stellen¹. Insbesondere veränderte sich die Leistungsstruktur bei der Spitex seit 2011 deutlich: der Anteil der günstigsten Leistung (Grundpflege) sinkt kontinuierlich, während der Anteil der Abklärung, Beratung und Koordination sowie der Untersuchung und Behandlung steigt. Die Kostenneutralitätsberechnung berücksichtigt diese Entwicklung nicht. Weiter ist nicht nachvollziehbar, wie von einem Nullwachstum bei den Löhnen ausgegangen werden kann. Gemäss Bundesamt für Statistik sind die Löhne im Gesundheitswesen von 2010 bis 2016 um rund 5% gestiegen. In Heimen sind sie im gleichen Zeitraum um über 2% gestiegen, beim unteren Kader und in Funktionen ohne Kaderfunktion, was einen Grossteil des Pflegepersonals betrifft, sogar um 4 bis 6%.
- II. Das EDI hält in seiner Stellungnahme zur Evaluation der NPF vom 4.7.2018 als eines der Ziele der NPF fest, dass der Finanzierungsanteil der OKP an den Kosten der Pflegeleistungen nicht ansteigen soll² und gleichzeitig hat die Evaluation der NPF von infras ergeben, dass der Finanzierungsanteil der OKP bei der ambulanten Pflege nicht angestiegen, sondern gar um 2 Prozentpunkte gesunken ist³. Die in der Vorlage vorgeschlagene Senkung der OKP-Beiträge für Spitex und freiberufliche Pflegefachpersonen ist deshalb nicht nachvollziehbar, weshalb wir sie ablehnen.
- III. Der Schlussbericht der Evaluation der NPF zeigt auf, dass Kantone und Gemeinden eine hohe finanzielle Zusatzbelastung tragen und dass die Kantone und Gemeinden in den Folgejahren der NPF ihre Beiträge an die Pflegeheime und Spitex-Organisationen stetig erhöht haben. Dass diese Entwicklung seit 2014 weitergeht, zeigt deutlich, dass die Kostenverschiebung von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) zu den Kantonen und Gemeinden nicht nur eine Folge des Systemwechsels zur NPF ist. Der Finanzierungsanteil der Kantone und Gemeinden wird weiterwachsen, wenn keine Gegenmassnahmen ergriffen werden. Es ist nicht akzeptabel, dass Kantone und Gemeinden das Kostenwachstum der Pflege zu 100 Prozent tragen. Dies auch deshalb, weil einzig die Krankenversicherer im Einzelfall die Wirtschaftlichkeit der Leistungen (Pflege durch Spitex versus Pflege im Pflegeheim) prüfen können und auch Gerichte bei einer Wirtschaftlichkeitsüberprüfung nur die Kosten für die OKP einbeziehen.
- IV. Die Spitex-Organisationen pflegen nicht nur alte Menschen in sogenannter Langzeitpflege, sondern zunehmend auch jüngere Menschen⁴, die dank der Spitex das Spital früher verlas-

¹ Vgl. Erläuternder Bericht, Ziff.3.1.6, S. 14; Ziff. 2.1.10, S. 10 und Ziff. 3.1.7, S. 16

² Vgl. Stellungnahme des Eidgenössischen Departement des Innern (EDI) zur Evaluation der Neuordnung der Pflegefinanzierung vom 4. Juli 2018, S. 1.

³ Vgl. Evaluation der Neuordnung der Pflegefinanzierung. Schlussbericht, S. 64 und Evaluation der Neuordnung der Pflegefinanzierung. Executive Summary, S.7.

⁴ Der Anteil der Patient/innen ab 65 Jahren für Langzeitpflege (ohne Akut- und Übergangspflege) betrug 2011 77% und 2016 nur noch 71%. Und bei den Patient/innen ab 80 Jahren hat sich der Anteil von 48% im 2011 auf 42% 2016 verkleinert (Quelle: Spitex Statistik 2016, Tabelle 12.1, eigene Berechnung).

sen können oder sich gar nicht erst in stationäre Spitalbehandlung begeben müssen. Bund und Kantone verfolgen für kleinere Eingriffe die Strategie «ambulant vor stationär» (AVOS). Die Senkung der OKP-Beiträge für Spitex setzt in diesem Zusammenhang ein völlig falsches Signal und untergräbt die Strategie AVOS.

- V. Neu kommt dazu, dass aufgrund der durch das Bundesverwaltungsgericht als unzureichend beurteilten rechtlichen Grundlage die Leistungserbringer der Pflege die Kosten des Pflegematerials der OKP nicht mehr separat in Rechnung stellen können. Die Finanzierungslücke ist nach Ansicht des Bundesamts für Gesundheit (BAG) durch die Restfinanzierer zu schliessen. Für uns ist diese weitere Kostenverschiebung hin zu den Kantonen und Gemeinden nicht akzeptabel. Wir verlangen mit Nachdruck, dass die KLV-Änderung auch diese aktuelle Entwicklung berücksichtigt. Die OKP hat die Pflegematerialien vor 2011 und bis mindestens Ende 2017 bezahlt. Das Weiterführen dieser Finanzierungslösung würde also für die OKP kostenneutral erfolgen.

Die Finanzierung von Pflegematerialien durch Kantone und Gemeinden ist auch deshalb abzulehnen, weil nur der Krankenversicherer die für die Rechnungskontrolle notwendigen Informationen erhält und nur er prüfen kann, ob die Wahl und der Einsatz der Materialien nach den Kriterien der Wirtschaftlichkeit, Zweckmässigkeit und Wirksamkeit erfolgt.

- VI. Die OKP-Beiträge für Leistungen der Pflegeheime sind grundsätzlich nach dem Pflegebedarf (in 20-Minuten-Schritten) abgestuft. Bei einem Pflegebedarf von mehr als 220 Minuten pro Tag soll jedoch wie bisher keine Differenzierung mehr vorgenommen und der Beitrag limitiert werden. Diese, seit 2011 geltende Regelung ist nicht sachgerecht, da sich die OKP bei schwersten Pflegefällen⁵ nicht proportional zum Pflegeaufwand beteiligt. Die anteilmässige Beteiligung der OKP ist deshalb auch bei einem Pflegebedarf von mehr als 220 Minuten pro Tag in Art. 7a Abs. 3 KLV zu verankern.

Dass den unter III. und V. geschilderten Entwicklungen in den Vorschlägen des EDI nicht Rechnung getragen wird, entspricht nicht einem breiten politischen Willen. Die GDK verlangt die Anpassungen seit Längerem und auch aus den Reihen des Parlamentes stehen diese Forderungen im Raum (Mo. 18.3425, Po. 16.3352 / Frage 18.5133, Mo. 18.3710).

Eine unterjährige Einführung angepasster OKP-Beiträge ist u.E. nicht praktikabel, da die Kantone aufgrund der Beitragsänderungen für ein Kalenderjahr zwei verschiedene Patientenbeteiligungen und zwei verschiedene Restfinanzierungen vorgeben müssten, was zu einem unverhältnismässigen administrativen Mehraufwand bei den Leistungserbringern führen würde. Da zudem ein grosser Teil der Leistungsbezüger Ergänzungsleistungen (EL) bezieht, müssten schweizweit mehrere zehntausend EL-Verfügungen zusätzlich Mitte Jahr statt wie üblich nur per Jahresanfang (wegen höheren Durchschnittsprämien oder höheren AHV-Renten) angepasst werden, was zu einem enormen Zusatzaufwand für die Gemeinden führen würde. Wir regen deshalb an, den Einführungszeitpunkt auf einen Jahresanfang zu legen.

⁵ Hierzu zählen beispielsweise Menschen mit Demenz oder in Palliative Care sowie Patient/innen, die beatmet werden und in den letzten Jahren von Spitälern in Pflegeheime verlegt worden sind.

1.2 Anträge

Konkret fordern wir,

- a) dass die jetzige Anpassung der Beiträge nach Art. 7a Abs. 1 und 3 KLV die Kostenentwicklung der Pflege der letzten Jahre, insbesondere ab 2014 bis zum Zeitpunkt des Inkrafttretens der angepassten Beiträge, berücksichtigt;
- b) dass in der KLV festgehalten wird, dass die Beiträge nach Art. 7a Abs. 1 und 3 KLV mindestens alle drei Jahre an die Kostenentwicklung in der Pflege angepasst werden;
- c) dass die KLV dahingehend zu ändern ist, dass Leistungserbringer nach Art. 7 Abs. 1 KLV (freiberufliche Pflegefachpersonen, Spitex und Pflegeheime) Pflegematerialien der OKP in Rechnung stellen können, unabhängig davon, ob es sich um eine Abgabe im Sinne der Mi-GeL oder um Pflegematerial handelt, welches in der Pflege angewendet wird. Die bisherige Finanzierung soll legalisiert und weitergeführt werden. Alternativ könnten für die Pflegeheime die Kosten der Pflegematerialien in die OKP-Beiträge eingerechnet werden. Spitex und freiberufliche Pflegefachpersonen müssen die Möglichkeit erhalten, das Pflegematerial separat abzurechnen;
- d) dass die Anpassungen bezüglich der Pflegematerialien in einem beschleunigten Verfahren auf den 1.1.2019 in Kraft gesetzt werden;
- e) dass die OKP-Beiträge für Leistungen der Pflegeheime (Art. 7a Abs. 3 KLV) auch bei einem Pflegebedarf von mehr als 220 Minuten pro Tag in 20-Minuten-Schritten abgestuft werden, indem die bestehenden Pflegestufen nach Art. 7a Abs. 3 KLV um sechs auf insgesamt achtzehn Stufen erhöht werden.

2 Bedarfsermittlung und Mindestanforderungen an Pflegebedarfsermittlungssysteme

2.1 Allgemeine Bemerkungen:

Die vorgeschlagenen KLV-Änderungen zur ärztlichen Anordnung, Bedarfsermittlung und zu den Mindestanforderungen an die Pflegebedarfsermittlungssysteme gehen in die richtige Richtung. Wir begrüßen die Mehrheit der Änderungen im Grundsatz; zwecks Vermeidung von Mengenausweitungen und der damit einhergehenden Gefahr der Kostensteigerung sind aber verschiedene Ergänzungen erforderlich.

Im erläuternden Bericht fehlen uns Informationen zu den Kostenfolgen der Änderungen zur Pflegebedarfsermittlung in Pflegeheimen⁶. Die Anbieter der Instrumente RAI/RUG und BESA machen aktuell geltend, dass ihre Instrumente den Zeitbedarf der Pflege in vielen Fällen erheblich unterschätzen und dass Anpassungen vorzunehmen sind. Neben der Frage, welche Kostenfolgen diese Anpassungen

⁶ Im erläuternden Bericht wird ein INFRAS-Bericht vom 10. März 2017 erwähnt, der jedoch trotz Klammerbemerkung «Link» nicht verlinkt wurde.

hätten, stellt sich auch die Frage, welche Instanz legitimiert ist, die Güte einer Zeitstudie zu beurteilen und die Anpassungen in den Instrumenten zu veranlassen.

Wir gehen davon aus, dass die aktuell verwendeten Instrumente zur Bedarfsermittlung in Pflegeheimen (BESA, RAI-RUG und Plaisir) sowie neue Instrumente (z.B. InterRAI) grundsätzlich auch weiterhin zur Anwendung kommen können und dass die Instrumente nicht dazu degradiert werden, nur noch den Zeitbedarf zu ermitteln. Es ist wichtig, dass die Instrumente ihre Funktion zur Reflexion und Planung der adäquaten Pflege behalten.

2.2 Zu einzelnen Bestimmungen:

Art. 7 Abs. 2 Bst. a Ziff. 1; Art. 8 Abs. 1; Art. 8a Abs. 1 KLV

Die KLV-Änderung sieht vor, dass die ärztliche Anordnung von Pflegeleistungen künftig weniger umfassend sein muss als heute: Der Arzt/die Ärztin ordnet Pflege an, die Pflegefachperson führt die Bedarfsermittlung durch. Neu erfolgt die Bedarfsermittlung für Massnahmen der Ermittlung, Beratung und Koordination sowie Massnahmen der Grundpflege eigenverantwortlich durch die Pflegefachperson. Nur für Massnahmen der Untersuchung und Behandlung erfolgt die Bedarfsermittlung in Zusammenarbeit mit dem behandelnden Arzt/der behandelnden Ärztin.

Wir begrüssen diese Änderung im Grundsatz, welche den Pflegefachpersonen mehr Verantwortung zuschreibt. Die Änderung geht in die richtige Richtung. Damit die Gefahr einer Mengenausweitung bei Leistungen nach Art. 7 Abs. 2 Bst. a und c KLV eingedämmt werden kann, ist Art. 8a im Abs. 1 Bst. a KLV gemäss nachfolgenden Erwägungen zu modifizieren.

Art. 8a Abs. 1 Bst. a KLV

Die Bedarfsermittlung für Massnahmen der Ermittlung, Beratung und Koordination sowie für Massnahmen der Grundpflege soll neu nicht mehr in Zusammenarbeit mit dem Arzt, sondern durch eine Pflegefachperson in Zusammenarbeit mit dem Patienten oder deren Angehörigen erfolgen; das Ergebnis der Ermittlung soll dem behandelnden Arzt lediglich noch «zur Information» weitergegeben werden (Art. 8a Abs. 1 Bst. a KLV). Mit der vorgeschlagenen Regelung fällt sowohl bei der Krankenpflege im Pflegeheim als auch bei der ambulanten Pflege das Erfordernis einer ärztlichen Bestätigung des mengenmässigen Pflegebedarfs ersatzlos weg. Damit wird den Pflegefachpersonen die Möglichkeit zur unlimitierten Verschreibung von Pflegeleistungen eingeräumt. Umfang, Häufigkeit und Dauer des Einsatzes können nicht mehr wie bisher vom Arzt begrenzt werden.

Der Bundesrat hat in seiner Stellungnahme vom 23.3.2016 zur Parlamentarischen Initiative «Gesetzliche Anerkennung der Verantwortung der Pflege» (PI 11.418 Joder) die Verschreibung von Pflegeleistungen ohne ärztliche Kontrolle aufgrund der Gefahr von Kostensteigerung und Mengenausweitung abgelehnt. Im Kommentar zur vorliegend geplanten Änderung wird zudem vom EDI bezüglich ambulanter Krankenpflege festgehalten, dass «aus der ökonomischen Perspektive für diese Leistungserbringer ein Anreiz zur Erbringung von möglichst vielen Leistungen» besteht, «denn mit jeder für die Abklärung, Beratung und Koordination sowie die Grundpflege eingesetzten Stunde steigt die Vergütung der OKP und der Restfinanzierung» (S. 22). Es besteht somit die Gefahr, dass insbesondere private Leistungserbringer ohne Leistungsauftrag der öffentlichen Hand die Pflegefachpersonen zur Verschreibung möglichst vieler Pflegestunden anhalten werden. Die pflegebedürftigen Personen

selber werden sich gegen eine zu grosszügig bemessene Grundpflege, die ja immerhin im Grundsatz vom Arzt / von der Ärztin verschrieben wird, kaum zur Wehr setzen, zumal die Kostenbeteiligung zu lasten des Patienten limitiert ist.

Vor diesem Hintergrund und unter Berücksichtigung des Anliegens einer erhöhten Anerkennung der Verantwortung der Pflege, schlagen wir vor, die Pflegefachpersonen (wie vom EDI vorgeschlagen) zur Bestimmung des Pflegebedarfs zu ermächtigen, jedoch dem behandelnden Arzt / der behandelnden Ärztin bei unangemessener Bedarfserhebung ein Vetorecht einzuräumen. Dies wird präventiv dazu führen, dass der Pflegebedarf von vornherein sachgerecht ermittelt wird. Entsprechend regen wir an, Art. 8a Abs. 1 Bst. a KLV wie untenstehend ausgeführt zu modifizieren.

Weiter schlagen wir vor, die Formulierung «in Zusammenarbeit mit der Patientin oder dem Patienten oder deren Angehörigen» zu ersetzen, weil wir den Begriff «Zusammenarbeit» in diesem Zusammenhang als unpassend erachten:

«für Leistungen nach Artikel 7 Absatz 2 Buchstabe a und c: durch eine Pflegefachfrau oder einen Pflegefachmann (Art. 49 KVV) in Zusammenarbeit mit unter Einbezug der Patientin oder des Patienten und gegebenenfalls dessen oder deren Angehörigen; die Ermittlung ist dem behandelnden Arzt zur Information weiterzugeben. Ist der behandelnde Arzt der Auffassung, dass der von der Pflegefachperson festgelegte Pflegebedarf nicht angemessen ist, teilt er dies der Pflegefachperson unter Kopie an den Versicherer innert fünf Arbeitstagen nach Erhalt der Information mit und legt in der Folge den Pflegebedarf in Zusammenarbeit mit der Pflegefachperson fest.»

Art. 8a Abs. 1 Bst. a und b KLV

Neu sollen für Pflegefachpersonen, welche die Bedarfsermittlung nach Art. 8a KLV durchführen dürfen, die gleichen Voraussetzungen gelten wie für Pflegefachpersonen, welche gemäss Art. 49 KVV freiberuflich Leistungen erbringen können. Neben dem Nachweis des Diploms ihrer Ausbildung wird eine zweijährige praktische Tätigkeit im Pflegeberuf verlangt.

Wir lehnen diese Änderung ab: Das Diplom gemäss Art. 49 Bst. a KVV ist als Voraussetzung ausreichend. Auch das EDI hält im erläuternden Bericht fest: «Aufgrund ihrer Ausbildung sind diplomierte Pflegefachkräfte (sowohl mit HF-Diplom als auch mit Bachelor FH) namentlich in der Lage, selbstständig eine Pflegediagnose zu stellen, den Pflegebedarf zu beurteilen und die erforderlichen Massnahmen zu treffen.» Auf die Voraussetzung der zweijährigen praktischen Tätigkeit muss verzichtet werden. Es ist nicht sinnvoll, für Pflegeheime und Spitex-Organisation eine Hürde einzubauen, welche diese Arbeitgeber für den Berufseinstieg unattraktiv macht. Zudem sehen wir die Kontrolle der 2 Jahre Berufserfahrung mit verschiedenen Vollzugsproblemen und damit unverhältnismässig hohem administrativem Aufwand verbunden.

Zentral ist, dass die Bedarfsermittlung in jedem Fall mit einem validierten Instrument erfolgt und die Pflegefachpersonen auf dem entsprechenden Instrument geschult sind. Weil das EDI hierzu keine verbindlichen Vorgaben macht, schlagen wir einen neuen Absatz 6 in Art. 8a KLV vor:

«Der Kanton kann für die in seinem Gebiet tätigen Leistungserbringer die für die Bedarfsermittlung zulässigen Instrumente festlegen.»

Art. 8 Abs. 3 KLV

Bei Personen, die eine Hilflosenentschädigung der AHV, der IV oder der UV wegen mittlerer oder schwerer Hilflosigkeit erhalten, gilt die ärztliche Anordnung unbefristet. Wird die Hilflosenentschädigung einer Revision unterzogen, ist die ärztliche Anordnung zu erneuern. Die KLV-Änderung sieht hier keine Änderung vor.

Wir regen an, diese sinnvolle Regelung auf die leichte Hilflosigkeit auszudehnen. Auch Personen mit leichter Hilflosigkeit sind Langzeitpatient/innen und es ist sinnvoll, sie bezüglich der ärztlichen Anordnung gleich zu behandeln wie Personen mit mittlerer oder schwerer Hilflosigkeit.

Art. 8b Abs. 2 und 3 KLV

Wir begrüssen die Präzisierung zur Bedarfsermittlung in Pflegeheimen. Insbesondere erachten wir grundsätzlich als sinnvoll, dass gemäss Art. 8b Absatz 3 KLV jedes Instrument auf Basis von in der Schweiz durchgeführten, repräsentativen Zeitstudien überprüft und geeicht werden muss. Um aber sicherzustellen, dass nicht jedes Instrument in der ganzen Schweiz überprüft werden muss, fordern wir folgende Präzisierung von Art. 8b Absatz 3 KLV:

«Das für die Bedarfsermittlung in Pflegeheimen verwendete Instrument muss sich für die Bestimmung der zu erbringenden Pflegeleistungen auf in der Schweiz durchgeführte, für die Gesamtheit der Patientinnen und Patienten von Pflegeheimen repräsentative Zeitstudien stützen, welche die tatsächlich erbrachten Pflegeleistungen aufzeigen. *Die Zeitstudien zu einem Instrument sind in Kantonen durchzuführen, in welchen das entsprechende Instrument zur Anwendung kommt.* Die von den Zeitstudien angewendete Methode muss wissenschaftlich anerkannt und geeignet sein, eine Unterscheidung von Pflegeleistungen und anderen Leistungen vorzunehmen.»

Weiter ist für die Umsetzung von Art. 8b Abs. 3 KLV eine Übergangsfrist erforderlich, weil nicht verlangt werden kann, dass bei Inkrafttreten die entsprechenden Zeitstudien bereits vorliegen. Wir beantragen, eine zweijährige Übergangsfrist einzuräumen.

Art. 8b Abs. 4 KLV

Wir begrüssen diese Präzisierung zu den Bedarfsermittlungsinstrumenten, lehnen aber ab, dass sie sich nur auf Pflegeheime bezieht. Wir fordern, dass Art. 8b Abs. 4 KLV in Art. 8a verschoben und wie folgt angepasst wird:

«Das für die Bedarfsermittlung ~~in Pflegeheimen~~ verwendete Instrument muss die Ermittlung von Daten zu medizinischen Qualitätsindikatoren mittels Routinedaten (Art. 59a Abs. 1 Bst. f KVG) ermöglichen.»

Art. 8c Abs. 1 und 2 KLV

Neu müssen auch die Pflegeheime mit den Versicherern Kontroll- und Schlichtungsverfahren vereinbaren. Gemäss Art. 25a Abs. 3 KVG regelt «der Bundesrat» das Verfahren der Bedarfsermittlung. Die konkrete Methodik zur Ermittlung des Pflegebedarfs sollte deshalb grundsätzlich auf gesamtschweizerischer Ebene festgelegt werden. Eine Delegation an die Tarifpartner erscheint aber gleichwohl möglich. Da diese Instrumente gesamtschweizerisch zu entwickeln, zu kalibrieren und anzuwenden sind, erachten wir schweizweite Verhandlungen (Abs. 1) und eine nationale Regelung im Streitfall

(Abs. 2) als zwingend. Andernfalls müsste eine Festlegung durch den Bundesrat ohne Delegation an die Tarifpartner erfolgen.

Konkret schlagen wir folgende Modifikation von Art. 8c vor:

Abs. 1:

«Die Leistungserbringer nach Artikel 7 Absatz 1 und die Versicherer *legen das Verfahren zur Ermittlung des Pflegebedarfs gemeinsam fest und vereinbaren für die ganze Schweiz das Kontroll- und Schlichtungsverfahren.*»

Abs. 2:

~~«Im vertragslosen Zustand~~ *Kommt keine Einigung zustande, setzt die Kantonsregierung der Bundesrat nach Anhören der Beteiligten und der Kantone das Verfahren zur Ermittlung des Pflegebedarfs sowie das Kontroll- und Schlichtungsverfahren fest.*»

Art. 8c Abs. 3 KLV

Gemäss erläuterndem Bericht schliesst dieser Absatz die «geordnete und effiziente Weiterentwicklung der Systeme» ein. Dem Wortlaut des Absatzes ist dies zu wenig deutlich zu entnehmen. Wir schlagen deshalb vor, den Absatz wie folgt zu ändern:

«Das Kontrollverfahren dient der Überprüfung *und Weiterentwicklung* der Bedarfsermittlungssysteme sowie der Kontrolle der Zweckmässigkeit und der Wirtschaftlichkeit der Leistungen.»

Art. 8c Abs. 4 KLV

Bei Leistungserbringern nach Art. 7 Abs. 1 Bst. a und b KLV kann die Bedarfsermittlung durch den Vertrauensarzt/die Vertrauensärztin überprüft werden, wenn voraussichtlich mehr als 60 Stunden pro Quartal benötigt werden. Aber auch bei voraussichtlich weniger als 60 Stunden pro Quartal kann eine solche Überprüfung gemacht werden.

Das Projekt 4.1 der Nationalen Demenzstrategie hat gezeigt, dass Menschen mit Demenz meist einen erhöhten Bedarf an Pflegeleistungen aufweisen, weil bei ihnen die einzelnen Leistungen mit mehr Zeitaufwand verbunden sind als bei Menschen ohne Demenz. Wir regen deshalb an, dass die vertrauensärztliche Überprüfung bei Menschen mit Demenz erst ab 120 Stunden pro Quartal vorgesehen wird oder dass gänzlich auf eine «Limitierung» (also auf die Nennung der 60 Stunden pro Quartal) verzichtet wird und nur noch die systematischen Stichproben genannt werden.

Wir bedanken uns für die Gelegenheit zur Stellungnahme und für die Berücksichtigung unserer Anliegen.

Seite 9/9

Freundliche Grüsse
Gesundheitsdirektion



Martin Pfister
Regierungsrat

Per E-Mail in Word und PDF-Format an: abteilung-leistungen@bag.admin.ch

Kopie an:

- Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK), Haus der Kantone, Speichergasse 6, Postfach, 3001 Bern
- Staatskanzlei (per E-Mail an info.staatskanzlei@zg.ch) zur Publikation im Internet



Eidgenössisches Departement des Innern
3003 Bern

3. Oktober 2018 (RRB Nr. 953/2018)

**Krankenpflege-Leistungsverordnung, Änderung
(Kostenneutralität und Bedarfsermittlung; Vernehmlassung)**

Sehr geehrter Herr Bundespräsident

Mit Schreiben vom 4. Juli 2018 haben Sie uns den Entwurf zur Änderung der Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (KLV) zur Vernehmlassung unterbreitet. Wir danken für die Gelegenheit zur Stellungnahme und äussern uns wie folgt:

Wir teilen die Haltung der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK), wie sie in deren Stellungnahme vom 27. August 2018 zuhanden des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) zum Ausdruck gebracht wird. In Ergänzung dazu halten wir Folgendes fest:

Im erläuternden Bericht des BAG vom Juni 2018 wird festgehalten, dass die Erhöhung der Beiträge für die stationäre Pflege und die Senkung der Beiträge für die ambulante Pflege insgesamt zu einer Mehrbelastung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung von rund 83 Mio. Franken führe. Zu den finanziellen Auswirkungen auf die Kantone, Gemeinden sowie Patientinnen und Patienten werden indessen keine Angaben gemacht. Wir ersuchen Sie deshalb, die entsprechenden finanziellen Auswirkungen zu beziffern.

Genehmigen Sie, sehr geehrter Herr Bundespräsident,
die Versicherung unserer ausgezeichneten Hochachtung.

Im Namen des Regierungsrates

Der Präsident:

Die Staatsschreiberin:

Dr. Thomas Heiniger

Dr. Kathrin Arioli





Versand per E-Mail

Bundesamt für Gesundheit
Abteilung Leistungen

Abteilung-leistungen@bag.admin.ch
gever@bag.admin.ch

Bern, 27.8.2018

8-5-4/SM/HU

Stellungnahme der GDK zur Änderung der Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Kostenneutralität und Bedarfsermittlung)

Sehr geehrte Damen und Herren

Wir danken Ihnen für die Möglichkeit, zum Entwurf der Änderung der Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Kostenneutralität und Bedarfsermittlung) Stellung nehmen zu können.

Der GDK-Vorstand hat die Vernehmlassungsvorlage an seiner Sitzung vom 23.8.2018 beraten und nimmt dazu wie folgt Stellung.

1 Kostenneutralität der Pflegebeiträge

1.1 Allgemeine Bemerkungen

Das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) hat die Neuordnung der Pflegefinanzierung (NPF) evaluieren lassen und zudem berechnet, ob die Einführung für die Obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) kostenneutral erfolgt ist.

Gemäss den KVG-Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 13.6.2008 (Pflegefinanzierung) hatten die Kantone drei Jahre Zeit, die geltenden Tarife und Tarifverträge an die vom Bundesrat festgesetzten Beiträge der OKP an die Pflegeleistungen anzupassen. Die Neuordnung der Pflegefinanzierung ist am 1.1.2011 in Kraft getreten und die Übergangsfrist lief bis am 31.12.2013.

Die Kostenneutralitätsberechnung des Bundesamts für Gesundheit (BAG) kommt zum Schluss, dass die Kostenneutralität für die OKP nicht eingehalten worden sei: Die OKP sei ab 1.1.2014 im Vergleich zu 2010 bei den Beiträgen an die Pflegeheime entlastet und bei denjenigen an die Spitex und freiberufliche Pflegefachpersonen zusätzlich belastet worden. Das EDI schlägt deshalb Anpassungen der Beiträge nach Art. 7a KLV vor: Die Pflegeheime sollen künftig höhere, Spitex und freiberufliche Pflegefachpersonen dagegen tiefere Beiträge der OKP erhalten.

Aus den folgenden Gründen lehnen wir die Senkung der Beiträge für Spitex und freiberufliche Pflegefachpersonen ab und fordern signifikante Erhöhungen aller Beiträge nach Art. 7a KLV:



- I. Für die Kostenneutralitätsberechnungen werden Annahmen getroffen, deren Berechtigung und Aussagekraft wir in Frage stellen¹. Insbesondere veränderte sich die Leistungsstruktur bei der Spitex seit 2011 deutlich: der Anteil der günstigsten Leistung (Grundpflege) sinkt kontinuierlich, während der Anteil der Abklärung, Beratung und Koordination sowie der Untersuchung und Behandlung steigt. Die Kostenneutralitätsberechnung berücksichtigt diese Entwicklung nicht. Weiter ist nicht nachvollziehbar, wie von einem Nullwachstum bei den Löhnen ausgegangen werden kann. Gemäss Bundesamt für Statistik sind die Löhne im Gesundheitswesen von 2010 bis 2016 um rund 5% gestiegen. In Heimen sind sie im gleichen Zeitraum um über 2% gestiegen, beim unteren Kader und in Funktionen ohne Kaderfunktion, was einen Grossteil des Pflegepersonals betrifft, sogar um 4 bis 6%.
- II. Das EDI hält in seiner Stellungnahme zur Evaluation der NPF vom 4.7.2018 als eines der Ziele der NPF fest, dass der Finanzierungsanteil der OKP an den Kosten der Pflegeleistungen nicht ansteigen soll² und gleichzeitig hat die Evaluation der NPF von inf-ras ergeben, dass der Finanzierungsanteil der OKP bei der ambulanten Pflege nicht angestiegen, sondern gar um 2 Prozentpunkte gesunken ist³. Die in der Vorlage vorgeschlagene Senkung der OKP-Beiträge für Spitex und freiberufliche Pflegefachpersonen ist deshalb nicht nachvollziehbar, weshalb wir sie ablehnen.
- III. Der Schlussbericht der Evaluation der NPF zeigt auf, dass Kantone und Gemeinden eine hohe finanzielle Zusatzbelastung tragen und dass die Kantone und Gemeinden in den Folgejahren der NPF ihre Beiträge an die Pflegeheime und Spitex-Organisationen stetig erhöht haben. Dass diese Entwicklung seit 2014 weitergeht, zeigt deutlich, dass die Kostenverschiebung von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) zu den Kantonen und Gemeinden nicht nur eine Folge des Systemwechsels zur NPF ist. Der Finanzierungsanteil der Kantone und Gemeinden wird weiterwachsen, wenn keine Gegenmassnahmen ergriffen werden. Es ist nicht akzeptabel, dass Kantone und Gemeinden das Kostenwachstum der Pflege zu 100 Prozent tragen. Dies auch deshalb, weil einzig die Krankenversicherer im Einzelfall die Wirtschaftlichkeit der Leistungen (Pflege durch Spitex versus Pflege im Pflegeheim) prüfen können und auch Gerichte bei einer Wirtschaftlichkeitsüberprüfung nur die Kosten für die OKP einbeziehen.
- IV. Die Spitex-Organisationen pflegen nicht nur alte Menschen in sogenannter Langzeitpflege, sondern zunehmend auch jüngere Menschen⁴, die dank der Spitex das Spital früher verlassen können oder sich gar nicht erst in stationäre Spitalbehandlung begeben müssen. Bund und Kantone verfolgen für kleinere Eingriffe die Strategie «ambulant vor stationär» (AVOS). Die Senkung der OKP-Beiträge für Spitex setzt in diesem Zusammenhang ein völlig falsches Signal und untergräbt die Strategie AVOS.
- V. Neu kommt dazu, dass aufgrund der durch das Bundesverwaltungsgericht als unzureichend beurteilten rechtlichen Grundlage die Leistungserbringer der Pflege die Kosten des Pflegematerials der OKP nicht mehr separat in Rechnung stellen können. Die Finanzierungslücke ist nach Ansicht des Bundesamts für Gesundheit (BAG) durch die Restfinanzierer zu schliessen. Für uns ist diese weitere Kostenverschiebung hin zu den Kantonen und Gemeinden nicht akzeptabel. Wir verlangen mit Nachdruck, dass die

¹ Vgl. Erläuternder Bericht, Ziff.3.1.6, S. 14; Ziff. 2.1.10, S. 10 und Ziff. 3.1.7, S. 16

² Vgl. Stellungnahme des Eidgenössischen Departement des Innern (EDI) zur Evaluation der Neuordnung der Pflegefinanzierung vom 4. Juli 2018, S. 1.

³ Vgl. Evaluation der Neuordnung der Pflegefinanzierung. Schlussbericht, S. 64 und Evaluation der Neuordnung der Pflegefinanzierung. Executive Summary, S.7.

⁴ Der Anteil der Patient/innen ab 65 Jahren für Langzeitpflege (ohne Akut- und Übergangspflege) betrug 2011 77% und 2016 nur noch 71%. Und bei den Patient/innen ab 80 Jahren hat sich der Anteil von 48% im 2011 auf 42% 2016 verkleinert (Quelle: Spitex Statistik 2016, Tabelle 12.1, eigene Berechnung).



KLV-Änderung auch diese aktuelle Entwicklung berücksichtigt. Die OKP hat die Pflegematerialien vor 2011 und bis mindestens Ende 2017 bezahlt. Das Weiterführen dieser Finanzierungslösung würde also für die OKP kostenneutral erfolgen.

Die Finanzierung von Pflegematerialien durch Kantone und Gemeinden ist auch deshalb abzulehnen, weil nur der Krankenversicherer die für die Rechnungskontrolle notwendigen Informationen erhält und nur er prüfen kann, ob die Wahl und der Einsatz der Materialien nach den Kriterien der Wirtschaftlichkeit, Zweckmässigkeit und Wirksamkeit erfolgt.

- VI. Die OKP-Beiträge für Leistungen der Pflegeheime sind grundsätzlich nach dem Pflegebedarf (in 20-Minuten-Schritten) abgestuft. Bei einem Pflegebedarf von mehr als 220 Minuten pro Tag soll jedoch wie bisher keine Differenzierung mehr vorgenommen und der Beitrag limitiert werden. Diese, seit 2011 geltende Regelung ist nicht sachgerecht, da sich die OKP bei schwersten Pflegefällen⁵ nicht proportional zum Pflegeaufwand beteiligt. Die anteilmässige Beteiligung der OKP ist deshalb auch bei einem Pflegebedarf von mehr als 220 Minuten pro Tag in Art. 7a Abs. 3 KLV zu verankern.

Dass den unter III. und V. geschilderten Entwicklungen in den Vorschlägen des EDI nicht Rechnung getragen wird, entspricht nicht einem breiten politischen Willen. Die GDK verlangt die Anpassungen seit Längerem und auch aus den Reihen des Parlamentes stehen diese Forderungen im Raum ([Mo. 18.3425](#), [Po. 16.3352](#) / [Frage 18.5133](#), [Mo. 18.3710](#)).

Eine unterjährige Einführung angepasster OKP-Beiträge ist u.E. nicht praktikabel, da die Kantone aufgrund der Beitragsänderungen für ein Kalenderjahr zwei verschiedene Patientenbeteiligungen und zwei verschiedene Restfinanzierungen vorgeben müssten, was zu einem unverhältnismässigen administrativen Mehraufwand bei den Leistungserbringern führen würde. Da zudem ein grosser Teil der Leistungsbezüger Ergänzungsleistungen (EL) bezieht, müssten schweizweit mehrere zehntausend EL-Verfügungen zusätzlich Mitte Jahr statt wie üblich nur per Jahresanfang (wegen höheren Durchschnittsprämien oder höheren AHV-Renten) angepasst werden, was zu einem enormen Zusatzaufwand für die Gemeinden führen würde. Wir regen deshalb an, den Einführungszeitpunkt auf einen Jahresanfang zu legen.

1.2 Anträge

Konkret fordern wir,

- a) dass die jetzige Anpassung der Beiträge nach Art. 7a Abs. 1 und 3 KLV die Kostenentwicklung der Pflege der letzten Jahre, insbesondere ab 2014 bis zum Zeitpunkt des Inkrafttretens der angepassten Beiträge, berücksichtigt;
- b) dass in der KLV festgehalten wird, dass die Beiträge nach Art. 7a Abs. 1 und 3 KLV mindestens alle drei Jahre an die Kostenentwicklung in der Pflege angepasst werden;
- c) dass die KLV dahingehend zu ändern ist, dass Leistungserbringer nach Art. 7 Abs. 1 KLV (freiberufliche Pflegefachpersonen, Spitex und Pflegeheime) Pflegematerialien der OKP in Rechnung stellen können, unabhängig davon, ob es sich um eine Abgabe im Sinne der MiGeL oder um Pflegematerial handelt, welches in der Pflege angewendet wird. Die bisherige Finanzierung soll legalisiert und weitergeführt werden. Alternativ könnten für die Pflegeheime die Kosten der Pflegematerialien in die OKP-Beiträge eingerechnet werden. Spitex und freiberufliche Pflegefachpersonen müssen die Möglichkeit erhalten, das Pflegematerial separat abzurechnen;
- d) dass die Anpassungen bezüglich der Pflegematerialien in einem beschleunigten Verfahren auf den 1.1.2019 in Kraft gesetzt werden;

⁵ Hierzu zählen beispielsweise Menschen mit Demenz oder in Palliative Care sowie Patient/innen, die beatmet werden und in den letzten Jahren von Spitälern in Pflegeheime verlegt worden sind.



- e) dass die OKP-Beiträge für Leistungen der Pflegeheime (Art. 7a Abs. 3 KLV) auch bei einem Pflegebedarf von mehr als 220 Minuten pro Tag in 20-Minuten-Schritten abgestuft werden, indem die bestehenden Pflegestufen nach Art. 7a Abs. 3 KLV um sechs auf insgesamt achtzehn Stufen erhöht werden.

2 Bedarfsermittlung und Mindestanforderungen an Pflegebedarfsermittlungssysteme

2.1 Allgemeine Bemerkungen:

Die vorgeschlagenen KLV-Änderungen zur ärztlichen Anordnung, Bedarfsermittlung und zu den Mindestanforderungen an die Pflegebedarfsermittlungssysteme gehen in die richtige Richtung. Der GDK-Vorstand begrüsst die Mehrheit der Änderungen im Grundsatz; zwecks Vermeidung von Mengenausweitungen und der damit einhergehenden Gefahr der Kostensteigerung sind aber verschiedene Ergänzungen erforderlich.

Im erläuternden Bericht fehlen uns Informationen zu den Kostenfolgen der Änderungen zur Pflegebedarfsermittlung in Pflegeheimen⁶. Die Anbieter der Instrumente RAI/RUG und BESA machen aktuell geltend, dass ihre Instrumente den Zeitbedarf der Pflege in vielen Fällen erheblich unterschätzen und dass Anpassungen vorzunehmen sind. Neben der Frage, welche Kostenfolgen diese Anpassungen hätten, stellt sich auch die Frage, welche Instanz legitimiert ist, die Güte einer Zeitstudie zu beurteilen und die Anpassungen in den Instrumenten zu veranlassen.

Wir gehen davon aus, dass die aktuell verwendeten Instrumente zur Bedarfsermittlung in Pflegeheimen (BESA, RAI-RUG und Plaisir) sowie neue Instrumente (z.B. InterRAI) grundsätzlich auch weiterhin zur Anwendung kommen können und dass die Instrumente nicht dazu degradiert werden, nur noch den Zeitbedarf zu ermitteln. Es ist wichtig, dass die Instrumente ihre Funktion zur Reflexion und Planung der adäquaten Pflege behalten.

2.2 Zu einzelnen Bestimmungen:

Art. 7 Abs. 2 Bst. a Ziff. 1; Art. 8 Abs. 1; Art. 8a Abs. 1 KLV

Die KLV-Änderung sieht vor, dass die ärztliche Anordnung von Pflegeleistungen künftig weniger umfassend sein muss als heute: Der Arzt/die Ärztin ordnet Pflege an, die Pflegefachperson führt die Bedarfsermittlung durch. Neu erfolgt die Bedarfsermittlung für Massnahmen der Ermittlung, Beratung und Koordination sowie Massnahmen der Grundpflege eigenverantwortlich durch die Pflegefachperson. Nur für Massnahmen der Untersuchung und Behandlung erfolgt die Bedarfsermittlung in Zusammenarbeit mit dem behandelnden Arzt/der behandelnden Ärztin.

Wir begrüssen diese Änderung im Grundsatz, welche den Pflegefachpersonen mehr Verantwortung zuschreibt. Die Änderung geht in die richtige Richtung. Damit die Gefahr einer Mengenausweitung bei Leistungen nach Art. 7 Abs. 2 Bst. a und c KLV eingedämmt werden kann, ist Art. 8a im Abs. 1 Bst. a KLV gemäss nachfolgenden Erwägungen zu modifizieren.

Art. 8a Abs. 1 Bst. a KLV

Die Bedarfsermittlung für Massnahmen der Ermittlung, Beratung und Koordination sowie für Massnahmen der Grundpflege soll neu nicht mehr in Zusammenarbeit mit dem Arzt, sondern durch eine Pflegefachperson in Zusammenarbeit mit dem Patienten oder deren Angehörigen erfolgen; das Ergebnis der Ermittlung soll dem behandelnden Arzt lediglich noch «zur Information» weitergegeben werden (Art. 8a Abs. 1 Bst. a KLV). Mit der vorgeschlagenen Regelung

⁶ Im erläuternden Bericht wird ein INFRAS-Bericht vom 10. März 2017 erwähnt, der jedoch trotz Klammerbemerkung «Link» nicht verlinkt wurde.



fällt sowohl bei der Krankenpflege im Pflegeheim als auch bei der ambulanten Pflege das Erfordernis einer ärztlichen Bestätigung des mengenmässigen Pflegebedarfs ersatzlos weg. Damit wird den Pflegefachpersonen die Möglichkeit zur unlimitierten Verschreibung von Pflegeleistungen eingeräumt. Umfang, Häufigkeit und Dauer des Einsatzes können nicht mehr wie bisher vom Arzt begrenzt werden.

Der Bundesrat hat in seiner Stellungnahme vom 23.3.2016 zur Parlamentarischen Initiative «Gesetzliche Anerkennung der Verantwortung der Pflege» (PI 11.418 Joder) die Verschreibung von Pflegeleistungen ohne ärztliche Kontrolle aufgrund der Gefahr von Kostensteigerung und Mengenausweitung abgelehnt. Im Kommentar zur vorliegend geplanten Änderung wird zudem vom EDI bezüglich ambulanter Krankenpflege festgehalten, dass «aus der ökonomischen Perspektive für diese Leistungserbringer ein Anreiz zur Erbringung von möglichst vielen Leistungen» besteht, «denn mit jeder für die Abklärung, Beratung und Koordination sowie die Grundpflege eingesetzten Stunde steigt die Vergütung der OKP und der Restfinanzierung» (S. 22). Es besteht somit die Gefahr, dass insbesondere private Leistungserbringer ohne Leistungsauftrag der öffentlichen Hand die Pflegefachpersonen zur Verschreibung möglichst vieler Pflegestunden anhalten werden. Die pflegebedürftigen Personen selber werden sich gegen eine zu grosszügig bemessene Grundpflege, die ja immerhin im Grundsatz vom Arzt / von der Ärztin verschrieben wird, kaum zur Wehr setzen, zumal die Kostenbeteiligung zulasten des Patienten limitiert ist.

Vor diesem Hintergrund und unter Berücksichtigung des Anliegens einer erhöhten Anerkennung der Verantwortung der Pflege, schlagen wir vor, die Pflegefachpersonen (wie vom EDI vorgeschlagen) zur Bestimmung des Pflegebedarfs zu ermächtigen, jedoch dem behandelnden Arzt / der behandelnden Ärztin bei unangemessener Bedarfserhebung ein Vetorecht einzuräumen. Dies wird präventiv dazu führen, dass der Pflegebedarf von vornherein sachgerecht ermittelt wird. Entsprechend regen wir an, Art. 8a Abs. 1 Bst. a KLV wie untenstehend ausgeführt zu modifizieren.

Weiter schlagen wir vor, die Formulierung «in Zusammenarbeit mit der Patientin oder dem Patienten oder deren Angehörigen» zu ersetzen, weil wir den Begriff «Zusammenarbeit» in diesem Zusammenhang als unpassend erachten:

«für Leistungen nach Artikel 7 Absatz 2 Buchstabe a und c: durch eine Pflegefachfrau oder einen Pflegefachmann (~~Art. 49 KVV~~) in Zusammenarbeit mit unter Einbezug der Patientin oder des Patienten und gegebenenfalls dessen oder deren Angehörigen; die Ermittlung ist dem behandelnden Arzt zur Information weiterzugeben. Ist der behandelnde Arzt der Auffassung, dass der von der Pflegefachperson festgelegte Pflegebedarf nicht angemessen ist, teilt er dies der Pflegefachperson unter Kopie an den Versicherer innert fünf Arbeitstagen nach Erhalt der Information mit und legt in der Folge den Pflegebedarf in Zusammenarbeit mit der Pflegefachperson fest.»

Art. 8a Abs. 1 Bst. a und b KLV

Neu sollen für Pflegefachpersonen, welche die Bedarfsermittlung nach Art. 8a KLV durchführen dürfen, die gleichen Voraussetzungen gelten wie für Pflegefachpersonen, welche gemäss Art. 49 KVV freiberuflich Leistungen erbringen können. Neben dem Nachweis des Diploms ihrer Ausbildung wird eine zweijährige praktische Tätigkeit im Pflegeberuf verlangt.

Wir lehnen diese Änderung ab: Das Diplom gemäss Art. 49 Bst. a KVV ist als Voraussetzung ausreichend. Auch das EDI hält im erläuternden Bericht fest: «Aufgrund ihrer Ausbildung sind diplomierte Pflegefachkräfte (sowohl mit HF-Diplom als auch mit Bachelor FH) namentlich in der Lage, selbstständig eine Pflegediagnose zu stellen, den Pflegebedarf zu beurteilen und die erforderlichen Massnahmen zu treffen.» Auf die Voraussetzung der zweijährigen praktischen Tätigkeit muss verzichtet werden. Es ist nicht sinnvoll, für Pflegeheime und Spitex-Organisation eine Hürde einzubauen, welche diese Arbeitgeber für den Berufseinstieg unattraktiv macht. Zudem sehen wir die Kontrolle der 2 Jahre Berufserfahrung mit verschiedenen Vollzugsproblemen und damit unverhältnismässig hohem administrativem Aufwand verbunden.



Zentral ist, dass die Bedarfsermittlung in jedem Fall mit einem validierten Instrument erfolgt und die Pflegefachpersonen auf dem entsprechenden Instrument geschult sind. Weil das EDI hierzu keine verbindlichen Vorgaben macht, schlagen wir einen neuen Absatz 6 in Art. 8a KLV vor:

«Der Kanton kann für die in seinem Gebiet tätigen Leistungserbringer die für die Bedarfsermittlung zulässigen Instrumente festlegen.»

Art. 8 Abs. 3 KLV

Bei Personen, die eine Hilflosenentschädigung der AHV, der IV oder der UV wegen mittlerer oder schwerer Hilflosigkeit erhalten, gilt die ärztliche Anordnung unbefristet. Wird die Hilflosenentschädigung einer Revision unterzogen, ist die ärztliche Anordnung zu erneuern. Die KLV-Änderung sieht hier keine Änderung vor.

Wir regen an, diese sinnvolle Regelung auf die leichte Hilflosigkeit auszudehnen. Auch Personen mit leichter Hilflosigkeit sind Langzeitpatient/innen und es ist sinnvoll, sie bezüglich der ärztlichen Anordnung gleich zu behandeln wie Personen mit mittlerer oder schwerer Hilflosigkeit.

Art. 8b Abs. 2 und 3 KLV

Wir begrüssen die Präzisierung zur Bedarfsermittlung in Pflegeheimen. Insbesondere erachten wir grundsätzlich als sinnvoll, dass gemäss Art. 8b Absatz 3 KLV jedes Instrument auf Basis von in der Schweiz durchgeführten, repräsentativen Zeitstudien überprüft und geeicht werden muss. Um aber sicherzustellen, dass nicht jedes Instrument in der ganzen Schweiz überprüft werden muss, fordern wir folgende Präzisierung von Art. 8b Absatz 3 KLV:

«Das für die Bedarfsermittlung in Pflegeheimen verwendete Instrument muss sich für die Bestimmung der zu erbringenden Pflegeleistungen auf in der Schweiz durchgeführte, für die Gesamtheit der Patientinnen und Patienten von Pflegeheimen repräsentative Zeitstudien stützen, welche die tatsächlich erbrachten Pflegeleistungen aufzeigen. Die Zeitstudien zu einem Instrument sind in Kantonen durchzuführen, in welchen das entsprechende Instrument zur Anwendung kommt. Die von den Zeitstudien angewendete Methode muss wissenschaftlich anerkannt und geeignet sein, eine Unterscheidung von Pflegeleistungen und anderen Leistungen vorzunehmen.»

Weiter ist für die Umsetzung von Art. 8b Abs. 3 KLV eine Übergangsfrist erforderlich, weil nicht verlangt werden kann, dass bei Inkrafttreten die entsprechenden Zeitstudien bereits vorliegen. Wir beantragen, eine zweijährige Übergangsfrist einzuräumen.

Art. 8b Abs. 4 KLV

Wir begrüssen diese Präzisierung zu den Bedarfsermittlungsinstrumenten, lehnen aber ab, dass sie sich nur auf Pflegeheime bezieht. Wir fordern, dass Art. 8b Abs. 4 KLV in Art. 8a verschoben und wie folgt angepasst wird:

«Das für die Bedarfsermittlung ~~in Pflegeheimen~~ verwendete Instrument muss die Ermittlung von Daten zu medizinischen Qualitätsindikatoren mittels Routinedaten (Art. 59a Abs. 1 Bst. f KVG) ermöglichen.»

Art. 8c Abs. 1 und 2 KLV

Neu müssen auch die Pflegeheime mit den Versicherern Kontroll- und Schlichtungsverfahren vereinbaren. Gemäss Art. 25a Abs. 3 KVG regelt «der Bundesrat» das Verfahren der Bedarfsermittlung. Die konkrete Methodik zur Ermittlung des Pflegebedarfs sollte deshalb grundsätzlich auf gesamtschweizerischer Ebene festgelegt werden. Eine Delegation an die Tarifpartner erscheint aber gleichwohl möglich. Da diese Instrumente gesamtschweizerisch zu entwickeln, zu kalibrieren und anzuwenden sind, erachten wir schweizweite Verhandlungen (Abs. 1) und



eine nationale Regelung im Streitfall (Abs. 2) als zwingend. Andernfalls müsste eine Festlegung durch den Bundesrat ohne Delegation an die Tarifpartner erfolgen.

Konkret schlagen wir folgende Modifikation von Art. 8c vor:

Abs. 1:

«Die Leistungserbringer nach Artikel 7 Absatz 1 und die Versicherer *legen das Verfahren zur Ermittlung des Pflegebedarfs gemeinsam fest und vereinbaren für die ganze Schweiz das Kontroll- und Schlichtungsverfahren.*»

Abs. 2:

~~«Im vertragslosen Zustand kommt keine Einigung zustande, setzt die Kantonsregierung der Bundesrat nach Anhören der Beteiligten und der Kantone das Verfahren zur Ermittlung des Pflegebedarfs sowie das Kontroll- und Schlichtungsverfahren fest.»~~

Art. 8c Abs. 3 KLV

Gemäss erläuterndem Bericht schliesst dieser Absatz die «geordnete und effiziente Weiterentwicklung der Systeme» ein. Dem Wortlaut des Absatzes ist dies zu wenig deutlich zu entnehmen. Wir schlagen deshalb vor, den Absatz wie folgt zu ändern:

«Das Kontrollverfahren dient der Überprüfung *und Weiterentwicklung* der Bedarfsermittlungssysteme sowie der Kontrolle der Zweckmässigkeit und der Wirtschaftlichkeit der Leistungen.»

Art. 8c Abs. 4 KLV

Bei Leistungserbringern nach Art. 7 Abs. 1 Bst. a und b KLV kann die Bedarfsermittlung durch den Vertrauensarzt/die Vertrauensärztin überprüft werden, wenn voraussichtlich mehr als 60 Stunden pro Quartal benötigt werden. Aber auch bei voraussichtlich weniger als 60 Stunden pro Quartal kann eine solche Überprüfung gemacht werden.

Das Projekt 4.1 der Nationalen Demenzstrategie hat gezeigt, dass Menschen mit Demenz meist einen erhöhten Bedarf an Pflegeleistungen aufweisen, weil bei ihnen die einzelnen Leistungen mit mehr Zeitaufwand verbunden sind als bei Menschen ohne Demenz. Wir regen deshalb an, dass die vertrauensärztliche Überprüfung bei Menschen mit Demenz erst ab 120 Stunden pro Quartal vorgesehen wird oder dass gänzlich auf eine «Limitierung» (also auf die Nennung der 60 Stunden pro Quartal) verzichtet wird und nur noch die systematischen Stichproben genannt werden.



Wir danken Ihnen für die Berücksichtigung unserer Anliegen und stehen Ihnen für weitere Auskünfte gerne zur Verfügung.

Freundliche Grüsse

SCHWEIZERISCHE KONFERENZ DER KANTONALEN
GESUNDHEITSDIREKTORINNEN UND -DIREKTOREN

Der Präsident

Dr. Thomas Heiniger

Regierungsrat

Der Zentralsekretär

Michael Jordi

Kopie:

- Pascal Strupler, Direktor Bundesamt für Gesundheit
- Doris Bianchi, persönliche Mitarbeiterin Bundespräsident Alain Berset
- Katharina Füglistner, Fachreferentin Generalsekretariat EDI
- Kantonale Gesundheitsdirektionen



Envoi par courriel

Office fédéral de la santé publique
Division Prestations

Abteilung-leistungen@bag.admin.ch
gever@bag.admin.ch

Berne, le 27 août 2018

8-5-4/SM/HU/PB

Prise de position de la CDS concernant la modification de l'ordonnance du DFI sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie (neutralité des coûts et évaluation des soins requis)

Madame, Monsieur,

Nous vous remercions de la possibilité qui nous est offerte de prendre position sur le projet de révision de l'ordonnance du DFI sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie (neutralité des coûts et évaluation des soins requis).

Le Comité directeur de la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS) a étudié le projet mis en consultation lors de sa séance du 23.8.2018 et prend position comme suit.

1 Neutralité des coûts concernant les contributions aux soins

1.1 Remarques générales

Le Département fédéral de l'intérieur (DFI) a évalué le nouveau régime de financement des soins (NRFS) et vérifié si l'introduction de ce dernier est sans incidence sur les coûts pour l'assurance obligatoire des soins (AOS).

Conformément aux dispositions transitoires de la modification de la Loi fédérale sur l'assurance-maladie du 13.6.2008 (financement des soins), les cantons avaient trois ans pour adapter les tarifs et les conventions tarifaires aux contributions de l'AOS fixées par le Conseil fédéral pour les prestations de soins. Le NRFS est entré en vigueur au 1^{er} janvier 2011 avec un délai transitoire courant jusqu'au 31 décembre 2013.

Les calculs effectués par l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) montrent que l'introduction du NRFS n'a pas été neutre du point de vue des coûts pour l'AOS : ainsi, les contributions aux EMS auraient reculé à partir du 1^{er} janvier 2014 par rapport à 2010, tandis que la charge représentée par les contributions aux soins prodigués par les organisations d'aide et de soins à domicile et les infirmières et infirmiers indépendants se serait en revanche alourdie. Le DFI propose par conséquent d'adapter les montants fixés dans l'art 7a OPAS, en augmentant les



contributions de l'AOS aux EMS et en baissant celles versées aux organisations d'aide et de soins à domicile ainsi qu'aux infirmières et infirmiers indépendants.

Nous rejetons toute baisse des contributions aux prestations des organisations d'aide et de soins à domicile et aux infirmières et infirmiers indépendants, et demandons au contraire une hausse substantielle de tous les montants fixés dans l'art. 7a OPAS, pour les raisons développées ci-après.

- I. Les hypothèses avancées pour le calcul de la neutralité des coûts nous apparaissent contestables et peu pertinentes¹. La structure des prestations d'aide et de soins à domicile a notamment sensiblement évolué depuis 2011, avec un recul continu des prestations bon marché (soins de base) et une hausse de l'évaluation, des conseils, des mesures de coordination, des examens et des traitements, sans qu'il en soit tenu compte dans le calcul de la neutralité des coûts. Le postulat d'une évolution nulle des salaires n'est en outre guère intelligible. Selon l'Office fédéral de la statistique, les salaires dans le secteur de la santé ont augmenté d'environ 5 % entre 2010 et 2016. Dans les EMS, cette hausse était d'un peu plus de 2 %, et même de 4 à 6 % pour les cadres subalternes et les employés, qui constituent la grande majorité du personnel soignant.
- II. Dans son avis du 4.7.2018 concernant l'évaluation du NRFS, le DFI rappelle que l'un des objectifs du nouveau régime de financement était d'éviter que la contribution de l'AOS aux coûts des soins n'augmente davantage². Il ressort de l'évaluation réalisée par le bureau d'étude INFRAS que cet objectif a été atteint, la contribution de l'AOS aux soins ambulatoires ayant même reculé de 2 %³. La baisse proposée dans le projet de montants AOS pour les organisations d'aide et de soins à domicile et les infirmières et infirmiers indépendants n'est par conséquent pas justifiée, raison pour laquelle nous la rejetons.
- III. Le rapport final d'évaluation du NRFS met en lumière l'importante charge financière supplémentaire que doivent assumer les cantons et les communes, notamment en raison d'une hausse constante, dans les années qui ont suivi l'introduction du NRFS, des contributions versées aux EMS et aux organisations d'aide et de soins à domicile. Le fait même que cette évolution se poursuit depuis 2014 démontre bien que le transfert des coûts de l'AOS vers les cantons et les communes n'est pas seulement une conséquence du changement de système de financement des soins. La part de financement à la charge des cantons et des communes continuera d'augmenter si aucune mesure n'est prise. Il n'est pas acceptable que les cantons et les communes assument intégralement la hausse des coûts dans le domaine des soins, notamment parce que les assureurs-maladie sont les seuls habilités à évaluer au cas par cas le caractère économique des prestations (soins à domicile ou soins en EMS) et que les tribunaux, lors de telles évaluations, considèrent uniquement les coûts à la charge de l'AOS.
- IV. Les organisations d'aide et de soins à domicile ne s'occupent pas seulement des personnes âgées dans les soins dits de longue durée, mais toujours plus également de personnes plus jeunes⁴ qui peuvent ainsi quitter l'hôpital plus tôt ou n'ont même pas besoin d'être hospitalisées. Confédération et cantons suivent pour de petites interven-

¹ Voir rapport explicatif, ch. 3.1.6, p. 14, ch. 2.1.10, p. 10 et ch. 3.1.7, p. 16.

² Voir Avis du 4 juillet 2018 du Département fédéral de l'intérieur (DFI) concernant l'évaluation du nouveau régime de financement des soins, p. 1.

³ Voir *Evaluation der Neuordnung der Pflegefinanzierung. Schlussbericht*, p. 64 et Évaluation du nouveau régime de financement des soins. Synthèse, p. 7.

⁴ La part des patients dès 65 ans pour les soins de longue durée (sans soins aigus et de transition) est passée de 77% en 2011 à 71% en 2016. Pour les patients à partir de 80 ans, cette part est passée de 48% à 42% (Source: statistique de l'aide et des soins à domicile, 2016, tableau 12.1, calcul par nos soins).



tions la stratégie «l'ambulatoire avant le stationnaire» (AavS). La baisse des contributions AOS pour l'aide et les soins à domicile envoie dans ce contexte un signal tout à fait erroné et sape la stratégie AavS.

- V. En outre, les fournisseurs de prestations ne peuvent désormais plus facturer séparément à l'AOS le matériel de soins en raison de bases légales jugées insuffisantes par le Tribunal administratif fédéral. L'OFSP estime que cette lacune de financement doit être couverte par le financement résiduel. Ne pouvant accepter un nouveau transfert de coûts vers les cantons et les communes, nous demandons avec insistance que la modification de l'OPAS permette également de répondre à cette évolution. L'AOS a payé le matériel de soins avant 2011 et au moins jusqu'à fin 2017. Poursuivre cette solution de financement serait donc neutre du point de vue des coûts pour l'AOS.

Le financement du matériel de soins par les cantons et les communes doit être rejeté également parce que seul l'assureur-maladie reçoit les informations nécessaires pour le contrôle des factures et peut examiner si le choix et l'utilisation du matériel se fait selon les critères d'efficacité, d'adéquation et d'économicité.

- VI. Les contributions AOS pour les prestations des EMS sont fondamentalement graduées selon les soins requis (par tranches de 20 minutes). Si les soins durent plus de 220 minutes par jour, on ne peut toutefois, tout comme aujourd'hui, plus opérer de différenciation et la contribution est limitée. Cette réglementation valable depuis 2011 est inappropriée, car l'AOS ne participe pas proportionnellement au volume des soins dans les cas les plus lourds⁵. Il convient donc d'inscrire dans l'art. 7a, al. 3 OPAS la participation proportionnelle de l'AOS également en cas de soins requis de plus de 220 minutes.

Le fait que les développements exposés aux points III et V ne sont pas pris en compte dans les propositions du DFI ne correspond pas à une volonté politique largement partagée. La CDS, à l'instar de certains milieux parlementaires (Mo. 18.3425, Po. 16.3352 / Question 18.5133, Mo. 18.3710), demande depuis longtemps une réponse adaptée à cette réalité.

L'introduction de contributions AOS adaptées en cours d'année n'est à notre avis pas réalisable, car les cantons devraient prévoir deux participations différentes des patients et deux financements résiduels différents pour une année civile en raison des modifications apportées aux contributions, ce qui entraînerait un surcroît de charges administratives disproportionné pour les fournisseurs de prestations. Étant donné qu'une grande partie des bénéficiaires de prestations reçoivent également des prestations complémentaires (PC), plusieurs dizaines de milliers de décisions PC dans toute la Suisse devraient être adaptées aussi en milieu d'année au lieu de l'être comme d'habitude uniquement en début d'année (en raison de primes moyennes plus élevées ou de rentes AVS plus élevées), ce qui entraînerait un énorme surcroît de travail pour les communes. Nous suggérons par conséquent que la période d'introduction soit fixée au début d'une année.

1.2 Propositions

Concrètement, nous demandons

- a) que l'adaptation des montants fixés dans l'art. 7a, al. 1 et 3, OPAS tienne compte de l'évolution des coûts dans le domaine des soins survenue ces dernières années, en particulier depuis 2014 jusqu'à la date de l'entrée en vigueur des montants adaptés ;
- b) qu'il soit précisé dans l'OPAS que les montants figurant à l'art. 7a, al. 1 et 3, OPAS sont adaptés au moins tous les trois ans à l'évolution des coûts dans les soins ;
- c) que l'OPAS soit modifiée de telle sorte que les fournisseurs de prestations au sens de l'art. 7, al. 1, OPAS (infirmières et infirmiers, organisations d'aide et de soins à domicile,

⁵ Il s'agit notamment des personnes atteintes de démence ou en soins palliatifs ainsi que des patients placés sous respiration artificielle et qui ont été transférés des hôpitaux dans les EMS ces dernières années.



EMS) puissent facturer à l'AOS le matériel de soins indépendamment du fait qu'il s'agisse d'une remise Lima ou de matériel utilisé durant les soins. Il convient de légaliser et de poursuivre le financement actuel. Une autre option pourrait être d'inclure dans les contributions AOS les coûts du matériel de soins pour les EMS. Les organismes d'aide et de soins à domicile et les infirmières et infirmiers indépendants doivent avoir la possibilité de facturer séparément le matériel de soins ;

- d) que les adaptations concernant le matériel de soin fassent l'objet d'une procédure accélérée et entrent en vigueur au 1^{er} janvier 2019 ;
- e) que les montants AOS pour les prestations des EMS (art. 7a, al. 3, OPAS) soient gradués par tranches de 20 minutes même si le besoin en soins est supérieur à 220 minutes par jour, cela en augmentant de six les niveaux de soins figurant à l'art. 7a, al. 3, OPAS à un total de dix-huit niveaux.

2 Évaluation des soins requis et exigences minimales à l'égard des systèmes d'évaluation des soins requis

2.1 Remarques générales

Les modifications proposées concernant la prescription médicale, l'évaluation des soins requis et les exigences minimales à l'égard des systèmes d'évaluation des soins vont dans le bon sens. Le Comité directeur de la CDS soutient sur le principe la majorité des modifications ; différents compléments sont toutefois nécessaires en vue de prévenir des augmentations du volume et le risque de hausse des coûts qui en découle.

Dans le rapport explicatif, des explications nous manquent sur les incidences financières des modifications concernant l'évaluation des soins requis dans les EMS. Les fournisseurs des instruments RAI/RUG et BESA font actuellement valoir que leurs instruments sous-estiment considérablement dans de nombreux cas le temps nécessaire aux soins et qu'il convient de procéder à des adaptations. Outre la question des incidences financières qu'auraient ces adaptations, se pose aussi la question de savoir quelle instance est légitime pour évaluer la qualité d'une étude de temps et ordonner les adaptations dans les instruments.

Nous partons du principe que les instruments d'évaluation des soins requis en EMS actuellement utilisés (BESA, RAI-RUG et Plaisir) ainsi que de nouveaux instruments (p. ex. InterRAI) pourront continuer à être utilisés et ne seront pas réduits à simplement déterminer le besoin en temps. Il est important que les instruments conservent leur fonction de réflexion et de planification des soins adéquats.

2.2 Dispositions particulières

Art. 7, al. 2, let. a, ch. 1 ; art. 8, al. 1 ; art. 8a, al. 1, OPAS

La révision de l'OPAS prévoit de réduire les exigences quant au contenu des prescriptions médicales de soins, en confiant la prescription des soins au médecin et l'évaluation des soins requis au personnel infirmier. L'évaluation des soins requis pour les mesures d'évaluation, de conseils, de coordination ainsi que de soins de base sera effectuée de manière autonome par le personnel infirmier. Seule l'évaluation des examens et des traitements requis se déroulera en collaboration avec le médecin prescripteur.

Nous soutenons le principe de cette modification, qui attribue davantage de responsabilité au personnel infirmier. Elle va dans la bonne direction. Afin de pouvoir maîtriser le risque d'une augmentation du volume des prestations visées à l'art. 7, al. 2 let. a et c, OPAS, il convient de modifier l'art. 8a, al. 1 let. a, OPAS selon les considérations ci-après.



Art. 8a, al. 1 let. a, OPAS

L'évaluation des soins requis pour les mesures d'évaluation, de conseil et de coordination ainsi que pour les mesures de soins de base ne doit désormais plus être effectuée en coordination avec le médecin, mais par le personnel infirmier en coopération avec le patient ou ses proches ; le résultat de l'évaluation ne doit plus être transmis que «pour information» au médecin traitant (art. 8a, al. 1 let. a, OPAS). Via la réglementation proposée, l'exigence d'une confirmation médicale du volume de soins requis est supprimée tant pour les soins en EMS que pour les soins ambulatoires. La possibilité d'une prescription illimitée de prestations de soins est ainsi accordée au personnel infirmier. L'étendue, la fréquence et la durée de l'utilisation ne peuvent plus comme jusqu'ici être limitées par le médecin.

Dans sa prise de position du 23.3.2016 sur l'initiative parlementaire Accorder plus d'autonomie au personnel soignant (IP 11.418 Joder), le Conseil fédéral avait rejeté la prescription de prestations de soins sans contrôle médical par crainte d'une hausse des coûts et d'une augmentation du volume. Dans le commentaire sur la modification prévue, le DFI relève de plus concernant les soins ambulatoires que «Sous l'angle économique, ces fournisseurs de prestations sont incités à dispenser le plus de prestations possible, étant donné que les coûts à la charge de l'AOS (et les coûts pour les cantons, puisqu'ils doivent assumer le financement des frais résiduels) augmentent pour chaque heure consacrée à l'évaluation, aux conseils et à la coordination ainsi qu'aux soins de base» (p. 22). Le risque existe ainsi qu'en particulier les prestataires privés sans mandat de prestations des collectivités publiques encouragent le personnel infirmier à prescrire autant d'heures de soins que possible. Les personnes nécessitant des soins elles-mêmes ne s'opposent guère à des soins de base déterminés trop généreusement, qui sont après tout prescrits par le médecin, d'autant moins que la participation aux coûts à la charge du patient est limitée.

Dans ce contexte et compte tenu du souhait d'une reconnaissance accrue de la responsabilité des soins, nous proposons d'autoriser le personnel infirmier (comme le propose le DFI) à déterminer le besoin en soins, mais d'accorder au médecin traitant un droit de veto en cas d'évaluation inappropriée des soins requis. Cela conduira préventivement à ce que le besoin en soins soit d'emblée évalué de manière adéquate. Nous suggérons en conséquence de modifier l'art. 8a, al. 1 let. a, OPAS comme exposé ci-dessous.

Nous proposons de plus de remplacer la formulation «en collaboration avec le patient ou ses proches», parce que nous considérons le terme «collaboration» comme inopportun dans ce contexte :

«pour les prestations prévues à l'art. 7, al. 2, let. a et c : par un infirmier ou une infirmière (~~art. 49 OAMal) en collaboration~~ avec le *concours* du patient ou de ses proches ; le résultat est transmis, pour information, au médecin prescripteur. *Si le médecin traitant est de l'avis que le besoin en soins déterminé par le personnel infirmier n'est pas approprié, il en avise le personnel infirmier avec copie à l'assureur dans les cinq jours ouvrables après réception de l'information et détermine ensuite le besoin en soins en collaboration avec le personnel infirmier.*»

Art. 8a, al. 1, let. a et b, OPAS

Pour pouvoir évaluer les soins requis tel que prévu à l'art. 8a OPAS, le personnel infirmier devra remplir les mêmes exigences que le personnel infirmier exerçant à titre indépendant selon l'art. 49 de l'ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal), à savoir être titulaire du diplôme idoine et justifier de deux années d'exercice de l'activité.

Nous rejetons cette modification, considérant que l'exigence du diplôme visée à l'art. 49, let. a, OAMal est suffisante. Le DFI précise d'ailleurs dans son rapport explicatif que, «de par leur formation, les infirmiers et les infirmières diplômés (que ce soit ES ou Bachelor HES) sont compétents, notamment, pour poser de manière autonome un diagnostic infirmier, évaluer les besoins en soins et prendre les mesures qui s'imposent» (p. 20). Il convient donc de renoncer à l'exigence des deux années d'activité, qui pèserait avant tout sur les EMS et les organisa-



tions d'aide et de soins à domicile, ne les rendant pas attractives pour les infirmières et infirmiers fraîchement diplômés. Le contrôle des deux années d'expérience professionnelle engendrerait de plus différents problèmes d'exécution et une charge administrative disproportionnée.

Il est essentiel que l'évaluation des soins requis se fasse au moyen d'un instrument valide et que le personnel infirmier soit formé à l'utilisation de cet instrument. Étant donné que le DFI ne définit pas d'exigences contraignantes à cet égard, nous proposons un nouvel alinéa 6 à l'art. 8a OPAS.

«Le canton peut déterminer pour les fournisseurs de prestations exerçant sur son territoire les instruments admis pour l'évaluation des soins requis.»

Art. 8, al. 3, OPAS

Les personnes touchant une allocation de l'assurance-vieillesse et survivants, de l'assurance-invalidité ou de l'assurance-accident pour impotence grave ou moyenne bénéficient d'une prescription médicale de durée illimitée, qui doit être renouvelée en cas de révision de l'allocation. Aucune modification n'est prévue à ce sujet dans le cadre de la révision de l'OPAS.

Nous proposons d'étendre cette disposition judicieuse aux personnes bénéficiant d'une allocation pour impotence de degré faible, ces dernières étant également des patients longue durée qu'il convient de traiter de manière identique, en ce qui concerne les prescriptions.

Art. 8b, al. 2, 3, OPAS

Nous saluons fondamentalement les précisions portant sur l'évaluation des soins requis dans les EMS. Il nous semble particulièrement judicieux que chaque instrument soit, en vertu de l'art. 8b, al. 3, OPAS, contrôlé et étalonné sur la base d'études de temps représentatives réalisées en Suisse.

Afin de garantir que chaque instrument ne doive pas être révisé dans toute la Suisse, nous demandons de préciser comme suit l'art. 8b, al. 3, OPAS :

«Pour l'évaluation des soins requis dans les établissements médico-sociaux, l'instrument utilisé se base sur des études de temps réalisées en Suisse, représentatives pour l'ensemble des patients des établissements médico-sociaux, qui démontrent les prestations de soins effectives fournies. Les études de temps concernant un instrument sont réalisées dans les cantons où l'instrument en question est utilisé. La méthode utilisée par les études de temps est scientifiquement reconnue et adaptée pour distinguer les prestations de soins des autres prestations.»

Une période transitoire est en outre nécessaire pour la mise en œuvre de l'art. 8b, al. 3, OPAS, car l'on ne peut exiger que les études de temps correspondantes soient déjà disponibles au moment de l'entrée en vigueur. Nous proposons d'accorder une période transitoire de deux ans.

Art. 8b, al. 4, OPAS

Nous saluons cette précision sur les instruments d'évaluation des soins requis, mais sommes défavorables à ce qu'elle se rapporte uniquement aux EMS. Nous demandons que l'art. 8b, al. 4, OPAS soit déplacé à l'art. 8a et adapté comme suit :

«L'instrument utilisé ~~dans les établissements médico-sociaux~~ pour l'évaluation des soins requis permet de déterminer des données relatives aux indicateurs de qualité médicaux grâce à des données de routine (art. 59a, al. 1, let. f, LAMal).»

Art. 8c, al 1 et 2, OPAS

Les EMS sont désormais également concernés par l'obligation de convenir d'une procédure de contrôle et de conciliation avec les assureurs. Conformément à l'art. 25 a al.3 LAMal, «le



Conseil fédéral» règle la procédure d'évaluation des soins requis. La méthode concrète d'évaluation des soins requis devrait donc fondamentalement être fixée au niveau national. Une délégation aux partenaires tarifaires semble néanmoins possible. Vu que ces instruments doivent être développés, calibrés et utilisés dans toute la Suisse, nous considérons comme impératives des négociations nationales (al. 1) et une réglementation nationale en cas de litige (al.2). Sinon, la fixation devrait relever du Conseil fédéral sans délégation aux partenaires tarifaires.

Concrètement, nous proposons la modification suivante de l'art. 8c :

Al. 1 :

«Les fournisseurs de prestations au sens de l'art. 7, al. 1 et les assureurs *fixent la procédure d'évaluation des soins requis* et conviennent d'une procédure de contrôle et de conciliation *pour toute la Suisse.*»

Al. 2 :

~~«A défaut de convention, En l'absence d'accord, le gouvernement cantonal~~ *Conseil fédéral* fixe, après avoir entendu les parties ~~et les cantons~~, *la procédure d'évaluation des soins requis* et la procédure de contrôle et de conciliation.»

Art. 8c, al. 3, OPAS

Le rapport explicatif précise que l'al. 3 est censé «permettre un développement ordonné et efficace des systèmes». L'alinéa nous semble toutefois formulé de manière un peu trop vague. Nous proposons de le modifier comme suit :

«La procédure de contrôle sert à vérifier le bien-fondé *et à assurer le développement* des systèmes d'évaluation des soins requis et à contrôler l'adéquation et le caractère économique des prestations.»

Art. 8c, al. 4, OPAS

L'évaluation des soins requis peut être examinée par le médecin-conseil lorsque les fournisseurs de prestations visés à l'art. 7, al. 1, let. a et b, OPAS prévoient plus de 60 heures de soins par trimestre. Un tel examen est également possible lorsque les prévisions n'excèdent pas 60 heures.

Le projet 4.1 de la Stratégie nationale en matière de démences a démontré que les personnes atteintes de démence ont un besoin accru de soins par rapport aux personnes sans pathologie démentielle, une même prestation nécessitant plus de temps chez les premières. Nous proposons par conséquent que l'examen par le médecin-conseil ne soit prévu qu'à partir de 120 heures de soins par trimestre pour ces personnes, voire de supprimer toute notion de «limite » (c'est-à-dire le quota de 60 heures par trimestre), en conservant uniquement les examens par sondage.



En vous remerciant de bien vouloir tenir compte de nos remarques, nous restons à votre disposition pour tout renseignement complémentaire et vous prions d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de notre considération distinguée.

CONFÉRENCE SUISSE DES DIRECTRICES ET
DIRECTEURS CANTONAUX DE LA SANTÉ

Le président

Thomas Heiniger

Conseiller d'État

Le secrétaire central

Michael Jordi

En copie :

- Pascal Strupler, directeur de l'Office fédéral de la santé publique
- Doris Bianchi, collaboratrice personnelle du président de la Confédération Alain Berset
- Katharina Füglistner, conseillère spécialisée, Secrétariat général du DFI
- Directions cantonales de la santé

Secrétariat

Par Institut de droit de la santé
Université de Neuchâtel
Av. du 1^{er}-Mars 26
CH – 2000 Neuchâtel

Envoi par courriel

Office fédéral de la santé publique
Abteilung-leistungen@bag.admin.ch
gever@bag.admin.ch

Genève, le 26 octobre 2018

Prise de position de la Conférence latine des Affaires Sanitaires et Sociales au sujet de la modification de l'ordonnance du DFI sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie (neutralité des coûts et évaluation des soins requis)

Madame, Monsieur,

Vous trouverez ci-après la prise de position de la Conférence Latine des Affaires Sanitaires et Sociales dans le cadre de la procédure de consultation ouverte sur le projet de révision de l'ordonnance du DFI sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie (neutralité des coûts et évaluation des soins requis).

Neutralité des coûts concernant les contributions aux soins

Conformément aux dispositions transitoires de la modification de la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 13 juin 2008, le Département fédéral de l'intérieur (DFI) a vérifié si le nouveau régime de financement des soins, entré pleinement en vigueur au 1^{er} janvier 2014, avait été sans incidence sur les coûts à charge de l'assurance obligatoire des soins (AOS) et respectait donc le principe de neutralité des coûts.

Bien que nous comprenions la base légale sur laquelle s'appuie ce projet de modification de l'OPAS, nous regrettons qu'il soit à ce point déconnecté de la réalité de l'évolution du contexte médical, social et budgétaire des cantons. En effet, il nous semble tout à fait hors de propos de parler en 2018 de la neutralité des coûts en comparant les coûts générés en 2014, sur la base de tarifs élaborés en 2008, avec les coûts de 2010. Ne serait-ce qu'en raison de l'évolution de la conjoncture économique récente, les données issues des années précitées ne se prêtent pas à une révision des montants. A notre sens, les adaptations minimales des montants par minutes de soins définies à l'article 7a al. 3 OPAS ne répondent ainsi en rien aux préoccupations des cantons confrontés à des coûts de plus en plus importants, principalement en raison de la hausse des salaires, des prestations non facturables à l'assurance-maladie et du vieillissement de la population.

Ainsi, cette tentative de préserver une neutralité des coûts, qui repose sur des calculs contestables, ne règle pas la question de la répartition des coûts qui, avec quelques années de recul, apparaît désormais comme largement défavorable pour certains cantons en raison de leur obligation de financer les coûts résiduels.

Par ailleurs, l'amélioration des systèmes de santé passe par une augmentation des soins ambulatoires et une meilleure coordination des acteurs. Cela fait l'objet d'un large consensus et ressort notamment des discussions animées par votre département. La révision proposée passe à

côté de cet objectif en soutenant au contraire une diminution de l'engagement du système d'assurance sociale dans cette direction. Cela nous semble un contre-sens.

Au demeurant, la nouvelle pratique instaurée par les récents arrêts du Tribunal administratif fédéral (C-3322/2015 et C-1970/2015) dans le domaine de la prise en charge du matériel de soins n'a fait qu'ajouter à une problématique d'ores et déjà aigue. Ces arrêts créent en outre une situation chaotique sur l'ensemble du pays avec un risque fort de laisser des assurés sociaux dans de réelles difficultés d'accès au remboursement des soins nécessaires à domicile. La solution passe précisément par une révision de l'OPAS. Or votre projet est muet sur ce thème. Il est dès lors difficile de comprendre pourquoi votre projet s'attache à régler un problème qui n'apparaît pas comme tel à la majorité des acteurs et renonce à agir dans ce qui est une nette détérioration récente de l'assurance sociale. Nous demandons donc qu'au 1^{er} janvier 2019, les contributions fixées dans l'art. 7a al. 3 soient augmentées et que les infirmiers indépendants ainsi que les organisations d'aide et de soins à domicile puissent facturer tout le matériel de soins, ceci afin d'éviter un nouveau transfert de charges vers les cantons.

Au vu de ce qui précède, notre Conférence considère que la modification de l'article 7a al. 3 OPAS proposée est insuffisante. La revalorisation des tarifs des soins de longue durée dans les établissements médico-sociaux (EMS) est à saluer mais nous contestons les bases de calcul présentées. Une telle modification devrait, à tout le moins, prendre en considération les éléments suivants :

- La répartition des charges entre les assureurs-maladie devrait être revue à la lumière du coût réel à la charge des cantons via le financement résiduel, plutôt que de continuer à préserver la neutralité des coûts à la charge des assureurs.
- Pour les cantons dans lesquels le coût de la vie est plus élevé que la moyenne suisse, il est extrêmement désavantageux de prendre comme base de calculs les évolutions nationales. Alors que les primes de l'assurance de base et les tarifs des soins ambulatoires et stationnaires sont différenciés par canton pour prendre en compte les disparités salariales, il est injuste que les contributions des assureurs-maladie soient fixées à l'échelon national et ne soient pas adaptées régulièrement, laissant ainsi à la charge des cantons, au prétexte du financement résiduel, toute évolution des coûts.
- L'échelle des besoins en soins définie à l'article 7a al. 3 OPAS comporte douze classes, la plus élevée plafonnant la contribution des assureurs-maladie pour tous les résidents d'établissements médico-sociaux (EMS) à 220 minutes de soins par jour. Pourtant, un pourcentage non négligeable des résidents d'EMS appartenant à cette catégorie requièrent un nombre moyen de minutes de soins quotidien qui dépasse 250. Il est donc primordial que cette échelle soit adaptée en y ajoutant plusieurs classes supplémentaires, afin que les cas particulièrement lourds, qui deviennent plus fréquents, soient rémunérés au plus près de leur coût réel.
- Une révision régulière des contributions en fonction de l'évolution des coûts dans le domaine des soins doit impérativement être effectuée à un rythme plus soutenu qu'actuellement. La revalorisation devrait prendre en compte l'évolution la plus récente des coûts : à nouveau il n'est pas acceptable que les montants de 2019 soient révisés sur la base de l'évolution observée entre 2010 et 2014, les résultats produits par cette méthodologie étant inévitablement tronqués.

Le projet de modification de l'ordonnance propose également une révision des montants pris en charge par l'assurance-maladie pour les prestations fournies par les infirmiers et infirmières indépendants, ainsi que les organisations de soins et d'aide à domicile (art. 7b al. 1 OPAS). Sur la base des calculs effectués par l'OFSP, une baisse des montants à charge de l'assurance est proposée.

Cependant, en plus de souffrir des mêmes défauts que dans le cas des EMS, à savoir une répartition inéquitable entre le canton et les assureurs et la non prise en compte des disparités cantonales, les calculs de la neutralité des coûts se fondent sur des données qui sont, de l'aveu même de l'OFSP, incomplètes.

La baisse des montants prévue à l'art. 7b al. 1 OPAS provoquera une augmentation du financement résiduel et pénalisera injustement les cantons qui ont fait du maintien à domicile une politique active, ceci afin de préserver le bien-être des personnes âgées. Pour les raisons évoquées plus haut, la politique de maintien à domicile, d'amélioration de la coordination des acteurs de la santé et de promotion des soins ambulatoires passe par un meilleur financement des soins à domicile. Votre projet propose le contraire. Pour toutes ces raisons, nous nous opposons fermement à la baisse proposée dans le projet de modification.

Evaluation des soins requis

Dans l'ensemble, nous estimons que les modifications relatives à la prescription médicale, l'évaluation des soins requis et les exigences minimales à l'égard des systèmes d'évaluation des soins sont utiles. Nous nous opposons toutefois à la teneur de l'art. 8a al. 1 let. a et b OPAS, visant à faire correspondre les exigences du personnel infirmier chargé d'effectuer l'évaluation des besoins avec celles posées par l'art. 49 al. 1 OAMal.

En effet, il nous semble inutilement restrictif d'exiger deux années d'activité (art. 49 al. 1 let. b OAMal) en plus du diplôme d'infirmier ou d'infirmière (art. 49 al. 1 let. a OAMal). Par conséquent, nous proposons de limiter la référence à l'art. 49 al. 1 OAMal en précisant que les deux années d'expérience ne sont pas exigées.

De plus, l'augmentation proposée de la fréquence des évaluations des soins requis ne nous semble pas pertinente. Elle ajoute non seulement des lourdeurs administratives pour les assurances et pour les entités qui prennent en charge des résidents mais aussi demande des adaptations techniques coûteuses des outils d'évaluation, alors que ces outils offrent déjà, à satisfaction, la possibilité d'évaluer des résidents aussi souvent que le nécessite la péjoration de leur état de santé.

Par ailleurs, l'OFSP a déjà reçu par pli distinct la détermination de la Commission technique Plaisir que la CLASS fait également sienne.

En vous remerciant de l'attention que vous porterez à la présente, nous vous prions de croire, Madame, Monsieur, à nos salutations les meilleures.

Conférence Latine des Affaires Sanitaires et Sociales



Mauro Poggia
Président

Per Mail an: abteilung-leistung@bag.admin.ch
gever@bag.admin.ch

Bern, 30. Oktober 2018 sgv-Gf/nr

Vernehmlassungsantwort

Änderung der Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)

Sehr geehrte Damen und Herren

Mit Schreiben vom 4. Juli 2018 hat uns Bundespräsident Alain Berset als Vorsteher des Eidgenössischen Departements des Innern EDI eingeladen, zu einer Änderung der Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung 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 230 Verbände und gegen 500'000 Unternehmen, was einem Anteil von 99.8 Prozent aller Unternehmen in unserem Land entspricht. 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.

1. Grundsätzliche Bemerkungen

Der Verordnungsentwurf sieht vor, die Beiträge in der ambulanten Pflege trotz steigenden Löhnen und damit steigenden Kosten zu senken. Im Gegenzug sollen die Beiträge in der stationären Pflege erhöht werden. Diesen Ansatz lehnt der sgv ab. Nach unserem Dafürhalten muss aus Kostenüberlegungen ein möglichst grosser Teil der Pflege ambulant erbracht werden. Mit den vorgeschlagenen Beitragsanpassungen würde aber genau das Gegenteil erreicht. Es würden Anreize geschaffen, um die stationäre Pflege gegenüber der ambulanten zu stärken. Dieses Ansinnen weist der sgv zurück.

Zwei Entscheide des Bundesverwaltungsgerichts vom vergangenen Herbst bezüglich der Entschädigung der Materialien haben für gehörige Irritationen und Verunsicherungen in der Pflegebranche gesorgt. Die ganze MiGeL-Problematik sollte rasch geklärt werden. Aus Sicht des sgv sollte dies im Rahmen der vorliegenden Verordnungsrevision erfolgen. Wir beantragen daher, diesen Punkt zusätzlich aufzunehmen und Regelungen für eine gerechte Entschädigung dieser Leistungen zu treffen.

Im Rahmen des Verordnungsentwurfs werden keine Aussagen über die Auswirkungen auf die Restfinanzierung durch die Kantone und Gemeinden gemacht. Gemäss Auskunft von kantonalen Gewerbeverbänden gibt es hier etliche ungelöste Probleme. Wir ersuchen das EDI, diese Fragestellungen vor der definitiven Verabschiedung der Verordnung zufriedenstellend zu klären.

2. Bemerkungen zu einzelnen Verordnungsbestimmungen

Art. 7a Abs. 1 Beiträge

Aus Sicht des sgv sind die beantragten Beitragssenkungen kritisch zu würdigen. Den tieferen Beiträgen stehen steigende Kosten und Löhne gegenüber, was aus ökonomischer Sicht nicht aufgehen kann. Zudem befürchten wir, dass die Zielsetzung «ambulant vor stationär» mit den vorgeschlagenen Beitragssenkungen unterlaufen wird, was letztendlich die Gesamtkosten zulasten der OKP erhöhen könnte. Wir haben auch Zweifel, ob das zugrunde liegende statistische Datenmaterial für die vorgeschlagene Korrektur verlässlich genug ist.

Art. 8 Abs. 2 Ärztlicher Auftrag, ärztliche Anordnung, Bedarfsabklärung

Die vorgeschlagene Verlängerung der Dauer der ärztlichen Anordnung begrüssen wir. Zwecks zusätzlicher administrativer Entlastung sind wir allerdings der Meinung, dass man zumindest für die Anordnungen gemäss Bst. a und b eine einheitliche Dauer vorsehen sollte (idealerweise zwölf Monate). Die vorgeschlagenen zwei Wochen gemäss Bst. c erachten wir als zu kurz. Hier sollte mindestens eine Verdoppelung auf einen Monat erfolgen.

Art. 8a Bedarfsermittlung

Wir treten dafür ein, dass in Abs. 1 auf den Verweis auf Art. 49 KVV verzichtet wird und dass die Kompetenz stattdessen an diplomierte Pflegefachfrauen bzw. diplomierte Pflegefachmänner erteilt wird.

Gemäss Abs. 3 des Verordnungsentwurfs soll ein einheitliches Formular zur Bedarfsermittlung zur Anwendung kommen. Diese Vereinheitlichung geht uns zu weit. Wir treten dafür ein, dass der Bedarf «bloss» pro Leistungserbringertyp einheitlich nach fachspezifischen Kriterien erhoben wird.

Inkrafttreten

Eine unterjährige Inkraftsetzung führt meist zu Abgrenzungsproblemen und zu einem nicht unerheblichen administrativen Mehraufwand. Wir treten daher dafür ein, die revidierte Verordnung erst per Anfang 2020 in Kraft zu setzen.

Für die Berücksichtigung unserer Stellungnahme danken wir Ihnen bestens.

Freundliche Grüsse

Schweizerischer Gewerbeverband sgv



Hans-Ulrich Bigler
Direktor, Nationalrat



Kurt Gfeller
Vizedirektor



Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Gesundheit BAG
3003 Bern

Per Mail:
abteilung-leistung@bag.admin.ch
gever@bag.admin.ch

Bern, 23. Oktober 2018

Krankenpflegeversicherung (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung) Vernehmlassung

Sehr geehrter Herr Bundespräsident
Sehr geehrte Damen und Herren

Wir danken Ihnen bestens für die Gelegenheit, zur Anpassung der Verordnung über Leistungen der Krankenpflegeversicherung (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung) Stellung nehmen zu können. Der Schweizerische Städteverband vertritt die Städte, städtischen Gemeinden und Agglomerationen in der Schweiz und damit gut drei Viertel der Schweizer Bevölkerung.

Die vorliegende Verordnungsänderung sieht eine Anpassung der Beiträge der Krankenversicherer (OKP) an die Pflegeleistungen vor, wobei die Beiträge für die Heime erhöht und die Beiträge für die Pflege zu Hause (Spitex) gesenkt würden. (Änderungen in Art. 7a KLV) Neuerungen sind zudem bei der Bedarfsermittlung in der Pflege geplant, etwa durch einen Ausbau der Kompetenzen des Pflegepersonals. (Änderungen in Art. 8 KLV)
Mit der Überprüfung der Tarife in Art. 7a KLV wird ein Auftrag erfüllt, der mit der Neuordnung der Pflegefinanzierung festgelegt worden war, damals war auch das Ziel der Kostenneutralität bestimmt worden.

Allgemeine Einschätzung

Der Städteverband lehnt die Anpassung der Beiträge der OKP, die in Art. 7a KLV vorgesehen sind, ab, wobei wir insbesondere die Senkung der Beiträge an die Spitex kritisieren. Aus unserer Sicht sind die Krankenkassen generell stärker in die Finanzierung der Pflege einzubinden.

Die vorgesehenen Tarifänderungen laufen dem Ziel der Stärkung der Pflege zu Hause anstelle von Heimeinweisungen zuwider (u.a. Ziel: ambulant vor stationär), was Kantone, Städte und Gemeinden teurer zu stehen kommt und auch nicht den Präferenzen der Bevölkerung entspricht. Die Stärkung der ambulanten Pflege lohnt sich auch, weil damit die Angehörigen in die Pflege involviert werden können,



was stationär nur bedingt möglich ist. Dies entlastet Krankenversicherer und Restfinanzierer. Das Abweichen von der Strategie «ambulant vor stationär» ist politisch nicht sinnvoll. Zudem verschärft eine weitere Entlastung der Krankenkassen im Bereich der Pflege die Problematik der Kostenteilung und Restfinanzierung, auf die der Städteverband schon mehrfach hingewiesen hat. Das Kostenwachstum im Bereich der Pflege ging in den letzten Jahren voll zu Lasten des Restfinanzierers (Kantone und Gemeinden), weil der Bundesrat auf eine Anpassung der OKP-Beiträge verzichtete.

Wir fordern eine sachgemässe Einbindung der OKP in die Pflegekosten, etwa indem ihre Beiträge regelmässig an das gesamte Kostenwachstum bei der Pflege angepasst werden. Eine solche Anpassung hätte bereits im Kontext der hier vorgeschlagenen Verordnungsänderung geprüft werden können, auch wenn der Bericht zum Postulat 16.3352 SGK-N «Gleichmässige Finanzierung der Kostensteigerung bei den Pflegeleistungen durch alle Kostenträger» noch aussteht.

Gleichenfalls wie die hier diskutierte Verordnungsänderung präsentierte der Bundesrat den gesamten Evaluationsbericht zur Neuordnung der Pflegefinanzierung. Zu diesem Bericht wird bedauernswerterweise keine separate Konsultation durchgeführt. Wir erlauben uns deshalb hier einige Bemerkungen dazu, weil die Einschätzung der Gesamtevaluation auch für die Bewertung dieser Verordnungsänderung von Bedeutung ist.

Mit der Fokussierung auf die Frage der Kostenneutralität und die lediglich unmittelbaren Folgen der Gesetzgebung verpasst es die Evaluation zur Pflegefinanzierung, grundsätzliche Entwicklungen im Bereich der Pflege vertieft zu diskutieren und daraus den Handlungsbedarf zu ermitteln. Aus Sicht der Städte und Gemeinden ist die Schlussfolgerung des EDI, dass bei der Pflegefinanzierung kein regulatorischer Handlungsbedarf besteht, insbesondere aufgrund der spürbaren Kostenentwicklung ausgesprochen kurzsichtig.¹ Auch der dortige Verweis auf den Bericht «Bestandesaufnahme und Perspektiven im Bereich der Langzeitpflege» vom Mai 2016 kann nicht darüber hinwegtäuschen, dass der Bund künftig eine deutlich aktivere Rolle spielen muss, um Strategien zur Bewältigung der Pflegekosten zu entwickeln und zu implementieren. Die diesbezügliche Arbeit ist mit der Publikation des Berichtes zuhanden des Parlamentes und der Kantone nicht getan.

Zu den Neuerungen bei der Bedarfsermittlung in der Pflege (Art. 8 KLV) haben wir nur geringfügige Anmerkungen und verweisen grundsätzlich auf die Einschätzung der kantonalen Gesundheitsdirektoren GDK. Wir teilen deren Anliegen, dass Prozesse vorzusehen sind, die verhindern, dass es zu einer unsachgemässen Mengenausweitung in der Pflege kommt, weil zu viele Leistungen verschrieben werden.

Konkrete Anliegen und Erläuterungen

Zur Kostenneutralität der Pflegebeiträge

- Der erläuternde Bericht nennt verschiedene methodische Schwierigkeiten, unter anderem zur Verfügbarkeit von Daten, die eine Überwachung der Kostenentwicklung im Nachgang an die Neuordnung der Pflegefinanzierung erschweren. Trotzdem kommen die Autoren zum Schluss, dass die

¹ Stellungnahme des Eidgenössischen Departements des Innern (EDI) zur Evaluation der Neuordnung der Pflegefinanzierung vom 4. Juli 2018, S. 4.



gemachten Beobachtungen ausreichen, um die Tarife anzupassen und die Spitex-Beiträge der OKP zu senken.

Wir teilen hier die Befürchtungen der Spitex-Verbände, die anmerken, dass grundlegende Veränderungen im Gesundheitssystem durch die früheren Entlassungen aus dem Spital als Folge der Fallpauschale DRG zu wenig gewichtet worden sind. Die politisch erwünschten Anpassungen mittels DRG bedeuten unter anderem eine Zunahme der Komplexität der Pflege. Auch die GDK merkt an, dass die Leistungsstruktur bei der Spitex sich grundsätzlich verändert hat, was der vorliegende Bericht nur ungenügend berücksichtigt.

Bevor die OKP-Beiträge für die Pflege zuhause angepasst würden, müssten also vertiefte Abklärungen stattfinden, zumal die vorgesehenen Tarifanpassungen nun offensichtlich der politischen Zielsetzung entgegenlaufen. (Siehe oben.)

- Der erläuternde Bericht behandelt umfangreich auch die Nebenleistungen und Materialkosten der MiGeL (Kapitel 3.1.2.). Es ist aus Sicht der Städte und Gemeinden zentral, dass die seit den Urteilen des Bundesverwaltungsgerichtes entstandenen Probleme im Bereich der MiGeL bereits mit dieser Verordnungsanpassung behoben werden. So schlagen beispielsweise auch die Kantone vor, die KLV schon jetzt so anzupassen, dass Pflegematerialien der OKP in Rechnung gestellt werden können.
- Eine System- und Tarifanpassung im Verlaufe des Jahres erachten wir nicht als sinnvoll, da dies grosse administrative Aufwände verursacht. Allfällige Einführungsstermine sollten auf den Jahresbeginn gelegt werden.

Zur Bedarfsermittlung in der Pflege

- Es ist grundsätzlich richtig, die Strukturen zur Anordnung von Pflegeleistungen zu vereinfachen und dem Pflegepersonal diesbezüglich auch grössere Verantwortung zuzuteilen. Wir verweisen in diesem Zusammenhang aber auf die von der GDK vorgeschlagenen Prüfmechanismen und ihre Anmerkungen zu den Ausbildungsgängen (Berufserfahrung).

Anträge

Wir beantragen deshalb:

- **Auf die Senkung der Beiträge für die Pflege zuhause ist zu verzichten. (Art. 7a KLV)**
- **Die OKP ist generell stärker in die Finanzierung der Pflegeleistungen einzubinden, Ihre Beiträge sollten mindestens alle drei Jahre an die Kostenentwicklung angepasst werden. Die notwendigen Rechtsanpassungen für eine solche Systemänderung sind im Rahmen dieser Verordnung oder andernorts vorzusehen.**
- **Die MiGeL-Kosten dürfen künftig nicht alleine durch die Restfinanzierer getragen werden. Die Behebung dieser Problematik ist dringlich und deshalb in diese Verordnungsanpassung zu integrieren. Allfällige weitere Rechtsanpassungen sind vorzusehen.**



- **Die Planung von Massnahmen aus dem Bericht «Bestandesaufnahme und Perspektiven im Bereich der Langzeitpflege» vom Mai 2016 ist seitens des Bundes zu beschleunigen.**

Wir danken Ihnen für die Berücksichtigung unserer Anliegen.

Freundliche Grüsse

Schweizerischer Städteverband

Präsident

Kurt Fluri, Nationalrat
Stadtpräsident Solothurn

Direktorin

Renate Amstutz

Kopie Schweizerischer Gemeindeverband

Modification de l'ordonnance du DFI sur les prestations de l'assurance des soins en cas de maladie (OPAS) (neutralité des coûts, évaluation des soins requis)
Procédure de consultation du 4 juillet au 26 octobre 2018

Prise de position

Nom / entreprise / organisation / canton : Association Fribourgeoise Aide et soins à domicile

Abréviation de l'entr. / org. : AFAS

Adresse : Rte St-Nicolas-de-Flüe 2, 1700 Fribourg

Personne de référence : Thierry Müller, secrétaire général

Téléphone : 026 321 56 83

Courriel : thierry.mueller@aide-soins-fribourg.ch

Date : 23.10.2018

Informations importantes :

1. Veuillez n'effectuer aucun changement dans le format du formulaire.
2. Si vous souhaitez supprimer certains tableaux dans le formulaire, vous avez la possibilité d'ôter la protection du texte sous « Outils/Oter la protection ».
3. Veuillez envoyer votre prise de position par voie électronique **avant le 26 octobre 2018** aux adresses suivantes : abteilung-leistung@bag.admin.ch
gever@bag.admin.ch

Ordonnance du DFI sur les prestations de l'assurance des soins en cas de maladie (OPAS)

Nom / entreprise (prière d'utiliser l'abréviation indiquée à la première page)	Remarques générales
AFAS	Nous remercions de nous avoir donné cette possibilité de prendre position au sujet de la consultation susmentionnée. L'AFAS refuse catégoriquement la baisse proposée des contributions de l'AOS aux soins ambulatoires de 3,6 %. Elle demande au contraire une augmentation substantielle et indispensable de ces contributions pour les raisons suivantes: - La base de données utilisée pour le calcul est insuffisante. Selon des experts, la statistique de l'aide et de soins à domicile ne permet pas de faire des comparaisons correspondantes avant et après 2010. De nombreux arguments sont impossibles à comprendre – par exemple dans le domaine de l'évolution salariale ou du matériel de soins. - L'hypothèse centrale selon laquelle les prestations de soins ambulatoires seraient restées constantes entre 2010 et 2014 est erronée. Le système de forfaits par cas DRG a été introduit durant cette période, ce qui a débouché sur des situations de soins plus complexes et, aussi en particulier, sur une augmentation des prestations rémunérées de manière plus élevée (mesures de clarification, conseils et coordination, mesures d'examen et de traitement). Durant cette même période, le principe «l'ambulatoire avant le stationnaire» a été poursuivi de manière conséquente. Dans ce contexte, des prestations spécialisées ont été introduites dans le domaine des soins ambulatoires – aussi en concordance avec les différences stratégies nationales de la santé – par exemple dans le domaine des soins aux personnes atteintes de démence, des soins palliatifs, des soins en psychiatrie, des services durant le week-end et la nuit. Ces prestations sont plus coûteuses que des prestations de soins «habituelles et simples». - L'Aide et soins à domicile a renforcé sa position de devenir un acteur essentiel et coordonné du système de soins. - Durant la période de temps concernée, l'assurance obligatoire des soins (AOS) a bénéficié de décharges par rapport aux autres payeurs: dans de nombreux cantons, cela s'est produit en particulier à la charge des patients. - En raison de la réglementation insuffisante du financement résiduel, des décisions motivées par des impératifs de politique financière ont également été prises dans des cantons et des communes au détriment des organisations d'aide et de soins à domicile. Il est urgent de définir tout ce qui doit être contenu dans les contributions et le financement résiduel ou ce qui est remboursé séparément – par ex. le temps de déplacement, le matériel de soins. Sinon la protection financière des organisations d'aide et de soins à domicile n'est pas garantie à long terme, ce qui, au final, pénalisera les patients et l'ensemble du système de soins. De plus, les répercussions des arrêts du Tribunal administratif fédéral de 2017 occasionnent un énorme chaos dans l'utilisation et la facturation du matériel de soins. Cette décision ne peut pas être appliquée de la sorte dans la pratique et des solutions claires et pérennes doivent être trouvées de toute urgence. L'AFAS demande la légalisation à partir du 1^{er} janvier 2019 de la pratique actuelle, qui fonctionne bien, concernant la facturation du matériel de soins (voir ci-dessous les remarques détaillées relatives au chapitre 3.1.2). L'AFAS salue la volonté du Conseil fédéral de réduire les charges administratives et d'accorder une meilleure reconnaissance aux soins. Toutefois, les mesures proposées à ce sujet s'avèrent éloignées de la pratique et n'ont pas été mûrement réfléchies. L'AFAS propose pour cette raison différents changements qui permettront une mise en œuvre plus judicieuse.

Avec l'ouverture de cette consultation, le Conseil fédéral a également publié le rapport d'évaluation externe et exhaustif d'INFRAS sur le nouveau régime du financement des soins. Pour l'AFAS, il est incompréhensible que le présent projet de modification de l'OPAS ne mentionne jamais ce rapport et n'intègre pas ses conclusions. De même, les hypothèses sur lesquelles se base le présent projet soumis à consultation nous sont absolument incompréhensibles. Le rapport d'évaluation d'INFRAS fait très bien ressortir les différentes lacunes du nouveau régime de financement des soins. Nous considérons que les conclusions tirées du rapport d'évaluation d'INFRAS sont inadéquates. A notre avis, une occasion de procéder à des améliorations du financement des soins a ainsi été ratée.

Avant de passer aux remarques et propositions de modification concernant les différents articles spécifiques de l'OPAS, nous souhaitons approfondir certains points du rapport de consultation :

Remarques générales sur le rapport de consultation

Le rapport et les dispositions proposées ne semblent pas harmonisés. Le rapport est écrit de manière compliquée et lacunaire, partant il est difficile à lire. Quelques exemples:

- page 13, 3.1.2, Prestations annexes et prestations d'autres assureurs sociaux: Dans ce chapitre, il n'existe pas un mot sur les prestations d'autres assureurs sociaux.
- page 15, 3.1.6, Graphiques 2 et 3: Ces deux graphiques portent un titre erroné en se référant à la répartition de l'intensité des soins. Ils représentent au contraire la répartition des différentes catégories de prestations de soins.
- page 16, 3.2, Calcul du facteur de correction des contributions aux soins: Des «jours de soins» et des «prestations brutes» sont mentionnés dans la formule de calcul. Or, ces termes ne jouent aucun rôle dans les soins ambulatoires. Il faudrait se baser sur des «heures de soins» et des «recettes».
- page 21, 1.3 Durée de la prescription médicale – propositions d'adaptation: Les propositions d'adaptation ne sont pas décrites.

Remarques détaillées sur la partie du rapport portant sur la neutralité des coûts concernant les contributions aux soins

Légitimation de la neutralité des coûts (1.1)

L'AFAS considère qu'il manque les bases pour montrer que la réglementation n'a pas pu être respectée la première année suivant l'entrée en vigueur de la modification de la loi. Concernant l'atteinte de l'objectif principal de nouveau régime de financement des soins, l'évaluation déclare (**surlignage par l'AFAS**) : « *Il a été possible, de manière absolue, d'éviter une charge financière supplémentaire de l'AOS par des contributions fixes aux prestations de soins qui sont déterminées par le nouveau régime de financement des soins.* » L'AFAS rappelle que même des assureurs ont déclaré dans le cadre de l'évaluation du financement des soins que l'AOS avait été allégée.

Bases statistiques (3.1)

Nous nous référons à une problématique dans la statistique de l'aide et des soins à domicile qui est décrite de la manière suivante dans le rapport d'évaluation d'INFRAS, à la page 57 (**surlignage par l'AFAS**) : « En raison de cette rupture dans les données de la statistique de l'aide et des soins à domicile, **il est impossible de faire une comparaison directe du coût total avant et après 2010. Avec les données à disposition, il n'est pas possible de faire une estimation de l'ordre de grandeur de la distorsion des données.** » C'est la raison pour laquelle nous considérons que la statistique de l'aide et des soins à domicile ne peut pas être utilisée pour faire une comparaison de la situation avant et après 2010.

Etablissements médico-sociaux (2)

L'AFAS ne se prononce pas sur les explications et calculs concernant le domaine des établissements médico-sociaux. Nous approuvons toutefois une augmentation des contributions de l'AOS dans ce domaine (voir aussi la prise de position de la CI Financement des soins [\[Link\]](#)).

Prestations annexes (3.1.2)

Le chapitre 3.1.2 s'articule de manière significative aussi autour de la prise en charge des coûts du matériel de soins. Comme déjà mentionné plusieurs fois lors d'entretiens avec l'OFSP – et également reconnu par celui-ci – les coûts pour le matériel de soins ne sont pas, voire pas suffisamment pris en considération dans le calcul relatif au nouveau régime de financement des soins. En outre, le matériel utilisé depuis l'introduction du nouveau régime de financement des soins s'est développé et a renchéri de manière correspondante. Ainsi, par exemple des pansements modernes (et plus chers), utilisés pour des soins de plaie, ont une durée d'utilisation plus longue, et nécessitent par conséquent moins de prestations de soins effectuées par une infirmière ou un infirmier. L'AFAS considère que, rien que pour ces raisons, les contributions de l'AOS devraient être augmentées de manière substantielle.

Même si l'on supposait que le calcul avait été fait correctement en 2011, cette argumentation dans le rapport (page 13 et suivantes) ne tient pas la route : il est constaté qu'au cours des dernières années, les organisations d'aide et de soins à domicile ont de plus en plus externalisé, pour des raisons d'efficacité, la gestion du matériel auprès de tiers (pharmaciens, médecins, fournisseurs de matériel). L'office compétent en conclut que les contributions de l'OPAS sont donc trop élevées (et par conséquent devraient en fait être réduites encore plus fortement), sans prendre en considération les deux arrêts du Tribunal administratif fédéral (TAF) de 2017 qui stipulent que le matériel utilisé dans le cadre des soins ne doit pas être facturé séparément.

Il est bien connu que ces deux arrêts du TAF créent de gros problèmes et occasionnent des frais administratifs supplémentaires. Ils débouchent sur le fait que, pour le moment, les organisations d'aide et de soins à domicile doivent assumer l'intégralité des coûts pour ce matériel jusqu'à ce qu'une solution soit trouvée avec les responsables du financement résiduel. L'AOS continuera de verser une contribution. Toutefois, nous renvoyons principalement à notre première objection: le matériel n'a pas été suffisamment pris en considération dans le nouveau régime de financement.

En outre, nous rappelons que particulièrement dans ce chapitre, les bases et les preuves sont extrêmement lacunaires. Les formulations comme «devrait tenir compte», «il est possible que», «On peut par exemple se demander pourquoi», «devraient également avoir facturés», «on peut en tous cas supposer», «Il n'est pas possible de chiffrer à combien s'élève», «on peut supposer que», «devraient être un peu trop élevées» se trouvent sur les ¾ de pages seulement de ce chapitre.

L'AFAS demande en outre de modifier l'OPAS au 1er janvier 2019 afin que les fournisseurs de prestations de soins puissent facturer à l'AOS le matériel de soins selon l'article 7, alinéa 1 de l'OPAS, par exemple par un changement de l'art. 20 de l'OAMAL. Il faut renoncer à séparer le matériel entre celui qui est utilisé par la personne elle-même ou celui qui est utilisé par une infirmière. Cela permettra de légaliser la pratique qui a fonctionné durant ces dernières années. En raison des coûts très différents engendrés en fonction de la prestation de soins, une prise en compte forfaitaire n'est pas judicieuse dans les contributions de l'AOS pour les soins ambulatoires. Les prestations impliquant beaucoup de matériel (par ex. les soins de plaie) ne seraient pas rémunérées de manière suffisamment élevée. Par conséquent, le matériel de soins doit pouvoir être facturé séparément (et pas un paiement par forfait).

Proposition subsidiaire: s'il n'est pas possible de procéder directement à une modification de l'OAMAL, une modification doit se faire le plus rapidement possible dans le droit supérieur.

Soins aigus et de transition (3.1.3)

Sur ce point, nous demandons une analyse minutieuse du rapport d'évaluation d'INFRAS. Celui-ci montre que la configuration actuelle des soins aigus et de transition ne suffit pas.

L'hypothèse selon laquelle davantage de prestations ont été effectuées dans les soins à causer des soins aigus et de transition ne peut pas se confirmer avec la statistique de l'aide et des soins à domicile et nous rejetons fermement cette suggestion que le total des heures augmente (sans justification) à cause d'eux. Les soins aigus et de transition se basent sur une ordonnance prescrite par un médecin hospitalier et, par conséquent, ne peuvent pas être augmentés arbitrairement.

Evolution de la structure des prestations selon le type de traitement (3.1.6)

Il nous est impossible de comprendre comment l'on est arrivé à l'hypothèse que la structure de prestations par type de traitement est restée constante entre 2010 et 2014 (comme déjà susmentionné, le terme «intensité de soins» est erroné). Au cours des années passées, avec l'introduction des DRG dans les hôpitaux et avec la mise en œuvre du principe «l'ambulatoire avant le stationnaire», des cas de plus en plus complexes ont été pris en charge par les soins ambulatoires. De même, le taux des prestations A et B a augmenté en conséquent dans les soins palliatifs, les soins en oncologie, les soins psychiatriques et dans d'autres prestations de soins spécialisées. Cela est même mentionné dans ce sens dans plusieurs rapports de l'OFSP (voir par exemple le rapport «Rémunération des prestations dans le cadre des soins coordonnés», 2018). Logiquement, en contrepartie, les prestations C reculent proportionnellement. Le graphique 2 et le graphique 3 à la page 15 l'indiquent très clairement – toutefois, dans le document mis en consultation, on arrive à la conclusion à partir de ces chiffres que ceux-ci sont «relativement constants». Plus souvent toutefois, ces transferts (voulus) dans le mélange de prestation expliquent aussi de manière essentielle le renchérissement du taux-horaire.

Salaires et renchérissement général (3.1.7)

Au cours des dernières années, les salaires dans le domaine des soins ont augmenté. Le besoin en personnel formé, les interventions de nuit et durant le week-end, les spécialisations ont débouché sur des augmentations de salaire. Dans ce sens, nous considérons qu'il est faut prendre en compte les salaires comme un facteur de coûts essentiel et refusons l'argumentation de ne pas les prendre en considération.

Calcul du facteur de correction des contributions aux soins (3.2)

L'objectif de la correction des coûts est de garantir que durant l'année de transition 2010/2011, l'introduction des contributions selon l'OPAS s'est faite pour l'AOS en respectant le principe de la neutralité des coûts. Il est problématique de comparer les chiffres de 2010 à 2014. Il est déjà expliqué dans le rapport d'évaluation d'INFRAS que la rupture concernant les données dans la statistique de l'aide et des soins à domicile ne permet pas de faire une comparaison directe des coûts globaux avant et après 2010 (voir également ci-dessus).

Le rapport d'INFRA mentionne à différents endroits (voir chapitre 3.1.1) que la cohérence des données à disposition laisse à désirer pour plusieurs raisons. Il constate ainsi que les revenus de prestations selon OPAS 7 ont été saisis sous différentes rubriques, que les organisations à but lucratif n'ont été saisies dans la statistique qu'à partir de 2010 (et pas encore toutes) et que les infirmières et infirmiers indépendants de Zurich et de Genève n'étaient pas encore inclus dans la statistique en 2010, etc. Pour l'AFAS, la question fondamentale est de savoir si, compte tenu du manque de données tangibles, il est vraiment possible d'examiner de manière si détaillée la neutralité des coûts à l'introduction en 2011, comme le suggère la formule proposée et son résultat de 3,6 pourcents.

L'AFAS considère que les conclusions et la réduction des contributions à partir d'une base de données peu tangible sont arbitraires et manquent de sérieux.

Dans la perspective de l'AFAS, il faut absolument augmenter les contributions aux soins. Différents facteurs indiquent qu'après presque quinze ans, la base de calcul doit être retravaillée de toute urgence:

- La base de données de 2004 n'a pas suffisamment tenu compte de différents facteurs. Par exemple les coûts du matériel de soins ou les temps de déplacement.
- Depuis l'introduction du nouveau régime de financement des soins, la demande en prestations de soins ambulatoires a fortement augmenté en raison de la stratégie des cantons « l'ambulatoire avant le stationnaire » et de l'évolution sociale (plus de ménage avec une seule personne, individualité, etc.).

- En parallèle, le besoin en offre de soins spécialisés a continué d'augmenter fortement: actuellement, les soins palliatifs, les soins aux personnes atteintes de démence, les soins psychiatriques, les soins en oncologie, les soins pédiatriques font partie en de nombreux endroits de l'offre d'une organisation d'aide et de soins à domicile (voir aussi les stratégies à ce sujet de la Confédération et des cantons). Il faut aussi compter à l'avenir avec une augmentation de cette évolution (voir le programme national de recherche «Fin de vie» (PNR 67) ou le postulat 18.3384 de la CSSS-CE «améliorer la prise en charge et le traitement des personnes en fin de vie»). Du personnel avec une formation supplémentaire doit être engagé pour ces prestations et des instruments spécifiques être utilisés. En raison notamment de cette évolution, un transfert des coûts se produit du domaine stationnaire au domaine ambulatoire.
- Le besoin en prestations 24 heures sur 24 et en services d'urgence a également fortement augmenté depuis 2011. Il est également, en partie, lié aux offres spécialisées (soins palliatifs, soins pédiatriques ambulatoires). De plus, des situations d'accompagnement en mutation débouchent également sur cette augmentation des besoins.

Malgré ces facteurs flagrants, aucune augmentation des contributions et des services compétents n'a été prévue pour l'AOS au cours de ces dernières années. Cette charge supplémentaire a dû être assumée presque exclusivement par les cantons et les communes ou par les personnes concernées elles-mêmes par le biais d'adaptation/augmentation des taux de la contribution du patient (voir rapport d'évaluation d'INFRAS, pages 8, 9, 60, 63). Les organismes qui prennent en charge le financement résiduel ont essayé d'éviter des dépenses supplémentaires (par exemple avec des mesures d'économie), de les transférer (en imposant une charge plus lourde aux patients) ou de les ajourner (en partie en repoussant de trois ou quatre ans l'actualisation des contributions du financement résiduel).

Par contre, l'AOS a même été allégée dans le domaine des soins ambulatoire – et ainsi l'objectif d'éviter une charge supplémentaire a été „dépassé”.

Résumé: Au cours des dernières années, les prestations dans le domaine des soins sont devenues plus exigeantes et plus coûteuses et les situations de soins sont devenues plus complexes. Une spécialisation croissante a également débouché sur des exigences nouvelles et plus élevées. La pénurie de personnel alimente également la discussion concernant les salaires. En même temps, la part de l'AOS aux coûts des soins ambulatoires a été réduite au détriment des cantons, des communes et des patients. Cette évolution ne peut pas se poursuivre ainsi. Il faut une adaptation régulière des contributions à l'évolution des coûts.

Avec une augmentation des contributions selon l'OPAS dans les soins ambulatoires, il sera possible à nouveau d'atteindre l'ancien niveau de participation de l'AOS aux coûts des soins et d'inclure les éléments manquants (matériel de soins, temps de déplacement, salaires). A notre avis, cela renforcera le principe «l'ambulatoire avant le stationnaire».

Remarques de détails sur la partie du rapport portant sur l'«évaluation des soins requis»

Nous considérons que les modifications proposées concernant les processus d'évaluation des soins requis dans le domaine des soins ambulatoires ne sont pas suffisamment élaborées. Nous avons de nombreuses propositions visant à optimiser le processus. Une clarification des concepts s'impose en particulier: pour les soins à domicile, l'évaluation des soins requis se fait de façon exhaustive (selon art. 8a, al. 2) en de multiples endroits avec l'instrument RAI Home Care. La planification des soins découle de l'évaluation des soins requis et les prestations de soins nécessaires sont déterminées sur cette base. Le résumé des prestations de soins est représenté dans un formulaire (évaluation des besoins, voir art. 8a, al. 3).

Nous sommes volontiers disposés à montrer aux personnes intéressées les processus d'identification des besoins dans une organisation d'aide et de soins à domicile.

Nom / entreprise	article	commentaires / remarques	modification proposée (texte proposé)
AFAS	Art. 7a al. 1	Nous considérons que la réduction des contributions venant de l'AOS pour les soins à domicile est inadéquate, infondée et totalement incompréhensible. Nous nous référons aux remarques générales à ce sujet qui précèdent et soulignons le point suivant: le rapport d'expert arrive à la conclusion que durant la période observée, la charge proportionnelle de l'AOS a été réduite de 72% à 70% et que l'objectif de la neutralité des coûts a ainsi été dépassé. De même, on omet également de prendre en considération que les frais de salaire ont nettement augmenté et vont certainement continuer de croître en raison du besoin en personnel infirmier. De plus, la poursuite systématique de la stratégie «l'ambulatoire avant le stationnaire» a eu - et a - comme conséquence que des prestations spécialisées (et ainsi coûteuses), par exemple les soins palliatifs, les soins en oncologie, les soins en psychiatrie, ont été intégrées de plus en plus dans les soins ambulatoires (voir à ce sujet plusieurs stratégies nationales de la Confédération). Un maintien des contributions actuelles débouche sur un transfert constant des coûts croissants vers les cantons et les communes (selon la réglementation cantonale du financement résiduel) ainsi que vers les clients.	L'AFAS exige une augmentation substantielle des contributions.
AFAS	Art. 8 al. 1	Dans la perspective de l'AFAS, le nouveau processus d'ordonnance n'est pas suffisamment élaboré. Actuellement, le médecin prescrit les prestations de soins. En parallèle, des mesures spécifiques sont en partie prescrites sur la base de l'indication médicale (par exemple des bas de contention, la mesure des signes vitaux, des injections). L'infirmière ou l'infirmier qui fait l'évaluation des soins requis détermine de manière spécifique les prestations qui sont nécessaires. Le médecin signe ensuite une ordonnance pour ces prestations (en général dans le cadre d'une procédure rapide, sans examen approfondi). Les professionnels s'accordent pour admettre que la confirmation finale se fait pour la forme. Réglementation proposée: Nouvellement, le médecin constate dans une première étape la nécessité des soins (al. 1, let. a) et en même temps détermine également si des prestations A, B, C sont requises (al. 1, let. b). L'évaluation des soins requis se fait ensuite de manière exhaustive par une infirmière ou un infirmier selon l'art. 8a (cela correspond aussi aux standards internationaux, en particulier à RAI Home Care qui est utilisé presque partout dans les soins à domicile). La mise en œuvre de l'évaluation des soins requis correspond toujours dans la pratique à une prestation A, en d'autres termes, le médecin doit dans tous les cas sélectionner «A» pour que l'évaluation des soins requis soit remboursée. Si un médecin ordonne des prestations de soins A et B et qu'il résulte de l'évaluation des soins requis (évaluation de la situation dans sa globalité et de l'environnement) que le client	Al. 1 b. Le médecin peut ordonner des prestations spécifiques.

		a également besoin de prestations C, il faut à nouveau consulter le médecin à ce sujet. Cette procédure génère des coûts supplémentaires et occasionne des frais administratifs inutiles. En outre, elle s'oppose à la pratique déjà en cours actuellement et qui veut que les infirmières et infirmiers clarifient le type de prestations et leur volume. L'AFAS considère que la séparation artificielle entre les prestations A/C et les prestations B n'est pas judicieuse. Les infirmières et infirmiers sont en mesure d'évaluer de manière professionnelle quelles prestations sont nécessaires – aussi dans le domaine des soins de traitement (par exemple la mesure des signes vitaux, la mesure de la glycémie, les soins de plaie). Le médecin est informé des prestations de soins nécessaires qui résultent de l'évaluation des soins requis. En contrepartie, il est également important que les services d'aide et de soins à domicile reçoivent les informations du médecin afin de pouvoir adapter si nécessaire leur planification des soins. L'AFAS soutient en principe la proposition du Conseil fédéral consistant à mieux reconnaître les compétences des infirmières et infirmiers et à simplifier le processus d'évaluation des soins requis (sans devoir obtenir la signature du médecin).	
AFAS	Art. 8, al. 2, litt. a + b	L'AFAS soutient une prolongation du mandat médical. Cela permet de réduire les frais administratifs. La planification différente des prestations B (6 mois) et des prestations A/C (12 mois) débouche dans la pratique sur une situation absurde et compliquée et occasionne des coûts supplémentaires: dès qu'un client nécessite plusieurs prestations, il faut harmoniser la durée du mandat médical. Exemple: Si, comme proposé, le mandat médical arrive à échéance après 6 mois pour les prestations B (et pour les prestations C prescrites seulement après 12 mois), il faut renouveler l'évaluation des soins requis après 6 mois uniquement pour les prestations B, toutefois pas pour les prestations A et C que le client reçoit en parallèle. Selon des standards internationaux et aussi selon l'art. 8a, al. 2, l'évaluation de la situation dans sa globalité et de l'environnement fait partie intégrante de l'évaluation des soins requis. Une «évaluation des soins requis partielle», qui ne porterait que sur d'éventuelles prestations B violerait l'art. 8a, al. 2 et serait contraire à la logique de l'instrument d'évaluation des besoins RAI Home Care principalement utilisé dans les soins à domicile. Il est erroné de se baser sur le processus décrit, selon lequel les soins requis sont déterminés à partir du type de prestation (A, B ou C). La situation du client est saisie à l'aide de l'évaluation globale des soins requis et les prestations concrètes de soins sont déduites de la planification des soins qui en résulte et pas l'inverse. Pour des raisons d'assurance de la qualité, l'AFAS propose une durée uniforme de 9 mois au maximum.	2 La durée de la prescription ou du mandat médical ne peut dépasser: a) neuf mois pour les prestations prévues à l'art. 7, al. 2, let. a, b et c b) à supprimer

AFAS	Art. 8, al. 2, litt. c	Les 2 semaines au maximum de soins aigus et de transition ne sont pas suffisantes. La réglementation actuelle à ce sujet est insuffisante. Nous nous référons aux interventions de la CI Financement des soins (Lien) et au rapport d'évaluation sur le nouveau régime de financement de soins d'INFRAS. Ces documents démontrent clairement les lacunes existant dans les soins aigus et de transition. Une modification de fond est demandée. Elle ne peut toutefois se produire qu'avec une adaptation correspondante préalable de la LAMal. L'AFAS souligne la nécessité d'une adaptation des soins aigus et de transition mais renonce, pour les raisons susmentionnées, à proposer une modification en cet endroit.	
AFAS	Art. 8a, al. 1	La proposition du Conseil fédéral prévoit une limitation de l'évaluation des soins requis aux infirmières et infirmiers. L'AFAS soutient cette égalité de traitement des différents domaines de soins. Le renvoi à l'art. 49 OAMal est considéré comme problématique, celui-ci ayant deux exigences : un diplôme (let. a) et une expérience pratique de deux ans (let. b). L'AFAS rejette clairement cette dernière limitation. Les curricula de formation des infirmières et infirmiers prévoient explicitement les activités d'évaluation des soins requis. A la fin de sa formation, le personnel infirmier (diplômé et dûment formé) est par conséquent en mesure de procéder immédiatement à l'évaluation des soins requis. Les infirmières et infirmiers suivent un complément de formation de plusieurs jours afin de pouvoir procéder à l'évaluation des soins requis à l'aide de RAI Home Care. Le fait d'introduire un délai de deux ans avant qu'une infirmière ou un infirmier n'ait le droit d'effectuer l'évaluation des soins requis limiterait massivement la pratique actuelle dans les services d'aide et de soins à domicile et se répercuterait négativement sur l'attrait de l'Aide et soins à domicile en tant qu'employeur pour un/e jeune diplômé/e. A notre avis, l'art. 49 de l'OAMal définit les conditions qui doivent être remplies pour pouvoir exercer en tant qu'infirmière ou infirmier indépendant. En outre, conformément à nos explications concernant l'art. 8, nous proposons de renoncer à la séparation artificielle entre les prestations A/C et B et de supprimer par conséquent la let. b.	1 Les soins requis pour mettre en œuvre la prescription ou le mandat médical sont évalués comme suit: a. pour les prestations prévues à l'art. 7, al. 2, let. a et c: par un infirmier ou une infirmière (art. 49 OAMal) en collaboration avec le patient ou ses proches; le résultat est transmis, pour information, au médecin prescripteur ; b. pour les prestations prévues à l'art. 7, al. 2, let. b: ou les soins aigus et de transition, par un infirmier ou une infirmière (art. 49 OAMal) en collaboration avec le médecin prescripteur et le patient ou ses proches.
AFAS	Art. 8a, al. 2	L'évaluation des soins requis comprend l'évaluation de la situation du patient ou de la patiente dans sa globalité ainsi que l'évaluation de son environnement. Cela correspond tout à fait à l'instrument d'évaluation RAI Home Care qui est utilisé dans les soins à domicile par environ 85% des organisations.	
AFAS	Art. 8a°, al. 3	Selon le commentaire, l'art. 8a se réfère à l'évaluation des soins requis en général (commentaire, page 27), donc aux organisations d'aide et de soins à domicile, aux	

		infirmières et infirmiers indépendants et aux établissements médico-sociaux (EMS). L'al. 3 exige des critères uniformes mais en fait il exige également beaucoup plus un formulaire standardisé. L'AFAS considère qu'une configuration de l'annonce des soins requis dans un formulaire (résumé des prestations de soins évaluées selon l'évaluation des soins requis) identique pour le domaine ambulatoire et stationnaire n'est pas judicieuse ni constructive. Les situations ne sont pas comparables et il existe des instruments différents d'évaluations des soins requis selon les settings respectifs (voir par exemple interRAI). L'AFAS soutient la configuration uniforme de l'annonce des besoins au sein du secteur des soins à domicile – celle-ci devrait être impérativement élaborée sous forme électronique. Nous rendons attentif aux efforts actuels correspondants réalisés dans le domaine des soins à domicile, en collaboration avec les assureurs-maladie. Ceux-ci ne pourront toutefois pas aboutir d'ici à l'entrée en vigueur prévue en juillet 2019. Par conséquent, nous demandons une réglementation transitoire en vue d'une introduction réaliste (voir ci-dessous).	3 Elle se fonde sur des critères uniformes dans le domaine stationnaire et ambulatoire respectif...
AFAS	Dispositions transitoires	Comme déjà mentionné dans les remarques à l'art. 8, al. 3, l'introduction d'une annonce (électronique) uniforme des besoins ne peut pas être terminée pour juillet 2019.	L'évaluation des soins requis dans les établissements médico-sociaux selon l'ancien droit reste possible jusqu'à la fin 2020.
AFAS	Art. 20	L'OPAS doit absolument être modifiée à partir du 1^{er} janvier 2019 de telle sorte que les fournisseurs de prestations puissent facturer le matériel de soins à l'AOS selon l'art. 7, al. 1 de l'OPAS, indépendamment du fait que ce matériel soit remis au patient ou à la patiente pour son utilisation propre (selon la LiMA) ou utilisé par une infirmière ou un infirmier. Proposition subsidiaire: s'il n'est pas possible de procéder directement à une modification de l'OAMal, une modification doit se faire le plus rapidement possible dans le droit supérieur.	L'assurance octroie un remboursement pour les moyens et appareil thérapeutiques ou diagnostiques visant à surveiller le traitement d'une maladie et ses conséquences remis sur prescription médicale par un centre de remise au sens de l'art. 55 OAMal et utilise p l'assuré lui-même ou avec l'aide d'un intervenant non professionnel impliqué dans l'examen ou le traitement.

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation / Kanton : Schweizerischer Verein für Pflegewissenschaft, Akademische Fachgesellschaft Spitex Pflege

Abkürzung der Firma / Organisation : VFP, AFG Spitex Pflege

Adresse : Haus der Akademien, Laupestrasse 7, Postfach, 3001 Bern

Kontaktperson : Jennifer Kummli, MScN, Pflegeexpertin Spitex Uster; Nicole Oberhänsli, MScN, Qualitätsmanagement Spitex Glattal; Iren Bischofberger, Prof. Dr., MScN, MSc, Präsidentin Schweizerischer Verein für Pflegewissenschaft

Telefon : 031 306 93 90

E-Mail : info@vfp-apsi.ch

Datum : 25.10.2018

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen!
2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen möchten, so können Sie unter "Extras/Dokumentenschutz aufheben" den Schreibschutz aufheben.
3. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **bis am 26. Oktober 2018** an folgende E-mail Adressen: abteilung-leistung@bag.admin.ch
gever@bag.admin.ch

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV)

Name Verein	Allgemeine Bemerkungen
VFP	Der VFP nimmt gerne an der Vernehmlassung teil und bringt dazu seine pflegewissenschaftliche Expertise ein. Gerade aus wissenschaftlicher Sicht im Allgemeinen und aus pflegewissenschaftlicher Sicht im Speziellen bedauert der VFP jedoch, dass der vorbereitende Bericht zur Vernehmlassung an diversen Stellen fehlerhaft ist und konzeptionelle Schwächen aufweist. 1. Wissenschaftlich – Im Bericht sind argumentativ und sachlich diverse Fehler aufgefallen. Dazu gehören im Wesentlichen: – In den Graphiken 2 und 3 auf S. 15 fehlt im Säulendiagramm links die a-Leistung „Koordination“, die vom Bundesrat im Jahr 2011 in den Art. 7, Abs. 2, Bst. a) aufgenommen wurde und per 1.1.2012 in Kraft trat. Ebenfalls ist „Behandlungspflege“ nicht korrekt, sondern die Leistung lautet „Massnahmen der Untersuchung und Behandlung“. – Die fehlerhafte Formel in der Tabelle auf S. 16. im Kontext von Spitex-Leistungen, bzw. in der Spitex-Statistik kommen Pflagestage als Kennzahl nicht vor. – Auf S. 17 sind im Zusammenhang mit der Spitex die Einnahmen pro Pflagestage ausgewiesen, dies ist jedoch sachlich nicht korrekt. – Auf S. 22 im zweiten Abschnitt steht, dass die KLV die Kompetenzen der Ärzteschaft und der Pflagefachpersonen regle. Die KLV regelt jedoch die Leistungen und deren Vergütung. – Die Berechnungen (I.3.1.1) sind mit gerundeten Zahlen vorgenommen worden und darum 0.1% höher als in der eigentlichen Korrekturberechnung (I.3.2). Dies verzerrt die Ergebnisse. – Die Daten der Berechnungsgrundlage sind ungenau und nicht solide, was im Bericht an mehreren Stellen ausgewiesen wird (S. 6, 7, 12, 13). Zum Beispiel ist die minimale Abrechnungsgrösse bei Spitexbetrieben in den Jahren 2010 und 2014 unterschiedlich (5 Minuten vs. 10 Minuten), was die Zahlen im Jahr 2014 automatisch erhöht. Aus wissenschaftlicher Sicht müsste auf eine Analyse dieser Daten verzichtet und Lösungen erarbeitet werden, wie das Datenmaterial besser vergleichbar aufbereitet werden kann, um die Kostenneutralität zu überprüfen. – Die Daten der Statistiken 2010 und 2014 werden in überschneidenden Zeitspannen angegeben und sind nicht referenziert, weswegen nicht nachvollziehbar ist, wie diese Überschneidung zu Stande kommt. – Die Aussage «es dürfte keinen signifikanten Effekt [...] haben» (S.8/9 und 14) ist ungenügend, wenn keine Signifikanzen präsentiert werden. – Die Tabellen (I.2.2 und I.3.2) haben keine Legende, und die Inhalte lassen Interpretationsspielraum offen. Die Tabellen sind daher unpräzise. – Der Bericht enthält keinerlei Referenzen, die auf eine solide Abklärung des Sachverhalts im nationalen und internationalen Kontext hinweisen. Selbst der vom BAG jüngst veröffentlichte Bericht zur Evaluation der Pflagefinanzierung (Trageser et al., 2018) wird nicht zur Analyse herangezogen. 2. Pflegewissenschaftlich - Bereits seit einigen Jahren hat die 80+ Bevölkerung ein überdurchschnittlich hohes Risiko für einen Notfall (Vilpert, 2013). Mit der Reduktion der Beiträge in der vorgeschlagenen KLV-Änderung wird die proaktive Risikoeinschätzung geschwächt, um Notfalleintritte zu vermeiden. – Die geänderte KLV lässt zentrale Erkenntnisse der interprofessionellen Zusammenarbeit vermissen, wie sie etwa vom BAG im Förderprogramm „Interprofessionalität“ oder der SAMW in einem mehrjährigen Aktivitätszyklus bearbeitet wird. So wird zwar im vorbereitenden Bericht an zwei Stellen von „Dialog“ gesprochen (am Schluss von Punkt 1.1, S. 20; am Schluss von Punkt 1.3, S. 21), allerdings mit der klaren Ansage, dass ein Dialog auf Augenhöhe nicht

Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung) Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018

vorgesehen ist. Dies jedoch ist zentral für die gelingende interprofessionellen Zusammenarbeit, wie jüngst eine Studie der SAMW (Atzeni, Schmitz & Berchtold, 2017) schlussfolgerte.

- Der vorgeschlagene Begriffswechsel von „Abklärung“ zu „Ermittlung“ wird nirgends konzeptionell erläutert und ist deshalb aus pflegewissenschaftlicher Sicht nicht haltbar (zudem wird der Begriff nur in der deutschsprachigen Version geändert, nicht aber auf Italienisch oder Französisch). Sachlich ist er auch nicht angemessen, denn – falls eine Begriffsänderung nötig sein sollte – müsste „Einschätzung“ verwendet werden. Bei der Einschätzung oder Abklärung geht es zwar zunächst um eine Ermittlung des Gesundheitsszustandes von Patientinnen und Patienten, bei der subjektive und objektive Daten erhoben werden (falls die Pflegefachpersonen der Spitex dafür systematisch ausgebildet sind – üblicherweise im Rahmen einer hochschulischen Aus- oder Weiterbildung – auch mit den Untersuchungstechniken der Inspektion, Palpation, Auskultation und Perkussion). Mit der Ermittlung hört der Denkprozess aber nicht auf. Basierend auf den ermittelten Daten erfolgt die Einschätzung und Beurteilung der Gesamtsituation und der Dringlichkeit. Dabei sind auch die Ziele des Patienten/der Patientin, allenfalls auch der Angehörigen, relevant. Danach wird der Bedarf für Pflegeinterventionen für einen individuell bestimmten Zeitraum eingeschätzt und im Rahmen des Pflegeprozesses bearbeitet, inkl. Evaluation der Ergebnisse. Zudem: Würde der Begriffswechsel tatsächlich in die KLV aufgenommen, hätte dies einen hohen und unnötigen administrativen Aufwand zur Folge, denn es müssten an zahlreichen Stellen in der Pflegedokumentation oder in Softwareprogrammen Änderungen vorgenommen werden. Dies stünde diametral dem unter Punkt 1.1 (S. 20 oben) postulierten geringeren administrativen Aufwand entgegen und wäre sicherlich nicht im Sinne der Steuerzahler und Versicherten.

3. Pflegeintensität und Komplexität

- Die Pflegeintensität wird den Pflegebedarfsstufen bzw. den a-, b- und c-Leistungen gleichgestellt. Doch dies ist falsch. Denn im Säulendiagramm ist der Inhalt der pflegerischen Leistung nicht sichtbar und daher auch nicht die Komplexität, bzw. die Intensität. Daraus lässt sich auch nicht schliessen, welche Ausbildung die Pflegefachperson für die Leistung benötigt. Dies ist relevant, denn auch in der Grundpflege kann in komplexen Patientensituationen eine Pflegefachperson HF, BSc oder MSc nötig sein (z.B. bei Tetraplegikern oder bei der als High-tech home care bekannten pflege- und technisch intensiven Behandlung Zuhause). Insofern sind die Struktur und Finanzierungslogik der KLV-Leistungskategorien für situative Bedarfe und Massnahmen nicht effizient.
- Die Komplexität der Pflegeleistungen im Pflegeheim und in der Spitex ist aufgrund mehrerer Gründe gestiegen. Seit der Einführung der DRG (01.01.2012) sinkt die durchschnittliche Spitalaufenthaltsdauer. Bei Menschen über 65 Jahren sind dies zwischen 2010 und 2014 rund 0.5 Tage (Obsan, 2018). Die früheren Entlassungen sowie die Intensität von verordneter Diagnostik und die Anzahl von Therapien erhöhen die poststationären fachlichen Anforderungen an die Pflege. Weiter werden sich die Leistungen der Pflegeheime sowie der Spitex in der Komplexität auch künftig steigern aufgrund der demographischen Entwicklung, der steigenden Multimorbidität, der Zahl an chronisch Kranken, sowie dem Wunsch möglichst lange Zuhause wohnen und Zuhause sterben zu können (Perrig-Chiello, Höpflinger, & Schnegg, 2010; Synthesebericht NFP67, 2017). Bei einer Zunahme von 2.3% in Abklärung, Beratung und Koordination und die Abnahme von -2.9% in der Grundpflege kann aus Sicht des VFP nicht von konstanter Leistungsstruktur gesprochen werden. Zudem braucht die Primärversorgung heute und zukünftig mehr Pflegefachpersonen HF/BSc und insbesondere Pflegeexpertinnen MSc, um der steigenden Komplexität gerecht zu werden, wie eine jüngst publizierte Cochrane Review zeigt (Laurant et al., 2018).

4. Anpassung der OKP-Beiträge

- Der VFP unterstützt die Erhöhung der OKP-Beiträge für Pflegeheime, sofern Heime damit die Personalquote von Pflegefachpersonen HF, BSc und MSc erhöhen.
- Der VFP lehnt hingegen die Senkung der OKP-Beiträge für die Hilfe und Pflege zu Hause ab. Der Bericht zur Evaluation der Neuordnung der Pflegefinanzierung, welcher Grundlage für die KLV Revision ist, kommt zum Schluss, dass die OKP finanziell nicht mehr, jedoch die Kantone überproportional belastet wurden. Trageser et al. (2018) schlussfolgern, dass der Kostendruck für die Leistungserbringer gross ist und sie deswegen weniger Zeit für die Pflegebedürftigen aufwenden. Wird dieser Kostendruck nun durch die Tarifsenkung weiter erhöht, wird die oben erwähnte Unterversorgung noch verstärkt. Dadurch besteht das

Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung) Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018

Risiko, dass sich die Zahl der Notfalleintritte, Rehospitalisationen und vermeidbaren Komplikationen erhöht. Dies generiert letztlich höhere Gesamtkosten durch vermehrte stationäre Leistungen, was volkswirtschaftlich unsinnig ist. Mit tieferen OKP-Beiträgen müssen Spitexbetriebe die Anstellung von Pflegefachpersonen HF/BSc oder Pflegeexpertinnen MSc reduzieren, was – so die einhellige internationale und nationale Evidenz – einer Gefährdung der Patientensicherheit gleichkommt (exemplarisch Aiken et al., 2014).

- Der Vorschlag zur linearen Senkung der Beiträge der a-, b- und c-Leistungen ist für uns nicht begründet. Die a-Leistungen sind ausschliesslich von diplomierten Pflegefachpersonen zu erbringen. Deshalb dürfen sie nicht von Fachfrauen oder -männern Gesundheit erbracht werden, die einen tieferen Lohn haben.
- In Spitexbetrieben arbeiten Teams im Skill- und Grademix, den die Ausbildungen der Schweizer Bildungssystematik ermöglichen, und den die verschiedenen Aufgaben in der Spitex auch erfordern. Jedoch ist mit der Unterscheidung zwischen a-, b- und c-Leistungen eine fragmentierte Pflege die Folge. Dies bedeutet, dass für jede zu erbringende Leistungskategorie eine andere Mitarbeiterin oder ein Mitarbeiter zur Patientin/zum Patienten nach Hause gehen müsste. Diese Personen erbringen zusätzlich Wegzeiten. In der Praxis wird dies teilweise noch so durchgeführt, wobei sich der Einsatz einer Pflegefachperson HF/BSc oder einer Pflegeexpertin MSc im Bereich der c-Leistungen finanziell wenig lohnt. Insofern unterstützt der VFP den Experimentierartikel in einer anderen derzeitigen Vernehmlassung, der die gesetzlichen Grundlagen schafft für Projekte zu neuen Versorgungs- und Finanzierungsmechanismen.
- **Der VFP beantragt, dass die Beiträge nach Art. 7a Abs. 1 KLV regelmässig, aber mindestens alle drei Jahre, an die Kostenentwicklung in der ambulanten sowie stationären Pflege angepasst werden. Es muss dazu eine Datengrundlage erarbeitet werden, welche diese Überprüfung wissenschaftlich fundiert zulässt.**

5. Nebenleistungen (I2.1.2 und I3.1.2)

- Die Kostenübernahme von Pflegematerialien wurde bei der neuen Pflegefinanzierung zu wenig berücksichtigt, weswegen die Beiträge nach Art. 7a KLV die Kosten nicht decken. Zudem können durch Innovationen in der Materialentwicklung heute Verbände deutlich länger belassen werden, was die Materialkosten im Vergleich zu den Personalkosten bei weitem aufhebt. Hinzukommt, dass in den zahlreichen Pflegespezialisierungen unterschiedliche Anforderungen an Art und Menge von Mittel und Gegenständen benötigen (z. B. werden in der Psychiatrischen Pflege kaum Mittel und Gegenstände benötigt im Vergleich zu WundspezialistInnen).
- Der Bericht verweist darauf, dass die administrativen Aufwände verringert werden sollten. Leider wurden diese durch die Fremd- und Selbstanwendungsunterscheidung beim Material seit 2017 deutlich erhöht.
- Schliesslich entsteht aus pflegewissenschaftlicher Sicht eine Gefährdung der Patientensicherheit, wenn Patientinnen und Patienten Material aus Kostengründen selber anwenden müssen, damit es vergütet wird, etwa bei Wunden im Abdominalraum oder an den unteren Extremitäten, wenn dadurch z.B. Nahtstellen überstrapaziert werden.
- **Der VFP beantragt, dass die Unterscheidung zwischen Selbst- und Fremdanwendung in dem Sinn aufzuheben ist, dass die entsprechenden Kosten wie vor den Bundesverwaltungsgerichtsurteilen vom Herbst 2017 nach MiGeL separat von der OKP abzugelten sind.**

6. Akut- und Übergangspflege (I3.1.3)

- Die geringe Anzahl Stunden für die Akut- und Übergangspflege (AÜP) überrascht den VFP nicht, da er dieselben Mängel in der Umsetzung in der Pflegepraxis feststellt wie INFRAS und Careum Forschung in ihrem Bericht zur Evaluation der Neuen Pflegefinanzierung (Trageser et al., 2018). Dieser zeigt, dass die derzeitige Ausgestaltung der AÜP in der Praxis ungenügend ist, bzw. die AÜP einerseits konzeptionell nicht auf die Praxis anwendbar und andererseits bei Spitalärzten zu wenig bekannt ist und deshalb kaum verschrieben wird.
- Zudem ist ein Übertritt nach der AÜP der Spitex oder des Pflegeheims nach nur 14 Tagen in die reguläre Spitex der noch immer gebrechlichen Klientel innert 24 Stunden ohne vorbereitende Organisation kaum umsetzbar. Die Annahme, dass neu mehr Leistungen in der Pflege dank der AÜP erbracht würden, kann anhand

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

der Spitex-Statistik nicht belegt werden.

7. Bedarfsermittlung und Mindestanforderung an Pflegebedarfsermittlungssysteme

- Der Bericht geht von der Annahme aus, dass die Ärzteschaft sicherstellt, dass die richtigen und keine unnötigen Leistungen erbracht werden. Aus Sicht des VFP kann sie diese Aufgabe jedoch nicht wahrnehmen. Denn Pflegefachpersonen ermitteln bei der Abklärung zu Hause beim Patienten/bei der Patientin den Bedarf der Pflegesituation. Da die Anzahl Hausbesuche von Arztpraxen seit Jahren rückläufig ist und sie zudem keine pflegerische Ausbildung haben, können sie die Reichweite der Abklärung und Massnahmen nicht hinreichend beurteilen. Zudem ist es heute gängige Praxis, dass die Ärzteschaft nach der Abklärung durch die Pflegefachperson die ärztliche Anordnung nur noch unterschreibt, ohne die genauen Leistungen zu kennen oder die Anordnung zu prüfen.
- Die Annahme, dass die Versorgungsqualität verbessert wird, wenn die Vernetzung unter den Leistungserbringern besser – mehr noch: systematisiert – wird (Kommentar S. 22), unterstützt der VFP. Doch sieht der VFP konzeptionell keine Verbesserung durch einen ärztlichen Auftrag oder eine ärztliche Anordnung. Denn es gibt Ärzte, welche den ärztlichen Spitexauftrag unterschreiben, ohne den Patienten/die Patientin in den letzten Jahren visitiert zu haben. Zudem bestimmt häufig die Pflegefachperson die benötigten Mittel und Gegenstände (z.B. Wundmaterialien) und lässt dies durch die Ärzteschaft verordnen.
- Der VFP ist der Ansicht, dass die künstliche Trennung zwischen a/c-Leistungen und b-Leistungen nicht sinnvoll ist. Pflegefachpersonen sind in der Lage, fachlich korrekt zu beurteilen, welche Leistungen notwendig sind – auch im Bereich der Behandlungspflege (z.B. Messung der Vitalwerte, Messung Blutzucker, Wundversorgung). Der VFP sieht darin auch eine Aufwertung der koordinierten Versorgung.

8. Zusammenarbeit unter Leistungserbringern

- Der VFP unterstützt die Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Leistungserbringern und befürwortet, dass sich Pflegefachpersonen und die Ärzteschaft über den Patienten/die Patientin austauschen müssen, damit eine koordinierte und kontinuierliche Versorgung stattfinden kann. Diese Forderung jedoch an der ärztlichen Anordnung festzumachen greift nicht. Viel eher soll in einem Absatz „koordinierte Versorgung“ geregelt werden, dass die Leistungserbringer untereinander Informationen austauschen müssen. Dies würde begünstigen, dass Pflegefachpersonen in der Spitex – die Vorgaben des Datenschutzes vorausgesetzt – Informationen über medizinische Diagnosen, Medikamente oder andere klinisch relevante Informationen tatsächlich erhalten. Denn es kommt wiederholt vor, dass die Ärzteschaft Informationen zum Patienten/zur Patientin den Pflegefachpersonen unbegründet nicht zur Verfügung stellt.
 - Die Sorge, dass die Pflegefachpersonen eine unsachgemässe Mengenausweitung der Leistungen vornehmen, ist mit dem Artikel 8c Kontroll- und Schlichtungsverfahren nicht zu begründen. Die Versicherer haben den Auftrag die Leistungen zu kontrollieren. Sie streichen Leistungen, wenn diese nicht wirtschaftlich, zweckmässig und wirksam sind, auch wenn ein Arzt/eine Ärztin unterschrieben hat. Die Kontrolle durch den Patienten/die Patientin wird im Sinne der Eigenverantwortung eingefordert. Deshalb erläutern Spitexmitarbeitende auf Anfrage die Rechnungen. Weiter ist die Kontrolle durch die Gemeinde und den Kanton aufgrund fehlender Informationen nicht möglich.
 - Der VFP lehnt die Differenzierung der ärztlichen Anordnungsdauer zwischen a- und c-Leistungen sowie b-Leistungen ab. Dies würde nicht, wie im Bericht verlangt, den administrativen Aufwand reduzieren, im Gegenteil: die Anordnung von b-Leistungen müsste nach sechs Monaten erneuert werden, die a/c-Leistungen beim selben Patienten jedoch erst nach zwölf Monaten. Dies würde zu einer «Teil-Bedarfsermittlung» führen, was der ganzheitlichen Abklärung mit dem Kunden widerspricht. Der VFP begrüsst eine einheitliche Anordnungsdauer für alle drei Leistungskategorien, wir schlagen 9 Monate vor.
 - II Art 8a KLV letzter Absatz (S.28): Der Arzt/die Ärztin muss über das Ergebnis der Bedarfsermittlung informiert werden. Unklar bleibt jedoch die häufige Situation, wenn Patienten/Patientinnen mehrere Arztpraxen beanspruchen (z. B. Hausarzt, Spitalarzt, Facharzt).
- ➔ **Vor diesem Hintergrund fordert der VFP, dass den Pflegefachpersonen im Rahmen einer KVG Anpassung die gesetzliche Kompetenz erteilt wird, selbst und direkt Leistungen mit den Krankenversicherungen abrechnen zu können. Der VFP sieht darin kein Risiko einer unsachgemässen Mengenausweitung, sondern vielmehr einen Anreiz zur koordinierten Versorgung, wie dies vom BAG derzeit in einem Projekt bearbeitet (BAG, 2018) oder z.B. in der Nationalen Strategie**

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

gegen Krebs mit dem Profil des „Care Managers“ empfohlen wurde (GDK/BAG, 2014). 9. Einschränkung bei der Bedarfsermittlung – Die Vernehmlassung sieht eine Einschränkung der Bedarfsermittlung auf Pflegefachpersonen gemäss Art. 49 KVV vor. Diese Einschränkung würde sich negativ auf die Attraktivität des Berufsfeldes Spitex und Pflegeheim auswirken und den Fachkräftemangel in diesen Versorgungssettings zusätzlich verschärfen. Diplomierte Pflegefachpersonen sind unmittelbar nach Abschluss ihrer HF oder BSc-Ausbildung berufsbefähigt und basierend auf der betriebsinternen Einführung in der Lage, eine Bedarfsabklärung vorzunehmen. 10. Bedarfsermittlungssysteme und Qualitätsindikatoren – Die Wahl des Bedarfsabklärungsinstruments basiert auf dem internationalen pflegewissenschaftlichen Diskurs. Dies muss sich auch in der KLV widerspiegeln. Desalb reicht es nicht, den Bedarf nur nach einheitlichen Kriterien zu erheben, sondern die Kriterien und das Abklärungsinstrument müssen auch forschungsgestützt sein. . – Eine Vereinheitlichung der Instrumente für den Heimbereich erachtet der VFP als sinnvoll. Daher muss für eine Anpassung, bzw. Annäherung von RAI/BESA und anderen Einschätzungsinstrumenten, in die Forschung investiert werden. – Qualitätsindikatoren von Routinedaten herauszufiltern ist sinnvoll, damit kein Mehraufwand für die Spitexbetriebe entsteht. Allerdings vertritt der VFP die Ansicht, dass Qualität nicht alleinig durch die Resultate der Bedarfsermittlungssysteme beurteilt werden darf, sondern – ganz im Sinne des Pflegeprozesses – auch durch Resultate der Pflegeinterventionen und der Pflegeergebnisse umfassen muss.			
Name / Firma	Artikel	Kommentar / Bemerkungen	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
VFP	7 Abs. 2 Best. a Ziff. 1	Der Begriff „Ermittlung“ ist den Aufgaben im Pflegeprozess nicht angemessen, daher lehnt der VFP den Begriffswechsel ab.	Art. 7 Abs. 2 Bst. a Ziff. 1 2 Leistungen im Sinne von Absatz 1 sind: a. Massnahmen der Ermittlung Abklärung (oder Einschätzung) , Beratung und Koordination: 1. Ermittlung Abklärung (oder Einschätzung) des Pflegebedarfs und des Umfeldes des Patienten oder der Patientin und Planung der notwendigen Massnahmen,
VFP	7a Abs. 1 und 3	Die Senkung der Vergütungsbeiträge für die Hilfe und Pflege zu Hause wird vom VFP nicht befürwortet. Im Gegenteil: Der VFP erachtet eine Erhöhung der Beiträge als angemessen, basierend auf einer konzeptionell durchdachten Systematik und Berechnung.	
VFP	8 Abs. 2	Der Artikel soll die administrativen Arbeiten für die Pflegefachpersonen vereinfachen und reduzieren, dies ist aus Sicht des VFP nicht der Fall.	Der Arzt oder die Ärztin kann den Auftrag oder die Anordnung erteilen: a. für maximal sechs neun Monate bei Leistungen nach

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

			Artikel 7 Absatz 2 Buchstabe a, b und c; b. für maximal zwölf Monate bei Leistungen nach Artikel 7 Absatz 2 Buchstabe a und c; c. für maximal zwei Wochen bei Patientinnen und Patienten der Akut- und Übergangspflege, welche sich im Anschluss an einen Spitalaufenthalt als notwendig erweisen und die im Spital ärztlich angeordnet werde, mit der Option einer einmaligen Verlängerung von zwei Wochen.
VFP	8a Abs. 1	Die Einschränkung bei der Bedarfsermittlung auf Pflegefachpersonen, welche Art. 49 KVV erfüllen, lehnt der VFP ab.	<i>Art. 8a Bedarfsermittlung</i> 1 Die Bedarfsermittlung Abklärung (oder Einschätzung) zur Umsetzung des ärztlichen Auftrages oder der ärztlichen Anordnung erfolgt: a. für Leistungen nach Artikel 7 Absatz 2 Buchstabe a und c: durch eine Pflegefachfrau oder einen Pflegefachmann (Art. 49 KVV) in Zusammenarbeit mit der Patientin oder dem Patienten oder deren Angehörigen; die Ermittlung ist dem behandelnden Arzt zur Information weiterzugeben; b. für Leistungen nach Artikel 7 Absatz 2 Buchstabe b oder bei Akut- und Übergangspflege: durch eine Pflegefachfrau oder einen Pflegefachmann (Art. 49 KVV) in Zusammenarbeit und unter Austausch behandlungs- und pflegerelevanter Informationen mit dem behandelnden Arzt sowie der Patientin oder dem Patienten oder deren Angehörigen.
VFP	8a, Abs. 3	Patientinnen und Patienten in der Schweizer Gesundheitsversorgung sollen das beste international verfügbare Wissen erhalten. Daher soll die Einheitlichkeit der Kriterien um deren Evidenz ergänzt werden.	3 Die Bedarfsermittlung erfolgt aufgrund einheitlicher und wissenschaftlich erprobter Kriterien. Ihr Ergebnis wird auf einem einheitlichen Formular festgehalten. Dort ist insbesondere der voraussichtliche Zeitaufwand anzugeben. Die Leistungserbringer und die Versicherer sorgen für die einheitliche Ausgestaltung des Formulars.
VFP	8c	Die Kontrollergebnisse durch den vertrauensärztlichen Dienst einer Krankenversicherung sind nur dann verlässlich, wenn der Arzt/die Ärztin oder eine Pflegefachperson den Pflegebedarf vor Ort beim Patienten oder bei der Patientin überprüft oder telemedizinische Hilfsmittel nutzt und basierend darauf eine Begutachtung vornimmt. Letztere kann nicht nur auf Erfahrungswerten beruhen.	Art. 8c Kontroll- und Schlichtungsverfahren 4 Werden für Pflegeleistungen, die von Leistungserbringern nach Artikel 7 Absatz 1 Buchstaben a und b erbracht werden, voraussichtlich mehr als 60 Stunden pro Quartal benötigt, so kann die Bedarfsermittlung vom Vertrauensarzt oder von der Vertrauensärztin (Art. 57 KVG2) vor Ort beim Patienten, bzw. der Patientin oder mittels telemedizinischen Hilfsmitteln überprüft werden. Werden voraussichtlich weniger als 60 Stunden pro Quartal benötigt, so führt der Vertrauensarzt

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

			oder die Vertrauensärztin systematische Stichproben durch.
VFP	20	Die KLV ist auf den 1. Januar 2019 dahingehend abzuändern, dass die Leistungserbringer nach Art. 7 Abs. 1 KLV Pflegematerialien der OKP in Rechnung stellen können, unabhängig davon, ob es sich um eine Abgabe zur Selbstanwendung (gemäss MiGeL) oder der Anwendung durch eine Pflegefachperson handelt. Eventualantrag: Sollte dies aus juristischen Gründen nicht direkt über eine KLV-Änderung möglich sein, ist die Änderung raschestmöglich im übergeordneten Recht vorzunehmen.	Die Versicherung leistet eine Vergütung an Mittel und Gegenstände, die der Behandlung oder der Untersuchung im Sinne einer Überwachung der Behandlung einer Krankheit und ihrer Folgen dienen, die auf ärztliche Anordnung von einer Abgabestelle nach Artikel 55 KVV abgegeben werden und von der versicherten Person selbst oder mit Hilfe einer nichtberuflich an der Untersuchung oder der Behandlung mitwirkenden Person angewendet werden.

Literaturverzeichnis

- Aiken, L. H., Sloane, D. M., Bruyneel, L., Van den Heede, K., Griffiths, P., Busse, R., . . . Sermeus, W. (24. May 2014). Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *The Lancet*, S. P1824-1830.
- Atzeni, G.; Schmitz, E. & Berchtold, P. (2017). *Die Praxis gelingender interprofessioneller Zusammenarbeit*. Bern: Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften.
- Bundeamt für Gesundheit (2018). Abgeltung von Leistungen im Rahmen der koordinierten Versorgung - Bericht im Rahmen des Projektes «Koordinierte Versorgung» des Bundesamts für Gesundheit BAG. Bern: BAG
- Bundesamt für Gesundheit und Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und –direktoren (2014). Nationale Strategie gegen Krebs 2014-2017. Bern: GDK/BAG.
- Laurant, M., van der Biezen, M., Wijers, N., Watananirun, K., Kontopantelis, E., van Vught, AJAH. (2018). Nurses as substitutes for doctors in primary care. Cochrane Database of Systematic Reviews 2018, Issue 7. Art. No.: CD001271. DOI: 10.1002/14651858.CD001271.pub3.
- Obsan (2018). *Aufenthaltsdauer in Akutspitälern*. Heruntergeladen von <https://www.obsan.admin.ch/de/indikatoren/aufenthaltsdauer-akutspitaeln> am 12.10.2018
- Perrig-Chiello, P., Höpflinger, F., & Schnegg, B. (2010). *SwissAgeCare-2010. Forschungsprojekt im Auftrag von Spitex-Schweiz*. Von Pflegenden Angehörige von älteren Menschen in der Schweiz. Heruntergeladen von <https://www.spitex.ch/files/CEAAGB6/SwissAgeCare-2010---Schlussbericht> am 09.10.2018
- Schweizerischer Nationalfonds zur Förderung der wissenschaftlichen Forschung (SNF) (2017). *Synthesebericht NFP 67 Lebensende*. Heruntergeladen von <http://www.nfp67.ch/SiteCollectionDocuments/nfp67-synthesebericht-de.pdf> am 12.10.2018
- Trageser, J., Gschwend, E., von Stokar, T., Landolt, H., Otto, U., & Hegedüs, A. (2018). *Schlussbericht Evaluation Pflegefinanzierung*. Zürich: INFRAS/Careum Forschung. Heruntergeladen von <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/das-bag/publikationen/evaluationsberichte/evalber-kuv.html> am 09.10.2018
- Vilpert, S. (2013). *Konsultationen in Schweizer Notfallstationen* (Obsan Bulletin No. 3). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation / Kanton : Association Spitex privée Suisse

Abkürzung der Firma / Organisation : ASPS

Adresse : Uferweg 15, 3000 Bern 13

Kontaktperson : Marcel Durst, Geschäftsführer

Telefon : 031 370 76 73

E-Mail : marcel.durst@spitexprivee.swiss

Datum : 30.9.2018

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen!
2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen möchten, so können Sie unter "Extras/Dokumentenschutz aufheben" den Schreibschutz aufheben.
3. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **bis am 26. Oktober 2018** an folgende E-mail Adressen: abteilung-leistung@bag.admin.ch
gever@bag.admin.ch

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV)	
Name / Firma (bitte auf der ersten Seite angegebene Abkürzung verwenden)	Allgemeine Bemerkungen
ASPS	Wir danken Ihnen für die Möglichkeit, zum Entwurf der Änderung der Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Kostenneutralität und Bedarfsermittlung) Stellung nehmen zu können. Die ASPS nimmt nach eingehendem Studium Ihres Entwurfs und Analyse der vorgeschlagenen Änderungen dazu wie folgt Stellung: Grundsätzlich fehlt eine «strategische» Perspektive bzw. Sicht, die die Basis dafür bildet und die Begründung für die Änderungen, die vorgenommen werden sollen. Dabei geht es nicht so sehr um "ambulant vor stationär", sondern um die Berücksichtigung von Fakten demografischer Natur oder der Entwicklung der Kosten (v.a. bei Personal). Hierzu liegen genügend Informationen in Berichten des Gesundheitsobservatoriums/Obsan und anderer, auch unabhängiger Stellen vor. <u>Die ASPS kann nur ihr Unverständnis und ihre Ablehnung bereits an dieser Stelle unserer Antwort für die vorgeschlagene Senkung der KLV-Beiträge für die ambulante Pflege mit Nachdruck bekunden. Ebenso fehlt jegliche – seit Herbst 2017 dringliche – Problemlösung zur MiGeL-Problematik. Die ASPS fordert eine Rückkehr zur Lösung und Verrechnung von MiGeL-Produkten, wie sie vor den bedauerlichen Entscheiden des Bundesverwaltungsgerichts bestand und eine Erhöhung der KLV-Beiträge für die ambulante Pflege!</u> Des Weiteren ist eine unterjährige Einführung der geänderten KLV-Beiträge nicht praktikabel. Wir lehnen diese daher ab, da Budgets gemacht, Patientenbeiträge und Restfinanzierungsanteile fixiert und eine Anpassung mit unverhältnismässigem Aufwand bei allen Beteiligten sowie allfälligen EL-Anpassungen unterjährig verbunden wäre. Zu unserem grossen Bedauern und mit Unverständnis werden im Bericht, die Ergebnisse des Evaluationsberichts zur Pflegefinanzierung von INFRAS, der über mehrere Jahre ausgearbeitet wurde und ziemlich detailliert aufzeigt, wo die Umsetzung im KLV (und an anderen Stellen) noch hapert, komplett ignoriert. Es ist daher unverständlich, warum die Erkenntnisse des Berichts nicht in die Änderungen eingeflossen sind und die Lücken der Pflegefinanzierung, die hätten aufgrund dieser guten und fundierten Analyse beseitigt werden können, nicht angegangen worden sind. Damit wurde eine Chance verpasst – für die Bundesregelung, jedoch aber v.a. für die Leistungserbringer und die Zukunft der Betroffenen in der Schweizer

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

Bevölkerung, die Leistungen der OKP in der Pflege ambulant oder stationär benötigen werden. Dies ist nicht nachvollziehbar!

Erstaunt sind wir über die sehr vielen Annahmen, die getroffen werden und sich durch wiederkehrende Konjunktiv-Formulierungen äussern. Hier hätten wir fundierte, klar erkennbare und berechenbare Grundlagen und keine Vermutungen erwartet. Ebenso verhält es sich bei den verschiedensten Datenquellen (SOMED-Statistik, Spitex-Statistik, Sasis-Datenpool), die erwähnt, in unterschiedlichem Ausmass hinzugezogen und deren Ergebnisse nicht immer sehr klar erscheinen bzw. deren Verwendung keine eindeutigen Argumente liefert, damit die Rückschlüsse bzw. getroffenen Folgerungen und Entscheide klar würden.

In seiner Stellungnahme zur Evaluation der neuen Pflegefinanzierung hält das EDI am 4.7.2018 fest, dass der Finanzierungsanteil der OKP an den Kosten der Pflegeleistungen nicht ansteigen soll. Gleichzeitig zeigt der Evaluationsbericht von Infras, dass der Anteil der ambulanten Pflege in der OKP nicht angestiegen, sondern um 2 Prozent gesunken ist. Umso weniger ist nachvollziehbar und verständlich, warum die OKP-Beiträge um 3,6% für Spitex und freiberuflich tätige Pflegefachleute gesenkt werden sollen.

Betrachtet man das Ganze unter dem vom EDI vorgegebenen Stichworten – die die Vorlage unnötig einschränken – im Brief-Betreff sind diese nicht oder nur teilweise erfüllt: Kostenneutralität (nicht erfüllt, da 85 Mio. Mehrkosten pro Jahr!) und Pflegebedarfsermittlung (teilweise erfüllt, da Berücksichtigung der parl. Initiative Joder, Verlängerungen der Fristen sowie der admin. Abläufe mit den Ärzten).

Pflegeheime: Die ASPS begrüsst die Erhöhung der OKP-Beiträge an die Pflegeheime grundsätzlich, äussert sich jedoch nicht zu den Erläuterungen und einzelnen Anpassungsvorschlägen der KLV-Artikel für den stationären Bereich.

An dieser Stelle folgen einige Bemerkungen zu einzelnen Punkten des erläuternden Berichts:

Am Schluss des Punktes 1.3. wird nochmals darauf hingewiesen, dass einzig die Kostenneutralität die Finanzierungsperspektive der OKP bestimmt und nicht die Kostenentwicklung der Leistungserbringer. Das heisst, dass Mehrkosten von den Restfinanzierern (Kantone und Gemeinden) getragen werden müssten. Wir machen darauf aufmerksam, dass die Umsetzung der Restfinanzierung in den Kantonen immer noch lückenhaft und z.T. nicht korrekt umgesetzt ist. Der Evaluationsbericht gibt dazu ausführlich – sowie die zuvor erstellten Berichte im NR und SR – Auskunft. Hier erscheint dringender Handlungsbedarf, um eine Schwächung der Spitex und derer Leistungserstellung zu verhindern, umso mehr als dass alle darauf zählen (Prinzip «ambulant vor stationär», mehr ambulante Operationen in den Spitälern mit entsprechend problematischen Entlassungen nach Hause, DRK mit rascheren Patientenentlassungen etc.). Die vorgeschlagene Senkung der OKP-Beiträge für die Spitex gibt hier ein völlig falsches Signal und torpediert alle Anstrengungen!

Wir können zum Punkt 2.1.10 zu den Löhnen und zur Teuerung der Pflegeheime keine Aussage machen. Hingegen erscheint die Schlussfolgerung, dass diese Argumentation direkt auch für die Spitex (siehe Kommentar weiter unten zu Pt. 3.1.7) übernommen werden kann, äusserst riskant und wenig fundiert!

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

	Im Berichtsteil 3 zur ambulanten Pflege stehen v.a. Konjunktiv-Formulierungen im Text. Es wird geschätzt, angenommen und Möglichkeiten erwogen ... Die Datenquellen mit Spitex-Statistik und Sasis-Datenpool werden abwechselungsweise oder miteinander im Text erwähnt, was zu wenig Klarheit führt und den Text und die entsprechenden Folgerungen schwer verständlich macht. Am Schluss von 3.1.1 wird im letzten Absatz darauf hingewiesen, dass die Daten des Sasis-Datenpools präziser sind, aber man die Angaben der Spitex-Statistik verwendet! In Punkt 3.1.2 wird viel angenommen und indirekt mit den ausgelagerten MiGeL-Kosten und der Verrechnung der entsprechenden «Mehrerträge» der Spitex, d.h. indirekt mit einem höheren Abzug als 3,6% gedroht, was wir als problematisch und wenig zielführend erachten. Am Ende des ersten Abschnitts kommt daher die Schlussfolgerung: « Die vorgesehenen Beiträge im Rahmen der vorliegenden Überprüfung aufgrund des Grundsatzes der Kostenneutralität <i>dürften</i> daher etwas zu hoch sein.» Die Ergebnisse des Evaluationsberichts hingegen werden in keinsten Weise erwähnt bzw. in die Beurteilung mit einbezogen. Unter 3.1.5 und 3.1.6 wird auf die Leistungsbereiche und -struktur hingewiesen und aufgrund der Grafiken 2 und 3 sowie mit Hinweis auf die mangelhafte Datengrundlage bis und mit 2011 (Kantone LU und ZH lieferten keine Leistungsdetails) geschlossen, dass kein Handlungsbedarf besteht, obwohl eine Verschiebung weg von der Grundpflege hin zur Behandlungspflege und Ermittlung/Beratung/ Koordination ersichtlich ist, d.h. eine Zunahme der Komplexität. Hier sollte nochmals genauer analysiert werden und die Daten 2012-2017, die vorliegen und zuverlässiger sind, als Basis genommen werden. Bei 3.1.7 kommt der Hinweis auf die mangelhafte Datengrundlage bei den Spitex-Löhnen. Hier wäre wirklich anzumerken, dass die Basis Pflegeheime nicht anwendbar ist, da der Lohnanteil mit rund 85% der Gesamtaufwände bei der Spitex sehr viel höher liegt und daher Lohnerhöhungen signifikantere Auswirkungen auf das Aufwand-Ertrags-Verhältnis haben. Weiter wird die Berechnungsformel für die prozentuale Senkung (analog Pflegeheime: Pfl egetage statt Ertrag) bzw. deren Logik und Begründung nicht erklärt (auch nicht im Pflegeheim-Teil). Das wäre nochmals zu klären. Eventuell gäbe es eine bessere und exaktere Variante. Noch eine Bemerkung zu den Erläuterungen zu den einzelnen Bestimmungen: Diese sind recht gut gemacht und schlüssig. Hingegen hat sich im Teil II auf S. 27 ein Fehler eingeschlichen, da die Absätze bei Art. 8 KLV zum Ärztlichen Auftrag/Anordnung falsch nummeriert worden sind (Absatz 2 statt 3, 3 statt 4 und 4 statt 5 !)		
Name / Firma	Artikel	Kommentar / Bemerkungen	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
ASPS	Art. 7 Abs. 2 Bst. a Ziff. 1	Die Änderung von «Abklärung» zum Begriff «Ermittlung» und das Weglassen des Arztes bei der Ermittlung der Pflege am Schluss des Satzes erscheint einerseits inhaltlich vertretbar, jedoch nicht zwingend. Es wird aber zu umfangreichen Änderungen bei den Leistungserbringern mit entsprechenden Anpassungskosten bei	

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

		Software, Formularen, Aus- und Weiterbildung etc. etc. führen!	
ASPS	Art. 7a Abs. 1	Die Senkung um 3,6% aufgrund des im Bericht erwähnten Datenmaterials und der Infras-Studie, die auf alten, ungenauen Zahlen basierte, scheint schlecht begründet und daher auf «wackeligen Beinen» zu stehen. Umso mehr, dass sie die heute bereits unterfinanzierte Spitex weiter schwächen wird und damit die Strategie ambulant vor stationär. Der Hinweis, dass die Lohnsteigerung beim Pflegepersonal bei der Spitex nicht exakt erhoben wird und daher die Logik der Pflegeheime mit Verrechnung von Lohnsteigerung und Teuerung (Minus) angewandt wird, ist bei einem Anteil der Löhne am Gesamtaufwand der Spitex von rund 85% (oder mehr) nicht vertretbar und hält keiner Prüfung stand. Eine Erhöhung ist dringend angezeigt, die – im Gegensatz zu Aussagen an anderer Stelle im Bericht – die Anteile an A- und B-Leistungen, die höher qualifiziertes Personal voraussetzen und in der Folge zu höherem Lohnaufwand führen. Der latente Personalmangel (bei gleichzeitiger zahlenmässiger Zunahme der zu Pflegenden) und der GAV Personalverleih bei der privaten Spitex mit laufenden Lohnanpassungen sind weitere Kostentreiber, die die ambulanten Leistungserbringer nicht beeinflussen können. Hinzu kämen allenfalls noch die Kosten für die MiGeL-Produkte in Fremdanwendung, die aus unserer Sicht nicht Teil der Kostenberechnung für die KLV-Beiträge im Vorfeld der Einführung der neuen Pflegefinanzierung auf den 1.1.2011 waren (entsprechende, öffentlich zugängliche Berechnungsgrundlagen fehlen komplett!). Aus diesen Gründen muss im Gegenteil eine zukunftsgerichtete, ausreichende Finanzierungsgrundlage geschaffen werden, indem die KLV-Beiträge substanziell erhöht werden.	
ASPS	Art. 8 Abs. 1	Die vorgeschlagene Lösung scheint in die richtige Richtung zu gehen, allerdings ist anerkannt, dass die Pflegefachleute alle Leistungen mithilfe von Erfahrung und standardisierten Bedarfsermittlungen in der ambulanten Pflege die A-, B- und C-Leistungen dem Arzt/der Ärztin vorlegen und falls notwendig noch besprechen. Eine	Der ärztliche Auftrag oder die ärztliche Anordnung stellt fest: a) ob die Patientin oder der Patient Pflegeleistungen benötigt; b) kann spezifische Leistungen anordnen.

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

		Unterscheidung von A- und C- zu den B-Leistungen, die im Übrigen auch eine A-Leistung (die Ermittlung des Bedarfs an B-Pflege) voraussetzen erscheint nicht sinnvoll und aufgrund des Widerspruchs nicht praktikabel. Wir schlagen daher vor, dies einfacher zu lösen	Die vorgeschlagenen Punkte 1 und 2 sind zu streichen.
ASPS	Art. 8 Abs. 2 Bst. a + b	Die angedachte Regelung mit für die Leistungen A und C 12 Monaten und für B 6 Monaten Dauer verschiedene Geltungsdauern festzulegen, erschwert in der Praxis die Ermittlung der Pflege und der damit verbundenen Abläufe und Administration unnötig, umso mehr als Einsätze mit allen drei Leistungsarten A, B und C dann unterschiedliche Gültigkeit hätten, was nicht sinnvoll erscheint. Daher schlagen wir eine einzige Maximaldauer von 9 Monaten als Kompromiss vor.	Der Arzt oder die Ärztin kann den Auftrag oder die Anordnung erteilen: a) für Leistungen nach Artikel 7 Absatz 2 Buchstaben a-c für maximal 9 Monate; Die vorgeschlagene Ziffer b. ist zu streichen bzw. mit der vorgeschlagenen Ziffer c. zu ersetzen.
ASPS	Art. 8 Abs. 2 Bst. c	Die AÜP soll bei einer Dauer von nur 2 Wochen bleiben, obwohl im Evaluationsbericht zur Pflegefinanzierung, in allen Stellungnahmen der IG Pflegefinanzierung und selbst in den Erklärungen des EDI zu diesem Punkt klar wird, dass diese Leistungsart mit 2 Wochen Dauer nicht funktioniert. Ein Anteil von nur 0,2% an der Spitex-Pflege nach mehr als 6 Jahren spricht für sich! Eine Verlängerung ist zwingend nötig, um den Patientinnen und Patienten von den Vorteilen der AÜP und dessen Nutzen profitieren zu lassen.	Der Arzt oder die Ärztin kann den Auftrag oder die Anordnung erteilen: a) für Leistungen nach Artikel 7 Absatz 2 Buchstabe a, b und c für maximal 9 Monate; b) für maximal 4 Wochen bei Patientinnen und Patienten der Akut- und Übergangspflege, welche sich im Anschluss an einen Spitalaufenthalt als notwendig erweisen und die im Spital ärztlich angeordnet wird. Die vorgeschlagene Ziffer b. ist zu streichen bzw. mit der nun geänderten Ziffer c. zu ersetzen.
ASPS	Art. 8 Abs. 3	Die neue Position des bisherigen Art. 8 Abs 6bis an dieser Stelle erscheint uns i.O.	
ASPS	Art. 8a Abs. 1 Bst. a + b	Wir unterstützen den Vorschlag grundsätzlich, da die Anliegen der parlamentarischen Initiative Joder aufnimmt und umsetzt. Wir unterstützen die Gleichstellung der Pflegefachpersonen bei der Bedarfsermittlung. Hingegen erachten wir den Verweis auf Art. 49 KVV als eher problematisch, da neben dem Diplom neu auch die	Die Bedarfsermittlung zur Umsetzung des ärztlichen Auftrags oder der ärztlichen Anordnung erfolgt: a. für Leistungen nach Artikel 7 Absatz 2 Buchstaben a-c durch eine diplomierte Pflegefachfrau oder einen diplomierten Pflegefachmann (Art. 49 KVV) unter

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

		zweijährige Praxis vorausgesetzt wird. Dies erachten wir bei freiberuflich, alleine tätigen Pflegefachleuten als begründet (wie bisher), jedoch nicht für diplomiertes Pflegefachpersonal in Spitex-Organisationen. Diese sind mit dem Diplom in der Lage, eine Bedarfsermittlung auszuführen und werden durch die strukturierte Erfassung mit Rai Homecare (mit entsprechender Ausbildung in der Handhabung dieser Software!) befähigt, den Pflegebedarf zuverlässig und standardisiert zu erheben. Bei Punkt a und b erachten wir den Terminus «Zusammenarbeit» mit den Patienten als nicht adäquat und haben diesen durch «Einbezug» ersetzt, der der Realität eher entspricht.	Einbezug der Patientin oder des Patienten oder derer Angehörigen; das Ergebnis der Ermittlung ist dem behandelnden Arzt oder der behandelnden Ärztin zur Information weiterzugeben; b. für Leistungen der Akut- und Übergangspflege durch eine diplomierte Pflegefachfrau oder einen diplomierten Pflegefachmann in Zusammenarbeit mit dem behandelnden Arzt oder der behandelnden Ärztin sowie unter Einbezug der Patientin oder des Patienten oder derer Angehörigen.
ASPS	Art. 8a Abs. 2	In der Spitex erfolgt die Bedarfsermittlung "branchenüblich" und bei über 80% aller Organisationen über die Software Rai Homecare, die heute als Standard anerkannt ist und eine strukturierte Bedarfserhebung und entsprechend korrekte Beurteilung und zuverlässige Prüfung nach klaren Kriterien durch die Krankenkassen erlaubt.	
ASPS	Art. 8a Abs. 3	Hier wird auf ein einheitliches Formular für das Ermittlungsergebnis zuhanden des Arztes hingewiesen. Hier sollte ergänzt werden, dass die Einheitlichkeit pro Leistungserbringer-Sparte (Pflegeheime, Spitex und freiberufliche Pflegefachleute) gegeben sein sollte und nicht eines für alle. Die ASPS erachtet eine komplette Vereinheitlichung (Pflegeheime, Spitex, freiberufl. Pflegefachleute) als wenig praktikabel und inhaltlich zu wenig professionell differenziert. Weiter macht die ASPS darauf aufmerksam, dass die beiden Spitex-Verbände zusammen mit den Krankenversicherern daran sind, im Rahmen einer elektronischen Lösung ein national einheitliches Formular für die Bedarfsmeldung der Spitex-Organisationen zu definieren. Die Einführung wird allerdings frühestens im 2. Semester 2019 erfolgen. Daher sollte eine Übergangsbestimmung hier noch genügend Zeit einräumen, um der gesamtschweizerischen Spitex-Branchenlösung eine reelle Chance zu geben.	Die Bedarfsermittlung erfolgt bei den Leistungserbringern nach Art. 49 und 51 KVV und denjenigen nach Art. 35 Abs. 2 Bst. k KVG pro Leistungserbringertyp nach fachspezifischen Kriterien. Ihr Ergebnis wird auf jeweils einheitlichen Formularen festgehalten. ...

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

ASPS	Art. 8c Abs. 2	Die kantonale Zuständigkeit hat hier aus unserer Sicht ihre Grenzen, da der Bundesrat die Bedarfsermittlung regeln soll, erscheint es logisch, dass er auch das Kontroll- und Schlichtungsverfahren regelt. Wir schlagen daher eine andere Formulierung für diesen Absatz vor.	Kommt keine Einigung zustande, setzt der Bundesrat nach Anhörung der Beteiligten das Kontroll- und Schlichtungsverfahren fest.
ASPS	Übergangsbestimmungen	Wie bei Art. 8a Abs 3 erwähnt, wird eine einheitliche Lösung für das Formular der Bedarfsmeldung schweizweit im Rahmen der elektronischen Lösung vorliegen. Dessen Einführung kann aus heutiger Sicht erst im 2. Semester 2019 beginnen und wird einige Zeit in Anspruch nehmen, da die Softwarehersteller ihre Programme entsprechend anpassen und die Leistungserbringer investieren und ihre System updaten müssen. Daher erscheint eine Übergangsfrist bis Ende 2020 realistisch zu sein.	Die Bedarfsmeldung der Leistungserbringer nach Art. 49 und 51 KVV darf bis zum 31.12.2020 mit den bisher gültigen Formularen erfolgen.
ASPS	Art. 7a Abs. 5 (neu)	Wir schlagen vor, dass die OKP-Beiträge alle drei Jahre der Kostenentwicklung in der Pflege angepasst werden. Hierzu erscheint uns die Ergänzung mit einem neuen Absatz 5 zielführend.	Die Beiträge, die von den Versicherungen zu übernehmen sind, werden alle drei Jahre der durchschnittlichen Entwicklung der Pflegekosten der Leistungserbringer nach Art. 7 Abs. 1 Bst. a und b sowie getrennt für die Leistungserbringer nach Art. 7 Abs. 1 Bst. c vom Bundesrat angepasst.
ASPS	Art. 20	Die MiGeL-Problematik muss gelöst werden und hierzu könnte eine einfache Anpassung des Artikels bereits zielführend sein.	Die Versicherung leistetvon der versicherten Person selbst oder mit Hilfe einer nichtberuflich oder beruflich an der Untersuchung oder Behandlung mitwirkenden Person.

Modification de l'ordonnance du DFI sur les prestations de l'assurance des soins en cas de maladie (OPAS) (neutralité des coûts, évaluation des soins requis)

Procédure de consultation du 4 juillet au 26 octobre 2018

Prise de position

Nom / entreprise / organisation / canton : Association Vaudoise d'aide et de soins à domicile / Vaud

Abréviation de l'entr. / org. : AVASAD

Adresse : Route de Chavannes 37, 1014 Lausanne

Personne de référence : Susana Garcia, Directrice générale

Téléphone : 021 623 36 36

Courriel : susana.garcia@avasad.ch

Date : 24.10.2018

Ordonnance du DFI sur les prestations de l'assurance des soins en cas de maladie (OPAS)

AVASAD	Nous remercions de nous avoir donné cette possibilité de prendre position au sujet de la consultation susmentionnée. L'AVASAD refuse catégoriquement la baisse proposée des contributions de l'AOS aux soins ambulatoires de 3,6 %. Pour les raisons suivantes, elle demande au contraire une augmentation indispensable de ces contributions: - La base de données utilisée pour le calcul est insuffisante. Selon des experts, la statistique de l'aide et de soins à domicile ne permet pas de faire des comparaisons correspondantes avant et après 2010. De nombreux arguments sont impossibles à comprendre – par exemple dans le domaine de l'évolution salariale ou du matériel de soins. - L'hypothèse centrale selon laquelle les prestations de soins ambulatoires seraient restées constantes entre 2010 et 2014 est erronée. Le système de forfaits par cas DRG a été introduit durant cette période, ce qui a débouché sur des situations de soins plus complexes et, aussi en particulier, sur une augmentation des prestations rémunérées de manière plus élevée (mesures de clarification, conseils et coordination, mesures d'examen et de traitement). Durant cette même période, le principe «l'ambulatoire avant le stationnaire» a été poursuivi de manière conséquente. Dans ce contexte, des prestations spécialisées ont été introduites dans le domaine des soins ambulatoires – aussi en concordance avec les différences stratégies nationales de la santé – par exemple dans le domaine des soins aux personnes atteintes de démence, des soins palliatifs, des soins en psychiatrie, des services durant le week-end et la nuit. Ces prestations sont plus coûteuses que des prestations de soins «habituelles et simples». L'Aide et soins à domicile a renforcé sa position en tant qu'acteur essentiel et coordonné du système de soins. - Durant la période de temps concernée, l'assurance obligatoire des soins (AOS) a bénéficié de décharges par rapport aux autres payeurs: dans de nombreux cantons, cela s'est produit en particulier à la charge des patients. - En raison de la réglementation insuffisante du financement résiduel, des décisions motivées par des impératifs de politique financière ont également été prises dans des cantons et des communes au détriment des organisations d'aide et de soins à domicile. Il est urgent de définir tout ce qui doit être contenu dans les contributions et le financement résiduel ou ce qui est remboursé séparément – par ex. le temps de déplacement, le matériel de soins. Sinon la protection financière des organisations d'aide et de soins à domicile n'est pas garantie à long terme, ce qui, au final, pénalisera les patients et l'ensemble du système de soins. De plus, les répercussions des arrêts du Tribunal administratif fédéral de 2017 occasionnent un énorme chaos dans l'utilisation et la facturation du matériel de soins. Cette décision ne peut pas être appliquée de la sorte dans la pratique et des solutions claires et pérennes doivent être trouvées de toute urgence. L'AVASAD demande la légalisation à partir du 1^{er} janvier 2019 de la pratique actuelle, qui fonctionne bien, concernant la facturation du matériel de soins (voir ci-dessous les remarques détaillées relatives au chapitre 3.1.2). L'AVASAD salue la volonté du Conseil fédéral de réduire les charges administratives et d'accorder une meilleure reconnaissance aux soins. Toutefois, les mesures proposées à ce sujet s'avèrent éloignées de la pratique et n'ont pas été mûrement réfléchies. L'AVASAD propose
--------	---

pour cette raison différents changements qui permettront une mise en œuvre plus judicieuse.

Avec l'ouverture de cette consultation, le Conseil fédéral a également publié le rapport d'évaluation externe et exhaustif d'INFRAS sur le nouveau régime du financement des soins. Pour l'AVASAD, il est incompréhensible que le présent projet de modification de l'OPAS ne mentionne jamais ce rapport et n'intègre pas ses conclusions. De même, les hypothèses sur lesquelles se base le présent projet soumis à consultation nous sont absolument incompréhensibles. Le rapport d'évaluation d'INFRAS fait très bien ressortir les différentes lacunes du nouveau régime de financement des soins. Nous considérons que les conclusions tirées du rapport d'évaluation d'INFRAS sont inadéquates. A notre avis, une occasion de procéder à des améliorations du financement des soins a ainsi été ratée.

Avant de passer aux remarques et propositions de modification concernant les différents articles spécifiques de l'OPAS, nous souhaitons approfondir certains points du rapport de consultation :

Remarques générales sur le rapport de consultation

Le rapport et les dispositions proposées ne semblent pas harmonisés. Le rapport est écrit de manière compliquée et lacunaire, partant il est difficile à lire. Quelques exemples:

- page 13, 3.1.2, Prestations annexes et prestations d'autres assureurs sociaux: Dans ce chapitre, il n'existe pas un mot sur les prestations d'autres assureurs sociaux.
- page 15, 3.1.6, Graphiques 2 et 3: Ces deux graphiques portent un titre erroné en se référant à la répartition de l'intensité des soins. Ils représentent au contraire la répartition des différentes catégories de prestations de soins.
- page 16, 3.2, Calcul du facteur de correction des contributions aux soins: Des «jours de soins» et des «prestations brutes» sont mentionnés dans la formule de calcul. Or, ces termes ne jouent aucun rôle dans les soins ambulatoires. Il faudrait se baser sur des «heures de soins» et des «recettes».
- page 21, 1.3 Durée de la prescription médicale – propositions d'adaptation: Les propositions d'adaptation ne sont pas décrites.

Remarques détaillées sur la partie du rapport portant sur la neutralité des coûts concernant les contributions aux soins

Légitimation de la neutralité des coûts (1.1)

L'AVASAD considère qu'il manque les bases pour montrer que la réglementation n'a pas pu être respectée la première année suivant l'entrée en vigueur de la modification de la loi. Concernant l'atteinte de l'objectif principal du nouveau régime de financement des soins, l'évaluation déclare : « ***Il a été possible, de manière absolue, d'éviter une charge financière supplémentaire de l'AOS par des contributions fixes aux prestations de soins qui sont déterminées par le nouveau régime de financement des soins.*** ». L'AVASAD rappelle que même des assureurs ont déclaré dans le cadre de l'évaluation du financement des soins que l'AOS avait été allégée.

Bases statistiques (3.1)

Nous nous référons à une problématique dans la statistique de l'aide et des soins à domicile qui est décrite de la manière suivante dans le rapport d'évaluation d'INFRAS, à la page 57: « En raison de cette rupture dans les données de la statistique de l'aide et des soins à

domicile, **il est impossible de faire une comparaison directe du coût total avant et après 2010. Avec les données à disposition, il n'est pas possible de faire une estimation de l'ordre de grandeur de la distorsion des données.**» C'est la raison pour laquelle nous considérons que la statistique de l'aide et des soins à domicile ne peut pas être utilisée pour faire une comparaison de la situation avant et après 2010.

Etablissements médico-sociaux (2)

L'AVASAD ne se prononce pas sur les explications et calculs concernant le domaine des établissements médico-sociaux. Nous approuvons toutefois une augmentation des contributions de l'AOS dans ce domaine (voir aussi la prise de position de la Communauté d'intérêt Financement des soins du 26 avril 2018 / cf. https://www.spitex.ch/files/9G0FLTJ/2018_04_26_argumentarium_igpf_d.pdf).

Prestations annexes (3.1.2)

Le chapitre 3.1.2 s'articule de manière significative aussi autour de la prise en charge des coûts du matériel de soins. Comme déjà mentionné plusieurs fois lors d'entretiens que l'Aide et soins à domicile Suisse a eus avec l'OFSP – et également reconnu par celui-ci – les coûts pour le matériel de soins ne sont pas, voire pas suffisamment pris en considération dans le calcul relatif au nouveau régime de financement des soins. En outre, le matériel utilisé depuis l'introduction du nouveau régime de financement des soins s'est développé et a renchéri de manière correspondante. Ainsi, par exemple des pansements modernes (et plus chers), utilisés pour des soins de plaie, ont une durée d'utilisation plus longue, et nécessitent par conséquent moins de prestations de soins effectuées par une infirmière ou un infirmier. L'AVASAD considère que, rien que pour ces raisons, les contributions de l'AOS devraient être augmentées.

Même si l'on supposait que le calcul avait été fait correctement en 2011, cette argumentation dans le rapport (page 13 et suivantes) ne tient pas la route : il est constaté qu'au cours des dernières années, les organisations d'aide et de soins à domicile ont de plus en plus externalisé, pour des raisons d'efficacité, la gestion du matériel auprès de tiers (pharmaciens, médecins, fournisseurs de matériel). L'office compétent en conclut que les contributions de l'OPAS sont donc trop élevées (et par conséquent devraient en fait être réduites encore plus fortement), sans prendre en considération les deux arrêts du Tribunal administratif fédéral (TAF) de 2017 qui stipulent que le matériel utilisé dans le cadre des soins ne doit pas être facturé séparément.

Il est bien connu que ces deux arrêts du TAF créent de gros problèmes et occasionnent des frais administratifs supplémentaires. Ils débouchent sur le fait que, pour le moment, les organisations d'aide et de soins à domicile doivent assumer l'intégralité des coûts pour ce matériel jusqu'à ce qu'une solution soit trouvée avec les responsables du financement résiduel. L'AOS continuera de verser une contribution. Toutefois, nous renvoyons principalement à notre première objection: le matériel n'a pas été suffisamment pris en considération dans le nouveau régime de financement des soins.

En outre, nous rappelons que particulièrement dans ce chapitre, les bases et les preuves sont extrêmement lacunaires. Les formulations comme «devrait tenir compte», «il est possible que», «On peut par exemple se demander pourquoi», «devraient également avoir facturés», «on peut en tous cas supposer», «Il n'est pas possible de chiffrer à combien s'élève», «on peut supposer que», «devraient être un peu trop élevées» se trouvent sur les ¾ de pages seulement de ce chapitre.

L'AVASAD demande en outre de modifier l'OPAS au 1er janvier 2019 afin que les fournisseurs de prestations de soins puissent facturer à l'AOS le matériel de soins selon l'article 7, alinéa 1 de l'OPAS, par exemple par un changement de l'art. 20 de l'OAMAL. Il faut renoncer à séparer le matériel entre celui qui est utilisé par la personne elle-même ou celui qui est utilisé par une infirmière. Cela permettra de légaliser la pratique qui a fonctionné durant ces dernières années. En raison des coûts très différents engendrés en fonction de la prestation de soins, une prise en compte forfaitaire n'est pas judicieuse dans les contributions de l'AOS pour les soins ambulatoires. Les prestations impliquant beaucoup de matériel (par ex. les soins de plaie) ne seraient pas rémunérées de manière suffisamment élevée. Par conséquent, le matériel de soins doit pouvoir être facturé séparément (et pas un paiement par forfait).

Proposition subsidiaire: s'il n'est pas possible de procéder directement à une modification de l'OAMal, une modification doit se faire le plus rapidement possible dans le droit supérieur.

Soins aigus et de transition (3.1.3)

Sur ce point, nous demandons une analyse minutieuse du rapport d'évaluation d'INFRAS. Celui-ci montre que la configuration actuelle des soins aigus et de transition ne suffit pas.

L'hypothèse selon laquelle davantage de prestations ont été effectuées dans les soins à cause des soins aigus et de transition ne peut pas se confirmer avec la statistique de l'aide et des soins à domicile et nous rejetons fermement cette suggestion que le total des heures augmente (sans justification) à cause d'eux. Les soins aigus et de transition se basent sur une ordonnance prescrite par un médecin hospitalier et, par conséquent, ne peuvent pas être augmentés arbitrairement.

Evolution de la structure des prestations selon le type de traitement (3.1.6)

Il nous est impossible de comprendre comment l'on est arrivé à l'hypothèse que la structure de prestations par type de traitement est restée constante entre 2010 et 2014 (comme déjà susmentionné, le terme «intensité de soins» est erroné). Au cours des années passées, avec l'introduction des DRG dans les hôpitaux et avec la mise en œuvre du principe «l'ambulatoire avant le stationnaire», des cas de plus en plus complexes ont été pris en charge par les soins ambulatoires. De même, le taux des prestations A et B a augmenté en conséquence dans les soins palliatifs, les soins en oncologie, les soins psychiatriques et dans d'autres prestations de soins spécialisées. Cela est même mentionné dans ce sens dans plusieurs rapports de l'OFSP (voir par exemple le rapport «Rémunération des prestations dans le cadre des soins coordonnés», 2018). Logiquement, en contrepartie, les prestations C reculent proportionnellement. Le graphique 2 et le graphique 3 à la page 15 l'indiquent très clairement – toutefois, dans le document mis en consultation, on arrive à la conclusion à partir de ces chiffres que ceux-ci sont «relativement constants». Plus souvent toutefois, ces transferts (voulus) dans le mélange de prestation expliquent aussi de manière essentielle le renchérissement du taux-horaire.

Salaires et renchérissement général (3.1.7)

Au cours des dernières années, les salaires dans le domaine des soins ont augmenté. Le besoin en personnel formé, les interventions de nuit et durant le week-end, les spécialisations ont débouché sur des augmentations de salaire. Dans ce sens, nous considérons qu'il faut

prendre en compte les salaires comme un facteur de coûts essentiel et refusons l'argumentation de ne pas les prendre en considération.

Calcul du facteur de correction des contributions aux soins (3.2)

L'objectif de la correction des coûts est de garantir que durant l'année de transition 2010/2011, l'introduction des contributions selon l'OPAS s'est faite pour l'AOS en respectant le principe de la neutralité des coûts. Il est problématique de comparer les chiffres de 2010 à 2014. Il est déjà expliqué dans le rapport d'évaluation d'INFRAS que la rupture concernant les données dans la statistique de l'aide et des soins à domicile ne permet pas de faire une comparaison directe des coûts globaux avant et après 2010 (voir également ci-dessus).

Le rapport d'INFRA mentionne à différents endroits (voir chapitre 3.1.1) que la cohérence des données à disposition laisse à désirer pour plusieurs raisons. Il constate ainsi que les revenus de prestations selon OPAS 7 ont été saisis sous différentes rubriques, que les organisations à but lucratif n'ont été saisies dans la statistique qu'à partir de 2010 (et pas encore toutes) et que les infirmières et infirmiers indépendants de Zurich et de Genève n'étaient pas encore inclus dans la statistique en 2010, etc. Pour l'AVASAD, la question fondamentale est de savoir si, compte tenu du manque de données tangibles, il est vraiment possible d'examiner de manière si détaillée la neutralité des coûts à l'introduction en 2011, comme le suggère la formule proposée et son résultat de 3,6 pourcents.

L'AVASAD considère que les conclusions et la réduction des contributions à partir d'une base de données peu tangible sont arbitraires et manquent de sérieux.

Nous estimons qu'il faut absolument augmenter les contributions aux soins. Différents facteurs indiquent qu'après presque quinze ans, la base de calcul doit être retravaillée de toute urgence:

- La base de données de 2014 n'a pas suffisamment tenu compte de différents facteurs. Par exemple les coûts du matériel de soins ou les temps de déplacement.
- Depuis l'introduction du nouveau régime de financement des soins, la demande en prestations de soins ambulatoires a fortement augmenté en raison de la stratégie des cantons « l'ambulatoire avant le stationnaire » et de l'évolution sociale (plus de ménage avec une seule personne, individualité, etc.).
- En parallèle, le besoin en offre de soins spécialisés a continué d'augmenter fortement: actuellement, les soins palliatifs, les soins aux personnes atteintes de démence, les soins psychiatriques, les soins en oncologie, les soins pédiatriques font partie en de nombreux endroits de l'offre d'une organisation d'aide et de soins à domicile (voir aussi les stratégies à ce sujet de la Confédération et des cantons). Il faut aussi compter à l'avenir avec une augmentation de cette évolution (voir le programme national de recherche «Fin de vie» (PNR 67) ou le postulat 18.3384 de la CSSS-CE «améliorer la prise en charge et le traitement des personnes en fin de vie»). Du personnel avec une formation supplémentaire doit être engagé pour ces prestations et des instruments spécifiques être utilisés. En raison notamment de cette évolution, un transfert des coûts se produit du domaine stationnaire au domaine ambulatoire.
- Le besoin en prestations 24 heures sur 24 et en services d'urgence a également fortement augmenté depuis 2011. Il est également, en partie, lié aux offres spécialisées (soins palliatifs, soins pédiatriques ambulatoires). De plus, des situations d'accompagnement en mutation débouchent également sur cette augmentation des besoins.

Malgré ces facteurs flagrants, aucune augmentation des contributions et des services compétents n'a été prévue pour l'AOS au cours de ces dernières années. Cette charge supplémentaire a dû être assumée presque exclusivement par les cantons et les communes ou par les personnes concernées elles-mêmes par le biais d'adaptation/augmentation des taux de la contribution du patient (voir rapport d'évaluation d'INFRAS, pages 8, 9, 60, 63). Les organismes qui prennent en charge le financement résiduel ont essayé d'éviter des dépenses supplémentaires (par exemple avec des mesures d'économie), de les transférer (en imposant un charge plus lourde aux patients) ou de les ajourner (en partie en repoussant de trois ou quatre ans l'actualisation des contributions du financement résiduel).

Par contre, l'AOS a même été allégée dans le domaine des soins ambulatoire – et ainsi l'objectif d'éviter une charge supplémentaire a été „dépassé“.

Résumé: Au cours des dernières années, les prestations dans le domaine des soins sont devenues plus exigeantes et plus coûteuses et les situations de soins plus complexes. Une spécialisation croissante a également débouché sur des exigences nouvelles et plus élevées. La pénurie de personnel alimente également la discussion concernant les salaires. En même temps, la part de l'AOS aux coûts des soins ambulatoires a été réduite au détriment des cantons, des communes et des patients. Cette évolution ne peut pas se poursuivre ainsi. Il faut une adaptation régulière des contributions à l'évolution des coûts.

Avec une augmentation des contributions selon l'OPAS dans les soins ambulatoires, il sera possible à nouveau d'atteindre l'ancien niveau de participation de l'AOS aux coûts des soins et d'inclure les éléments manquants (matériel de soins, temps de déplacement, salaires). A notre avis, cela renforcera le principe «l'ambulatoire avant le stationnaire».

Remarques de détails sur la partie du rapport portant sur l'«évaluation des soins requis»

Nous considérons que les modifications proposées concernant les processus d'évaluation des soins requis dans le domaine des soins ambulatoires ne sont pas suffisamment élaborées. Nous avons de nombreuses propositions visant à optimiser le processus. Une clarification des concepts s'impose en particulier: pour les soins à domicile, l'évaluation des soins requis se fait de façon exhaustive (selon art. 8a, al. 2) en de multiples endroits avec l'instrument RAI Home Care. La planification des soins découle de l'évaluation des soins requis et les prestations de soins nécessaires sont déterminées sur cette base. Le résumé des prestations de soins est représenté dans un formulaire (évaluation des besoins, voir art. 8a, al. 3).

Nous sommes volontiers disposés à montrer aux personnes intéressées les processus d'identification des besoins dans une organisation d'aide et de soins à domicile.

Nom / entreprise	article	commentaires / remarques	modification proposée (texte proposé)
AVASAD	Art. 7a al. 1	Nous considérons que la réduction des contributions venant de l'AOS pour les soins à domicile est inadéquate, infondée et totalement incompréhensible. Nous nous référons aux remarques générales à ce sujet qui précèdent et soulignons le point suivant: le rapport d'expert arrive à la conclusion que durant la période observée, la charge proportionnelle de l'AOS a été réduite de 72% à 70% et que l'objectif de la neutralité des coûts a ainsi été dépassé. De même, on omet également de prendre en considération que les frais de salaire ont nettement augmenté et vont certainement continuer de croître en raison du besoin en personnel infirmier. De plus, la poursuite systématique de la stratégie «l'ambulatoire avant le stationnaire» a eu - et a - comme conséquence que des prestations spécialisées (et ainsi coûteuses), par exemple les soins palliatifs, les soins en oncologie, les soins en psychiatrie, ont été intégrés de plus en plus dans les soins ambulatoires (voir à ce sujet plusieurs stratégies nationales de la Confédération). Un maintien des contributions actuelles débouche sur un transfert constant des coûts croissants vers les cantons et les communes (selon la réglementation cantonale du financement résiduel) ainsi que vers les clients.	L'AVASAD exige une augmentation des contributions.
AVASAD	Art. 8 al. 1	L'AVASAD est d'avis que le nouveau processus d'ordonnance n'est pas suffisamment élaboré. Actuellement, le médecin prescrit les prestations de soins. En parallèle, des mesures spécifiques sont en partie prescrites sur la base de l'indication médicale (par exemple des bas de contention, la mesure des signes vitaux, des injections). L'infirmière ou l'infirmier qui effectue l'évaluation des soins requis détermine de manière spécifique les prestations qui sont nécessaires. Le médecin signe ensuite une ordonnance pour ces prestations (en général dans le cadre d'une procédure rapide, sans examen approfondi). Les professionnels s'accordent pour admettre que la confirmation finale se fait pour la forme. Réglementation proposée:	Al. 1 b. Le médecin peut ordonner des prestations spécifiques.

		Nouvellement, le médecin constate dans une première étape la nécessité des soins (al. 1, let. a) et en même temps détermine également si des prestations A, B, C sont requises (al. 1, let. b). L'évaluation des soins requis se fait ensuite de manière exhaustive par une infirmière ou un infirmier selon l'art. 8a (cela correspond aussi aux standards internationaux, en particulier à RAI Home Care qui est utilisé presque partout dans les soins à domicile). La mise en œuvre de l'évaluation des soins requis correspond toujours dans la pratique à une prestation A, en d'autres termes, le médecin doit dans tous les cas sélectionner «A» pour que l'évaluation des soins requis soit remboursée. Si un médecin ordonne des prestations de soins A et B et qu'il résulte de l'évaluation des soins requis (évaluation de la situation dans sa globalité et de l'environnement) que le client a également besoin de prestations C, il faut à nouveau consulter le médecin à ce sujet. Cette procédure génère des coûts supplémentaires et occasionne des frais administratifs inutiles. En outre, elle s'oppose à la pratique déjà en cours actuellement et qui veut que les infirmières et infirmiers clarifient le type de prestations et leur volume. L'AVASAD considère que la séparation artificielle entre les prestations A/C et les prestations B n'est pas judicieuse. Les infirmières et infirmiers sont en mesure d'évaluer de manière professionnelle quelles prestations sont nécessaires – aussi dans le domaine des soins de traitement (par exemple la mesure des signes vitaux, la mesure de la glycémie, les soins de plaie). Le médecin est informé des prestations de soins nécessaires qui résultent de l'évaluation des soins requis. En contrepartie, il est également important que les services d'aide et de soins à domicile reçoivent les informations du médecin afin de pouvoir adapter si nécessaire leur planification des soins. L'AVASAD soutient en principe la proposition du Conseil fédéral consistant à mieux reconnaître les compétences des infirmières et infirmiers et à simplifier le processus d'évaluation des soins requis (sans devoir obtenir la signature du médecin).	
--	--	---	--

AVASAD	Art. 8, al. 2, litt. a + b	L'AVASAD soutient une prolongation du mandat médical. Cela permet de réduire les frais administratifs. La planification différente des prestations B (6 mois) et des prestations A/C (12 mois) débouche dans la pratique sur une situation absurde et compliquée et occasionne des coûts supplémentaires: dès qu'un client nécessite plusieurs prestations, il faut harmoniser la durée du mandat médical. Exemple: Si, comme proposé, le mandat médical arrive à échéance après 6 mois pour les prestations B (et pour les prestations C prescrites seulement après 12 mois), il faut renouveler l'évaluation des soins requis après 6 mois uniquement pour les prestations B, toutefois pas pour les prestations A et C que le client reçoit en parallèle. Selon des standards internationaux et aussi selon l'art. 8a, al. 2, l'évaluation de la situation dans sa globalité et de l'environnement fait partie intégrante de l'évaluation des soins requis. Une «évaluation des soins requis partielle», qui ne porterait que sur d'éventuelles prestations B violerait l'art. 8a, al. 2 et serait contraire à la logique de l'instrument d'évaluation des besoins RAI Home Care principalement utilisé dans les soins à domicile. Il est erroné de se baser sur le processus décrit, selon lequel les soins requis sont déterminés à partir du type de prestation (A, B ou C). La situation du client est saisie à l'aide de l'évaluation globale des soins requis et les prestations concrètes de soins sont déduites de la planification des soins qui en résulte et pas l'inverse. Pour des raisons d'assurance de la qualité, l'AVASAD propose une durée uniforme de 9 mois au maximum.	2 La durée de la prescription ou du mandat médical ne peut dépasser: a) neuf mois pour les prestations prévues à l'art. 7, al. 2, let. a, b et c b) à supprimer
AVASAD	Art. 8, al. 2, litt. c	Les 2 semaines au maximum de soins aigus et de transition ne sont pas suffisantes. Tout comme l'est la réglementation actuelle à ce sujet. Nous nous référons également à la prise de position de la Communauté d'intérêt Financement des soins du 26 avril 2018 (voir ci-dessus) et au rapport d'évaluation sur le nouveau régime de financement de soins d'INFRAS. Ces documents démontrent clairement les lacunes existantes dans les soins aigus et de transition. Une modification de fond est demandée. Elle ne peut toutefois se produire qu'avec une adaptation correspondante préalable de la LAMal.	-

		L'AVASAD souligne la nécessité d'une adaptation des soins aigus et de transition mais renonce, pour les raisons susmentionnées, à proposer une modification en cet endroit.	
AVASAD	Art. 8a, al. 1	La proposition du Conseil fédéral prévoit une limitation de l'évaluation des soins requis aux infirmières et infirmiers. L'AVASAD soutient cette égalité de traitement des différents domaines de soins. Le renvoi à l'art. 49 OAMal est considéré comme problématique, celui-ci ayant deux exigences : un diplôme (let. a) et une expérience pratique de deux ans (let. b). L'AVASAD rejette clairement cette dernière limitation. Les curricula de formation des infirmières et infirmiers prévoient explicitement les activités d'évaluation des soins requis. A la fin de sa formation, le personnel infirmier (diplômé et dûment formé) est par conséquent en mesure de procéder immédiatement à l'évaluation des soins requis. Les infirmières et infirmiers suivent un complément de formation de plusieurs jours afin de pouvoir procéder à l'évaluation des soins requis à l'aide de RAI Home Care. Le fait d'introduire un délai de deux ans avant qu'une infirmière ou un infirmier n'ait le droit d'effectuer l'évaluation des soins requis limiterait massivement la pratique actuelle dans les services d'aide et de soins à domicile et se répercuterait négativement sur l'attrait de l'Aide et soins à domicile en tant qu'employeur pour un/e jeune diplômé/e. A notre avis, l'art. 49 de l'OAMal définit les conditions qui doivent être remplies pour pouvoir exercer en tant qu'infirmière ou infirmier indépendant. En outre, conformément à nos explications concernant l'art. 8, nous proposons de renoncer à la séparation artificielle entre les prestations A/C et B et de supprimer par conséquent la let. b.	1 Les soins requis pour mettre en œuvre la prescription ou le mandat médical sont évalués comme suit: a. pour les prestations prévues à l'art. 7, al. 2, let. a à c: par un infirmier ou une infirmière (art. 49 OAMal) en collaboration avec le patient ou ses proches; le résultat est transmis, pour information, au médecin prescripteur ; b. pour les prestations prévues à l'art. 7, al. 2, let. b: ou les soins aigus et de transition, par un infirmier ou une infirmière (art. 49 OAMal) en collaboration avec le médecin prescripteur et le patient ou ses proches.
AVASAD	Art. 8a, al. 2	L'évaluation des soins requis comprend l'évaluation de la situation du patient ou de la patiente dans sa globalité ainsi que l'évaluation de son environnement. Cela correspond tout à fait à l'instrument d'évaluation RAI Home Care qui est utilisé dans les soins à domicile par environ 85% des organisations.	-

AVASAD	Art. 8a°, al. 3	Selon le commentaire, l'art. 8a se réfère à l'évaluation des soins requis en général (commentaire, page 27), donc aux organisations d'aide et de soins à domicile, aux infirmières et infirmiers indépendants ainsi qu'aux établissements médico-sociaux (EMS). L'al. 3 exige des critères uniformes mais en fait il exige également beaucoup plus un formulaire standardisé. L'AVASAD considère qu'une configuration de l'annonce des soins requis dans un formulaire (résumé des prestations de soins évaluées selon l'évaluation des soins requis) identique pour le domaine ambulatoire et stationnaire n'est pas judicieuse ni constructive. Les situations ne sont pas comparables et il existe des instruments différents d'évaluations des soins requis selon les settings respectifs (voir par exemple interRAI). L'AVASAD soutient la configuration uniforme de l'annonce des besoins au sein du secteur des soins à domicile – celle-ci devrait être impérativement élaborée sous forme électronique. Nous rendons attentif aux efforts actuels correspondants réalisés dans le domaine des soins à domicile, en collaboration avec les assureurs-maladie. Ceux-ci ne pourront toutefois pas aboutir d'ici à l'entrée en vigueur prévue en juillet 2019. Par conséquent, nous demandons une réglementation transitoire en vue d'une introduction réaliste (voir ci-dessous).	3 Elle se fonde sur des critères uniformes dans le domaine stationnaire et ambulatoire respectif...
AVASAD	Art. 8c	Nous soutenons la position de la Conférence des directeurs de la santé, exprimée le 27 août 2018, au sujet des alinéas 1 et 2 de cet article.	
AVASAD	Dispositions transitoires	Comme déjà mentionné dans les remarques à l'art. 8, al. 3, l'introduction d'une annonce (électronique) uniforme des besoins ne peut pas être terminée pour juillet 2019.	L'évaluation des soins requis dans les établissements médico-sociaux selon l'ancien droit reste possible jusqu'à la fin 2020.
AVASAD	Art. 20	L'OPAS doit absolument être modifiée à partir du 1 ^{er} janvier 2019 de telle sorte que les fournisseurs de prestations puissent facturer le matériel de soins à l'AOS selon l'art. 7, al. 1 de l'OPAS, indépendamment du fait que ce matériel soit remis au patient ou à la patiente pour son utilisation propre (selon la LiMA) ou utilisé par une infirmière ou un infirmier.	L'assurance octroie un remboursement pour les moyens et appareil thérapeutiques ou diagnostiques visant à surveiller le traitement d'une maladie et ses conséquences remis sur

		Proposition subsidiaire: s'il n'est pas possible de procéder directement à une modification de l'OAMal, une modification doit se faire le plus rapidement possible dans le droit supérieur.	prescription médicale par un centre de remise au sens de l'art. 55 OAMal et utilise p l'assuré lui-même ou avec l'aide d'un intervenant non professionnel impliqué dans l'examen ou le traitement.
--	--	--	--

Bern, 22. Oktober 2018

Änderung der Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (KLV) (Kostenneutralität und Bedarfsermittlung)

Vernehmlassungsantwort von CURAVIVA Schweiz

1. Einführung

Am 4. Juli 2018 wurde eine Vernehmlassung zur Änderung einer Verordnung des Eidgenössischen Departement des Innern (EDI) eröffnet: Vgl. Mitteilung des Bundesamtes für Gesundheit (BAG AG) vom 4. Juli 2018 bezüglich einer [Änderung der Krankenpflege-Leistungsverordnung des EDI \(KLV\) betreffend Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung](#).

Relevante Vernehmlassungsunterlagen:

- [Änderungen der KLV Kostenneutralität Pflegebedarfsermittlung](#)
- [Änderungen und Kommentar im Wortlaut](#)

CURAVIVA Schweiz wurde zur Teilnahme an der Vernehmlassung eingeladen, wofür sich der nationale Branchenverband bedanken möchte.

In diesem Rahmen will der Bundesrat folgende Massnahmen ergreifen:

- 'Adjustierung' der bei der Einführung der Pflegefinanzierung festgesetzten OKP-Beiträge an die Pflegeleistungen: Die Höhe der Beiträge der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) an die Pflegeleistungen für die Pflegeheime soll um 6.7 Prozent erhöht und für die Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause (Spitex) um 3.6 Prozent gesenkt werden. Dadurch soll die Summe der Vergütungen für die ambulant und im Pflegeheim erbrachten Pflegeleistungen vor und nach der Einführung der Pflegefinanzierung gleichbleiben (Kostenneutralität).
- Erweiterung der Kompetenzen der Pflegefachpersonen bei der Abklärung und Ermittlung des Pflegebedarfs der Patientinnen und Patienten. Ihre Tätigkeit soll dadurch aufgewertet und der administrative Aufwand vereinfacht werden.
- Festlegung von Mindestanforderungen an die Pflegebedarfserfassung in Pflegeheimen, um eine Angleichung der Abklärungsinstrumente sowie die Einschätzung identischer Pflegesituationen zu erreichen. Dadurch soll die Gleichbehandlung der Versicherten in allen Kantonen sichergestellt werden.

2. Lücken und Mängel der Vorlage

CURAVIVA Schweiz erachtet den Vernehmlassungsentwurf als klar ungenügend und enttäuschend. Als nationaler Branchenverband begrüssen wir zwar die vorgeschlagene Erhöhung der OKP-Beiträge für Pflegeheimaufenthalte ausdrücklich und stimmen auch der Stossrichtung der übrigen Vorschläge zu. Mit den inhaltlich sehr beschränkten und weitgehend technischen

Vorschlägen werden aber viele bestehende Probleme in der Pflegefinanzierung nicht gelöst. Es handelt sich um zum Teil seit längerem bekannte Lücken, zum Teil auch um neuen, dringenden Handlungsbedarf. Einige der Problemfelder wurden im Rahmen des am 4. Juli 2018 veröffentlichten Berichts zur Evaluation der Pflegefinanzierung aufgezeigt, vom Bundesrat aber nicht berücksichtigt.

Aus diesem Grund beantragt CURAVIVA Schweiz folgende zusätzliche Massnahmen:

2.1. Gewährleistung der Restfinanzierung

Mit der neuen Pflegefinanzierung wurden Fixbeiträge der Versicherer und Patienten eingeführt. Die ganzen restlichen Pflegekosten müssen durch die Kantone bezahlt werden, soweit sie diese Aufgabe nicht ihren Gemeinden übertragen. Die Praxis zeigte schon rasch nach der Inkraftsetzung der neuen Bestimmungen, dass einige Kantone die Pflicht zur vollständigen Restfinanzierung nicht genügend wahrnehmen. Die ungedeckten Pflegekosten führen zu grossen Problemen für Leistungserbringer und Patienten. Das Bundesgerichtsurteil 9C_446/2017 vom 20. Juli 2018 hat bestätigt, dass die Kantone für die gesamthaft auf ihrem Gebiet anfallenden Pflegerestkosten aufkommen müssen. Nur wenn sie in betroffenen Einzelfällen feststellen und nachweisen können, dass einzelne Leistungserbringer nicht wirtschaftlich und effizient arbeiten, ist für diese konkreten Betriebe eine Kürzung zulässig.

Antrag 1: Gewährleistung der Restfinanzierung durch die Kantone der gesamthaft auf ihrem Gebiet anfallenden Pflegerestkosten

Der Bund stellt sicher, dass der Bundesgerichtsentscheid 9C_446/2017 in allen Kantonen umgesetzt wird und nicht die Pflegebedürftigen zusätzlich belastet werden, falls nötig mit entsprechenden Rechtsänderungen. Soweit noch Unklarheiten bestehen, definiert er verbindlich, was in den Pflegekosten enthalten ist und durch die Restfinanzierung gedeckt werden muss.

2.2. Vergütung der Pflegematerialkosten

Das Bundesverwaltungsgericht hat in Urteilen vom 1. September und 7. November 2017 (C-3322/2015 sowie C-1970/2015) festgehalten, dass gemäss geltendem Recht für die Abgabe von Produkten der Mittel- und Gegenstandsliste (MiGeL) zwei unterschiedliche Fallkonstellationen zu unterscheiden sind. Bei einer selbständigen Anwendung durch die Patientinnen und Patienten leisten die Krankenversicherer ihre Vergütung gemäss MiGeL, bei einer Anwendung durch eine Pflegefachperson hingegen nicht mehr. Faktisch müssen neu die Restfinanzierer (Kantone oder Gemeinden) die Kosten übernehmen, welche bei Spitex, Pflegeheimen und selbstberuflichen Pflegefachleuten anfallen.

Im Pflegealltag haben diese Urteile sehr negative Folgen. Speziell in der ambulanten Pflege werden Mittel und Gegenstände zum Teil abwechselnd durch eine Patientin oder einen Patienten oder durch eine Pflegefachperson angewendet. Gestützt auf die Gerichtsurteile müssen nun die Mittel und Gegenstände in einem Fall die Krankenversicherer, im anderen Fall die Restfinanzierer (Kantone oder Gemeinden) bezahlen. Dies führt zu kaum lösbaren Abgrenzungsproblemen und zu einem grossen und unnötigen administrativen Aufwand. Hinzu kommt, dass nur die Krankenversicherer die für die Rechnungskontrolle notwendigen Informationen erhalten. Die Kantone oder Gemeinden können die Wirtschaftlichkeit, Zweckmässigkeit und Wirksamkeit nicht überprüfen.

CURAVIVA Schweiz beantragt deshalb eine dringende Rechtsänderung, damit die in der Praxis absolut untaugliche Unterscheidung zwischen Selbstanwendung und Anwendung durch fachliches Personal aufgehoben wird und die freiberuflichen Pflegefachpersonen, die Spitex-Organisationen und Pflegeheime das Pflegematerial wie vor den Gerichtsurteilen den Krankenversicherern

verrechnen können. Zudem fordert CURAVIVA Schweiz, dass diese Anpassungen in einem beschleunigten Verfahren auf den 1. Januar 2019 in Kraft gesetzt werden.

Antrag 2: Anpassung von Art. 20 KLV

„Die Versicherung leistet eine Vergütung an Mittel und Gegenstände, die der Behandlung oder der Untersuchung im Sinne einer Überwachung der Behandlung einer Krankheit und ihrer Folgen dienen, die auf ärztliche Anordnung von einer Abgabestelle nach Artikel 55 KVV abgegeben werden ~~und von der versicherten Person selbst oder mit Hilfe einer nichtberuflich an der Untersuchung oder der Behandlung mitwirkenden Person angewendet werden.~~“

Antrag 3: Dringliche Inkraftsetzung vom angepassten Artikel 20 KLV

Die Inkraftsetzung des Antrags 2 hat per Dringlichkeitsbeschluss auf den 1. Januar 2019 zu erfolgen.

Eventualantrag: Änderung auf Gesetzesstufe innert kürzester Frist

Sollte sich eine Änderung auf Gesetzesstufe als zwingend erweisen, wird diese dem Parlament innert kürzester Frist vorgelegt (siehe auch Motion der SGK-NR [18.3710](#) „MiGeL-Produkte. Inrechnungstellung durch Erbringer von Pflegeleistungen“).

2.3. Finanzierung besonderer Pflegesituationen

Krankheitsbedingte Kosten müssen konsequent vergütet werden. Dies gilt auch für den erhöhten Zeitaufwand und die zusätzlichen Leistungen für die Pflege von Menschen mit einer Demenz und für die Palliativpflege. Ohne eine verbesserte Finanzierung lassen sich die Ziele der von Bund und Kantonen lancierten Nationalen Strategien zu Demenz und Palliative Care nur ungenügend umsetzen. Die Pflegeleistungen gemäss KVG müssen deshalb besonderen Krankheiten und Situationen besser Rechnung tragen. Dies bedingt, dass die entsprechenden Leistungen auf Verordnungsebene besser berücksichtigt werden. Ohne diese Korrektur gehen die Kosten für diese Leistungen allein zulasten der Patientinnen und Patienten und/oder der öffentlichen Hand. Können die Patientinnen und Patienten diese Kosten nicht übernehmen, wird die Wahlfreiheit und die bestmögliche Pflege eingeschränkt. Um die hohe Pflegeintensität für Demenz, für Palliativpflege und bei Multimorbidität besser zu berücksichtigen, ist zudem die Begrenzung auf zwölf Pflegestufen in den Pflegeheimen auf achtzehn Stufen zu erhöhen. Die zusätzlichen Kosten für pflegeintensive Situationen insbesondere am Lebensende gehen sonst einseitig zulasten der Restfinanzierer. Damit kann auch eine Forderung des Postulat der SGK-S [18-3384](#) „Bessere Betreuung und Behandlung von Menschen am Lebensende“ berücksichtigt werden.

Antrag 4: Adäquate Finanzierung der Leistungen in der Demenz- und Palliativpflege (Art. 7 Abs. 2 KLV)

Artikel 7 Absatz 2 KLV ist zu ergänzen, um die Leistungen in der Demenz- und Palliativpflege adäquat zu erfassen und zu finanzieren.

Antrag 5: Adäquate Erfassung der Leistungen in der Demenz- und Palliativpflege (Art. 7a Abs. 3 KLV)

Die OKP-Beiträge für Leistungen in Pflegeheimen werden durch eine entsprechende Ergänzung von Artikel 7a Absatz. 3 KLV auch bei einem Pflegebedarf von mehr als 220 Minuten pro Tag in Schritten zu 20 Minuten abgestuft, indem die Anzahl der Stufen von 12 auf 18 erhöht wird.

2.4. Taugliche Regelung der Akut- und Übergangspflege

Hauptzweck der Akut- und Übergangspflege (AÜP) ist, Patientinnen und Patienten nach einem Spitalaufenthalt einen Übergang anzubieten, wenn sie für ihre Rekonvaleszenz vorübergehend noch der Pflege bedürfen, damit sie die Selbständigkeit im Alltag bald zurückerlangen und heimkehren können. Mit einer sinnvollen Lösung können die Kosten gedämpft und gleichzeitig Komplikationen und Fehlversorgung vermieden werden. Die aktuell geltende Konzeption der AÜP hat sich aber als untauglich erwiesen. Sie wird deshalb nur von wenigen Leistungserbringern angeboten. Die wenigen Praxisbeispiele zeigen, dass die maximale Dauer deutlich zu kurz ist, um die Ziele zu erreichen. Damit sie wirkungsvoll umgesetzt wird muss die AÜP von der OKP und von den Wohnkantonen der Patientinnen und Patienten vier statt zwei Wochen vergütet werden können und bei Bedarf um längstens vier Wochen verlängert werden. Zudem ist sie wie vorgelagerte Behandlungen einer akuten Krankheit zu finanzieren – inklusive Hotellerie- und Betreuungskosten.

Antrag 6: Neuregelung der AÜP / Anpassung von Art. 25a Abs. 2 KVG

„Die Leistungen der Akut- und Übergangspflege, welche sich im Anschluss an einen Spitalaufenthalt als notwendig erweisen und die ärztlich angeordnet werden, werden von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung und vom Wohnkanton des Versicherten längstens vier Wochen nach den Regeln der Vergütung der stationären Behandlung einschliesslich Aufenthalt und Pflegeleistungen in einem Spital (Art. 49 Abs. 1) und nach den Regeln der Spitalfinanzierung (Art. 49a Abgeltung der stationären Leistungen) vergütet. Die Akut- und Übergangspflege kann bei Bedarf auf ärztliche Anordnung einmal um längstens vier Wochen verlängert werden. Versicherer und Leistungserbringer vereinbaren Pauschalen.“

3. Stellungnahme zur Vernehmlassungsvorlage

3.1. Anpassung der OKP-Beiträge (Art. 7a Abs. 1 und 3 KLV)

CURAVIVA Schweiz fordert eine signifikante Erhöhung aller Beiträge nach Artikel 7a KLV. Wie auch der Evaluationsbericht zur neuen Pflegefinanzierung aufzeigt, hat das primär durch die Demographie bedingte Kostenwachstum seit der Einführung der neuen Pflegefinanzierung in der ambulanten wie in der stationären Pflege sehr einseitig die Kantone und Gemeinden belastet. Um eine Schieflage des Systems zu vermeiden, braucht es eine entsprechende Korrektur. Im Gegenzug sind dann die Restfinanzierer besser in der Lage, ihren rechtlichen Verpflichtungen nachzukommen und sie sind entsprechend in die Pflicht zu nehmen (siehe Antrag 1).

Aus Sicht von CURAVIVA Schweiz stellt die Kostenneutralitätsberechnung des BAG deshalb den falschen Ansatz dar. Es entspricht sicher dem Auftrag des Gesetzgebers, mit dieser Berechnung die ursprüngliche Zielerreichung zu messen. Nicht nachvollziehbar ist jedoch, dass der Bundesrat die Korrektur der OKP-Beiträge allein aufgrund dieser statischen Betrachtung vorschlägt und die dynamische Entwicklung seither nicht berücksichtigt. Die Berücksichtigung dieser Entwicklung verlangt auch das Postulat der SGK-NR [16.3352](#), das der Nationalrat am 19. September 2016 fast einstimmig überwiesen hat. Es fordert eine gleichmässige Finanzierung der Kostensteigerung bei den Pflegeleistungen durch alle Kostenträger. Laut Ankündigung des EDI ist eine Anpassung der OKP-Beiträge zur Erfüllung dieses Postulats derzeit in Prüfung.

Zudem stellt CURAVIVA Schweiz die verwendete Berechnungsmethode des EDI infrage: Das BAG rechnet die Beiträge der OKP an die Pflegeleistungen im Pflegeheim sowie in der Pflege zu Hause auf Basis der Teuerung der Jahre 2007 und 2008 (= 3.1%) auf das Jahr 2009 (Basisjahr) hoch (s. Begleitbericht „Änderungen und Kommentar im Wortlaut“, S. 4). Die allgemeine Teuerung darf jedoch kein Kriterium für die Hochrechnung der OKP-Beiträge sein: Sie stellt eine viel zu

allgemeine und unpräzise Basis dar. Vielmehr soll die Kostenentwicklung im Gesundheitsbereich als Rechnungsbasis berücksichtigt werden. Somit würde die relevante Kostenentwicklung viel gezielter und zuverlässiger abgegrenzt. Tatsache ist: Während der letzten Jahre wurde ein Wachstum bei den Löhnen registriert. Gemäss Bundesamt für Statistik (BFS) sind die Löhne im Gesundheitswesen von 2010 bis 2016 um rund 5% gestiegen. Im Heimbereich sind sie im gleichen Zeitraum um über 2% gestiegen, beim unteren Kader und in Funktionen ohne Kaderfunktion, was einen Grossteil des Pflegepersonals betrifft, sogar um 4 bis 6%.

Angesichts der ungenügenden Berechnungsgrundlagen und der anstehenden generellen Überprüfung die OKP-Beiträge macht es überhaupt **keinen Sinn, die Beiträge an die ambulante Pflege zu senken. CURAVIVA Schweiz lehnt diesen Vorschlag klar ab.**

CURAVIVA Schweiz begrüsst hingegen den unterbreiteten Vorschlag zur Erhöhung der OKP-Beiträge für Pflegeheimaufenthalte um 6.7 % ausdrücklich. Die Erhöhung müsste jedoch noch deutlich höher ausfallen. Nicht nur wurden die seit 2011 gültigen Beiträge der Krankenversicherer von CHF 9.-- pro 20 Pflegeminuten zu tief festgelegt. Seit 2011 sind diese Beiträge auch unverändert geblieben. Eine Anpassung der Beiträge ist nun dringend notwendig, auch weil sich seit 2011 die Patientenstruktur in den Pflegeinstitutionen stark verändert hat: Die Pflege ist anspruchsvoller geworden, höher qualifiziertes Personal mit höheren Lohnansprüchen wurde notwendig. Gemäss der SASIS- und SOMED-Statistik hat die OKP im Jahr 2010 noch einen Beitrag von 52.99 Prozent der in Pflegeheimen anfallenden Pflegekosten bezahlt. Bis ins Jahr 2016 ist der Beitrag der OKP auf 44.69 Prozent gesunken. Dadurch übernahmen die Krankenversicherer 2016 nur noch CHF 55.63 pro Bewohnertag statt noch CHF 58.78 im Jahr 2010.

Hervorzuheben ist in diesem Kontext, dass die Pflege nicht zu den Kostentreibern der OKP gehört. Im Gegenteil hat der Anteil der Pflege (Spitex und Pflegeheime) an den Bruttoleistungen der OKP gemäss Statistik des BAG in den letzten 10 Jahren von 10.0% auf 8.6% abgenommen. Die Bruttoleistungen für Pflegeheime pro versicherte Person hat im gleichen Zeitraum um 4 Franken pro Jahr abgenommen.

Anpassungen der OKP-Beiträge für besondere Pflegesituationen (siehe oben Ziffer 2.3.) sollten bei der generellen Überprüfung der Beiträge berücksichtigt werden, so dass keine kumulativen Effekte entstehen.

Die Inkraftsetzung von Änderungen der OKP-Beiträge sollten in jedem Fall auf Anfang des Kalenderjahres erfolgen. Der vom Bundesrat – ohne erkennbare Begründung – geplante Zeitpunkt vom 1. Juli 2019 ist sehr ungünstig und würde die Aussagekraft und Umsetzungssicherheit aller statistischen und budgetrelevanten Grundlagen aller an der Finanzierung beteiligten Partner massiv erschweren.

Antrag 7: Erhöhung der OKP-Beiträge unter Berücksichtigung der Entwicklung der Pflegekosten

Die jetzige Anpassung der Beiträge nach Artikel 7a Absatz 1 und 3 KLV soll die Kostenentwicklung der Pflege der letzten Jahre, insbesondere ab 2014 bis zum Zeitpunkt des Inkrafttretens der angepassten Beiträge, berücksichtigen.

Antrag 8 (Minimalvariante): Erhöhung der OKP-Beiträge in Artikel 7a Absatz 3 KLV um 6.7% gemäss Vernehmlassungsvorlage

Antrag 9: Inkraftsetzung der Änderungen per 1. Januar 2019 bzw. 1. Januar 2020

Eine zusätzliche Erhöhung der OKP-Beiträge wegen der Verlagerung der Kosten für Pflegematerial von den Krankenversicherern zu den Restfinanzierern ist nötig, falls unser Antrag 2 abgelehnt und die nach den erwähnten Urteilen des Bundesverwaltungsgerichts geltende Rechtspraxis beibehalten wird. Denn die MiGeL-Produkte wurden bei der Festlegung der heutigen OKP-Beiträge nicht einberechnet. Sie müssen deshalb entweder wie beantragt von den Versicherern weiterhin bezahlt werden oder aber zu einer zusätzlichen Erhöhung der OKP-Beiträge führen.

Eventualantrag: Berücksichtigung der Kosten für Mittel und Gegenstände bei der Festlegung der OKP-Beiträge in Artikel 7a Absatz 1 KLV

CURAVIVA Schweiz fordert eine substantielle Erhöhung der OKP-Beiträge zur Finanzierung der Produkte der Mittel- und Gegenstandsliste (MiGeL; Art. 7a Abs. 1 KLV).

Damit in der Pflegefinanzierung das Gleichgewicht zwischen den Kostenträgern gewahrt bleibt, braucht es eine regelmässige Überprüfung und Anpassung der OKP-Beiträge an die effektive Kostenentwicklung. CURAVIVA Schweiz fordert deshalb, dass eine entsprechende Regelung ins Gesetz aufgenommen wird. Massgebend soll der Aufwand nach Pflegebedarf für Pflegeleistungen sein, die in der notwendigen Qualität, effizient und kostengünstig erbracht werden. Diese Überprüfung und Anpassung sollen mindestens alle drei Jahre erfolgen: Eine solche Periodizität würde pragmatischen Bedürfnissen der Restfinanzierer und der Leistungserbringer entsprechen. Auch das am 19. September 2016 angenommene und oben bereits erwähnte Postulat der SGK-N 16.3352 mit Titel „Gleichmässige Finanzierung der Kostensteigerung bei den Pflegeleistungen durch alle Kostenträger“ beauftragt den Bundesrat aufzuzeigen, wie die OKP-Beiträge an die Pflegeleistungen regelmässig der Kostenentwicklung angepasst werden könnten.

Antrag 10: Regelmässige Aktualisierung der Beiträge

Artikel 25a Absatz 4 KVG ist wie folgt zu ergänzen:

„Der Bundesrat setzt die Beiträge differenziert nach dem Pflegebedarf in Franken fest. *Er überprüft sie mindestens alle drei Jahre und passt sie so an, dass die Anteile aller Kostenträger an den Pflegekosten gleich hoch bleiben.* Massgebend ist der Aufwand nach Pflegebedarf für Pflegeleistungen, die in der notwendigen Qualität, effizient und kostengünstig erbracht werden. Die Pflegeleistungen werden einer Qualitätskontrolle unterzogen. Der Bundesrat legt die Modalitäten fest.“

3.2. Erweiterung der Kompetenzen der Pflegefachpersonen

Im Grundsatz unterstützt CURAVIVA Schweiz den Vorschlag des Bundesrates, die Kompetenzen der Pflege besser zu anerkennen. Wie nachfolgend aufgezeigt wird, kann von der vorgeschlagenen Lösung jedoch keine deutliche Verbesserung erzielt werden, insbesondere nicht für die diplomierten Pflegefachpersonen in Pflegeheimen. Um eine Kompetenzerweiterung der Pflege zu ermöglichen, ist aus Sicht von CURAVIVA Schweiz eine entsprechende gesetzliche Grundlage notwendig. Nur so kann den diplomierten Pflegenden die Verantwortung im Rahmen ihrer Kompetenzen ermöglicht und unnötiger administrativer Aufwand reduziert werden. Die nachfolgenden Ausführungen zu diesem Thema stehen unter diesem wichtigen Vorbehalt.

Antrag 11: Erweiterung der Kompetenzen der Pflege auf Gesetzesstufe

Zur Erweiterung der Kompetenzen der Pflege ist eine entsprechende gesetzliche Grundlage vorzusehen, welche den diplomierten Pflegefachpersonen die Verantwortung im Rahmen ihrer Kompetenzen regelt.

Ermittlung des Pflegebedarfs (Art. 7 Abs. 2 Bst. a Ziff. 1 KLV)

CURAVIVA Schweiz erklärt sich mit den vorgeschlagenen Änderungen von Artikel 7 Abs. 2 Buchstaben a Ziffer 1 KLV einverstanden: Das diplomierte Pflegepersonal verfügt über die Kompetenzen, eine Pflegediagnose zu erstellen und den Pflegebedarf zu ermitteln. Dies ist im Gesundheitsberufegesetz auch gesetzlich verankert. Folgerichtig wird nun im Artikel 7 Absatz 2 Buchstaben a Ziffer 1 KLV die Zusammenarbeit mit einem Arzt, einer Ärztin gestrichen. Auch der Verzicht auf die explizite Aussage, dass eine Planung der notwendigen Massnahmen mit Patientinnen und Patienten erfolgen müsse, macht Sinn, weil er der Realität des Pflegeprozesses besser entspricht. Darüber hinaus ist der Begriff „Ermittlung“ des Pflegebedarfs besser geeignet als „Abklärung“, auch wenn sich für die Praxis nichts ändert.

Allgemein ist zu vermerken, dass die im Artikel 7 Absatz 2 KLV aufgeführte Unterscheidung von Typen von Pflegeleistungen für die Heime so unzutreffend ist. Sie sollte überprüft und angepasst werden.

Konzeption des ärztlichen Auftrags (Art. 8 Abs. 1 KLV)

Die vorgesehene Aufgabenteilung, die Anordnung von Pflege durch einen Arzt oder eine Ärztin, und die Durchführung der Erhebung des konkreten Pflegebedarfs durch diplomierte Pflegefachleute, ist aus Sicht von CURAVIVA Schweiz zweckmässig. Es entspricht der bereits heute gängigen und sinnvollen Praxis, dass Ärzte gestützt auf ihre Diagnosestellung für die Anordnung der Pflege zuständig sind und anschliessend die Pflegefachpersonen selber über die Bedarfsermittlung und Ausführung sorgen. Zudem ist aus Sicht von CURAVIVA Schweiz an sich sinnvoll, dass die zuständigen Ärzte und Ärztinnen die Resultate der Bedarfserhebung erhalten sollen, damit sie ihre Koordinationsaufgabe wahrnehmen können.

Gleichzeitig würde dieser sinnvolle Ablauf nun aber möglicherweise mit der neu vorgeschlagenen Regelung gefährdet, da der Arzt ohne vorherige Abklärung der Pflege verordnen kann. Besser wäre ausdrücklich zu regeln, dass der Arzt seine Aufträge und Anordnungen in der Regel aufgrund einer Bedarfsermittlung der Pflege erteilt. In den Pflegeheimen kommt hinzu, dass sich wohl kein praktischer Nutzen aus der gut gemeinten Kompetenzerweiterung für Pflegende ergäbe, weil die Unterscheidung zwischen a-/b-/c-Leistungen im System der zwölf Pflegebedarfsstufen nicht angewendet wird. Es braucht daher einen anderen Ansatz: Diplomierte Pflegefachpersonen sollen in eigener Kompetenz Ermittlungen des Pflegebedarfs initiieren und durchführen können, Pflegediagnosen erstellen und dann im Rahmen ihrer Kompetenzen Pflegeleistungen bringen können.

Antrag 12: Neukonzeption der Kompetenzerweiterung

Die Regelung zur „Kompetenzerweiterung“ muss nochmals überdacht werden. Auf die künstliche Trennung zwischen a/c- und b-Leistungen ist zu verzichten.

Zeitliche Gültigkeit des ärztlichen Auftrags (Art. 8 Abs. 6 KLV)

CURAVIVA Schweiz erklärt sich mit der Verlängerung der Gültigkeitsfrist von ärztlichen Aufträgen/Anordnungen – welche aber ohne separate Regelung für die Pflegeheime infolge der mangelnden Unterscheidung zwischen Grund- und Behandlungspflege nur für die ambulante Pflege zu Hause und nicht auch für die Pflegeheime gelten kann – einverstanden (Bst. a und b). Die Erweiterung des Zeitrahmens von drei auf sechs Monate und von sechs auf zwölf Monate kann in wenigen Einzelfällen dazu beitragen, den administrativen Aufwand zu reduzieren und den Spielraum für das Pflegepersonal zu vergrössern. Trotzdem scheint der Nutzen begrenzt, zumal in diesem langen Zeitraum in den meisten Fällen eine Änderung der benötigten Pflege eintreten wird und deshalb ohnehin eine neue ärztliche Verordnung eingeholt werden muss, zumal die

unterschiedliche Terminierung von b-Leistungen und a/c-Leistungen in der Praxis zu einer umständlichen und unlogischen Situation und zu Mehrkosten führt: Sobald eine Klientin mehrere Leistungen benötigt, ist die Dauer der Anordnung zu harmonisieren. CURAVIVA Schweiz schlägt eine einheitliche Dauer von maximal neun Monaten vor.

Hingegen beantragt CURAVIVA Schweiz die dringend nötige Verbesserung der Übergangspflege, für welche die Anwendbarkeit von maximal zwei Wochen in der Praxis untauglich ist (vgl. Bst. c; siehe dazu obenstehenden Ziffer 2.4 mit dem Antrag 6).

Antrag 13: Neukonzeption der zeitlichen Gültigkeit des ärztlichen Auftrags

Artikel 8 Absatz 6 Buchstaben a und b KLV ist wie folgt neu zu formulieren:

«² Der Arzt oder die Ärztin kann den Auftrag oder die Anordnung erteilen:

a) für maximal neun Monate bei Leistungen nach Artikel 7 Absatz 2 Buchstaben a, b und c.”

b) streichen

Bedarfsermittlung im Allgemeinen (Art. 8a KLV)

Der vorgesehene Verweis in Artikel 8a Absatz 1 KLV auf Artikel 49 KVV ist aus Sicht von CURAVIVA Schweiz abzulehnen, weil dadurch eine zweijährige Berufserfahrung verlangt wird. Im Gesundheitsberufegesetz ist für die Berufsausübung in eigener fachlichen Verantwortung keine Berufserfahrung vorgesehen. Somit ist es nicht nachvollziehbar, weshalb für die Pflegebedarfsabklärung diese zusätzliche Hürde beibehalten wird. CURAVIVA Schweiz beantragt, die zusätzliche Vorgabe einer zweijährigen Berufserfahrung ersatzlos zu streichen.

Ferner schlägt CURAVIVA Schweiz vor, gemäss obenstehenden Ausführungen zu Artikel 8 KLV auf die künstliche Trennung zwischen a/c- und b-Leistungen zu verzichten und entsprechend den Buchstaben b zu streichen (vgl. obenstehenden Antrag 12 im Punkt 3.2)

Antrag 14: Notwendige Berufserfahrung für die Pflegebedarfsabklärung

Der vorgesehene Verweis in Artikel 8a Absatz 1 KLV auf Artikel 49 KVV ist zu streichen. Auf die Vorgabe einer zweijährigen Berufserfahrung für die Pflegebedarfsabklärung ist zu verzichten.

Antrag 12 (Wiederholung): Neukonzeption der Kompetenzerweiterung

Die Regelung zur „Kompetenzerweiterung“ muss nochmals überdacht werden. Auf die künstliche Trennung zwischen a/c- und b-Leistungen ist zu verzichten.

3.3. Mindestanforderungen an die Pflegebedarfsermittlung in Pflegeheimen

Bedarfsermittlung in Pflegeheimen (Art. 8b Abs. 1 KLV)

CURAVIVA Schweiz begrüsst, dass die Bedarfsermittlung ausdrücklich nur die Pflegekosten nach Artikel 33 Buchstaben b KVV eingrenzen muss. Eine weitergehende Ermittlung, etwa der Kosten für die Betreuung, wurde denn vom Parlament auch ausdrücklich abgelehnt.

Unklar ist aber nach wie vor, gestützt auf welche Leistungen genau die Eingrenzung erfolgen soll. Hierzu haben die Leistungserbringer der stationären Langzeitpflege eine „Tätigkeitsliste“ erstellt, welche aber bisher keine offizielle Gültigkeit hat. Wie bereits bei den Klagen der Versicherer gegen die „Begleitung zum Essraum“, das „Richten von Medikamenten“ oder den „RAI-Index 2016“ ist zu befürchten, dass weitere langwierige Rechtsverfahren drohen, solange keine aussergerichtliche Instanz zur Klärung von Tarif- oder Tarifstrukturfragen besteht.

In Anlehnung an die SwissDRG AG **empfiehlt CURAVIVA Schweiz, dass der Bund ein aus Kantonen, Leistungserbringern und Versicherern bestehendes, nationales Gremium einsetzt, welches zur Klärung von Tarifstrukturfragen zuständig ist.** Diesem soll die Kompetenz übertragen werden, im Rahmen von Gesetz und Verordnung Fragen rund um den Leistungskatalog zu klären, die Instrumente der Bedarfserfassung zuzulassen, deren Kalibrierung sicherzustellen und folglich auch die Anerkennung der wissenschaftlich zu erbringenden Nachweise oder die tolerierten Varianzwerte festzulegen oder dem Bund entsprechende Anträge zu stellen. Auf diese Weise liessen sich viele aufwändige und letztlich unnötige Gerichtsverfahren vermeiden, die nicht selten neue ungeklärte Rechtsfragen nach sich ziehen.

Antrag 15: Einsetzung eines Gremiums zur Klärung von Tarifstrukturfragen

Analog zu SwissDRG sollte ein Gremium zur Diskussion und Entscheidung von Fragen rund um die Pflegefinanzierung eingesetzt werden, welches sich aus Kantonen, Versicherern und Leistungserbringern zusammensetzt.

Pflegebedarfsstufen und erbrachten Pflegeleistungen (Art. 8b Abs. 2 KLV)

Aus Sicht von CURAVIVA Schweiz ist es absolut zwingend, dass als „Benchmark“ für die Messung des Pflegebedarfs die tatsächlich aufgewendete Pflegezeit gilt. Entsprechend ist diese Regelung sehr zu begrüßen, wonach der ausgewiesene und zu erbringende Pflegebedarf im Durchschnitt den tatsächlich erbrachten Pflegeleistungen in Minuten entsprechen muss. Nur so kann zum einen gewährleistet werden, dass die „Kalibrierung“ automatisch stattfindet und zum anderen keine realitätsfremden Pflegebedarfswerte resultieren.

Allerdings verleitet der Wortlaut des letzten Satzes zu einer Fehlinterpretation: Man könnte ihn so verstehen, als wenn die Pflegemessinstrumente ständig (und nicht nur einmalig bei der Zulassung oder Weiterentwicklung) auch die effektiven Pflegezeiten messen und die Varianz ausweisen müssten.

Antrag 16: Anpassung von Artikel 8b Absatz 2 KLV (evtl. besser in Abs. 3 verschieben)

Das für die Bedarfsermittlung in Pflegeheimen verwendete Instrument muss für die Zulassung und Weiterentwicklung die Varianz der tatsächlich erbrachten Pflegeleistungen ...

Pflegebedarfsstufen und Zeitstudien (Art. 8b Abs. 3 KLV)

CURAVIVA Schweiz erklärt sich mit den vorgesehenen Anforderungen an die Messinstrumente grundsätzlich einverstanden. Es stellt sich jedoch die Frage, wie sinnvoll die verlangten Zeitstudien sind, wenn nicht eine einheitliche Methode vorgegeben wird. Wenn die unterschiedlichen Instrumente unterschiedliche Zeitmessungsmethoden anwenden, so dürfte dies die Vergleichbarkeit und die Kalibrierung der Instrumente nochmals erschweren statt erleichtern, selbst wenn die Methoden wissenschaftlich anerkannt sind. Der Bund sollte die Einführung einer für alle verbindlichen Methode bestimmen und das oben beantragte nationale Gremium für Tarifstrukturfragen mit der Auswahl beauftragen.

Antrag 17: Einheitliche Methode der Zeiterfassung

Die Zeiterfassung soll auf eine einheitliche Methode beschränkt werden.

Ermittlung von Daten zur medizinischen Qualitätsindikatoren (Art. 8b Abs. 4 KLV)

CURAVIVA Schweiz begrüsst die Vorschrift, dass die für die medizinischen Qualitätsindikatoren notwendigen Daten direkt durch die Bedarfsabklärungsinstrumente als Routinedaten erhoben werden. Die Instrumente sind darauf vorbereitet und können für die benötigte Datenqualität sorgen. Zudem entspricht dies der seit Jahren durch das BAG vertretenen Ansicht, wonach die

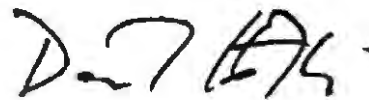
Erhebung der Qualitätsindikatoren immer direkter Verbindung und mit der Erhebung des Pflegebedarfes zu erfolgen hat.

Der nationale Branchenverband CURAVIVA Schweiz bedankt sich für die ernsthafte Prüfung und Berücksichtigung des oben aufgeführten Standpunktes.

Mit freundlichen Grüssen



Laurent Wehrli
Präsident CURAVIVA Schweiz



Dr. Daniel Höchli
Direktor CURAVIVA Schweiz

Bei Rückfragen zur vorliegenden Vernehmlassungsantwort wenden Sie sich bitte an:
Herrn Yann Golay Trechsel
Verantwortlicher Public Affairs von CURAVIVA Schweiz
E-Mail: y.golay@curaviva.ch
Tel: 031 385 33 36

Berne, le 22 octobre 2018

Modification de l'ordonnance du DFI sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie (OPAS) (neutralité des coûts, évaluation des soins requis)

Prise de position de CURAVIVA Suisse

1. Introduction

Une procédure de consultation relatif à une [modification de l'ordonnance du DFI sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie \(OPAS\) concernant la neutralité des coûts ainsi que l'évaluation des soins requis](#) a été ouverte le 4 juillet 2018.

Documents officiels pertinents de la consultation :

- [Modifications de l'OPAS neutralité des coûts et évaluations des besoins en soins](#)
- [Teneur des modifications et commentaire](#)

L'association de branche nationale CURAVIVA Suisse remercie l'OFSP de l'avoir invitée à participer à la consultation.

Dans ce cadre, le Conseil fédéral entend prendre les mesures suivantes :

- « Ajustement » aux prestations de soins des contributions de l'AOS fixées lorsque le financement des soins a été introduit : le montant des contributions de l'assurance obligatoire des soins (AOS) doit augmenter de 6,7 % pour les prestations de soins des établissements médico-sociaux (EMS) et baisser de 3,6 % pour les organisations d'aide et de soins à domicile. Cette démarche doit permettre de maintenir le EMS à un niveau identique avant et après l'introduction du nouveau financement des soins (neutralité des coûts).
- Développement des compétences du personnel soignant dans le cadre de l'évaluation des besoins en soins des patientes et des patients, ce qui doit permettre de valoriser leur activité et de simplifier les charges administratives.
- Détermination d'exigences minimales en matière d'évaluation des besoins en soins dans les EMS : cela doit permettre d'aligner les instruments de saisie des besoins en soins et l'évaluation de situations de soins identiques afin de garantir un traitement égalitaire des assuré-e-s dans tous les cantons.

2. Lacunes et défauts du projet

CURAVIVA Suisse considère que le projet mis en consultation est clairement insuffisant et décevant. Certes, en tant qu'association de branche nationale, nous saluons expressément la hausse proposée des contributions à l'AOS pour les séjours en EMS et nous approuvons l'orientation des autres propositions. Le contenu très limité et largement technique du projet ne permet cependant pas d'apporter des réponses à un grand nombre des problèmes qui se présentent actuellement en matière de financement des soins, qu'il s'agisse de lacunes connues

depuis longtemps ou de défauts nouveaux auxquels il faut remédier d'urgence. Quelques-unes de ces questions figurent dans le rapport d'évaluation du financement des soins rendu public le 4 juillet 2018, mais n'ont pas été prises en compte par le Conseil fédéral.

De ce fait, CURAVIVA Suisse demande l'adoption des mesures complémentaires suivantes :

2.1. Garantie du financement résiduel

Le nouveau financement des soins a introduit des contributions fixes pour les assureurs et les patientes et patients. Les coûts de soins résiduels doivent être assumés par les cantons dans la mesure où ceux-ci ne délèguent pas cette tâche à leurs communes. La pratique a déjà montré, peu de temps après l'entrée en vigueur des nouvelles dispositions, que certains cantons n'assumaient pas suffisamment leur obligation de financement résiduel. Les coûts des soins non couverts posent de gros problèmes aux prestataires et aux patientes et patients.

L'arrêt 9C_446/2017 du Tribunal fédéral du 20 juillet 2018 a confirmé que les cantons devaient prendre en charge l'ensemble des coûts résiduels des soins générés sur leur territoire. Ce n'est que lorsqu'ils peuvent prouver, dans certains cas particuliers, que les prestataires n'ont pas travaillé de façon économique et efficiente qu'ils sont autorisés à réduire le montant des contributions qu'ils leurs versent.

Requête 1 : garantie que les cantons financent l'ensemble des coûts résiduels des soins générés sur leurs territoires

La Confédération veille à ce que l'arrêt du Tribunal fédéral 9C_446/2017 soit appliqué dans l'ensemble des cantons et à ce que les bénéficiaires de soins ne soient pas grevés de façon supplémentaire. Elle le fait si nécessaire en modifiant le droit en conséquence. Si plus amples clarifications sont nécessaires, elle définit ce qui est compris dans le coût des soins et doit être couvert par le financement résiduel.

2.2. Remboursement des coûts des matériels de soin

Le Tribunal administratif fédéral a jugé, dans des arrêts du 1^{er} septembre et du 7 novembre 2017 (C-3322/2015 et C-1970/2015), qu'en vertu du droit applicable, il fallait distinguer deux types de situations lors de la remise de produits figurant sur la liste des moyens et appareils (LiMA) : si lesdits produits sont utilisés de façon autonome par les patientes et patients eux-mêmes, les assureurs-maladie prennent les coûts en charge conformément à la LiMA, mais ils n'ont pas à le faire si les produits sont utilisés par le personnel soignant. Concrètement, cela signifie que les cantons ou les communes doivent désormais assumer le financement résiduel des coûts supportés par les organisations d'aide et de soins à domicile, les EMS et les infirmières et infirmiers indépendants.

Ces décisions ont des répercussions extrêmement négatives sur l'apport des soins. Dans le domaine des soins ambulatoires en particulier, les moyens et appareils sont en partie appliqués alternativement par les patients et par le personnel soignant. En vertu des arrêts susmentionnés, ils doivent maintenant être pris en charge dans un cas par l'assureur-maladie, et dans l'autre par le canton ou la commune en vertu du financement résiduel. Cela cause des problèmes de délimitation difficiles à résoudre ainsi que des charges administratives considérables et inutiles. Il faut en outre relever que seuls les assureurs-maladie reçoivent les informations nécessaires au contrôle des factures. Les cantons et les communes ne sont pas en mesure de vérifier l'économicité, l'adéquation et l'efficacité des prestations.

C'est pourquoi CURAVIVA Suisse requiert que le droit soit modifié d'urgence afin de mettre un terme à la distinction entre application des moyens et des appareils par les patientes et les patients de façon autonome et application par les professionnels, car cette distinction en pratique

totallement inappropriée. En outre, le droit doit aussi être modifié afin de permettre aux professionnels des soins indépendants, aux organisations d'aide et de soins à domicile et aux EMS de facturer le matériel de soins aux assureurs-maladie comme c'était le cas avant le prononcé des arrêts susmentionnés. CURAVIVA Suisse demande en outre que ces adaptations entrent en vigueur au 1^{er} janvier 2019 dans le cadre d'une procédure accélérée.

Requête 2 : adaptation de l'article 20 OPAS

« L'assurance octroie un remboursement pour les moyens et appareils thérapeutiques ou diagnostiques visant à surveiller le traitement d'une maladie et ses conséquences, remis sur prescription médicale par un centre de remise au sens de l'art. 55 OAMal ~~et utilisés par l'assuré lui-même ou avec l'aide d'un intervenant non professionnel impliqué dans l'examen ou le traitement~~ ».

Requête 3 : entrée en vigueur urgente de l'article 20 OPAS révisé

La requête 2 doit entrer en vigueur par décision urgente au 1^{er} janvier 2019.

Requête subsidiaire : modification législative dans les plus brefs délais

Si la loi doit être modifiée, la révision correspondante est présentée au Parlement dans les plus brefs délais (voir aussi la motion [18.3710](#) de la CSSS-CN « Produits figurant sur la LiMA. Prise en compte par les prestataires de soins »).

2.3. Financement des situations de soins spécifiques

Les coûts liés aux maladies doivent être remboursés de façon cohérente. Il en va de même pour l'augmentation du temps de travail et les prestations supplémentaires afférentes aux soins prodigués aux personnes atteintes de démence ainsi qu'aux soins palliatifs. Si le financement de ces soins spécifiques n'est pas amélioré, les objectifs des Stratégies nationales en matière de démence et de soins palliatifs lancées par la Confédération ne seront que partiellement atteints. Les prestations de soins selon la LAMal doivent donc mieux tenir compte des maladies et situations particulières, ce qui suppose qu'elles soient mieux prises en compte au niveau de l'ordonnance. Sans cette correction, leurs coûts seront supportés uniquement par les patientes et les patients et/ou par les pouvoirs publics. Si les premiers ne peuvent pas les assumer, leur liberté de choix et leur droit à des soins optimaux seront restreints. En outre, pour mieux prendre en considération l'intensité des soins apportés aux personnes atteintes de démence, bénéficiant de soins palliatifs ou atteintes de multimorbidité, il faut porter le nombre maximal de niveaux de soins dans les EMS de douze à dix-huit. À défaut, les coûts supplémentaires liés aux situations de soins intensifs, surtout en fin de vie, ne seront supportés exclusivement par les cantons et les communes. Cette modification de l'OPAS permettra aussi de répondre à une exigence posée par le postulat [18.3384](#) « Améliorer la prise en charge et le traitement des personnes en fin de vie ».

Requête 4 : financement adéquat des prestations liées à la démence et aux soins palliatifs (art. 7, al. 2 OPAS).

L'article 7, alinéa 2 OPAS doit être complété pour saisir et financer de façon adéquate les prestations liées à la démence et aux soins palliatifs.

Requête 5 : saisie adéquate des prestations liées à la démence et aux soins palliatifs (art. 7a, al. 3 OPAS)

L'article 7a, alinéa 3 OPAS doit être complété de façon à permettre un échelonnement des contributions de l'AOS aux prestations de soins apportées dans les EMS par tranches de 20 minutes, y compris lorsque le besoin en soins est supérieur à 220 minutes par jour. Le nombre de niveaux doit à cette fin passer de douze à dix-huit.

2.4. Règlementation adéquate des soins aigus et de transition

Les soins aigus et de transition (SAT) ont pour objectif principal de proposer une transition aux patientes et aux patients après un séjour à l'hôpital s'ils ont temporairement besoin lors de leur convalescence de soins pour recouvrer au quotidien leur autonomie et pouvoir rentrer chez eux. Il est possible d'atténuer leurs coûts tout en évitant les complications et les prestations inadaptées grâce à une solution judicieuse. Les SAT sont cependant actuellement conçus d'une façon qui s'est avérée inadéquate. C'est pourquoi peu de prestataires les proposent. Les exemples pratiques, rares, montrent que leur durée maximale est clairement trop faible pour atteindre les objectifs. Afin d'être mis en œuvre de façon effective, les SAT doivent pouvoir être remboursés par l'AOS et par les cantons de résidence des patientes et des patients ainsi qu'être prolongés si nécessaire de quatre semaines au maximum au lieu de deux. Il faut en outre les financer comme les traitements en amont des maladies aiguës ; en prenant en compte les frais d'hôtellerie et de prise en charge.

Requête 6 : nouvelle réglementation des SAT / adaptation de l'art. 25a al. 2 LAMal

« Les soins aigus et de transition qui se révèlent nécessaires à la suite d'un séjour hospitalier et sont prescrits par un médecin sont rémunérés par l'assurance obligatoire des soins et par le canton de résidence de l'assuré durant quatre semaines au plus conformément à la réglementation du remboursement des traitements stationnaires, y compris ce qui concerne le séjour et les soins à l'hôpital (art. 49 al. 1) ainsi que selon celle du financement hospitalier (art. 49a Rémunération des prestations hospitalières). Les soins aigus et de transition peuvent, en fonction des besoins et sur prescription d'un médecin, être prolongés à une reprise pour quatre semaines au plus. Les assureurs et les fournisseurs de prestations conviennent de forfaits ».

3. Prise de position sur le projet mis en consultation

3.1 Adaptation des contributions de l'AOS (art. 7 al. 1 et 3 OPAS)

CURAVIVA Suisse requiert une augmentation significative de l'ensemble des contributions en vertu de l'article 7a OPAS. Comme le montre aussi le rapport d'évaluation relatif au nouveau financement des soins, la hausse des coûts engendrée en premier lieu par la démographie depuis l'introduction du nouveau financement des soins ambulatoires et stationnaires a eu un impact négatif très unilatéral sur le budget des cantons et des communes. Pour éviter que le système se retrouve en difficulté, il faut le corriger de façon adéquate. Les financeurs résiduels peuvent ainsi, en contrepartie, mieux s'acquitter de leurs obligations légales et doivent donc être davantage mis à contribution (voir requête 1).

CURAVIVA Suisse estime en conséquence que l'approche adoptée par l'OFSP pour calculer la neutralité des coûts est mauvaise, même si elle est conforme au mandat donné par le législateur d'évaluer par ce calcul dans quelle mesure les objectifs initiaux ont été atteints. Il est cependant incompréhensible que le Conseil fédéral propose la correction des contributions de l'AOS sur le seul fondement de cette considération statique et ne prenne pas en compte l'évolution dynamique qui s'en est suivie. Le postulat [16.3352](#) de la CSSS-CN, transmis à la quasi-unanimité par le Conseil national le 19 septembre 2016, demande aussi la prise en compte de cette évolution. Il réclame un financement à parts égales de l'augmentation des coûts des prestations de soins par tous les agents payeurs. Le DFI a indiqué que, pour y répondre, il était en train d'envisager une adaptation des contributions de l'AOS.

CURAVIVA Suisse remet en outre en cause la méthode de calcul utilisée par le DFI : l'OFSP extrapole les contributions de l'AOS aux prestations de soins dans les EMS et à domicile pour l'année 2009 (année de base) en fonction du renchérissement au cours des années 2007 et 2008

(= 3,1 %) (cf. « Teneur des modifications et commentaire », p. 4). Cependant, ce critère constituant une base beaucoup trop générale et imprécise. Il faudrait plutôt prendre en compte l'évolution des coûts dans le domaine de la santé. Cette démarche permettrait de limiter l'évolution des coûts à considérer de façon beaucoup plus ciblée et fiable. C'est un fait : les salaires ont augmenté ces dernières années. Selon l'Office fédéral de la statistique (OFS), les salaires ont augmenté de près de 5 % dans le secteur de la santé entre 2010 et 2016. Dans les EMS, ils ont cru au cours de cette période de 2 % chez les cadres d'échelon inférieur et de 4 à 6 % chez les non-cadres, qui représentent une partie importante du personnel soignant.

Eu égard à l'insuffisance des bases de calcul et à l'imminence du contrôle général des contributions de l'AOS, **la diminution des contributions aux soins ambulatoires n'a absolument aucun sens. CURAVIVA Suisse rejette clairement cette proposition.**

CURAVIVA Suisse salue en revanche expressément celle qui vise à augmenter les contributions de l'AOS de 6,7 % pour les séjours en EMS. Cette augmentation devrait cependant être nettement plus élevée. Les contributions des assureurs-maladie en vigueur ont été fixées en 2011 à un niveau trop bas de CHF 9.-- par tranche de 20 minutes de soins et n'ont en outre pas été réévaluées depuis lors. Elles doivent maintenant être adaptées d'urgence, d'autant plus que la structure de la patientèle des institutions de soins a fortement évolué depuis 2011. Les exigences en matière de soins se sont accrues et il a fallu recourir à du personnel plus qualifié, avec des prétentions salariales plus élevées. Les statistiques de SASIS et SOMED indiquent qu'en 2010, l'AOS versait encore une contribution de 52,99 % des coûts avérés liés aux soins dispensés dans les EMS. Cette contribution a baissé à 44,69 % jusqu'en 2016. Cette année-là, les assureurs-maladie n'ont de ce fait plus versé que CHF 55,63 par journée de résidence alors qu'ils déboursaient encore CHF 58,78 en 2010.

Il faut souligner dans ce contexte que les soins ne sont pas compris dans les facteurs de coûts de l'AOS. Les statistiques de l'OFSP indiquent au contraire que la part des soins (aide et soins à domicile et EMS) dans les prestations brutes de l'AOS a diminué au cours des dix dernières années, passant de 10,0 % à 8,6 %. Dans le même temps, les prestations brutes par personne assurée pour les EMS ont baissé de quatre francs par an.

Lorsque les contributions feront l'objet d'un contrôle général, il faudra prendre en compte l'adaptation des contributions de l'AOS pour des situations de soins particulières (voir chiffre 2.3 ci-dessus) afin d'éviter les effets de cumul.

Leurs modifications devraient en outre entrer en tout cas en vigueur au début d'une année civile. La date du 1^{er} juillet 2019 prévue, sans raison apparente, par le Conseil fédéral est totalement inappropriée. Son maintien affecterait fortement la pertinence des fondements statistiques et budgétaires de l'ensemble des partenaires impliqués dans le financement de ces contributions et compliquerait beaucoup leur mise en œuvre.

Requête 7 : augmentation des contributions de l'AOS avec prise en compte de l'évolution du coût des soins

L'adaptation actuelle des contributions en fonction de l'article 7a, alinéas 1 et 3 OPAS doit tenir compte de l'évolution du coût des soins au cours des dernières années, en particulier entre 2014 et la date à laquelle l'adaptation des contributions entrera en vigueur.

Requête 8 (variante minimale) : augmentation de 6,7 % des contributions de l'AOS prévues à l'article 7a alinéa 3 OPAS par l'avant-projet mis en consultation

Requête 9 : Entrée en vigueur des adaptations au 1^{er} janvier 2019 ou au 1^{er} janvier 2020

Si notre requête 2 est rejetée et si la pratique juridique en vigueur suite aux arrêts susmentionnés du Tribunal fédéral reste inchangée, il faudra augmenter encore les contributions de l'AOS en raison du transfert des coûts du matériel de soin des assureurs-maladie vers les cantons et les communes. En effet, les produits de la LiMA n'ont pas été pris en compte lors de la détermination des contributions de l'AOS actuelles et doivent par conséquent continuer, comme requis, à être supportés par les assureurs, ou conduire à une augmentation supplémentaire de ces contributions.

Requête subsidiaire: prise en compte dans l'article 7a alinéa 1 OPAS des coûts des moyens et des appareils lors de la détermination des contributions de l'AOS

CURAVIVA Suisse demande une augmentation substantielle des contributions de l'AOS pour financer les produits de la liste des moyens et appareils (LiMA; art. 7a, al. 1 OPAS).

Le maintien de l'équilibre entre agents payeurs en matière de financement des soins nécessite de manière régulière un contrôle et une adaptation des contributions de l'AOS à l'évolution effective des coûts. C'est pourquoi CURAVIVA Suisse demande l'adoption d'une loi à ce sujet. Le coût des soins fournis avec la qualité requise et de manière efficace et avantageuse en fonction du besoin doit être déterminant. Le contrôle et l'adaptation des contributions de l'AOS doivent avoir lieu au moins tous les trois ans pour répondre aux besoins pragmatiques des financeurs résiduels et des prestataires. Le postulat de la CSSS-N adopté le 19 septembre 2016 et intitulé « Financement à parts égales de l'augmentation des coûts des prestations de soins par tous les agents payeurs » charge le Conseil fédéral de montrer comment les contributions de l'AOS aux prestations de soins fournies peuvent régulièrement être adaptées au renchérissement.

Requête 10 : actualisation régulière des contributions

L'article 25a, alinéa 4 LAMal doit être complété comme suit :

« Le Conseil fédéral fixe les contributions en francs en fonction du besoin en soins. *Il les contrôle au moins tous les trois ans et les adapte de façon à ce que tous les agents payeurs financent à parts égales les coûts des soins.* Le coût des soins fournis avec la qualité requise et de manière efficace et avantageuse en fonction du besoin est déterminant. Les soins sont soumis à un contrôle de qualité. Le Conseil fédéral fixe les modalités. »

3.2. Développement des compétences du personnel soignant

CURAVIVA Suisse soutient le principe de la proposition du Conseil fédéral visant à mieux reconnaître les compétences du personnel soignant. Comme indiqué plus bas, la solution proposée ne permet néanmoins pas d'apporter une amélioration significative sur ce point, en particulier pour le personnel soignant diplômé des EMS. CURAVIVA Suisse estime qu'une base légale est nécessaire pour atteindre un développement des compétences du personnel soignant. C'est l'unique moyen de donner au personnel soignant diplômé des responsabilités correspondant à ses compétences et de réduire les charges administratives inutiles. Les explications données plus bas à ce sujet le sont sous cette réserve importante.

Requête 11 : développement des compétences du personnel soignant au niveau législatif

Pour développer les compétences du personnel soignant diplômé, une base légale adéquate doit être prévue qui régit ses responsabilités en fonction de ses compétences.

Évaluation des besoins en soins (art. 7 al. 2 let. a ch. 1 OPAS)

CURAVIVA Suisse approuve les modifications proposées de l'article 7 alinéa 2 lettre a chiffre 1 OPAS : le personnel soignant diplômé est compétent pour poser des diagnostics infirmiers et évaluer les besoins en la matière. Cette disposition est aussi ancrée dans la loi fédérale sur les professions de la santé. Le nouvel article 7 alinéa 2 lettre a chiffre 1 OPAS ne mentionne donc

logiquement plus la collaboration avec un médecin. Il n'indique plus non plus explicitement que les mesures nécessaires doivent être planifiées avec les patientes et les patients. Cette suppression a du sens car elle correspond mieux à la réalité des processus de soins. En outre, le terme « évaluation » du besoin en soins est plus adapté lorsqu'il signifie « déterminer » que « clarifier », même si cela ne change rien en pratique.

Il faut noter de façon générale que la distinction telle qu'opérée par l'article 7 alinéa 2 OPAS entre les types de prestations de soins pour les EMS n'est pas correcte. Elle devrait être contrôlée et adaptée.

Conception du mandat médical (art. 8 al. 1 OPAS)

CURAVIVA Suisse estime adéquat que les tâches soient réparties de façon à ce qu'un médecin prescrive les soins et que le personnel soignant diplômé les mette en œuvre en fonction de son analyse des besoins concrets en la matière. Cela correspond en effet déjà à la pratique actuelle, qui est pertinente : les médecins sont responsables des prescriptions qu'ils font en fonction des diagnostics qu'ils ont posés, et les personnels soignants s'occupent ensuite eux-mêmes d'évaluer les besoins et de dispenser les soins. De plus, pour CURAVIVA Suisse, il est en soi pertinent que les médecins responsables reçoivent les résultats des analyses relatives à ces besoins pour pouvoir assumer leur tâche de coordination.

La nouvelle réglementation proposée pourrait cependant mettre cette procédure en péril car elle autorise les médecins à délivrer des ordonnances sans que les soins soient évalués au préalable. Il serait préférable d'obliger expressément les médecins à fonder en principe leurs prescriptions et leurs mandats médicaux sur une analyse des besoins. En outre, dans les EMS, il pourrait s'avérer inutile, en pratique, de développer les compétences du personnel soignant, même si cela part d'une bonne intention car la différenciation entre les prestations a/b/c n'est pas utilisée dans le système des douze niveaux de besoins en soins. Il s'agit donc d'adopter une autre approche : le personnel soignant diplômé doit pouvoir initier et mettre en œuvre de son propre chef l'analyse des besoins en soins, poser des diagnostics infirmiers et réaliser des prestations de soins en fonction de ses compétences.

Requête 12 : refonte du développement des compétences

Les règles relatives au « développement des compétences » sont repensées. Il faudra renoncer à opérer une séparation artificielle entre les prestations a/c d'une part et b d'autre part.

Durée de validité du mandat médical (art. 8 al. 6 OPAS)

CURAVIVA Suisse approuve la prolongation de la durée de validité des mandats médicaux/des prescriptions. Celle-ci ne peut cependant, sans réglementation séparée pour les EMS, être valable que pour les soins ambulatoires à domicile et non pour ceux dispensés dans les EMS en raison de la distinction incomplète entre les soins de base et les soins de traitement (let. a et b). La prolongation de cette durée de trois à six mois et de six à douze mois peut dans de rares cas contribuer à réduire les charges administratives et à améliorer l'autonomie du personnel soignant. L'utilité de cette mesure semble cependant limitée, d'autant plus que les besoins en soins évoluent dans la plupart des cas au cours de cette longue période, de sorte qu'il faut de toute façon demander de nouvelles ordonnances, d'autant qu'en pratique, les situations se complexifient et perdent leur logique en raison des divers calendriers des prestations b et a/c, qui engendrent aussi des surcoûts liés au fait que, dès lors que des patientes ou patients ont besoin de plusieurs prestations, il faut harmoniser la durée des prescriptions. CURAVIVA Suisse propose une durée uniforme de neuf mois au maximum.

CURAVIVA Suisse demande en revanche une amélioration des soins de transition, dont la durée ne peut dépasser deux semaines au maximum, ce qui est inadéquat. Cette démarche est urgente et nécessaire (cf. let. c et le chiffre 2.4 ci-dessus, requête 6).

Requête 13 : refonte de la durée de validité du mandat médical

L'article 8 alinéa 6 lettres a et b OPAS doit être reformulé comme suit :

a) « La durée de la prescription ou du mandat médical ne peut dépasser :

neuf mois pour les prestations fournies en vertu de l'article 7, alinéa 2, lettres a, b et c ».

b) *supprimer cette disposition*

Évaluation des soins requis : généralités (art. 8a OPAS)

CURAVIVA estime que la référence à l'article 49 OAMal prévue dans l'article 8a, alinéa 1 OPAS doit être rejetée car elle conduit à exiger que le personnel soignant ait une expérience professionnelle de deux ans, alors qu'il n'a pas besoin, en vertu de la loi fédérale sur les professions de la santé, d'être expérimenté pour exercer ses fonctions de façon autonome. Le maintien de cet obstacle à l'évaluation des soins requis est donc incompréhensible. CURAVIVA Suisse demande ainsi que cette disposition soit supprimée sans être remplacée.

CURAVIVA Suisse propose en outre, conformément aux explications ci-dessus relatives à l'article 8 OPAS, de renoncer à opérer une séparation artificielle entre les prestations a/c d'une part et b d'autre part, et de supprimer en conséquence la lettre b (cf. point 3.2, requête 12).

Requête 14 : nécessité d'une expérience professionnelle pour évaluer les soins requis

La référence à l'article 49 OAMal prévue dans l'article 8a alinéa 1 OPAS doit être supprimée. Il en va de même pour la disposition prévoyant que seul le personnel soignant au bénéfice d'une expérience professionnelle de deux ans peut évaluer les besoins en soins des patientes et des patients.

Requête 12 (répétition) : refonte du développement des compétences

Les règles relatives au « développement des compétences » doivent être repensées. Il faut renoncer à opérer une distinction artificielle entre les prestations a/c d'une part et b d'autre part.

3.3. Exigences minimales en matière d'évaluation des soins requis dans les établissements médico-sociaux**Évaluation des besoins dans les établissements médico-sociaux (art. 8b al. 1 OPAS)**

CURAVIVA Suisse salue l'obligation de ne limiter expressément, dans le cadre de l'évaluation des besoins, que les coûts des soins visés par l'article 33, lettre b OAMal. Le Parlement a lui aussi expressément rejeté une évaluation plus poussée incluant notamment les coûts de prise en charge des patientes et des patients.

La question de la nature des prestations sur lesquelles se fonde précisément cette limitation se pose cependant toujours. Les prestataires de soins stationnaires de longue durée ont établi à ce sujet une « liste des activités », qui n'est cependant pas encore officiellement valable. L'absence d'instance extra-judiciaire ayant pour rôle de clarifier les tarifs ou les questions de structure tarifaire fait planer la menace de nouvelles procédures légales longues. C'est ce que laissent supposer les requêtes déjà déposées par les assureurs contre « l'accompagnement à la salle à manger », la « préparation des médicaments » ou l'« indice RAI 2016 ».

CURAVIVA Suisse conseille la création d'un comité national composé, comme SwissDRG SA, des cantons, des prestataires de soins et des assureurs en vue de clarifier les questions de structure tarifaire. Celui-ci doit être compétent pour clarifier dans le cadre de la loi et de l'ordonnance les questions relatives au catalogue des prestations, autoriser les instruments d'évaluation des besoins, garantir leur calibrage et définir en conséquence la reconnaissance des preuves scientifiques à fournir ou la valeur de variance tolérée, ou formuler des demandes auprès de la Confédération. Cela permettrait d'éviter de nombreuses procédures judiciaires coûteuses et en définitive inutiles, qui posent souvent de nouveaux problèmes juridiques sans les résoudre.

Requête 15 : mise en place d'un comité pour clarifier les questions de structure tarifaire

Il faudrait créer un comité national composé, comme SwissDRG SA, des cantons, des prestataires de soins et des assureurs afin de discuter et de décider des questions de financement des soins.

Niveaux de soins requis et prestations fournies (art. 8b al. 2 OPAS)

CURAVIVA Suisse estime que le temps effectivement consacré aux soins doit absolument servir de « référence » pour mesurer les besoins en la matière. L'association se félicite donc de la règle selon laquelle les besoins en soins affichés doivent correspondre en moyenne aux prestations de soins effectives fournies en minutes. Cette disposition permet, d'une part, de garantir un « calibrage » automatique des instruments de mesure des besoins en soins et, d'autre part, une absence de valorisation non conforme à la réalité desdits besoins.

Sa dernière phrase pourrait cependant être mal interprétée : on pourrait comprendre en la lisant que les instruments de mesure des soins devraient servir en permanence (et non pas seulement lors de leur homologation ou de leur développement) à mesurer aussi le temps effectivement passé à fournir les prestations et à en présenter la variance.

Requête 16 : adaptation de l'article 8b alinéa 2 OPAS (à déplacer éventuellement à l'al. 3)

L'instrument utilisé pour évaluer les soins requis dans les EMS doit présenter, pour être homologué et développé, la variance des prestations de soins effectives fournies ...

Niveaux de besoins en soins et études de temps (art. 8b, al. 3 OPAS)

CURAVIVA Suisse approuve sur le principe les exigences auxquelles les instruments de mesure des besoins en soins devront satisfaire. L'association pose cependant la question de la pertinence des études de temps exigées si celles-ci ne se font pas selon une méthode uniforme. Si les divers instruments mesurent le temps selon différentes méthodes, cela risque de compliquer davantage leur comparaison et leur calibrage au lieu de les faciliter, même si les méthodes utilisées sont scientifiquement reconnues. La Confédération devrait décider de l'introduction d'une méthode qui s'imposerait à tous et charger le comité national pour les questions de structure tarifaire susvisé de sélectionner cette méthode.

Requête 17 : méthode uniforme de saisie du temps

La saisie du temps doit être réalisée selon une méthode uniforme.

Détermination des données relatives aux indicateurs de qualité médicaux (art. 8b al. 4 OPAS)

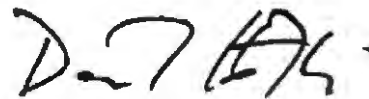
CURAVIVA Suisse salue la disposition selon laquelle les données nécessaires aux indicateurs de qualité médicaux sont directement collectées, de façon routinière, par les instruments de mesure des besoins en soins. Ceux-ci sont prévus pour cela et peuvent fournir des données de la qualité nécessaire. Cette disposition est en outre conforme à l'avis émis depuis des années par l'OFSP selon lequel la collecte des indicateurs de qualité doit toujours se faire en lien direct avec la collecte des besoins en soins et en même temps que cette dernière.

L'association de branche nationale CURAVIVA Suisse vous remercie de votre examen et de votre prise en compte de la présente prise de position.

Veuillez trouver ici nos cordiales salutations.



Laurent Wehrli
Président de CURAVIVA Suisse



Daniel Höchli
Directeur de CURAVIVA Suisse

Pour toute question concernant la présente prise de position, veuillez vous adresser à :
monsieur Yann Golay Trechsel
responsable Public Affairs de CURAVIVA Suisse
e-mail : y.golay@curaviva.ch
tél. : 031 385 33 36

Modification de l'ordonnance du DFI sur les prestations de l'assurance des soins en cas de maladie (OPAS) (neutralité des coûts, évaluation des soins requis)
Procédure de consultation du 4 juillet au 26 octobre 2018

Prise de position de Curacasa

Nom / entreprise / organisation / canton : Curacasa - Association suisse des infirmières et

Infirmiers indépendants

Abréviation de l'entr. / org. : Curacasa

Adresse : 3000 Berne

Personne de référence : Gérard Villarejo, Président

Téléphone : 031 380 50 99

Courriel : gerard.villarejo@curacasa.ch

Date : 26.10.2018

Informations importantes :

1. Veuillez n'effectuer aucun changement dans le format du formulaire.
2. Si vous souhaitez supprimer certains tableaux dans le formulaire, vous avez la possibilité d'ôter la protection du texte sous « Outils/Ôter la protection ».
4. Veuillez envoyer votre prise de position par voie électronique **avant le 26 octobre 2018** aux adresses suivantes : abteilung-leistung@bag.admin.ch
gever@bag.admin.ch

Modification de l'ordonnance du DFI sur les prestations de l'assurance des soins en cas de maladie (OPAS) (neutralité des coûts, évaluation des soins requis)
Procédure de consultation du 4 juillet au 26 octobre 2018

Ordonnance du DFI sur les prestations de l'assurance des soins en cas de maladie (OPAS)

Nom / institution (prière d'utiliser l'abréviation indiquée à la première page)	Remarques générales
Curacasa	Curacasa est reconnaissant de la possibilité donnée de commenter les modifications qu'il est prévu d'apporter à l'OPAS. L'ASI n'exprimera son opinion que dans la mesure où la révision affecte directement ses membres en tant que prestataires de services. Cela s'applique en particulier aux infirmières et infirmiers indépendants. Curacasa se prononce également sur les points qui affectent profondément les soins infirmiers à la population ou les infirmières indépendantes. Les points de vue des autres prestataires de services concernés - organisations de soins ambulatoires, maisons de retraite et établissements médico-sociaux - sont représentés par leurs organisations respectives et Curacasa renvoie à leurs avis. En principe, nous sommes d'accord avec eux sur les points relevant de la neutralité des coûts. Curacasa ne prend pas position sur les explications relatives au secteur des EMS – à part deux exceptions. Premièrement, elle soutient résolument l'augmentation des contributions de l'assurance obligatoire des soins (AOS) dans ce domaine et exige que les EMS investissent l'augmentation des contributions AOS dans des prestations de soins infirmiers de qualité – c'est-à-dire dans le personnel qui assure ces soins. Deuxièmement, Curacasa exige que seuls les outils d'évaluation des soins requis soient reconnus qui - contrairement à ce qui est prévu dans le rapport explicatif – répondent vraiment aux exigences scientifiques et d'uniformité. Curacasa ne prend pas position explicitement sur les restrictions par rapport au droit de procéder à l'évaluation des besoins car les infirmières indépendantes remplissent déjà les conditions, mais s'associe à la l'ASI dans sa prise de position. La révision prévue déterminera d'une part le montant des contributions de l'AOS et d'autre part les modalités de l'évaluation des besoins (nouvelle terminologie [en allemand seulement]). Curacasa rejette complètement et fermement la première partie de la révision et considère que la deuxième partie est absolument insuffisante en matière de reconnaissance de l'autonomie des soins infirmiers. La réduction des contributions AOS pour les soins infirmiers ambulatoires est objectivement infondée et leur calcul n'est pas plausible. Elle contrecarre également les efforts visant à développer des soins infirmiers ambulatoires qui soient efficaces, adéquats, économiques et durables ; elle est de plus en contradiction flagrante avec la stratégie de la politique sanitaire consistant à privilégier les soins ambulatoires aux soins en milieu hospitalier. Contrairement à la présente modification, le rapport d'experts INFRAS arrive à la conclusion que la charge proportionnelle pesant sur l'AOS est passée de 72 % à 70 % au cours de la période considérée, et que de ce fait l'objectif de neutralité des coûts est atteint et même dépassé. C'est également sur cette base que la réduction proposée des contributions AOS est incompréhensible. Pour Curacasa, le prétendu renforcement de l'autonomie du personnel infirmier en matière d'évaluation des soins requis ne représente rien d'autre que la tentative aussi artificielle qu'inadéquante de couper l'herbe sous les pieds à l'initiative populaire « Pour des soins infirmiers forts ». La contradiction entre l'autonomie partielle de la profession d'infirmier ancrée dans les législations cantonales et la compétence en matière de facturation selon la LAMal existe au niveau de la loi et ne peut pas être résolue par voie d'ordonnance.

Modification de l'ordonnance du DFI sur les prestations de l'assurance des soins en cas de maladie (OPAS) (neutralité des coûts, évaluation des soins requis)
Procédure de consultation du 4 juillet au 26 octobre 2018

Remarques détaillées sur la partie du rapport Neutralité des coûts des contributions aux soins infirmiers

Soins à domicile (3.)

Il convient de noter d'emblée que les calculs utilisés pour justifier une réduction très précise de 3,6 % du montant des contributions de l'AOS aux soins infirmiers ambulatoires reposent sur une accumulation de suppositions, d'hypothèses, de conditionnelles et d'approximations, dont certaines sont encore en contradiction avec des bases commanditées par le Conseil fédéral lui-même, tels que le rapport d'évaluation Infras, qui étrangement n'est mentionné nulle part dans ce rapport. Les bases statistiques existantes sont maigres et incomplètes, comme le rapport explicatif lui-même le reconnaît à de multiples reprises. Voici trois exemples parmi d'autres: Il n'est pas tenu compte du fait qu'en 2010 la facturation se faisait en unités de temps de 10 minutes et en 2014 de 5 minutes. Ou: Il est présumé que des nouvelles prestations comme les mesures de coordination ou la préparation de médicaments n'ont aucune répercussions sur les coûts, ce qui est justifié de manière indifférenciée par le fait qu'avant aussi, ces prestations étaient facturées et rémunérées « sous un autre nom ». Ou encore: les revenus mentionnés dans le rapport sont nettement plus élevés que les coûts réels calculés sur la base des heures de soins effectuées. Enfin et pour finir, la réduction proposée est le résultat d'un calcul assez grossier : l'augmentation des coûts des soins ambulatoires est divisée par l'augmentation - inférieure - du nombre d'heures de soins, d'où l'on conclut que les coûts horaires auraient augmenté; ces derniers sont donc simplement réduits en conséquence - en référence à l'objectif de neutralité des coûts prétendument fixé par le législateur. Pour Curacasa, la question fondamentale est de savoir si, compte tenu des incertitudes liées aux données, la neutralité des coûts introduite en 2011 peut être vérifiée avec autant de précision que le suggère la formule et son résultat de 3,6%.

Le fait que le nombre absolu d'heures de soins infirmiers effectuées augmente ne devrait plus surprendre personne, compte tenu de facteurs démographiques bien connus. Tout aussi peu surprenant est le fait que, contrairement aux affirmations du rapport explicatif, l'intensité des soins infirmiers augmente en raison de facteurs tout aussi connus, facteurs qui sont non seulement de nature démographique, mais aussi de l'ordre de la politique sanitaire (diminution de la durée moyenne du séjour hospitalier, N.B. dans le contexte d'une complexité sans cesse croissante des pathologies). Cela se voit dans les graphiques 2 et 3, qui montrent une diminution proportionnelle de la part des soins de base et une augmentation dans le domaine des évaluations, des conseils, des examens et des traitements. Il faudrait néanmoins des indicateurs plus précis pour prouver l'intensité croissante des soins, aussi étant donné qu'il s'agit de distinguer entre soins de base simples et complexes dans le cadre de l'introduction du nouveau régime de financement des soins. Par conséquent, le calcul sur lequel se base la réduction des contributions ne manque pas seulement de rigueur mais aussi de tout sens de la réalité: la tendance de la présente révision - si chaque augmentation de l'intensité des soins infirmiers dans le secteur ambulatoire est sanctionnée par une réduction correspondante des cotisations de l'AOS - révèle un désengagement absolument inacceptable de l'assurance-maladie dans le domaine des soins ambulatoires dans son ensemble. Cette interprétation fondamentaliste de la neutralité des coûts, liée à la structuration du financement des soins, viole aussi incontestablement le principe constitutionnel de l'équivalence fiscale selon laquelle la communauté qui supporte les coûts d'une prestation de l'Etat a le droit de déterminer cette prestation. Cela prouverait que la «rémunération appropriée des soins infirmiers» exigée par l'initiative populaire «Pour des soins infirmiers forts» est absolument indispensable (la même conclusion s'impose au regard de l'évolution négative des salaires du personnel infirmier, confirmée noir sur blanc dans le rapport explicatif).

Curacasa demande que les contributions selon l'art. 7a al. 1 de l'OPAS soient ajustées régulièrement à l'évolution des coûts des soins ambulatoires, et ce au moins tous les trois ans.

Subsidiairement

Si la réduction prévue des contributions de l'AOS aux soins infirmiers ambulatoires devait effectivement être mise en œuvre, une période transitoire suffisante devrait être prévue. Selon le système actuel de financement des soins infirmiers, les cantons sont responsables du financement résiduel.

Modification de l'ordonnance du DFI sur les prestations de l'assurance des soins en cas de maladie (OPAS) (neutralité des coûts, évaluation des soins requis)
Procédure de consultation du 4 juillet au 26 octobre 2018

Si la part de l'AOS (et par conséquent la part-patient maximum calculée en fonction de celle-ci) diminue, la différence proportionnellement plus élevée par rapport au coût total des soins infirmiers doit être assumée par le financeur résiduel. Aujourd'hui encore et depuis l'introduction du nouveau financement des soins de longue durée en 2011, on constate que le financement résiduel n'est réglementé de manière satisfaisante nulle part en Suisse, comme l'a déclaré et critiqué l'ASI à l'occasion de chaque évaluation, sans que rien ne se soit amélioré. Comme le montre l'expérience récente de la mise en œuvre chaotique (ou de la non-application) des arrêts du Tribunal administratif fédéral de l'automne 2017 sur le paiement des frais du matériel de soins, les cantons (et/ou les communes) ne font pas preuve d'un empressement exagéré pour augmenter le financement résiduel. Si les autorités fédérales ne veulent pas s'exposer à l'accusation de sacrifier ou de laisser sacrifier sur l'autel des restrictions budgétaires cantonales, elles doivent assumer leur responsabilité et au moins assurer, en accordant une période transitoire utile, que le déficit soit comblé par les cantons. Toutefois, nous craignons plutôt que la réduction prévue des contributions de l'AOS n'induisse une diminution drastique de la rémunération des soins infirmiers ambulatoires. Cela aura un impact sur les soins à la population, certains prestataires de services devant abandonner leur activité et d'autres devant réagir en réduisant leurs effectifs et la qualification de ceux-ci. Il en résultera un retard dans les prises en charge ambulatoires et par contrecoup des sorties d'hôpital, une augmentation des complications et des ré-hospitalisations.

En tout état de cause, une introduction en milieu d'année doit être rejetée en raison des coûts administratifs disproportionnés qu'elle implique ; nous nous référons à cet égard à l'avis de la CDS.

Motions subsidiaires:

- 1. La date d'entrée en vigueur est fixée au début de l'année ; les cantons disposent d'un délai raisonnable pour adapter le financement résiduel.*
- 2. Il faut accorder un délai transitoire suffisant aux cantons avant l'entrée en vigueur de l'adaptation de la contribution.*
- 3. Le Conseil fédéral fixe des critères uniformes pour le calcul et la détermination du coût total des soins ainsi que pour le financement de l'obligation d'assurer des soins infirmiers ambulatoires.*

Prestations annexes (3.1.2)

Outre le fait qu'il est établi que les coûts du matériel de soins n'ont pas été suffisamment pris en compte lors de l'introduction du financement actuel des soins, nous ne sommes pas d'avis que les contributions selon l'art. 7a de l'OPAS doivent refléter les coûts de ce matériel 1:1 ; les besoins extrêmement différents en matériel selon le type de soins fourni (des soins psychiatriques d'une part aux soins de plaies et aux soins intensifs à domicile de l'autre) rend impossible tout calcul forfaitaire. Ces coûts doivent être assumés séparément par l'AOS et la distinction absolument dénuée de sens, inappropriée et impraticable entre l'auto-application par le patient et l'application par des professionnels doit être supprimée. Étant donné que ces coûts auront été entièrement couverts par l'AOS jusqu'à l'automne 2017, la mise en œuvre de cette revendication serait neutre en termes de coûts. En outre, seuls les assureurs sont techniquement en mesure d'évaluer les exigences matérielles par rapport aux exigences d'économicité, d'adéquation et d'efficacité de la LAMal.

En ce qui concerne l'indemnisation du matériel de soins, Curacasa demande que la distinction entre l'auto-utilisation et l'utilisation par des tiers soit supprimée, de manière à ce que les coûts correspondants soient payés séparément par l'AOS conformément à la LiMA, comme ce fut le cas et comme cela fonctionna parfaitement avant les arrêts du Tribunal administratif fédéral de l'automne 2017.

Modification de l'ordonnance du DFI sur les prestations de l'assurance des soins en cas de maladie (OPAS) (neutralité des coûts, évaluation des soins requis)
Procédure de consultation du 4 juillet au 26 octobre 2018

Soins aigus et transitoires (3.1.3)

Nous demandons ici une analyse soigneuse du rapport d'évaluation d'INFRAS. Celui-ci montre que la conception actuelle des soins aigus et transitoires n'est pas suffisante. L'hypothèse selon laquelle un plus grand nombre de services infirmiers seraient désormais fournis en raison des soins aigus et transitoires ne peut être corroborée par les statistiques de l'aide et soins à domicile. Nous contestons fermement l'insinuation imputant aux SAT une augmentation infondée du nombre d'heures de soins. Les soins aigus et de transition se fondent sur une prescription d'un médecin hospitalier et ils ne peuvent être multipliés arbitrairement.

Évaluation des soins requis et exigences minimales pour les systèmes d'évaluation

Terminologie

En guise de remarque préliminaire, nous notons qu'en allemand, le concept conventionnel d'évaluation des besoins a été remplacé par celui de détermination des besoins. Cela est certes mentionné au point 1.6 du rapport explicatif, mais les implications ne sont pas du tout expliquées, et nous ne pouvons que spéculer sur les raisons sous-jacentes. Alors que l'évaluation des besoins dans le sens d'un suivi continu de l'état du patient et des résultats des soins fait partie intégrante du processus de soins et peut être facturée en conséquence, la détermination des besoins semble se limiter à déterminer les besoins en soins lorsque le patient est pris en charge ou au début de la période de prescription. Curacasa rejette fermement ce changement de terminologie non fondé.

Instruments d'évaluation des besoins

Les instruments prévus selon le rapport explicatif ne répondent pas aux exigences formulées dans le rapport lui-même. Ainsi, le besoin effectif de soins n'est pas saisi que manière exhaustive; il existe de grandes lacunes en particulier dans le domaine psychosocial ainsi que dans le secteur des consultations aux familles et de l'instruction des proches. Ces instruments ne permettent pas non plus d'avoir systématiquement des études de temps fondées. Pour cette raison, Curacasa exige que seuls les instruments d'évaluation des besoins exhaustifs, validés et valables, qui garantissent l'uniformité et le caractère scientifique visé, soient reconnus. Les dispositions de l'ordonnance appropriées doivent être formulées de manière correspondante en intégrant le personnel infirmier qui s'est spécialisé dans ce domaine.

Renforcer l'autonomie des professionnels des soins

Le rapport explicatif traite en détail de l'initiative parlementaire 11.418 (Joder), qui avait été rejetée sans ambages par le Conseil fédéral à l'époque. Cependant, la confusion semble toujours régner concernant l'objectif poursuivi par cette initiative – et à présent par l'initiative populaire de l'ASI. Contrairement à ce qui est affirmé dans le commentaire de la page 22, troisième paragraphe, la LAMal ne régleme pas les compétences ; la LAMal régleme la rémunération des prestations de soins et leurs conditions. Les compétences professionnelles des infirmières relèvent du droit cantonal de la santé (et, dans un avenir proche et dans une certaine mesure, de la loi fédérale sur les professions de santé). Selon la loi, les infirmières sont autonomes, sauf dans les domaines diagnostique et thérapeutique, où elles travaillent dans le cadre d'une délégation médicale. De par la Constitution fédérale, la LAMal ne peut rien y changer. Elle peut toutefois empêcher la réalisation de l'autonomie des infirmières - et donc de l'ordre cantonal des compétences - et la rendre caduque en subordonnant la rémunération des prestations de soins infirmiers attribuées au domaine autonome des soins à l'existence d'une prescription médicale en la matière. L'initiative parlementaire Joder avait pour seul objectif d'harmoniser les règles d'indemnisation de la LAMal avec les règles de compétence cantonales et, entre autres, de combattre l'idée que les soins infirmiers sont une profession médicale auxiliaire. La présente révision de l'ordonnance ne fait rien pour éliminer cet empiètement sur les compétences des professionnels de la santé ; si ce dernier est prévu par la LAMal - en ce sens qu'il ne reconnaît pas les professionnels de la santé comme prestataires de services (partiellement) indépendants - alors c'est la LAMal qui doit être modifiée. Maintenant que cette voie a échoué en raison de la décision de non-entrée en matière du Conseil national, Curacasa soutiendra l'ASI pour obtenir la reconnaissance due aux soins infirmiers par le biais la Constitution fédérale.

Modification de l'ordonnance du DFI sur les prestations de l'assurance des soins en cas de maladie (OPAS) (neutralité des coûts, évaluation des soins requis)

Procédure de consultation du 4 juillet au 26 octobre 2018

La soi-disant « fonction charnière » du médecin, qui est souvent évoquée dans le rapport, n'a aucune justification **en regard du domaine autonome des soins**. La fonction de « gatekeeper » destinée au médecin - même si ce n'est qu'une question de forme - dans ces prestations infirmières typiques est une fiction. En ce qui concerne le domaine autonome des soins infirmiers, les médecins ne sont pas formés en la matière et ne peuvent donc pas assumer de fonction de supervision ou de contrôle. Au contraire, cette tâche est prise en charge (très efficacement) par l'assurance-maladie. Comme le savent très bien les fournisseurs de prestations, l'existence d'une prescription médicale – même pour un soin médical! – ne garantit nullement que l'assurance considérera ce soin comme efficace, approprié et économique, et donc comme justifiant son indemnisation. Cela rend également caduque la crainte d'une augmentation des services de soins qui a de nouveau été avancée, comme durant les débats sur l'initiative parlementaire Joder. Comment les médecins devraient-ils empêcher l'expansion de services de soins dont ils ne sont pas en mesure d'évaluer les indications ? Les considérants dans le rapport sur le prétendu « triple contrôle de la facturation » sont incompréhensibles à cet égard : ni les patients ni les autorités cantonales (et encore moins communales) ne peuvent sérieusement prétendre remplir cette tâche (comme les cantons eux-mêmes le reconnaissent, voir la consultation de la CDS).

En ce qui concerne la qualité des soins, la confusion entre les aspects relevant de la rémunération et ceux relevant des compétences professionnelles ne conduit pas à une amélioration, mais à une dangereuse insécurité juridique. Le pouvoir de décision encore réservé au médecin concernant les mesures de soins en dehors de son domaine de compétence pèse sur la coopération interdisciplinaire, met en danger les patients et crée une insécurité juridique considérable quant à la question de savoir qui est responsable en cas de préjudice.

Le projet de loi prétend répondre à la préoccupation des soins infirmiers en vue de la reconnaissance de leur autonomie en faisant la distinction entre une décision initiale médicale quant à savoir si un patient a besoin de soins infirmiers d'une part, et, d'autre part, dans l'affirmative, une décision concédée aux infirmières quant aux soins infirmiers spécifiques requis. **Le projet codifie de facto la pratique existante et il n'y a rien à y redire, si ce n'est que, comme cela a été répété à plusieurs reprises, cela ne pallie en rien la discrimination institutionnalisée des infirmières dans la LAMal.**

La distinction entre mesures d'évaluation, conseils, coordination et soins de base d'une part, et d'autre part les mesures d'examen et de traitement va de soi ; ces dernières sont en effet des tâches médicales par essence qui ne peuvent être déléguées par le médecin aux infirmières qu'explicitement et conformément aux principes du Code suisse des obligations, en particulier les principes du droit de la responsabilité.

Modification de l'ordonnance du DFI sur les prestations de l'assurance des soins en cas de maladie (OPAS) (neutralité des coûts, évaluation des soins requis)

Procédure de consultation du 4 juillet au 26 octobre 2018

Nom / institution	Article	Commentaires / remarques	Modification proposée (texte proposé)
Curacasa	Art. 7 al. 2 let. a ch. 1	Curacasa rejette fermement ce changement de terminologie (dans la version allemande) non fondé.	
Curacasa	Art. 7a al. 1	Nous rejetons catégoriquement la réduction des contributions AOS et nous nous référons aux remarques ci-dessus.	
Curacasa	Art. 8 al. 1	Le projet codifie de facto la pratique existante et il n'y a rien à y redire, si ce n'est que, comme cela a été répété à plusieurs reprises, cela ne pallie en rien la discrimination des infirmières dans la LAMal.	
Curacasa	Art. 8 al. 2 let. c	Les 2 semaines maximum de soins aigus et transitoires ne sont pas suffisantes. La réglementation en vigueur est inadéquate. C'est pourquoi nous renvoyons aux observations de la CI Financement des soins et au rapport d'évaluation sur la réorganisation du financement des soins par INFRAS. Ces documents mettent clairement en évidence les lacunes des soins aigus et transitoires. Un changement fondamental ou un retrait des SAT doit être opéré. Cela ne peut toutefois se faire que par une adaptation préalable correspondante de la LAMal. Curacasa souligne la nécessité d'une adaptation ou d'un retrait des soins aigus et transitoires, mais, pour les raisons susmentionnées, ne propose pas de modification à ce stade.	
Curacasa	Art. 8a al. 1	Curacasa s'associe à la position de l'ASI qui rejette la limitation de l'évaluation des soins requis aux infirmières et infirmiers qui remplissent les conditions de l'art. 49 de l'OAMal.	
Curacasa	Art. 20 OPAS	L'OPAS doit être modifiée afin qu'à partir du 1er janvier 2019 les fournisseurs de prestations puissent facturer à l'AOS le matériel de soins conformément à l'art. 7 al. 1 de l'OPAS, que ce matériel soit utilisé par le patient lui-même ou par les professionnels infirmiers. Subsidiairement: Si la situation ne peut être amendée par le biais d'un amendement de l'OPAS, l'amendement doit être effectué le plus rapidement possible au niveau du droit supérieur.	L'assurance octroie un remboursement pour les moyens et appareils thérapeutiques ou diagnostiques visant à surveiller le traitement d'une maladie et ses conséquences, remis sur prescription médicale par un centre de remise au sens de l'art. 55 OAMal et utilisé par l'assuré lui-même ou avec l'aide d'un intervenant non professionnel impliqué dans l'examen ou le traitement.

Modification de l'ordonnance du DFI sur les prestations de l'assurance des soins en cas de maladie (OPAS) (neutralité des coûts, évaluation des soins requis)
Procédure de consultation du 4 juillet au 26 octobre 2018

Prise de position

Nom / entreprise / organisation / canton : Fondation pour l'Aide et les Soins à domicile

Abréviation de l'entr. / org. : FAS

Adresse : Rue des Moulins 21, 2800 Delémont

Personne de référence : André Altermatt, directeur

Téléphone : 032 423 15 34

Courriel : andre.altermatt@fasd.ch

Date : 24 octobre 2018

Informations importantes :

1. Veuillez n'effectuer aucun changement dans le format du formulaire.
2. Si vous souhaitez supprimer certains tableaux dans le formulaire, vous avez la possibilité d'ôter la protection du texte sous « Outils/Oter la protection ».
3. Veuillez envoyer votre prise de position par voie électronique **avant le 26 octobre 2018** aux adresses suivantes : abteilung-leistung@bag.admin.ch
gever@bag.admin.ch

Ordonnance du DFI sur les prestations de l'assurance des soins en cas de maladie (OPAS)

Nom / entreprise (prière d'utiliser l'abréviation indiquée à la première page)	Remarques générales
FAS	Nous remercions de nous avoir donné cette possibilité de prendre position au sujet de la consultation susmentionnée. La FAS refuse catégoriquement la baisse proposée des contributions de l'AOS aux soins ambulatoires de 3,6 %. Elle demande au contraire une augmentation substantielle et indispensable de ces contributions pour les raisons suivantes: - La base de données utilisée pour le calcul est insuffisante. Selon des experts, la statistique de l'aide et de soins à domicile ne permet pas de faire des comparaisons correspondantes avant et après 2010. De nombreux arguments sont impossibles à comprendre – par exemple dans le domaine de l'évolution salariale ou du matériel de soins. - L'hypothèse centrale selon laquelle les prestations de soins ambulatoires seraient restées constantes entre 2010 et 2014 est erronée. Le système de forfaits par cas DRG a été introduit durant cette période, ce qui a débouché sur des situations de soins plus complexes et, aussi en particulier, sur une augmentation des prestations rémunérées de manière plus élevée (mesures de clarification, conseils et coordination, mesures d'examen et de traitement). Durant cette même période, le principe «l'ambulatoire avant le stationnaire» a été poursuivi de manière conséquente. Dans ce contexte, des prestations spécialisées ont été introduites dans le domaine des soins ambulatoires – aussi en concordance avec les différences stratégies nationales de la santé – par exemple dans le domaine des soins aux personnes atteintes de démence, des soins palliatifs, des soins en psychiatrie, des services durant le week-end et la nuit. Ces prestations sont plus coûteuses que des prestations de soins «habituelles et simples». L'Aide et soins à domicile a renforcé sa position de devenir un acteur essentiel et coordonné du système de soins. - Durant la période de temps concernée, l'assurance obligatoire des soins (AOS) a bénéficié de décharges par rapport aux autres payeurs: dans de nombreux cantons, cela s'est produit en particulier à la charge des patients. - En raison de la réglementation insuffisante du financement résiduel, des décisions motivées par des impératifs de politique financière ont également été prises dans des cantons et des communes au détriment des organisations d'aide et de soins à domicile. Il est urgent de définir tout ce qui doit être contenu dans les contributions et le financement résiduel ou ce qui est remboursé séparément – par ex. le temps de déplacement, le matériel de soins. Sinon la protection financière des organisations d'aide et de soins à domicile n'est pas garantie à long terme, ce qui, au final, pénalisera les patients et l'ensemble du système de soins. De plus, les répercussions des arrêts du Tribunal administratif fédéral de 2017 occasionnent un énorme chaos dans l'utilisation et la facturation du matériel de soins. Cette décision ne peut pas être appliquée de la sorte dans la pratique et des solutions claires et pérennes doivent être trouvées de toute urgence. La FAS demande la légalisation à partir du 1^{er} janvier 2019 de la pratique actuelle, qui fonctionne bien, concernant la facturation du matériel de soins (voir ci-dessous les remarques détaillées relatives au chapitre 3.1.2). La FAS salue la volonté du Conseil fédéral de réduire les charges administratives et d'accorder une meilleure reconnaissance aux soins. Toutefois, les mesures proposées à ce sujet s'avèrent éloignées de la pratique et n'ont pas été mûrement réfléchies. La FAS propose pour cette raison différents changements qui permettront une mise en œuvre plus judicieuse.

Avec l'ouverture de cette consultation, le Conseil fédéral a également publié le rapport d'évaluation externe et exhaustif d'INFRAS sur le nouveau régime du financement des soins. Pour la FAS, il est incompréhensible que le présent projet de modification de l'OPAS ne mentionne jamais ce rapport et n'intègre pas ses conclusions. De même, les hypothèses sur lesquelles se base le présent projet soumis à consultation nous sont absolument incompréhensibles. Le rapport d'évaluation d'INFRAS fait très bien ressortir les différentes lacunes du nouveau régime de financement des soins. Nous considérons que les conclusions tirées du rapport d'évaluation d'INFRAS sont inadéquates. A notre avis, une occasion de procéder à des améliorations du financement des soins a ainsi été ratée.

Avant de passer aux remarques et propositions de modification concernant les différents articles spécifiques de l'OPAS, nous souhaitons approfondir certains points du rapport de consultation :

Remarques générales sur le rapport de consultation

Le rapport et les dispositions proposées ne semblent pas harmonisés. Le rapport est écrit de manière compliquée et lacunaire, partant il est difficile à lire. Quelques exemples:

- page 13, 3.1.2, Prestations annexes et prestations d'autres assureurs sociaux: Dans ce chapitre, il n'existe pas un mot sur les prestations d'autres assureurs sociaux.
- page 15, 3.1.6, Graphiques 2 et 3: Ces deux graphiques portent un titre erroné en se référant à la répartition de l'intensité des soins. Ils représentent au contraire la répartition des différentes catégories de prestations de soins.
- page 16, 3.2, Calcul du facteur de correction des contributions aux soins: Des «jours de soins» et des «prestations brutes» sont mentionnés dans la formule de calcul. Or, ces termes ne jouent aucun rôle dans les soins ambulatoires. Il faudrait se baser sur des «heures de soins» et des «recettes».
- page 21, 1.3 Durée de la prescription médicale – propositions d'adaptation: Les propositions d'adaptation ne sont pas décrites.

Remarques détaillées sur la partie du rapport portant sur la neutralité des coûts concernant les contributions aux soins

Légitimation de la neutralité des coûts (1.1)

La FAS considère qu'il manque les bases pour montrer que la réglementation n'a pas pu être respectée la première année suivant l'entrée en vigueur de la modification de la loi. Concernant l'atteinte de l'objectif principal de nouveau régime de financement des soins, l'évaluation déclare (surlignage par FAS) : « ***Il a été possible, de manière absolue, d'éviter une charge financière supplémentaire de l'AOS par des contributions fixes aux prestations de soins qui sont déterminées par le nouveau régime de financement des soins.*** » La FAS rappelle que même des assureurs ont déclaré dans le cadre de l'évaluation du financement des soins que l'AOS avait été allégée.

Bases statistiques (3.1)

Nous nous référons à une problématique dans la statistique de l'aide et des soins à domicile qui est décrite de la manière suivante dans le rapport d'évaluation d'INFRAS, à la page 57 (surlignage par FAS) : « En raison de cette rupture dans les données de la statistique de l'aide et des soins à domicile, **il est impossible de faire une comparaison directe du coût total avant et après 2010. Avec les données à disposition, il n'est pas possible de faire une estimation de l'ordre de grandeur de la distorsion des données.** » C'est la raison pour laquelle nous considérons que la statistique de l'aide et des soins à domicile ne peut pas être utilisée pour faire une comparaison de la situation avant et après 2010.

Etablissements médico-sociaux (2)

La FAS ne se prononce pas sur les explications et calculs concernant le domaine des établissements médico-sociaux. Nous approuvons toutefois une augmentation des contributions de l'AOS dans ce domaine (voir aussi la prise de position de la CI Financement des soins [\[Link\]](#)).

Prestations annexes (3.1.2)

Le chapitre 3.1.2 s'articule de manière significative aussi autour de la prise en charge des coûts du matériel de soins. Comme déjà mentionné plusieurs fois lors d'entretiens avec l'OFSP – et également reconnu par celui-ci – les coûts pour le matériel de soins ne sont pas, voire pas suffisamment pris en considération dans le calcul relatif au nouveau régime de financement des soins. En outre, le matériel utilisé depuis l'introduction du nouveau régime de financement des soins s'est développé et a renchéri de manière correspondante. Ainsi, par exemple des pansements modernes (et plus chers), utilisés pour des soins de plaie, ont une durée d'utilisation plus longue, et nécessitent par conséquent moins de prestations de soins effectuées par une infirmière ou un infirmier. La FAS considère que, rien que pour ces raisons, les contributions de l'AOS devraient être augmentées de manière substantielle.

Même si l'on supposait que le calcul avait été fait correctement en 2011, cette argumentation dans le rapport (page 13 et suivantes) ne tient pas la route : il est constaté qu'au cours des dernières années, les organisations d'aide et de soins à domicile ont de plus en plus externalisé, pour des raisons d'efficacité, la gestion du matériel auprès de tiers (pharmaciens, médecins, fournisseurs de matériel). L'office compétent en conclut que les contributions de l'OPAS sont donc trop élevées (et par conséquent devraient en fait être réduites encore plus fortement), sans prendre en considération les deux arrêts du Tribunal administratif fédéral (TAF) de 2017 qui stipulent que le matériel utilisé dans le cadre des soins ne doit pas être facturé séparément.

Il est bien connu que ces deux arrêts du TAF créent de gros problèmes et occasionnent des frais administratifs supplémentaires. Ils débouchent sur le fait que, pour le moment, les organisations d'aide et de soins à domicile doivent assumer l'intégralité des coûts pour ce matériel jusqu'à ce qu'une solution soit trouvée avec les responsables du financement résiduel. L'AOS continuera de verser une contribution. Toutefois, nous renvoyons principalement à notre première objection: le matériel n'a pas été suffisamment pris en considération dans le nouveau régime de financement.

En outre, nous rappelons que particulièrement dans ce chapitre, les bases et les preuves sont extrêmement lacunaires. Les formulations comme «devrait tenir compte», «il est possible que», «On peut par exemple se demander pourquoi», «devraient également avoir facturés», «on peut en tous cas supposer», «Il n'est pas possible de chiffrer à combien s'élève», «on peut supposer que», «devraient être un peu trop élevées» se trouvent sur les ¾ de pages seulement de ce chapitre.

La FAS demande en outre de modifier l'OPAS au 1er janvier 2019 afin que les fournisseurs de prestations de soins puissent facturer à l'AOS le matériel de soins selon l'article 7, alinéa 1 de l'OPAS, par exemple par un changement de l'art. 20 de l'OAMAL. Il faut renoncer à séparer le matériel entre celui qui est utilisé par la personne elle-même ou celui qui est utilisé par une infirmière. Cela permettra de légaliser la pratique qui a fonctionné durant ces dernières années. En raison des coûts très différents engendrés en fonction de la prestation de soins, une prise en compte forfaitaire n'est pas judicieuse dans les contributions de l'AOS pour les soins ambulatoires. Les prestations impliquant beaucoup de matériel (par ex. les soins de plaie) ne seraient pas rémunérées de manière suffisamment élevée. Par conséquent, le matériel de soins doit pouvoir être facturé séparément (et pas un paiement par forfait).

Proposition subsidiaire: s'il n'est pas possible de procéder directement à une modification de l'OAMal, une modification doit se faire le plus rapidement possible dans le droit supérieur.

Soins aigus et de transition (3.1.3)

Sur ce point, nous demandons une analyse minutieuse du rapport d'évaluation d'INFRAS. Celui-ci montre que la configuration actuelle des soins aigus et de transition ne suffit pas.

L'hypothèse selon laquelle davantage de prestations ont été effectuées dans les soins à cause des soins aigus et de transition ne peut pas se confirmer avec la statistique de l'aide et des soins à domicile et nous rejetons fermement cette suggestion que le total des heures augmente (sans justification) à cause d'eux. Les soins aigus et de transition se basent sur une ordonnance prescrite par un médecin hospitalier et, par conséquent, ne peuvent pas être augmentés arbitrairement.

Evolution de la structure des prestations selon le type de traitement (3.1.6)

Il nous est impossible de comprendre comment l'on est arrivé à l'hypothèse que la structure de prestations par type de traitement est restée constante entre 2010 et 2014 (comme déjà susmentionné, le terme «intensité de soins» est erroné). Au cours des années passées, avec l'introduction des DRG dans les hôpitaux et avec la mise en œuvre du principe «l'ambulatoire avant le stationnaire», des cas de plus en plus complexes ont été pris en charge par les soins ambulatoires. De même, le taux des prestations A et B a augmenté en conséquent dans les soins palliatifs, les soins en oncologie, les soins psychiatriques et dans d'autres prestations de soins spécialisées. Cela est même mentionné dans ce sens dans plusieurs rapports de l'OFSP (voir par exemple le rapport «Rémunération des prestations dans le cadre des soins coordonnés», 2018). Logiquement, en contrepartie, les prestations C reculent proportionnellement. Le graphique 2 et le graphique 3 à la page 15 l'indiquent très clairement – toutefois, dans le document mis en consultation, on arrive à la conclusion à partir de ces chiffres que ceux-ci sont «relativement constants». Plus souvent toutefois, ces transferts (voulus) dans le mélange de prestations expliquent aussi de manière essentielle le renchérissement du taux-horaire.

Salaires et renchérissement général (3.1.7)

Au cours des dernières années, les salaires dans le domaine des soins ont augmenté. Le besoin en personnel formé, les interventions de nuit et durant le week-end, les spécialisations ont débouché sur des augmentations de salaire. Dans ce sens, nous considérons qu'il est faut prendre en compte les salaires comme un facteur de coûts essentiel et refusons l'argumentation de ne pas les prendre en considération.

Calcul du facteur de correction des contributions aux soins (3.2)

L'objectif de la correction des coûts est de garantir que durant l'année de transition 2010/2011, l'introduction des contributions selon l'OPAS s'est faite pour l'AOS en respectant le principe de la neutralité des coûts. Il est problématique de comparer les chiffres de 2010 à 2014. Il est déjà expliqué dans le rapport d'évaluation d'INFRAS que la rupture concernant les données dans la statistique de l'aide et des soins à domicile ne permet pas de faire une comparaison directe des coûts globaux avant et après 2010 (voir également ci-dessus).

Le rapport d'INFRA mentionne à différents endroits (voir chapitre 3.1.1) que la cohérence des données à disposition laisse à désirer pour plusieurs raisons. Il constate ainsi que les revenus de prestations selon OPAS 7 ont été saisis sous différentes rubriques, que les organisations à but lucratif n'ont été saisies dans la statistique qu'à partir de 2010 (et pas encore toutes) et que les infirmières et infirmiers indépendants de Zurich et de Genève n'étaient pas encore inclus dans la statistique en 2010, etc. Pour La FAS, la question fondamentale est de savoir si, compte tenu du manque de données tangibles, il est vraiment possible d'examiner de manière si détaillée la neutralité des coûts à l'introduction en 2011, comme le suggère la formule proposée et son résultat de 3,6 pourcents.

La FAS considère que les conclusions et la réduction des contributions à partir d'une base de données peu tangible sont arbitraires et manquent de sérieux.

Dans la perspective de la FAS, il faut absolument augmenter les contributions aux soins. Différents facteurs indiquent qu'après presque quinze ans, la base de calcul doit être retravaillée de toute urgence:

- La base de données de 2004 n'a pas suffisamment tenu compte de différents facteurs. Par exemple les coûts du matériel de soins ou les temps de déplacement.
- Depuis l'introduction du nouveau régime de financement des soins, la demande en prestations de soins ambulatoires a fortement augmenté en raison de la stratégie des cantons « l'ambulatoire avant le stationnaire » et de l'évolution sociale (plus de ménage avec une seule personne, individualité, etc.).
- En parallèle, le besoin en offre de soins spécialisés a continué d'augmenter fortement: actuellement, les soins palliatifs, les soins aux personnes atteintes de démence, les soins psychiatriques, les soins en oncologie, les soins pédiatriques font partie en de nombreux endroits de l'offre d'une organisation d'aide et de soins à domicile (voir aussi les stratégies à ce sujet de la Confédération et des cantons). Il faut aussi compter à l'avenir avec une augmentation de cette évolution (voir le programme national de recherche «Fin de vie» (PNR 67) ou le postulat 18.3384 de la CSSS-CE «améliorer la prise en charge et le traitement des personnes en fin de vie»). Du personnel avec une formation supplémentaire doit être engagé pour ces prestations et des instruments spécifiques être utilisés. En raison notamment de cette évolution, un transfert des coûts se produit du domaine stationnaire au domaine ambulatoire.
- Le besoin en prestations 24 heures sur 24 et en services d'urgence a également fortement augmenté depuis 2011. Il est également, en partie, lié aux offres spécialisées (soins palliatifs, soins pédiatriques ambulatoires). De plus, des situations d'accompagnement en mutation débouchent également sur cette augmentation des besoins.

Malgré ces facteurs flagrants, aucune augmentation des contributions et des services compétents n'a été prévue pour l'AOS au cours de ces dernières années. Cette charge supplémentaire a dû être assumée presque exclusivement par les cantons et les communes ou par les personnes concernées elles-mêmes par le biais d'adaptation/augmentation des taux de la contribution du patient (voir rapport d'évaluation d'INFRAS, pages 8, 9, 60, 63). Les organismes qui prennent en charge le financement résiduel ont essayé d'éviter des dépenses supplémentaires (par exemple avec des mesures d'économie), de les transférer (en imposant un charge plus lourde aux patients) ou de les ajourner (en partie en repoussant de trois ou quatre ans l'actualisation des contributions du financement résiduel). Par contre, l'AOS a même été allégée dans le domaine des soins ambulatoire – et ainsi l'objectif d'éviter une charge supplémentaire a été „dépassé“. Résumé: Au cours des dernières années, les prestations dans le domaine des soins sont devenues plus exigeantes et plus coûteuses et les situations de soins sont devenues plus complexes. Une spécialisation croissante a également débouché sur des exigences nouvelles et plus élevées. La pénurie de personnel alimente également la discussion concernant les salaires. En même temps, la part de l'AOS aux coûts des soins ambulatoires a été réduite au détriment des cantons, des communes et des patients. Cette évolution ne peut pas se poursuivre ainsi. Il faut une adaptation régulière des contributions à l'évolution des coûts. Avec une augmentation des contributions selon l'OPAS dans les soins ambulatoires, il sera possible à nouveau d'atteindre l'ancien niveau de participation de l'AOS aux coûts des soins et d'inclure les éléments manquants (matériel de soins, temps de déplacement, salaires). A notre avis, cela renforcera le principe «l'ambulatoire avant le stationnaire». Remarques de détails sur la partie du rapport portant sur l'«évaluation des soins requis» Nous considérons que les modifications proposées concernant les processus d'évaluation des soins requis dans le domaine des soins ambulatoires ne sont pas suffisamment élaborées. Nous avons de nombreuses propositions visant à optimiser le processus. Une clarification des concepts s'impose en particulier: pour les soins à domicile, l'évaluation des soins requis se fait de façon exhaustive (selon art. 8a, al. 2) en de multiples endroits avec l'instrument RAI Home Care. La planification des soins découle de l'évaluation des soins requis et les prestations de soins nécessaires sont déterminées sur cette base. Le résumé des prestations de soins est représenté dans un formulaire (évaluation des besoins, voir art. 8a, al. 3). Nous sommes volontiers disposés à montrer aux personnes intéressées les processus d'identification des besoins dans une organisation d'aide et de soins à domicile.			
Nom / entreprise	article	commentaires / remarques	modification proposée (texte proposé)
FAS	Art. 7a al. 1	Nous considérons que la réduction des contributions venant de l'AOS pour les soins à domicile est inadéquate, infondée et totalement incompréhensible. Nous nous référons aux remarques générales à ce sujet qui précèdent et soulignons le point suivant: le rapport d'expert arrive à la conclusion que durant la période observée, la charge proportionnelle de l'AOS a été réduite de 72% à 70% et que l'objectif de la neutralité des coûts a ainsi été dépassé. De même, on omet également de prendre en considération que les frais de salaire ont nettement augmenté et vont certainement continuer de croître en raison du besoin en personnel infirmier. De plus, la poursuite systématique de la stratégie «l'ambulatoire avant le stationnaire» a eu - et a - comme conséquence que des prestations spécialisées (et ainsi coûteuses), par exemple les soins palliatifs, les soins en oncologie, les soins en psychiatrie, ont été intégrées de plus en plus dans les soins ambulatoires (voir à ce sujet plusieurs stratégies nationales de la Confédération).	La FAS exige une augmentation substantielle des contributions.

		Un maintien des contributions actuelles débouche sur un transfert constant des coûts croissants vers les cantons et les communes (selon la réglementation cantonale du financement résiduel) ainsi que vers les clients.	
FAS	Art. 8 al. 1	Dans la perspective de la FAS, le nouveau processus d'ordonnance n'est pas suffisamment élaboré. Actuellement, le médecin prescrit les prestations de soins. En parallèle, des mesures spécifiques sont en partie prescrites sur la base de l'indication médicale (par exemple des bas de contention, la mesure des signes vitaux, des injections). L'infirmière ou l'infirmier qui fait l'évaluation des soins requis détermine de manière spécifique les prestations qui sont nécessaires. Le médecin signe ensuite une ordonnance pour ces prestations (en général dans le cadre d'une procédure rapide, sans examen approfondi). Les professionnels s'accordent pour admettre que la confirmation finale se fait pour la forme. Réglementation proposée: Nouvellement, le médecin constate dans une première étape la nécessité des soins (al. 1, let. a) et en même temps détermine également si des prestations A, B, C sont requises (al. 1, let. b). L'évaluation des soins requis se fait ensuite de manière exhaustive par une infirmière ou un infirmier selon l'art. 8a (cela correspond aussi aux standards internationaux, en particulier à RAI Home Care qui est utilisé presque partout dans les soins à domicile). La mise en œuvre de l'évaluation des soins requis correspond toujours dans la pratique à une prestation A, en d'autres termes, le médecin doit dans tous les cas sélectionner «A» pour que l'évaluation des soins requis soit remboursée. Si un médecin ordonne des prestations de soins A et B et qu'il résulte de l'évaluation des soins requis (évaluation de la situation dans sa globalité et de l'environnement) que le client a également besoin de prestations C, il faut à nouveau consulter le médecin à ce sujet. Cette procédure génère des coûts supplémentaires et occasionne des frais administratifs inutiles. En outre, elle s'oppose à la pratique déjà en cours actuellement et qui veut que les infirmières et infirmiers clarifient le type de prestations et leur volume. La FAS considère que la séparation artificielle entre les prestations A/C et les prestations B n'est pas judicieuse. Les infirmières et infirmiers sont en mesure d'évaluer de manière professionnelle quelles prestations sont nécessaires – aussi dans le domaine des soins de traitement (par exemple la mesure des signes vitaux, la mesure de la glycémie, les soins de plaie). Le médecin est informé des prestations de soins nécessaires qui résultent de l'évaluation des soins requis. En contrepartie, il est également important que les services d'aide et de soins à domicile reçoivent les informations du médecin afin de pouvoir adapter si nécessaire leur planification des soins.	Al. 1 b. Le médecin peut ordonner des prestations spécifiques.

		La FAS soutient en principe la proposition du Conseil fédéral consistant à mieux reconnaître les compétences des infirmières et infirmiers et à simplifier le processus d'évaluation des soins requis (sans devoir obtenir la signature du médecin).	
FAS	Art. 8, al. 2, litt. a + b	La FAS soutient une prolongation du mandat médical. Cela permet de réduire les frais administratifs. La planification différente des prestations B (6 mois) et des prestations A/C (12 mois) débouche dans la pratique sur une situation absurde et compliquée et occasionne des coûts supplémentaires: dès qu'un client nécessite plusieurs prestations, il faut harmoniser la durée du mandat médical. Exemple: Si, comme proposé, le mandat médical arrive à échéance après 6 mois pour les prestations B (et pour les prestations C prescrites seulement après 12 mois), il faut renouveler l'évaluation des soins requis après 6 mois uniquement pour les prestations B, toutefois pas pour les prestations A et C que le client reçoit en parallèle. Selon des standards internationaux et aussi selon l'art. 8a, al. 2, l'évaluation de la situation dans sa globalité et de l'environnement fait partie intégrante de l'évaluation des soins requis. Une «évaluation des soins requis partielle», qui ne porterait que sur d'éventuelles prestations B violerait l'art. 8a, al. 2 et serait contraire à la logique de l'instrument d'évaluation des besoins RAI Home Care principalement utilisé dans les soins à domicile. Il est erroné de se baser sur le processus décrit, selon lequel les soins requis sont déterminés à partir du type de prestation (A, B ou C). La situation du client est saisie à l'aide de l'évaluation globale des soins requis et les prestations concrètes de soins sont déduites de la planification des soins qui en résulte et pas l'inverse. Pour des raisons d'assurance de la qualité, La FAS propose une durée uniforme de 9 mois au maximum.	2 La durée de la prescription ou du mandat médical ne peut dépasser: a) neuf mois pour les prestations prévues à l'art. 7, al. 2, let. a, b et c b) à supprimer
FAS	Art. 8, al. 2, litt. c	Les 2 semaines au maximum de soins aigus et de transition ne sont pas suffisantes. La réglementation actuelle à ce sujet est insuffisante. Nous nous référons aux interventions de la CI Financement des soins (Lien) et au rapport d'évaluation sur le nouveau régime de financement de soins d'INFRAS. Ces documents démontrent clairement les lacunes existant dans les soins aigus et de transition. Une modification de fond est demandée. Elle ne peut toutefois se produire qu'avec une adaptation correspondante préalable de la LAMal. La FAS souligne la nécessité d'une adaptation des soins aigus et de transition mais renonce, pour les raisons susmentionnées, à proposer une modification en cet endroit.	
FAS	Art. 8a, al. 1	La proposition du Conseil fédéral prévoit une limitation de l'évaluation des soins requis aux infirmières et infirmiers. La FAS soutient cette égalité de traitement des différents domaines de soins. Le renvoi à l'art. 49 OAMal est considéré comme problématique, celui-ci ayant deux	1 Les soins requis pour mettre en œuvre la prescription ou le mandat médical sont évalués comme suit:

		exigences : un diplôme (let. a) et une expérience pratique de deux ans (let. b). La FAS rejette clairement cette dernière limitation. Les curricula de formation des infirmières et infirmiers prévoient explicitement les activités d'évaluation des soins requis. A la fin de sa formation, le personnel infirmier (diplômé et dûment formé) est par conséquent en mesure de procéder immédiatement à l'évaluation des soins requis. Les infirmières et infirmiers suivent un complément de formation de plusieurs jours afin de pouvoir procéder à l'évaluation des soins requis à l'aide de RAI Home Care. Le fait d'introduire un délai de deux ans avant qu'une infirmière ou un infirmier n'ait le droit d'effectuer l'évaluation des soins requis limiterait massivement la pratique actuelle dans les services d'aide et de soins à domicile et se répercuterait négativement sur l'attrait de l'Aide et soins à domicile en tant qu'employeur pour un/e jeune diplômé/e. A notre avis, l'art. 49 de l'OAMal définit les conditions qui doivent être remplies pour pouvoir exercer en tant qu'infirmière ou infirmier indépendant. En outre, conformément à nos explications concernant l'art. 8, nous proposons de renoncer à la séparation artificielle entre les prestations A/C et B et de supprimer par conséquent la let. b.	a. pour les prestations prévues à l'art. 7, al. 2, let. a et c: par un infirmier ou une infirmière (art. 49 OAMal) en collaboration avec le patient ou ses proches; le résultat est transmis, pour information, au médecin prescripteur ; b. pour les prestations prévues à l'art. 7, al. 2, let. b: ou les soins aigus et de transition, par un infirmier ou une infirmière (art. 49 OAMal) en collaboration avec le médecin prescripteur et le patient ou ses proches.
FAS	Art. 8a, al. 2	L'évaluation des soins requis comprend l'évaluation de la situation du patient ou de la patiente dans sa globalité ainsi que l'évaluation de son environnement. Cela correspond tout à fait à l'instrument d'évaluation RAI Home Care qui est utilisé dans les soins à domicile par environ 85% des organisations.	
FAS	Art. 8a°, al. 3	Selon le commentaire, l'art. 8a se réfère à l'évaluation des soins requis en général (commentaire, page 27), donc aux organisations d'aide et de soins à domicile, aux infirmières et infirmiers indépendants et aux établissements médico-sociaux (EMS). L'al. 3 exige des critères uniformes mais en fait il exige également beaucoup plus un formulaire standardisé. La FAS considère qu'une configuration de l'annonce des soins requis dans un formulaire (résumé des prestations de soins évaluées selon l'évaluation des soins requis) identique pour le domaine ambulatoire et stationnaire n'est pas judicieuse ni constructive. Les situations ne sont pas comparables et il existe des instruments différents d'évaluations des soins requis selon les settings respectifs (voir par exemple interRAI). La FAS soutient la configuration uniforme de l'annonce des besoins au sein du secteur des soins à domicile – celle-ci devrait être impérativement élaborée sous forme électronique. Nous rendons attentif aux efforts actuels correspondants réalisés dans le domaine des soins à domicile, en collaboration avec les assureurs-maladie. Ceux-ci ne pourront toutefois pas aboutir d'ici à l'entrée en vigueur prévue en juillet 2019. Par conséquent, nous demandons une réglementation transitoire en vue d'une introduction réaliste (voir ci-dessous).	3 Elle se fonde sur des critères uniformes dans le domaine stationnaire et ambulatoire respectif...
FAS	Dispositions	Comme déjà mentionné dans les remarques à l'art. 8, al. 3, l'introduction d'une annonce	L'évaluation des soins requis dans les

	transitoires	(électronique) uniforme des besoins ne peut pas être terminée pour juillet 2019.	établissements médico-sociaux selon l'ancien droit reste possible jusqu'à la fin 2020.
FAS	Art. 20	L'OPAS doit absolument être modifiée à partir du 1 ^{er} janvier 2019 de telle sorte que les fournisseurs de prestations puissent facturer le matériel de soins à l'AOS selon l'art. 7, al. 1 de l'OPAS, indépendamment du fait que ce matériel soit remis au patient ou à la patiente pour son utilisation propre (selon la LiMA) ou utilisé par une infirmière ou un infirmier. Proposition subsidiaire: s'il n'est pas possible de procéder directement à une modification de l'OAMal, une modification doit se faire le plus rapidement possible dans le droit supérieur.	L'assurance octroie un remboursement pour les moyens et appareil thérapeutiques ou diagnostiques visant à surveiller le traitement d'une maladie et ses conséquences remis sur prescription médicale par un centre de remise au sens de l'art. 55 OAMal et utilise p l'assuré lui-même ou avec l'aide d'un intervenant non professionnel impliqué dans l'examen ou le traitement.

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation / Kanton : Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte

Abkürzung der Firma / Organisation : FMH

Adresse : Elfenstrasse 18, Postfach 300, 3000 Bern 15

Kontaktperson : Gabriela Lang

Telefon : 031 359 11 11

E-Mail : lex@fmh.ch

Datum : 19. Oktober 2018

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen!
2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen möchten, so können Sie unter "Extras/Dokumentenschutz aufheben" den Schreibschutz aufheben.
3. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **bis am 26. Oktober 2018** an folgende E-mail Adressen: abteilung-leistung@bag.admin.ch
gever@bag.admin.ch

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV)

Name / Firma (bitte auf der ersten Seite angegebene Abkürzung verwenden)	Allgemeine Bemerkungen		
FMH	Die FMH dankt für den Einbezug ins Vernehmlassungsverfahren. Der Zentralvorstand der FMH nimmt wie folgt Stellung.		
Name / Firma	Artikel	Kommentar / Bemerkungen	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
FMH	8 Abs. 1 lit. b Ziff. 1 und 2	Die Ziffern 1 und 2 von Art. 8 Abs. 1 lit. b der Vorlage sollen mit den in roter Schrift markierten Ergänzungen geändert werden (siehe Änderungsvorschlag). Die Massnahmen der Grundpflege sind im geltenden Art. 7 Abs. 2 lit. c KLV unterteilt in die allgemeine (Ziff. 1) und die psychische Grundpflege (Ziff. 2). Der ärztliche Auftrag / die ärztliche Anordnung muss daher dahingehend präzisiert werden können, ob Massnahmen der allgemeinen Grundpflege oder der psychischen Grundpflege in Auftrag gegeben / angeordnet werden. Die FMH stimmt der Revisionsvorlage dahingehend zu, dass die Pflegefachpersonen die Bedarfsermittlung bei Massnahmen der allgemeinen Grundpflege ohne Zusammenarbeit mit dem Arzt / der Ärztin vornehmen können sollen. Die FMH lehnt es aber ab, dass, wie es die Revisionsvorlage vorsieht, die Pflegefachpersonen die Bedarfsermittlung auch bei Massnahmen der psychischen Grundpflege ohne Zusammenarbeit mit dem behandelnden Arzt / der behandelnden Ärztin vornehmen dürfen. Massnahmen der psychischen Grundpflege beinhalten diagnostische und therapeutische Komponenten, weshalb die entsprechende Bedarfsermittlung zwingend eine Zusammenarbeit der Pflege mit dem behandelnden Arzt / der behandelnden Ärztin erfordert. Das EDI hält im erläuternden Bericht auf S. 20	Art. 8 ärztlicher Auftrag oder ärztliche Anordnung 1 Der ärztliche Auftrag oder die ärztliche Anordnung stellt fest: a. ob die Patientin oder der Patient Pflegeleistungen benötigt; b. welche der folgenden Leistungsarten die Patientin oder der Patient benötigt: 1. Leistungen nach Artikel 7 Absatz 2 Buchstabe a und c (Ermittlung, Beratung, Koordination oder allgemeine Grundpflege) 2. Leistungen nach Artikel 7 Absatz 2 Buchstabe b (Untersuchung und Behandlung) und c (psychische Grundpflege).

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

		selbst fest: "Sie (<i>die diplomierten Pflegefachkräfte</i>) haben jedoch weder die Fähigkeit noch die Kompetenzen, beim Stellen einer medizinischen Diagnose die Ärztin oder den Arzt zu ersetzen."	
FMH	Art. 8a Abs. 1 lit. a und b	Abs. 1 lit. a und b der Vorlage sollen mit den in roter Schrift markierten Ergänzungen geändert werden (siehe Änderungsvorschlag). Die Massnahmen der Grundpflege sind im geltenden Art. 7 Abs. 2 lit. c KLV unterteilt in die allgemeine (Ziff. 1) und die psychische Grundpflege (Ziff. 2). Die FMH stimmt der Revisionsvorlage dahingehend zu, dass die Pflegefachpersonen die Bedarfsermittlung bei Massnahmen der allgemeinen Grundpflege ohne Zusammenarbeit mit dem Arzt / der Ärztin vornehmen können sollen. Die FMH lehnt es aber ab, dass, wie es die Revisionsvorlage vorsieht, die Pflegefachpersonen die Bedarfsermittlung auch bei Massnahmen der psychischen Grundpflege ohne Zusammenarbeit mit dem behandelnden Arzt / der behandelnden Ärztin vornehmen dürfen. Massnahmen der psychischen Grundpflege beinhalten diagnostische und therapeutische Komponenten, weshalb die entsprechende Bedarfsermittlung zwingend eine Zusammenarbeit der Pflege mit dem behandelnden Arzt / der behandelnden Ärztin erfordert. Das EDI hält im erläuternden Bericht auf S. 20 selbst fest: "Sie (<i>die diplomierten Pflegefachkräfte</i>) haben jedoch weder die Fähigkeit noch die Kompetenzen, beim Stellen einer medizinischen Diagnose die Ärztin oder den Arzt zu ersetzen."	Art. 8a Bedarfsermittlung 1 Die Bedarfsermittlung zur Umsetzung des ärztlichen Auftrages oder der ärztlichen Anordnung erfolgt: a. für Leistungen nach Artikel 7 Absatz 2 Buchstabe a und c (allgemeine Grundpflege): durch eine Pflegefachfrau oder einen Pflegefachmann (Art. 49 KVV) in Zusammenarbeit mit der Patientin oder dem Patienten oder deren Angehörigen; die Ermittlung ist dem behandelnden Arzt zur Information weiterzugeben; b. für Leistungen nach Artikel 7 Absatz 2 Buchstabe b und c (psychische Grundpflege) oder bei Akut- und Übergangspflege: durch eine Pflegefachfrau oder einen Pflegefachmann (Art. 49 KVV) in Zusammenarbeit mit dem behandelnden Arzt sowie der Patientin oder dem Patienten oder deren Angehörigen.
FMH	Art. 8 Abs. 2	Die FMH begrüsst die im Bericht (S. 21) vertretene Haltung, wonach die Beibehaltung einer Geltungsdauer für den ärztlichen Auftrag bzw. Die ärztliche Anordnung einerseits kostendämpfend wirkt und andererseits die Koordination zwischen Ärzteschaft und Pflegepersonal sicherstellt.	

Modification de l'ordonnance du DFI sur les prestations de l'assurance des soins en cas de maladie (OPAS) (neutralité des coûts, évaluation des soins requis)
Procédure de consultation du 4 juillet au 26 octobre 2018

Prise de position

Nom / entreprise / organisation / canton : Le Groupement valaisan des centres médico-sociaux

Abréviation de l'entr. / org. : Le GVCMS

Adresse : Avenue des Mayennets 5

Personne de référence : Valérie Vouillamoz, Secrétaire générale

Téléphone : 027 552 01 80

Courriel : valerie.vouillamoz@cms-smz-vs.ch

Date : 25.10.2018

Informations importantes :

1. Veuillez n'effectuer aucun changement dans le format du formulaire.
2. Si vous souhaitez supprimer certains tableaux dans le formulaire, vous avez la possibilité d'ôter la protection du texte sous « Outils/Oter la protection ».
3. Veuillez envoyer votre prise de position par voie électronique **avant le 26 octobre 2018** aux adresses suivantes : abteilung-leistungen@bag.admin.ch
gever@bag.admin.ch

Ordonnance du DFI sur les prestations de l'assurance des soins en cas de maladie (OPAS)

Nom / entreprise (prière d'utiliser l'abréviation indiquée à la première page)	Remarques générales
Le GVCMS	Nous remercions de nous avoir donné cette possibilité de prendre position au sujet de la consultation susmentionnée. Le GVCMS refuse catégoriquement la baisse proposée des contributions de l'AOS aux soins ambulatoires de 3,6 %. Elle demande au contraire une augmentation substantielle et indispensable de ces contributions pour les raisons suivantes: - La base de données utilisée pour le calcul est insuffisante. Selon des experts, la statistique de l'aide et de soins à domicile ne permet pas de faire des comparaisons correspondantes avant et après 2010. De nombreux arguments sont impossibles à comprendre – par exemple dans le domaine de l'évolution salariale ou du matériel de soins. - L'hypothèse centrale selon laquelle les prestations de soins ambulatoires seraient restées constantes entre 2010 et 2014 est erronée. Le système de forfaits par cas DRG a été introduit durant cette période, ce qui a débouché sur des situations de soins plus complexes et, aussi en particulier, sur une augmentation des prestations rémunérées de manière plus élevée (mesures de clarification, conseils et coordination, mesures d'examen et de traitement). Durant cette même période, le principe «l'ambulatoire avant le stationnaire» a été poursuivi de manière conséquente. Dans ce contexte, des prestations spécialisées ont été introduites dans le domaine des soins ambulatoires – aussi en concordance avec les différences stratégies nationales de la santé – par exemple dans le domaine des soins aux personnes atteintes de démence, des soins palliatifs, des soins en psychiatrie, des services durant le week-end et la nuit. Ces prestations sont plus coûteuses que des prestations de soins «habituelles et simples». L'Aide et soins à domicile a renforcé sa position de devenir un acteur essentiel et coordonné du système de soins. - Le canton du Valais a développé une planification des soins de longue durée (cf. Link), dans laquelle le renforcement des prestations de l'Aide et soins à domicile est inscrite, pour respecter la volonté des personnes de rester le plus longtemps possible à domicile. Toute la politique des soins de longue durée valaisanne s'oriente à cette planification. Des coupes décidées au niveau fédéral sont contreproductives et punissent en quelque sort les cantons qui pensent et préparent l'avenir à long terme. - Durant la période de temps concernée, l'assurance obligatoire des soins (AOS) a bénéficié de décharges par rapport aux autres payeurs: dans de nombreux cantons, cela s'est produit en particulier à la charge des patients. - En raison de la réglementation insuffisante du financement résiduel, des décisions motivées par des impératifs de politique financière ont également été prises dans des cantons et des communes au détriment des organisations d'aide et de soins à domicile. Il est urgent de définir tout ce qui doit être contenu dans les contributions et le financement résiduel ou ce qui est remboursé séparément – par ex. le temps de déplacement, le matériel de soins. Sinon la protection financière des organisations d'aide et de soins à domicile n'est pas garantie à long terme, ce qui, au final, pénalisera les patients et l'ensemble du système de soins. De plus, les répercussions des arrêts du Tribunal administratif fédéral de 2017 occasionnent un énorme chaos dans l'utilisation et la facturation du matériel de soins. Cette décision ne peut pas être appliquée de la sorte dans la pratique et des solutions claires et pérennes doivent être trouvées de toute urgence. Le GVCMS demande la légalisation à partir du 1^{er} janvier 2019 de la pratique actuelle, qui fonctionne bien, concernant la facturation du matériel de soins (voir ci-dessous les remarques détaillées relatives au chapitre 3.1.2).

Le GVCMS salue la volonté du Conseil fédéral de réduire les charges administratives et d'accorder une meilleure reconnaissance aux soins. Toutefois, les mesures proposées à ce sujet s'avèrent éloignées de la pratique et n'ont pas été mûrement réfléchies. Le GVCMS propose pour cette raison différents changements qui permettront une mise en œuvre plus judicieuse.

Avec l'ouverture de cette consultation, le Conseil fédéral a également publié le rapport d'évaluation externe et exhaustif d'INFRAS sur le nouveau régime du financement des soins. Pour le GVCMS, il est incompréhensible que le présent projet de modification de l'OPAS ne mentionne jamais ce rapport et n'intègre pas ses conclusions. De même, les hypothèses sur lesquelles se base le présent projet soumis à consultation nous sont absolument incompréhensibles. Le rapport d'évaluation d'INFRAS fait très bien ressortir les différentes lacunes du nouveau régime de financement des soins. Nous considérons que les conclusions tirées du rapport d'évaluation d'INFRAS sont inadéquates. A notre avis, une occasion de procéder à des améliorations du financement des soins a ainsi été ratée.

Avant de passer aux remarques et propositions de modification concernant les différents articles spécifiques de l'OPAS, nous souhaitons approfondir certains points du rapport de consultation :

Remarques générales sur le rapport de consultation

Le rapport et les dispositions proposées ne semblent pas harmonisés. Le rapport est écrit de manière compliquée et lacunaire, partant il est difficile à lire. Quelques exemples:

- page 13, 3.1.2, Prestations annexes et prestations d'autres assureurs sociaux: Dans ce chapitre, il n'existe pas un mot sur les prestations d'autres assureurs sociaux.
- page 15, 3.1.6, Graphiques 2 et 3: Ces deux graphiques portent un titre erroné en se référant à la répartition de l'intensité des soins. Ils représentent au contraire la répartition des différentes catégories de prestations de soins.
- page 16, 3.2, Calcul du facteur de correction des contributions aux soins: Des «jours de soins» et des «prestations brutes» sont mentionnés dans la formule de calcul. Or, ces termes ne jouent aucun rôle dans les soins ambulatoires. Il faudrait se baser sur des « heures de soins » et des « recettes ».
- page 21, 1.3 Durée de la prescription médicale – propositions d'adaptation: Les propositions d'adaptation ne sont pas décrites.

Remarques détaillées sur la partie du rapport portant sur la neutralité des coûts concernant les contributions aux soins

Légitimation de la neutralité des coûts (1.1)

Le GVCMS considère qu'il manque les bases pour montrer que la réglementation n'a pas pu être respectée la première année suivant l'entrée en vigueur de la modification de la loi. Concernant l'atteinte de l'objectif principal de nouveau régime de financement des soins, l'évaluation déclare: « ***Il a été possible, de manière absolue, d'éviter une charge financière supplémentaire de l'AOS par des contributions fixes aux prestations de soins qui sont déterminées par le nouveau régime de financement des soins.*** » Le GVCMS rappelle que même des assureurs ont déclaré dans le cadre de l'évaluation du financement des soins que l'AOS avait été allégée.

Bases statistiques (3.1)

Nous nous référons à une problématique dans la statistique de l'aide et des soins à domicile qui est décrite de la manière suivante dans le rapport d'évaluation d'INFRAS, à la page 57: « En raison de cette rupture dans les données de la statistique de l'aide et des soins à domicile, **il est impossible de faire une comparaison directe du coût total avant et après 2010. Avec les données à disposition, il n'est pas possible de faire une estimation de l'ordre de grandeur de la distorsion des données.** » C'est la raison pour laquelle nous considérons que la statistique de l'aide et des soins à domicile ne peut pas être utilisée pour faire une comparaison de la situation avant et après 2010.

Etablissements médico-sociaux (2)

Le GVCMS ne se prononce pas sur les explications et calculs concernant le domaine des établissements médico-sociaux. Nous approuvons toutefois une augmentation des contributions de l'AOS dans ce domaine (voir aussi la prise de position de la CI Financement des soins [\[Link\]](#)).

Prestations annexes (3.1.2)

Le chapitre 3.1.2 s'articule de manière significative aussi autour de la prise en charge des coûts du matériel de soins. Comme déjà mentionné plusieurs fois lors d'entretiens avec l'OFSP – et également reconnu par celui-ci – les coûts pour le matériel de soins ne sont pas, voire pas suffisamment pris en considération dans le calcul relatif au nouveau régime de financement des soins. En outre, le matériel utilisé depuis l'introduction du nouveau régime de financement des soins s'est développé et a renchéri de manière correspondante. Ainsi, par exemple des pansements modernes (et plus chers), utilisés pour des soins de plaie, ont une durée d'utilisation plus longue, et nécessitent par conséquent moins de prestations de soins effectuées par une infirmière ou un infirmier. Le GVCMS considère que, rien que pour ces raisons, les contributions de l'AOS devraient être augmentées de manière substantielle.

Même si l'on supposait que le calcul avait été fait correctement en 2011, cette argumentation dans le rapport (page 13 et suivantes) ne tient pas la route : il est constaté qu'au cours des dernières années, les organisations d'aide et de soins à domicile ont de plus en plus externalisé, pour des raisons d'efficacité, la gestion du matériel auprès de tiers (pharmaciens, médecins, fournisseurs de matériel). L'office compétent en conclut que les contributions de l'OPAS sont donc trop élevées (et par conséquent devraient en fait être réduites encore plus fortement), sans prendre en considération les deux arrêts du Tribunal administratif fédéral (TAF) de 2017 qui stipulent que le matériel utilisé dans le cadre des soins ne doit pas être facturé séparément.

Il est bien connu que ces deux arrêts du TAF créent de gros problèmes et occasionnent des frais administratifs supplémentaires. Ils débouchent sur le fait que, pour le moment, les organisations d'aide et de soins à domicile doivent assumer l'intégralité des coûts pour ce matériel jusqu'à ce qu'une solution soit trouvée avec les responsables du financement résiduel. L'AOS continuera de verser une contribution. Toutefois, nous renvoyons principalement à notre première objection: le matériel n'a pas été suffisamment pris en considération dans le nouveau régime de financement.

En outre, nous rappelons que particulièrement dans ce chapitre, les bases et les preuves sont extrêmement lacunaires. Les formulations comme «devrait tenir compte», «il est possible que», «On peut par exemple se demander pourquoi», «devraient également avoir facturés», «on peut en tous cas supposer», «Il n'est pas possible de chiffrer à combien s'élève», «on peut supposer que», «devraient être un peu trop élevées» se trouvent sur les ¾ de pages seulement de ce chapitre.

Le GVCMS demande en outre de modifier l'OPAS au 1er janvier 2019 afin que les fournisseurs de prestations de soins puissent facturer à l'AOS le matériel de soins selon l'article 7, alinéa 1 de l'OPAS, par exemple par un changement de l'art. 20 de l'OAMAL. Il faut renoncer à séparer le matériel entre celui qui est utilisé par la personne elle-même ou celui qui est utilisé par une infirmière. Cela permettra de légaliser la pratique qui a fonctionné durant ces dernières années. En raison des coûts très différents engendrés en fonction de la prestation de soins, une prise en compte forfaitaire n'est pas judicieuse dans les contributions de l'AOS pour les soins ambulatoires. Les prestations impliquant beaucoup de matériel (par ex. les soins de plaie) ne seraient pas rémunérées de manière suffisamment élevée. Par conséquent, le matériel de soins doit pouvoir être facturé séparément (et pas un paiement par forfait).

Proposition subsidiaire: s'il n'est pas possible de procéder directement à une modification de l'OAMAL, une modification doit se faire le plus rapidement possible dans le droit supérieur.

Soins aigus et de transition (3.1.3)

Sur ce point, nous demandons une analyse minutieuse du rapport d'évaluation d'INFRAS. Celui-ci montre que la configuration actuelle des soins aigus et de transition ne suffit pas.

L'hypothèse selon laquelle davantage de prestations ont été effectuées dans les soins à cause des soins aigus et de transition ne peut pas se confirmer avec la statistique de l'aide et des soins à domicile et nous rejetons fermement cette suggestion que le total des heures augmente (sans justification) à cause d'eux. Les soins aigus et de transition se basent sur une ordonnance prescrite par un médecin hospitalier et, par conséquent, ne peuvent pas être augmentés arbitrairement.

Evolution de la structure des prestations selon le type de traitement (3.1.6)

Il nous est impossible de comprendre comment l'on est arrivé à l'hypothèse que la structure de prestations par type de traitement est restée constante entre 2010 et 2014 (comme déjà susmentionné, le terme «intensité de soins» est erroné). Au cours des années passées, avec l'introduction des DRG dans les hôpitaux et avec la mise en œuvre du principe «l'ambulatoire avant le stationnaire», des cas de plus en plus complexes ont été pris en charge par les soins ambulatoires. De même, le taux des prestations A et B a augmenté en conséquence dans les soins palliatifs, les soins en oncologie, les soins psychiatriques et dans d'autres prestations de soins spécialisées. Cela est même mentionné dans ce sens dans plusieurs rapports de l'OFSP (voir par exemple le rapport «Rémunération des prestations dans le cadre des soins coordonnés», 2018). Logiquement, en contrepartie, les prestations C reculent proportionnellement. Le graphique 2 et le graphique 3 à la page 15 l'indiquent très clairement – toutefois, dans le document mis en consultation, on arrive à la conclusion à partir de ces chiffres que ceux-ci sont «relativement constants». Plus souvent toutefois, ces transferts (voulus) dans le mélange de prestation expliquent aussi de manière essentielle le renchérissement du taux-horaire.

Salaires et renchérissement général (3.1.7)

Au cours des dernières années, les salaires dans le domaine des soins ont augmenté. Le besoin en personnel formé, les interventions de nuit et durant le week-end, les spécialisations ont débouché sur des augmentations de salaire. Dans ce sens, nous considérons qu'il est faut prendre en compte les salaires comme un facteur de coûts essentiel et refusons l'argumentation de ne pas les prendre en considération.

Calcul du facteur de correction des contributions aux soins (3.2)

L'objectif de la correction des coûts est de garantir que durant l'année de transition 2010/2011, l'introduction des contributions selon l'OPAS s'est faite pour l'AOS en respectant le principe de la neutralité des coûts. Il est problématique de comparer les chiffres de 2010 à 2014. Il est déjà expliqué dans le rapport d'évaluation d'INFRAS que la rupture concernant les données dans la statistique de l'aide et des soins à domicile ne permet pas de faire une comparaison directe des coûts globaux avant et après 2010 (voir également ci-dessus).

Le rapport d'INFRA mentionne à différents endroits (voir chapitre 3.1.1) que la cohérence des données à disposition laisse à désirer pour plusieurs raisons. Il constate ainsi que les revenus de prestations selon OPAS 7 ont été saisis sous différentes rubriques, que les organisations à but lucratif n'ont été saisies dans la statistique qu'à partir de 2010 (et pas encore toutes) et que les infirmières et infirmiers indépendants de Zurich et de Genève n'étaient pas encore inclus dans la statistique en 2010, etc. Pour Le GVCMS, la question fondamentale est de savoir si, compte tenu du manque de données tangibles, il est vraiment possible d'examiner de manière si détaillée la neutralité des coûts à l'introduction en 2011, comme le suggère la formule proposée et son résultat de 3,6 pourcents.

Le GVCMS considère que les conclusions et la réduction des contributions à partir d'une base de données peu tangible sont arbitraires et manquent de sérieux.

Dans la perspective d'Le GVCMS, il faut absolument augmenter les contributions aux soins. Différents facteurs indiquent qu'après presque quinze ans, la base de calcul doit être retravaillée de toute urgence:

- La base de données de 2004 n'a pas suffisamment tenu compte de différents facteurs. Par exemple les coûts du matériel de soins ou les temps de déplacement.

- Depuis l'introduction du nouveau régime de financement des soins, la demande en prestations de soins ambulatoires a fortement augmenté en raison de la stratégie des cantons « l'ambulatoire avant le stationnaire » et de l'évolution sociale (plus de ménage avec une seule personne, individualité, etc.).
- En parallèle, le besoin en offre de soins spécialisés a continué d'augmenter fortement: actuellement, les soins palliatifs, les soins aux personnes atteintes de démence, les soins psychiatriques, les soins en oncologie, les soins pédiatriques font partie en de nombreux endroits de l'offre d'une organisation d'aide et de soins à domicile (voir aussi les stratégies à ce sujet de la Confédération et des cantons). Il faut aussi compter à l'avenir avec une augmentation de cette évolution (voir le programme national de recherche «Fin de vie» (PNR 67) ou le postulat 18.3384 de la CSSS-CE «améliorer la prise en charge et le traitement des personnes en fin de vie»). Du personnel avec une formation supplémentaire doit être engagé pour ces prestations et des instruments spécifiques être utilisés. En raison notamment de cette évolution, un transfert des coûts se produit du domaine stationnaire au domaine ambulatoire.
- Le besoin en prestations 24 heures sur 24 et en services d'urgence a également fortement augmenté depuis 2011. Il est également, en partie, lié aux offres spécialisées (soins palliatifs, soins pédiatriques ambulatoires). De plus, des situations d'accompagnement en mutation débouchent également sur cette augmentation des besoins.

Malgré ces facteurs flagrants, aucune augmentation des contributions et des services compétents n'a été prévue pour l'AOS au cours de ces dernières années. Cette charge supplémentaire a dû être assumée presque exclusivement par les cantons et les communes ou par les personnes concernées elles-mêmes par le biais d'adaptation/augmentation des taux de la contribution du patient (voir rapport d'évaluation d'INFRAS, pages 8, 9, 60, 63). Les organismes qui prennent en charge le financement résiduel ont essayé d'éviter des dépenses supplémentaires (par exemple avec des mesures d'économie), de les transférer (en imposant une charge plus lourde aux patients) ou de les ajourner (en partie en repoussant de trois ou quatre ans l'actualisation des contributions du financement résiduel).

Par contre, l'AOS a même été allégée dans le domaine des soins ambulatoire – et ainsi l'objectif d'éviter une charge supplémentaire a été „dépassé”.

Résumé: Au cours des dernières années, les prestations dans le domaine des soins sont devenues plus exigeantes et plus coûteuses et les situations de soins sont devenues plus complexes. Une spécialisation croissante a également débouché sur des exigences nouvelles et plus élevées. La pénurie de personnel alimente également la discussion concernant les salaires. En même temps, la part de l'AOS aux coûts des soins ambulatoires a été réduite au détriment des cantons, des communes et des patients. Cette évolution ne peut pas se poursuivre ainsi. Il faut une adaptation régulière des contributions à l'évolution des coûts.

Avec une augmentation des contributions selon l'OPAS dans les soins ambulatoires, il sera possible à nouveau d'atteindre l'ancien niveau de participation de l'AOS aux coûts des soins et d'inclure les éléments manquants (matériel de soins, temps de déplacement, salaires). A notre avis, cela renforcera le principe «l'ambulatoire avant le stationnaire».

Remarques de détails sur la partie du rapport portant sur l'«évaluation des soins requis»

Nous considérons que les modifications proposées concernant les processus d'évaluation des soins requis dans le domaine des soins ambulatoires ne sont pas suffisamment élaborées. Nous avons de nombreuses propositions visant à optimiser le processus. Une clarification des concepts s'impose en particulier: pour les soins à domicile, l'évaluation des soins requis se fait de façon exhaustive (selon art. 8a, al. 2) en de multiples endroits avec l'instrument RAI Home Care. La planification des soins découle de l'évaluation des soins requis et les prestations de soins nécessaires sont déterminées sur cette base. Le résumé des prestations de soins est représenté dans un formulaire (évaluation des besoins, voir art. 8a, al. 3).

Nous sommes volontiers disposés à montrer aux personnes intéressées les processus d'identification des besoins dans une organisation d'aide et de soins à domicile.

Nom / entreprise	article	commentaires / remarques	modification proposée (texte proposé)
Le GVCMS	Art. 7a al. 1	Nous considérons que la réduction des contributions venant de l'AOS pour les soins à domicile est inadéquate, infondée et totalement incompréhensible. Nous nous référons aux remarques générales à ce sujet qui précèdent et soulignons le point suivant: le rapport d'expert arrive à la conclusion que durant la période observée, la charge proportionnelle de l'AOS a été réduite de 72% à 70% et que l'objectif de la neutralité des coûts a ainsi été dépassé. De même, on omet également de prendre en considération que les frais de salaire ont nettement augmenté et vont certainement continuer de croître en raison du besoin en personnel infirmier. De plus, la poursuite systématique de la stratégie «l'ambulatoire avant le stationnaire» a eu - et a - comme conséquence que des prestations spécialisées (et ainsi coûteuses), par exemple les soins palliatifs, les soins en oncologie, les soins en psychiatrie, ont été intégrées de plus en plus dans les soins ambulatoires (voir à ce sujet plusieurs stratégies nationales de la Confédération). Un maintien des contributions actuelles débouche sur un transfert constant des coûts croissants vers les cantons et les communes (selon la réglementation cantonale du financement résiduel) ainsi que vers les clients.	Le GVCMS exige une augmentation substantielle des contributions.
Le GVCMS	Art. 8 al. 1	Pour le GVCMS, le nouveau processus d'ordonnance n'est pas suffisamment élaboré. Actuellement, le médecin prescrit les prestations de soins. En parallèle, des mesures spécifiques sont en partie prescrites sur la base de l'indication médicale (par exemple des bas de contention, la mesure des signes vitaux, des injections). L'infirmière ou l'infirmier qui fait l'évaluation des soins requis détermine de manière spécifique les prestations qui sont nécessaires. Le médecin signe ensuite une ordonnance pour ces prestations (en général dans le cadre d'une procédure rapide, sans examen approfondi). Les professionnels s'accordent pour admettre que la confirmation finale se fait pour la forme. Réglementation proposée: Nouvellement, le médecin constate dans une première étape la nécessité des soins (al. 1, let. a) et en même temps détermine également si des prestations A, B, C sont requises (al. 1, let. b). L'évaluation des soins requis se fait ensuite de manière exhaustive par une infirmière ou un infirmier selon l'art. 8a (cela correspond aussi aux standards internationaux, en particulier à RAI Home Care qui est utilisé presque partout dans les soins à domicile). La mise en œuvre de l'évaluation des soins requis correspond toujours dans la pratique à une prestation A, en d'autres termes, le médecin doit dans tous les cas sélectionner «A» pour que l'évaluation des soins requis soit remboursée.	Al. 1 b. Le médecin peut ordonner des prestations spécifiques.

		Si un médecin ordonne des prestations de soins A et B et qu'il résulte de l'évaluation des soins requis (évaluation de la situation dans sa globalité et de l'environnement) que le client a également besoin de prestations C, il faut à nouveau consulter le médecin à ce sujet. Cette procédure génère des coûts supplémentaires et occasionne des frais administratifs inutiles. En outre, elle s'oppose à la pratique déjà en cours actuellement et qui veut que les infirmières et infirmiers clarifient le type de prestations et leur volume. Le GVCMS considère que la séparation artificielle entre les prestations A/C et les prestations B n'est pas judicieuse. Les infirmières et infirmiers sont en mesure d'évaluer de manière professionnelle quelles prestations sont nécessaires – aussi dans le domaine des soins de traitement (par exemple la mesure des signes vitaux, la mesure de la glycémie, les soins de plaie). Le médecin est informé des prestations de soins nécessaires qui résultent de l'évaluation des soins requis. En contrepartie, il est également important que les services d'aide et de soins à domicile reçoivent les informations du médecin afin de pouvoir adapter si nécessaire leur planification des soins. Le GVCMS soutient en principe la proposition du Conseil fédéral consistant à mieux reconnaître les compétences des infirmières et infirmiers et à simplifier le processus d'évaluation des soins requis (sans devoir obtenir la signature du médecin).	
Le GVCMS	Art. 8, al. 2, litt. a + b	Le GVCMS soutient une prolongation du mandat médical. Cela permet de réduire les frais administratifs. La planification différente des prestations B (6 mois) et des prestations A/C (12 mois) débouche dans la pratique sur une situation absurde et compliquée et occasionne des coûts supplémentaires: dès qu'un client nécessite plusieurs prestations, il faut harmoniser la durée du mandat médical. Exemple: Si, comme proposé, le mandat médical arrive à échéance après 6 mois pour les prestations B (et pour les prestations C prescrites seulement après 12 mois), il faut renouveler l'évaluation des soins requis après 6 mois uniquement pour les prestations B, toutefois pas pour les prestations A et C que le client reçoit en parallèle. Selon des standards internationaux et aussi selon l'art. 8a, al. 2, l'évaluation de la situation dans sa globalité et de l'environnement fait partie intégrante de l'évaluation des soins requis. Une «évaluation des soins requis partielle», qui ne porterait que sur d'éventuelles prestations B violerait l'art. 8a, al. 2 et serait contraire à la logique de l'instrument d'évaluation des besoins RAI Home Care principalement utilisé dans les soins à domicile. Il est erroné de se baser sur le processus décrit, selon lequel les soins requis sont déterminés à partir du type de prestation (A, B ou C). La situation du client est saisie à l'aide de l'évaluation globale des soins requis et les prestations concrètes de soins sont déduites de la planification des soins qui en résulte et pas l'inverse.	2 La durée de la prescription ou du mandat médical ne peut dépasser: a) neuf mois pour les prestations prévues à l'art. 7, al. 2, let. a, b et c b) à supprimer

		Pour des raisons d'assurance de la qualité, Le GVCMS propose une durée uniforme de 9 mois au maximum.	
Le GVCMS	Art. 8, al. 2, litt. c	Les 2 semaines au maximum de soins aigus et de transition ne sont pas suffisantes. La réglementation actuelle à ce sujet est insuffisante. Nous nous référons aux interventions de la CI Financement des soins (Lien) et au rapport d'évaluation sur le nouveau régime de financement de soins d'INFRAS. Ces documents démontrent clairement les lacunes existant dans les soins aigus et de transition. Une modification de fond est demandée. Elle ne peut toutefois se produire qu'avec une adaptation correspondante préalable de la LAMal. Le GVCMS souligne la nécessité d'une adaptation des soins aigus et de transition mais renonce, pour les raisons susmentionnées, à proposer une modification en cet endroit.	
Le GVCMS	Art. 8a, al. 1	La proposition du Conseil fédéral prévoit une limitation de l'évaluation des soins requis aux infirmières et infirmiers. Le GVCMS soutient cette égalité de traitement des différents domaines de soins. Le renvoi à l'art. 49 OAMal est considéré comme problématique, celui-ci ayant deux exigences : un diplôme (let. a) et une expérience pratique de deux ans (let. b). Le GVCMS rejette clairement cette dernière limitation. Les curricula de formation des infirmières et infirmiers prévoient explicitement les activités d'évaluation des soins requis. A la fin de sa formation, le personnel infirmier (diplômé et dûment formé) est par conséquent en mesure de procéder immédiatement à l'évaluation des soins requis. Les infirmières et infirmiers suivent un complément de formation de plusieurs jours afin de pouvoir procéder à l'évaluation des soins requis à l'aide de RAI Home Care. Le fait d'introduire un délai de deux ans avant qu'une infirmière ou un infirmier n'ait le droit d'effectuer l'évaluation des soins requis limiterait massivement la pratique actuelle dans les services d'aide et de soins à domicile et se répercuterait négativement sur l'attrait de l'Aide et soins à domicile en tant qu'employeur pour un/e jeune diplômé/e. A notre avis, l'art. 49 de l'OAMal définit les conditions qui doivent être remplies pour pouvoir exercer en tant qu'infirmière ou infirmier indépendant. En outre, conformément à nos explications concernant l'art. 8, nous proposons de renoncer à la séparation artificielle entre les prestations A/C et B et de supprimer par conséquent la let. b.	1 Les soins requis pour mettre en œuvre la prescription ou le mandat médical sont évalués comme suit: a. pour les prestations prévues à l'art. 7, al. 2, let. a et c: par un infirmier ou une infirmière (art. 49 OAMal) en collaboration avec le patient ou ses proches; le résultat est transmis, pour information, au médecin prescripteur ; b. pour les prestations prévues à l'art. 7, al. 2, let. b: ou les soins aigus et de transition, par un infirmier ou une infirmière (art. 49 OAMal) en collaboration avec le médecin prescripteur et le patient ou ses proches.
Le GVCMS	Art. 8a, al. 2	L'évaluation des soins requis comprend l'évaluation de la situation du patient ou de la patiente dans sa globalité ainsi que l'évaluation de son environnement. Cela correspond tout à fait à l'instrument d'évaluation RAI Home Care qui est utilisé dans les soins à domicile par environ 85% des organisations.	

Le GVCMS	Art. 8a°, al. 3	Selon le commentaire, l'art. 8a se réfère à l'évaluation des soins requis en général (commentaire, page 27), donc aux organisations d'aide et de soins à domicile, aux infirmières et infirmiers indépendants et aux établissements médico-sociaux (EMS). L'al. 3 exige des critères uniformes mais en fait il exige également beaucoup plus un formulaire standardisé. Le GVCMS considère qu'une configuration de l'annonce des soins requis dans un formulaire (résumé des prestations de soins évaluées selon l'évaluation des soins requis) identique pour le domaine ambulatoire et stationnaire n'est pas judicieuse ni constructive. Les situations ne sont pas comparables et il existe des instruments différents d'évaluations des soins requis selon les settings respectifs (voir par exemple interRAI). Le GVCMS soutient la configuration uniforme de l'annonce des besoins au sein du secteur des soins à domicile – celle-ci devrait être impérativement élaborée sous forme électronique. Nous rendons attentif aux efforts actuels correspondants réalisés dans le domaine des soins à domicile, en collaboration avec les assureurs-maladie. Ceux-ci ne pourront toutefois pas aboutir d'ici à l'entrée en vigueur prévue en juillet 2019. Par conséquent, nous demandons une réglementation transitoire en vue d'une introduction réaliste (voir ci-dessous).	3 Elle se fonde sur des critères uniformes dans le domaine stationnaire et ambulatoire respectif...
Le GVCMS	Dispositions transitoires	Comme déjà mentionné dans les remarques à l'art. 8, al. 3, l'introduction d'une annonce (électronique) uniforme des besoins ne peut pas être terminée pour juillet 2019.	L'évaluation des soins requis dans les établissements médico-sociaux selon l'ancien droit reste possible jusqu'à la fin 2020.
Le GVCMS	Art. 20	L'OPAS doit absolument être modifiée à partir du 1^{er} janvier 2019 de telle sorte que les fournisseurs de prestations puissent facturer le matériel de soins à l'AOS selon l'art. 7, al. 1 de l'OPAS, indépendamment du fait que ce matériel soit remis au patient ou à la patiente pour son utilisation propre (selon la LiMA) ou utilisé par une infirmière ou un infirmier. Proposition subsidiaire: s'il n'est pas possible de procéder directement à une modification de l'OAMal, une modification doit se faire le plus rapidement possible dans le droit supérieur.	L'assurance octroie un remboursement pour les moyens et appareil thérapeutiques ou diagnostiques visant à surveiller le traitement d'une maladie et ses conséquences remis sur prescription médicale par un centre de remise au sens de l'art. 55 OAMal et utilise p l'assuré lui-même ou avec l'aide d'un intervenant non professionnel impliqué dans l'examen ou le traitement.



DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ
LES HÔPITAUX DE SUISSE
GLI OSPEDALI SVIZZERI

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Gesundheit BAG
Direktionsbereich Kranken- und Unfallversicherung
Abteilung Leistungen
Schwarzenburgstrasse 157
3003 Bern

E-Mail: abteilung-leistungen@bag.admin.ch und
gever@bag.admin.ch

Ort, Datum Bern, 16. Oktober 2018
Ansprechpartner Martin Bienlein

Direktwahl 031 335 11 13
E-Mail Martin.bienlein@hplus.ch

Vernehmlassungsantwort H+ Änderung der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV)

Sehr geehrte Damen und Herren

In Ihrem Schreiben vom 5. Juli 2018 haben Sie uns Gelegenheit für eine Stellungnahme zur Änderung der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) gegeben. Dafür danken wir Ihnen. Unsere Antwort beruht auf einer Umfrage bei unseren Mitgliedern.

H+ stimmt in folgenden Punkten der Revision zu:

1. der Erhöhung der Pflegeheimansätze zu (Art 7a Abs. 3 KLV)
2. der Verlängerung der Behandlungspflege von drei auf sechs Monate (Art. 8 Abs. 2 Bst. a KLV).
3. der Verlängerung der Grundpflege und Abklärungen von sechs auf zwölf Monate (Art. 8 Abs. 2 Bst. b KLV).
4. der Bedarfsermittlung im Pflegeheim (Art. 8b KLV)
5. der Unterstellung der Pflegeheime unter die Streitschlichtung (Art 8c KLV früher 8a).

H+ sieht in folgenden Punkten Verbesserungsmöglichkeit

6. H+ stimmt der eigenständigen Bedarfsermittlung durch die Pflege zu (Art. 7 Abs. 2 Bst. a Ziff. 1 KLV), diese muss aber explizit auch während eines Spitalaufenthaltes, also zusätzlich zu den dort nach SwissDRG vergüteten Leistungen, abrechenbar sein, um das bundesrätliche Ziel der Förderung der integrierten Versorgung zu erreichen, die dem Spital folgende Pflege planen zu können und so den nahtlosen Übergang vom Spital in die Langzeitpflege zu ermöglichen.

H+ lehnt folgende Punkte der Revision ab

7. die Senkung der Spitexansätze (Art. 7a Abs. 1 KLV). Die Kostenneutralität über verschiedene Tarife hinweg, in casu ambulante und stationäre Langzeitpflege, ist keine gesetzliche Vorschrift. Es ist gesundheitspolitisch nicht sinnvoll, die stationäre Langzeitpflege aufzuwerten und parallel dazu die ambulante zu bestrafen. Diese Massnahme widerspricht ausserdem dem bundesrätlichen Ziel, die integrierte und damit auch ambulanten Leistungen zu fördern. Das Gegenteil wird durch eine Senkung der Spitexansätze erreicht.

H+ fordert zusätzlich

8. H+ stimmt zwar der Bedarfsermittlung allgemein im Rahmen des ärztlichen Auftrags oder der ärztlichen Anordnung zu (Art. 8 und 8a KLV), aber das Gesetz ist möglichst rasch anzupassen, damit auch Pflegefachleute diese Anordnungen erbringen können (Pa.lv. 11.418).
9. H+ fordert die Verlängerung Übergangspflege auf vier Wochen einmal verlängerbar auf Anordnung eines Arztes oder einer Ärztin (Art. 8 Abs. 2 Bst. c KLV). Langzeitpflegeinstitutionen haben mit vier Wochen eine Rückkehrquote nach Hause von über 60%. Die volkswirtschaftlichen Einsparungen sind folglich immens und die langfristigen Einsparungen der OKP sind ebenfalls positiv. Die heutige Regelung von nur zwei Wochen hat mit den medizinischen Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten nichts zu tun und wirkt sich kontraproduktiv aus.
10. die Klärung der Fragen, die sich mit den höchststrichterlichen Entscheiden der letzten Zeit ergeben haben.

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

Freundliche Grüsse



Anne-Geneviève Bütikofer
Direktorin

imad - Direction générale
Avenue Cardinal-Mermillod 36
CP 1731
1227 Carouge

www.imad-ge.ch

Département fédéral de l'intérieur
abteilung-leistung@bag.admin.ch
gever@bag.admin.ch

Date	18 octobre 2018
Concerne	Réponse à la consultation - Modification de l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS) (neutralité des coûts, évaluation des soins requis)
Contact	M. Nicolas Huber - Tél. 022 420 21 37 - Fax 022 420 20 81

Madame, Monsieur,

Nous avons pris connaissance avec intérêt de l'avant-projet de modification de l'ordonnance mentionné en titre, soumis pour consultation le 4 juillet 2018.

En tant qu'institution majeure du secteur des soins à domicile, **imad** (institution genevoise de maintien à domicile) souhaite faire part de sa position sur le sujet et serait par ailleurs intéressée à faire partie des destinataires des prochaines consultations sur cette thématique. Avec plus de 2'300 collaborateurs, **imad** est en effet l'un des six établissements de droit public du canton de Genève et est à ce titre la seule institution de soins à domicile genevoise sans but lucratif. Ce caractère centralisé, tout comme l'accent mis sur les soins à domicile dans la politique de la santé genevoise, confèrent à **imad** une taille unique à l'échelle nationale. A titre d'exemple, elle a effectué en 2017 plus de 635'000 heures de soins à domicile, près de 333'000 heures d'aide pratique et livré plus de 486'000 repas.

Dans un secteur déjà en constante mutation et soumis à des contraintes de plus en plus fortes (vieillesse de la population, complexification des cas...), la modification de l'OPAS aurait des effets négatifs considérables sur notre institution. La réduction substantielle des moyens financiers qui en découlerait irait d'ailleurs à l'encontre des efforts consentis au niveau national, ainsi qu'au niveau genevois, pour favoriser le recours aux soins à domicile. La baisse envisagée des contributions aux organisations d'aide et de soins à domicile s'additionne par ailleurs à la problématique du matériel LiMA, dont la situation actuelle floue laisse planer la menace d'une très forte augmentation des charges administratives, au détriment du temps passé sur le terrain.

Vous trouverez en annexe le questionnaire de la consultation complété avec des précisions pour chaque point.

imad s'oppose ainsi catégoriquement à toute baisse des contributions de l'AOS et en sollicite au contraire une hausse, notamment pour les raisons suivantes :

- **imad** juge problématiques plusieurs partis pris méthodologiques de l'étude ; la base de données insuffisante et parfois incompréhensible utilisée pour les calculs rend peu crédibles les résultats précis qui en sont tirés ;
- **imad** juge nécessaire de prendre en compte les spécificités cantonales, notamment en matière de salaire, dans les calculs servant à établir les tarifs ;
- **imad** constate que l'évolution de la structure des prestations à domicile n'est aucunement considérée. Or, en lien avec la diminution des durées moyennes de séjour en structures hospitalières ainsi qu'avec le retardement de l'entrée en EMS, la part des soins techniques et complexes a connu ces dernières années une hausse sensible, se répercutant directement sur les coûts des soins.
- **imad** peine à comprendre le signal politique donné. En effet, alors que la Confédération considère la santé comme l'un des problèmes majeurs du financement public, l'intention affichée est la réduction de la contribution au financement des prestations des soins à domicile, pourtant reconnus de manière unanime comme représentant le mode de prise en charge le plus économique.

Nous tenons à préciser que cette prise de position se veut complémentaire à celles notamment du Conseil d'Etat genevois, de la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé, ainsi que de l'Association suisse des soins à domicile (ASD/Spitex Schweiz). Nous restons par ailleurs bien entendu à disposition pour tout renseignement complémentaire.

Vous souhaitant bonne réception de la présente, nous vous adressons, Madame, Monsieur, nos salutations les meilleures.


Moreno Sella
Président


Marie Da Roxa
Directrice générale

Annexe : questionnaire de la consultation

Modification de l'ordonnance du DFI sur les prestations de l'assurance des soins en cas de maladie (OPAS) (neutralité des coûts, évaluation des soins requis)
Procédure de consultation du 4 juillet au 26 octobre 2018

Prise de position

Nom / entreprise / organisation / canton : Institution genevoise de maintien à domicile)

Abréviation de l'entr. / org. : **imad**

Adresse : 36, av. Cardinal-Mermillod, CP 1731, 1227 Carouge

Personne de référence : M. Nicolas HUBER, Chancelier

Téléphone : 022.420.21.37 / 076.250.21.44

Courriel : nicolas.huber@imad-ge.ch

Date : 17.10.2018

Note imad : ce formulaire reprend pour l'essentiel la position exprimée par l'ASD (Aide et soins à domicile Suisse). Les compléments de imad figurent en **bleu.**

Informations importantes :

1. Veuillez n'effectuer aucun changement dans le format du formulaire.
2. Si vous souhaitez supprimer certains tableaux dans le formulaire, vous avez la possibilité d'ôter la protection du texte sous « Outils/Oter la protection ».
3. Veuillez envoyer votre prise de position par voie électronique **avant le 26 octobre 2018** aux adresses suivantes : abteilung-leistung@bag.admin.ch

Ordonnance du DFI sur les prestations de l'assurance des soins en cas de maladie (OPAS)

Nom / entreprise (prière d'utiliser l'abréviation indiquée à la première page)	Remarques générales
imad	En tant qu'acteur majeur du domaine des soins à domicile, imad se permet de prendre position au sujet de la consultation susmentionnée. imad refuse catégoriquement la baisse proposée des contributions de l'AOS aux soins ambulatoires de 3,6 %. Elle demande au contraire une augmentation substantielle calculée sur la base d'une nouvelle évaluation tenant compte de critères non comptabilisés ou insuffisamment pris en compte (démarches de coordination et de conseil, matériel, déplacements, complexification des soins, élargissement de la pratique 7/24, évolution des salaires, etc.) et indispensable de ces contributions pour les raisons suivantes: - La base de données utilisée pour le calcul est insuffisante. Selon des experts, la statistique de l'aide et de soins à domicile ne permet pas de faire des comparaisons correspondantes avant et après 2010. De nombreux arguments sont impossibles à comprendre – par exemple dans le domaine de l'évolution salariale ou du matériel de soins. - L'hypothèse centrale selon laquelle les prestations de soins ambulatoires seraient restées constantes entre 2010 et 2014 est erronée. Le système de forfaits par cas DRG a été introduit durant cette période, ce qui a débouché sur des situations de soins plus complexes et, aussi en particulier, sur une augmentation des prestations rémunérées de manière plus élevée (mesures de clarification, conseils et coordination, mesures d'examen et de traitement). Durant cette même période, le principe «l'ambulatoire avant le stationnaire» a été poursuivi de manière conséquente. Dans ce contexte, des prestations spécialisées ont été introduites dans le domaine des soins ambulatoires – aussi en concordance avec les différences stratégies nationales de la santé – par exemple dans le domaine des soins aux personnes atteintes de démence, des soins palliatifs, des soins en psychiatrie, des services durant le week-end et la nuit. Ces prestations sont plus coûteuses que des prestations de soins «habituelles et simples». L'Aide et soins à domicile a renforcé sa position de devenir un acteur essentiel et coordonné du système de soins. - Durant la période de temps concernée, l'assurance obligatoire des soins (AOS) a bénéficié de décharges par rapport aux autres payeurs: dans de nombreux cantons, cela s'est produit en particulier à la charge des patients. - En raison de la réglementation insuffisante du financement résiduel, des décisions motivées par des impératifs de politique financière ont également été prises dans des cantons et des communes au détriment des organisations d'aide et de soins à domicile. Il est urgent de définir tout ce qui doit être contenu dans les contributions et le financement résiduel ou ce qui est remboursé séparément – par ex. le temps de déplacement, le matériel de soins. Sinon la protection financière des organisations d'aide et de soins à domicile n'est pas garantie à long terme, ce qui, au final, pénalisera les patients et l'ensemble du système de soins. De plus, les répercussions des arrêts du Tribunal administratif fédéral de 2017 occasionnent un énorme chaos dans l'utilisation et la facturation du matériel de soins. Cette décision ne peut pas être appliquée de la sorte dans la pratique et des solutions claires et pérennes doivent être trouvées de toute urgence. imad demande la légalisation à partir du 1^{er} janvier 2019 de la pratique appliquée ces dernières années à satisfaction concernant la facturation du matériel de soins (voir ci-dessous les remarques détaillées relatives au chapitre 3.1.2).

imad salue la volonté du Conseil fédéral de réduire les charges administratives et d'accorder une meilleure reconnaissance aux soins. Toutefois, les mesures proposées à ce sujet s'avèrent éloignées de la pratique et n'ont **dans les faits que des effets marginaux**. **imad** propose pour cette raison différents changements qui permettront une mise en œuvre plus judicieuse.

Avec l'ouverture de cette consultation, le Conseil fédéral a également publié le rapport d'évaluation externe et exhaustif d'INFRAS sur le nouveau régime du financement des soins. Pour **imad**, il est incompréhensible que le présent projet de modification de l'OPAS ne mentionne jamais ce rapport et n'intègre pas ses conclusions. De même, les hypothèses sur lesquelles se base le présent projet soumis à consultation nous sont absolument incompréhensibles. Le rapport d'évaluation d'INFRAS fait très bien ressortir les différentes lacunes du nouveau régime de financement des soins. Nous considérons que les conclusions tirées du rapport d'évaluation d'INFRAS sont inadéquates. A notre avis, l'occasion de procéder à des améliorations du financement des soins **est un échec**.

Avant de passer aux remarques et propositions de modification concernant les différents articles spécifiques de l'OPAS, nous souhaitons approfondir certains points du rapport de consultation :

Remarques générales sur le rapport de consultation

Le rapport et les dispositions proposées ne semblent pas harmonisés. Le rapport est écrit de manière compliquée et lacunaire, partant il est difficile à lire. Quelques exemples:

- page 13, 3.1.2, Prestations annexes et prestations d'autres assureurs sociaux: Dans ce chapitre, il n'existe pas un mot sur les prestations d'autres assureurs sociaux.
- page 15, 3.1.6, Graphiques 2 et 3: Ces deux graphiques portent un titre erroné en se référant à la répartition de l'intensité des soins. Ils représentent au contraire la répartition des différentes catégories de prestations de soins.
- page 16, 3.2, Calcul du facteur de correction des contributions aux soins: Des «jours de soins» et des «prestations brutes» sont mentionnés dans la formule de calcul. Or, ces termes ne jouent aucun rôle dans les soins ambulatoires. Il faudrait se baser sur des «heures de soins» et des «recettes».
- page 21, 1.3 Durée de la prescription médicale – propositions d'adaptation: Les propositions d'adaptation ne sont pas décrites.

Remarques détaillées sur la partie du rapport portant sur la neutralité des coûts concernant les contributions aux soins

Légitimation de la neutralité des coûts (1.1)

imad considère qu'il manque les bases pour montrer que la réglementation n'a pas pu être respectée la première année suivant l'entrée en vigueur de la modification de la loi. Concernant l'atteinte de l'objectif principal de nouveau régime de financement des soins, l'évaluation déclare (**surlignage par imad**) : « *Il a été possible, de manière absolue, d'éviter une charge financière supplémentaire de l'AOS par des contributions fixes aux prestations de soins qui sont déterminées par le nouveau régime de financement des soins.* » **imad** rappelle que même des assureurs ont déclaré dans le cadre de l'évaluation du financement des soins que l'AOS avait été allégée.

Bases statistiques (3.1)

Nous nous référons à une problématique dans la statistique de l'aide et des soins à domicile qui est décrite de la manière suivante dans le rapport d'évaluation d'INFRAS, à la page 57 (**surlignage par imad**) : « En raison de cette rupture dans les données de la statistique de l'aide et des soins à domicile, **il est impossible de faire une comparaison directe du coût total avant et après 2010. Avec les données à disposition, il n'est pas possible de faire une estimation de l'ordre de grandeur de la distorsion des données.** » C'est la raison pour laquelle nous considérons que la statistique de l'aide et des soins à domicile ne peut pas être utilisée pour faire une comparaison de la situation avant et après 2010.

Etablissements médico-sociaux (2)

imad ne se prononce pas sur les explications et calculs concernant le domaine des établissements médico-sociaux. Nous approuvons toutefois une augmentation des contributions de l'AOS dans ce domaine (voir aussi la prise de position de la CI Financement des soins [\[Link\]](#)).

Prestations annexes (3.1.2)

Le chapitre 3.1.2 s'articule de manière significative aussi autour de la prise en charge des coûts du matériel de soins. Comme déjà mentionné plusieurs fois lors d'entretiens avec l'OFSP – et également reconnu par celui-ci – les coûts pour le matériel de soins ne sont pas ou pas suffisamment pris en considération dans le calcul relatif au nouveau régime de financement des soins. En outre, le matériel utilisé depuis l'introduction du nouveau régime de financement des soins s'est développé et a renchéri de manière correspondante. Ainsi, par exemple, des pansements modernes (et plus chers), utilisés pour des soins de plaie, ont une durée d'utilisation plus longue, et nécessitent par conséquent moins de prestations de soins effectuées par une infirmière ou un infirmier. **imad** considère que, rien que pour ces raisons, les contributions de l'AOS devraient être augmentées de manière substantielle.

Même si l'on supposait que le calcul avait été fait correctement en 2011, cette argumentation dans le rapport (page 13 et suivantes) ne tient pas la route : il est constaté qu'au cours des dernières années, les organisations d'aide et de soins à domicile ont de plus en plus externalisé, pour des raisons d'efficacité, la gestion du matériel auprès de tiers (pharmaciens, médecins, fournisseurs de matériel). L'office compétent en conclut que les contributions de l'OPAS sont donc trop élevées (et par conséquent devraient en fait être réduites encore plus fortement), sans prendre en considération les deux arrêts du Tribunal administratif fédéral (TAF) de 2017 qui stipulent que le matériel utilisé dans le cadre des soins ne doit pas être facturé séparément.

Il est bien connu que ces deux arrêts du TAF créent de gros problèmes et occasionnent des frais administratifs supplémentaires. Ils débouchent sur le fait que, pour le moment, les organisations d'aide et de soins à domicile doivent assumer l'intégralité des coûts pour ce matériel jusqu'à ce qu'une solution soit trouvée avec les responsables du financement résiduel. L'AOS continuera de verser une contribution. Toutefois, nous renvoyons principalement à notre première objection: le matériel n'a pas été suffisamment pris en considération dans le nouveau régime de financement.

En outre, nous rappelons que particulièrement dans ce chapitre, les bases et les preuves sont extrêmement lacunaires. Les formulations comme «devrait tenir compte», «il est possible que», «on peut par exemple se demander pourquoi», «devraient également avoir facturé», «on peut en tous cas supposer», «Il n'est pas possible de chiffrer à combien s'élève», «on peut supposer que», «devraient être un peu trop élevées» se trouvent sur les ¾ de pages seulement de ce chapitre.

imad demande en outre de modifier l'OPAS au 1er janvier 2019 afin que les fournisseurs de prestations de soins puissent facturer à l'AOS le matériel de soins selon l'article 7, alinéa 1 de l'OPAS, par exemple par un changement de l'art. 20 de l'OAMAL. Il faut renoncer à séparer le matériel entre celui qui est utilisé par la personne elle-même ou celui qui est utilisé par une infirmière. Cela permettra de légaliser la pratique qui a fonctionné durant ces dernières années. En raison des coûts très différents engendrés en fonction de la prestation de soins, une prise en compte forfaitaire n'est pas judicieuse dans les contributions de l'AOS pour les soins ambulatoires. Les prestations impliquant beaucoup de matériel (par ex. les soins de plaie) ne seraient pas rémunérées de manière suffisamment élevée. Par conséquent, le matériel de soins doit pouvoir être facturé séparément (et pas par le biais d'un paiement forfaitaire).

Proposition subsidiaire: s'il n'est pas possible de procéder directement à une modification de l'OAMAL, une modification doit se faire le plus rapidement possible dans le droit supérieur.

Soins aigus et de transition (3.1.3)

Sur ce point, nous demandons une analyse minutieuse du rapport d'évaluation d'INFRAS. Celui-ci montre que la configuration actuelle des soins aigus et de transition ne suffit pas.

L'hypothèse selon laquelle davantage de prestations ont été effectuées dans les soins à cause des soins aigus et de transition ne peut pas se confirmer avec la statistique de l'aide et des soins à domicile et nous rejetons fermement cette suggestion que le total des heures augmente (sans justification) à cause d'eux. Les soins aigus et de transition se basent sur une ordonnance prescrite par un médecin hospitalier et, par conséquent, ne peuvent pas être augmentés arbitrairement.

Imad peut aussi confirmer que le nombre de SAT est en forte baisse depuis plusieurs années. Le principal obstacle provient du fait que les médecins hospitaliers n'imaginent pas prescrire des traitements de soins aigus pour des patients auxquels ils ne pourront plus accéder facilement du fait de leur retour à domicile.

Evolution de la structure des prestations selon le type de traitement (3.1.6)

Il nous est impossible de comprendre comment l'on est arrivé à l'hypothèse que la structure de prestations par type de traitement est restée constante entre 2010 et 2014 (comme déjà susmentionné, le terme «intensité de soins» est erroné). Au cours des années passées, avec l'introduction des DRG dans les hôpitaux et avec la mise en œuvre du principe «l'ambulatoire avant le stationnaire», des cas de plus en plus complexes ont été pris en charge par les soins ambulatoires. De même, le taux des prestations A et B a augmenté en conséquence dans les soins palliatifs, les soins en oncologie, les soins psychiatriques et dans d'autres prestations de soins spécialisées. Cela est même mentionné dans ce sens dans plusieurs rapports de l'OFSP (voir par exemple le rapport «Rémunération des prestations dans le cadre des soins coordonnés», 2018). Logiquement, en contrepartie, les prestations C reculent proportionnellement. Le graphique 2 et le graphique 3 à la page 15 l'indiquent très clairement – toutefois, dans le document mis en consultation, l'on arrive à la conclusion à partir de ces chiffres que ceux-ci sont «relativement constants». Plus souvent toutefois, ces transferts (voulus) dans le mélange de prestations expliquent aussi de manière essentielle le renchérissement du taux horaire.

Salaires et renchérissement général (3.1.7)

Au cours des dernières années, les salaires dans le domaine des soins ont augmenté. Le besoin en personnel formé, les interventions de nuit et durant le week-end, les spécialisations ont débouché sur des augmentations de salaire. Dans ce sens, nous considérons qu'il est nécessaire de prendre en compte les salaires comme un facteur de coûts essentiel. En outre, des réévaluations de fonction sont nécessaires dans le cas de la mise à jour du cahier des charges pour l'ensemble d'une fonction (p. ex.: aides soignantes).

Pour les cantons dans lesquels le coût de la vie est plus élevé que la moyenne suisse, il est extrêmement désavantageux de prendre comme base de calculs les évolutions nationales, tout comme il est désavantageux d'appliquer des tarifs fédéraux uniformes ne tenant pas compte des spécificités cantonales (et ce d'ailleurs contrairement à ce qui a cours pour les primes d'assurance-maladie). En l'occurrence, il s'avère que le niveau des salaires genevois n'est aucunement considéré dans le cadre du calcul sur l'évolution des coûts ; or, si ceux-ci sont déjà bien supérieurs à la moyenne nationale, leur augmentation ces dernières années a également été plus marquée que dans la plupart des autres cantons.

Pour la fourniture de soins LAMal, un salaire annuel de F 65'015 est cité dans les documents du DFI. Or, à imad, la moyenne au sein des catégories personnel soignant et médico-technique est de F 92'400, soit 42% de plus, qui ne sont ainsi pas pris en compte dans les calculs retenus pour l'étude. Par ailleurs, seule est au final retenue la comparaison entre 2010 et 2014 de la contribution de l'AOS rapportée aux heures réalisées. Tous les autres arguments qui pourraient conduire à faire varier le tarif sont également considérés comme marginaux. A titre d'exemple, la complexification des prises en charges 6-7 jours/7 et l'évolution des actes de soins de base vers des actes de plus en plus techniques (les soins de base ont passé de 63.5% en 2011 à 61.1% en 2014), ne sont pas non plus pris en compte.

Calcul du facteur de correction des contributions aux soins (3.2)

L'objectif de la correction des coûts est de garantir que durant l'année de transition 2010/2011, l'introduction des contributions selon l'OPAS s'est faite pour l'AOS en respectant le principe de la neutralité des coûts. Il est problématique de comparer les chiffres de 2010 à 2014. Il est déjà expliqué dans le

rapport d'évaluation d'INFRAS que la rupture concernant les données dans la statistique de l'aide et des soins à domicile ne permet pas de faire une comparaison directe des coûts globaux avant et après 2010 (voir également ci-dessus). Le rapport d'INFRA mentionne à différents endroits (voir chapitre 3.1.1) que la cohérence des données à disposition laisse à désirer pour plusieurs raisons. Il constate ainsi que les revenus de prestations selon OPAS 7 ont été saisis sous différentes rubriques, que les organisations à but lucratif n'ont été saisies dans la statistique qu'à partir de 2010 (et pas encore toutes) et que les infirmières et infirmiers indépendants de Zurich et de Genève n'étaient pas encore inclus dans la statistique en 2010, etc. Pour imad, la question fondamentale est de savoir si, compte tenu du manque de données tangibles, il est vraiment possible d'examiner de manière si détaillée la neutralité des coûts à l'introduction en 2011, comme le suggère la formule proposée et son résultat de 3,6 pourcents. imad considère que les conclusions et la réduction des contributions à partir d'une base de données peu tangible sont arbitraires et manquent de sérieux. Pour imad, il faut absolument augmenter les contributions aux soins. Différents facteurs indiquent qu'après presque quinze ans, la base de calcul doit être retravaillée de toute urgence: - La base de données de 2004 n'a pas suffisamment tenu compte de différents facteurs. Par exemple les coûts du matériel de soins ou les temps de déplacement. - Depuis l'introduction du nouveau régime de financement des soins, la demande en prestations de soins ambulatoires a fortement augmenté en raison de la stratégie des cantons « l'ambulatoire avant le stationnaire » et de l'évolution sociale (plus de ménages avec une seule personne, individualité, maladies chroniques nécessitant un développement important de la prévention en santé non couverte par les assurances, etc.) - En parallèle, le besoin en offre de soins spécialisés a continué d'augmenter fortement: actuellement, les soins palliatifs, les soins aux personnes atteintes de démence, les soins psychiatriques, les soins en oncologie, les soins pédiatriques font partie en de nombreux endroits de l'offre d'une organisation d'aide et de soins à domicile (voir aussi les stratégies à ce sujet de la Confédération et des cantons). Il faut aussi compter à l'avenir avec une augmentation de cette évolution (voir le programme national de recherche «Fin de vie» (PNR 67) ou le postulat 18.3384 de la CSSS-CE «améliorer la prise en charge et le traitement des personnes en fin de vie»). Du personnel avec une formation supplémentaire doit être engagé pour ces prestations et des instruments spécifiques être utilisés. En raison notamment de cette évolution, un transfert des coûts se produit du domaine stationnaire au domaine ambulatoire. - Le besoin en prestations 24 heures sur 24 et en services d'urgence a également fortement augmenté depuis 2011. Il est également, en partie, lié aux offres spécialisées (soins palliatifs, soins pédiatriques ambulatoires). De plus, des situations d'accompagnement en mutation débouchent également sur cette augmentation des besoins. Malgré ces facteurs flagrants, aucune augmentation des contributions et des services compétents n'a été prévue pour l'AOS au cours de ces dernières années. Cette charge supplémentaire a dû être assumée presque exclusivement par les cantons et les communes ou par les personnes concernées elles-mêmes par le biais d'adaptation/augmentation des taux de la contribution du patient (voir rapport d'évaluation d'INFRAS, pages 8, 9, 60, 63). Les organismes qui prennent en charge le financement résiduel ont essayé d'éviter des dépenses supplémentaires (par exemple avec des mesures d'économie), de les transférer (en imposant une charge plus lourde aux patients) ou de les ajourner (en partie en repoussant de trois ou quatre ans l'actualisation des contributions du financement résiduel). Par contre, l'AOS a même été allégée dans le domaine des soins ambulatoire – et ainsi l'objectif d'éviter une charge supplémentaire a été „dépassé”. Résumé: Au cours des dernières années, les prestations dans le domaine des soins sont devenues plus exigeantes et plus coûteuses et les situations de soins sont devenues plus complexes. Une spécialisation croissante a également débouché sur des exigences nouvelles et plus élevées. La pénurie de personnel alimente également la discussion concernant les salaires. En même temps, la part de l'AOS aux coûts des soins ambulatoires a été réduite
--

	au détriment des cantons, des communes et des patients. Cette évolution ne peut pas se poursuivre ainsi. Il faut une adaptation régulière des contributions à l'évolution des coûts. Avec une augmentation des contributions selon l'OPAS dans les soins ambulatoires, il sera possible à nouveau d'atteindre l'ancien niveau de participation de l'AOS aux coûts des soins et d'inclure les éléments manquants (matériel de soins, temps de déplacement, salaires). A notre avis, cela renforcera le principe «l'ambulatoire avant le stationnaire». Remarques de détails sur la partie du rapport portant sur l'«évaluation des soins requis» Nous considérons que les modifications proposées concernant les processus d'évaluation des soins requis dans le domaine des soins ambulatoires ne sont pas suffisamment élaborées. Nous avons de nombreuses propositions visant à optimiser le processus. Une clarification des concepts s'impose en particulier: pour les soins à domicile, l'évaluation des soins requis se fait de façon exhaustive (selon art. 8a, al. 2) en de multiples endroits avec l'instrument RAI Home Care. La planification des soins découle de l'évaluation des soins requis et les prestations de soins nécessaires sont déterminées sur cette base. Le résumé des prestations de soins est représenté dans un formulaire (évaluation des besoins, voir art. 8a, al. 3). Nous sommes volontiers disposés à montrer aux personnes intéressées les processus d'identification des besoins dans une organisation d'aide et de soins à domicile.
--	--

Nom / entreprise	article	commentaires / remarques	modification proposée (texte proposé)
imad	Art. 7a al. 1	Nous considérons que la réduction des contributions venant de l'AOS pour les soins à domicile est inadéquate, infondée et totalement incompréhensible. Nous nous référons aux remarques générales à ce sujet qui précèdent et soulignons le point suivant: le rapport d'expert arrive à la conclusion que durant la période observée, la charge proportionnelle de l'AOS a été réduite de 72% à 70% et que l'objectif de la neutralité des coûts a ainsi été dépassé. De même, on omet également de prendre en considération que les frais de salaire ont nettement augmenté et vont certainement continuer de croître en raison du besoin en personnel infirmier. De plus, la poursuite systématique de la stratégie «l'ambulatoire avant le stationnaire» a eu - et a - comme conséquence que des prestations spécialisées (et ainsi coûteuses), par exemple les soins palliatifs, les soins en oncologie, les soins en psychiatrie, ont été intégrées de plus en plus dans les soins ambulatoires (voir à ce sujet plusieurs stratégies nationales de la Confédération). Un maintien des contributions actuelles débouche sur un transfert constant des coûts croissants vers les cantons et les communes (selon la réglementation cantonale du financement résiduel) ainsi que vers les clients.	imad sollicite une augmentation substantielle des contributions.
imad	Art. 8 al. 1	Dans la perspective de imad, le nouveau processus d'ordonnance n'est pas suffisamment élaboré. Actuellement, le médecin prescrit les prestations de soins. En parallèle, des mesures spécifiques sont en partie prescrites sur la base de l'indication médicale (par exemple des bas de contention, la mesure des signes vitaux, des injections). L'infirmière ou l'infirmier	Al. 1 b. Le médecin peut ordonner des prestations spécifiques.

		qui fait l'évaluation des soins requis détermine de manière spécifique les prestations qui sont nécessaires. Le médecin signe ensuite une ordonnance pour ces prestations (en général dans le cadre d'une procédure rapide, sans examen approfondi). Les professionnels s'accordent pour admettre que la confirmation finale se fait pour la forme. Réglementation proposée: Nouvellement, le médecin constate dans une première étape la nécessité des soins (al. 1, let. a) et en même temps détermine également si des prestations A, B, C sont requises (al. 1, let. b). L'évaluation des soins requis se fait ensuite de manière exhaustive par une infirmière ou un infirmier selon l'art. 8a (cela correspond aussi aux standards internationaux, en particulier à RAI Home Care qui est utilisé presque partout dans les soins à domicile). La mise en œuvre de l'évaluation des soins requis correspond toujours dans la pratique à une prestation A, en d'autres termes, le médecin doit dans tous les cas sélectionner «A» pour que l'évaluation des soins requis soit remboursée. Si un médecin ordonne des prestations de soins A et B et qu'il résulte de l'évaluation des soins requis (évaluation de la situation dans sa globalité et de l'environnement) que le client a également besoin de prestations C, il faut à nouveau consulter le médecin à ce sujet. Cette procédure génère des coûts supplémentaires et occasionne des frais administratifs inutiles. En outre, elle s'oppose à la pratique déjà en cours actuellement et qui veut que les infirmières et infirmiers clarifient le type de prestations et leur volume. imad considère que la séparation artificielle entre les prestations A/C et les prestations B n'est pas judicieuse. Les infirmières et infirmiers sont en mesure d'évaluer de manière professionnelle quelles prestations sont nécessaires – aussi dans le domaine des soins de traitement (par exemple la mesure des signes vitaux, la mesure de la glycémie, les soins de plaie). Le médecin est informé des prestations de soins nécessaires qui résultent de l'évaluation des soins requis. En contrepartie, il est également important que les services d'aide et de soins à domicile reçoivent les informations du médecin afin de pouvoir adapter si nécessaire leur planification des soins. imad soutient en principe la proposition du Conseil fédéral consistant à mieux reconnaître les compétences des infirmières et infirmiers et à simplifier le processus d'évaluation des soins requis (sans devoir obtenir la signature du médecin). Le principe "davantage de compétence au personnel infirmier pour l'évaluation des soins requis dans le cadre des prestations d'évaluation, de conseil et de coordination ainsi que pour les prestations de soins de base" est une vraie opportunité en termes d'efficacité et de qualité des soins. Toutefois la proposition ne concerne que peu de clients dans les institutions de soins à domicile délivrant de plus en plus de soins techniques. Aussi, cette	
--	--	---	--

		mesure de simplification telle que proposée n'en est pas une. Il nous semblerait plus pertinent d'inclure également les prestations d'examens et traitement dans cette proposition, le cas échéant d'en autoriser le principe, charge aux cantons d'en définir le cadre légal opérationnel.	
imad	Art. 8, al. 2, litt. a + b	La modification proposée en matière de durée de la prescription médicale est peu pertinente car elle semble peu applicable. En effet, en tenant compte de la complexité des cas, voire de la fragilité des patients, l'actualisation des besoins est le plus souvent nécessaire à une fréquence plus rapprochée que ce qui est proposé. L'allongement de la fréquence des évaluations pourrait dès lors se traduire par un risque significatif d'inadéquation entre les prestations réalisées et les besoins du client.	2 La durée de la prescription ou du mandat médical ne peut dépasser: a) neuf mois pour les prestations prévues à l'art. 7, al. 2, let. a, b et c b) à supprimer
imad	Art. 8, al. 2, litt. c	Les 2 semaines au maximum de soins aigus et de transition ne sont pas suffisantes. La réglementation actuelle à ce sujet est insuffisante. Nous nous référons aux interventions de la CI Financement des soins (Lien) et au rapport d'évaluation sur le nouveau régime de financement de soins d'INFRAS. Ces documents démontrent clairement les lacunes existant dans les soins aigus et de transition. Une modification de fond est demandée. Elle ne peut toutefois se produire qu'avec une adaptation correspondante préalable de la LAMal. imad souligne la nécessité d'une adaptation des soins aigus et de transition. Les deux semaines actuelles sont très insuffisantes pour des patients/clients qui le plus souvent se retrouvent à domicile avec des traitements lourds (antibiothérapie, pansement compliqué, etc.), qui durent ainsi généralement bien au-delà des deux semaines post-hospitalisation. Ces cas sont à l'origine de difficultés organisationnelles (ordonnance, achats des traitements, etc.) et administratives (facturation, etc.). imad propose ainsi de prolonger la durée existante à 4 semaines minimum.	
imad	Art. 8a, al. 1	La proposition du Conseil fédéral prévoit une limitation de l'évaluation des soins requis aux infirmières et infirmiers. imad soutient cette égalité de traitement des différents domaines de soins. Le renvoi à l'art. 49 OAMal est considéré comme problématique, celui-ci ayant deux exigences : un diplôme (let. a) et une expérience pratique de deux ans (let. b). imad rejette clairement cette dernière limitation. Les curricula de formation des infirmières et infirmiers prévoient explicitement les activités d'évaluation des soins requis. A la fin de sa formation, le personnel infirmier (diplômé et dûment formé) est par conséquent en mesure de procéder immédiatement à l'évaluation des soins requis. Les infirmières et infirmiers suivent un complément de formation de plusieurs jours afin de pouvoir procéder à l'évaluation des soins requis à l'aide de RAI Home Care. Le fait d'introduire un délai de deux ans avant qu'une infirmière ou un infirmier n'ait le droit d'effectuer l'évaluation des	1 Les soins requis pour mettre en œuvre la prescription ou le mandat médical sont évalués comme suit: a. pour les prestations prévues à l'art. 7, al. 2, let. a et c: par un infirmier ou une infirmière (art. 49 OAMal) en collaboration avec le patient ou ses proches; le résultat est transmis, pour information, au médecin prescripteur ; b. pour les prestations prévues à l'art. 7, al. 2, let. b: ou les soins aigus et de transition,

		soins requis limiterait massivement la pratique actuelle dans les services d'aide et de soins à domicile et se répercuterait négativement sur l'attrait de l'Aide et soins à domicile en tant qu'employeur pour un/e jeune diplômé/e. A notre avis, l'art. 49 de l'OAMal définit les conditions qui doivent être remplies pour pouvoir exercer en tant qu'infirmière ou infirmier indépendant.	par un infirmier ou une infirmière (art. 49 OAMal) en collaboration avec le médecin prescripteur et le patient ou ses proches.
imad	Art. 8a, al. 2	En outre, conformément à nos explications concernant l'art. 8, nous proposons de renoncer à la séparation artificielle entre les prestations A/C et B et de supprimer par conséquent la let. b.	
imad	Art. 8a°, al. 3	L'évaluation des soins requis comprend l'évaluation de la situation du patient ou de la patiente dans sa globalité ainsi que l'évaluation de son environnement. Cela correspond tout à fait à l'instrument d'évaluation RAI Home Care qui est utilisé dans les soins à domicile par environ 85% des organisations.	
imad	Art. 8a°, al. 3	Selon le commentaire, l'art. 8a se réfère à l'évaluation des soins requis en général (commentaire, page 27), donc aux organisations d'aide et de soins à domicile, aux infirmières et infirmiers indépendants et aux établissements médico-sociaux (EMS). L'al. 3 exige des critères uniformes mais en fait il exige également beaucoup plus un formulaire standardisé. imad considère qu'une configuration de l'annonce des soins requis d'un formulaire (résumé des prestations de soins évaluées selon l'évaluation des soins requis) identique pour le domaine ambulatoire et stationnaire n'est pas judicieuse ni constructive. Les situations ne sont pas comparables et il existe des instruments différents d'évaluations des soins requis selon les settings respectifs (voir par exemple interRAI). imad soutient la configuration uniforme de l'annonce des besoins au sein du secteur des soins à domicile – celle-ci devrait être impérativement élaborée sous forme électronique. Nous rendons attentif aux efforts actuels correspondants réalisés dans le domaine des soins à domicile, en collaboration avec les assureurs-maladie. Ceux-ci ne pourront toutefois pas aboutir d'ici à l'entrée en vigueur prévue en juillet 2019. Par conséquent, nous demandons une réglementation transitoire en vue d'une introduction réaliste (voir ci-dessous).	3 Elle se fonde sur des critères uniformes dans le domaine stationnaire et ambulatoire respectif...
imad	Dispositions transitoires	Comme déjà mentionné dans les remarques à l'art. 8, al. 3, l'introduction d'une annonce (électronique) uniforme des besoins ne peut pas être terminée pour juillet 2019.	L'évaluation des soins requis dans les établissements médico-sociaux selon l'ancien droit reste possible jusqu'à la fin 2020.
imad	Art. 20		

		L'OPAS doit absolument être modifiée à partir du 1^{er} janvier 2019 de telle sorte que les fournisseurs de prestations puissent facturer le matériel de soins à l'AOS selon l'art. 7, al. 1 de l'OPAS, indépendamment du fait que ce matériel soit remis au patient ou à la patiente pour son utilisation propre (selon la LiMA) ou utilisé par une infirmière ou un infirmier. Proposition subsidiaire: s'il n'est pas possible de procéder directement à une modification de l'OAMal, une modification doit se faire le plus rapidement possible dans le droit supérieur.	L'assurance octroie un remboursement pour les moyens et appareil thérapeutiques ou diagnostiques visant à surveiller le traitement d'une maladie et ses conséquences remis sur prescription médicale par un centre de remise au sens de l'art. 55 OAMal et utilise p l'assuré lui-même ou avec l'aide d'un intervenant non professionnel impliqué dans l'examen ou le traitement.
--	--	--	---

Bundespräsident Alain Berset
Eidgenössisches Departement des
Innern
Inselgasse 1
CH-3003 Bern

Bern, 23. Oktober 2018

Stellungnahme zur Vernehmlassung der Verordnung des EDI über Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeverordnung KLV

Sehr geehrter Herr Bundespräsident

Die IG Pflegefinanzierung ist ein Zusammenschluss aller wichtigen Leistungserbringer und Patientenorganisationen zum Thema Pflegefinanzierung. Sie besteht seit mehr als 10 Jahren und hat bereits die Einführung der neuen Pflegefinanzierung aktiv begleitet. Als Vertreter wichtiger Leistungserbringer und Patientenorganisationen kennen wir die Problematik aus unserem beruflichen Umfeld sehr gut. Wir haben deshalb dazu schon im Frühling 2015 ein erstes Positionspapier zu den Erfahrungen der neuen Finanzierungsregeln erarbeitet und dieses im Hinblick auf die Evaluation der Pflegefinanzierung im Frühling 2018 auf aus unserer Sicht zentrale Bereiche reduziert.

Allgemeine Bemerkungen

Der Schlussbericht zur Evaluation der Neuordnung der Pflegefinanzierung vom Januar 2018 weist auf zahlreiche Mängel hin, die behoben werden sollten. Leider verzichtet der Bundesrat darauf, aus dem Bericht konkrete Gesetzes- oder Verordnungsänderungen abzuleiten, und beschränkt sich in der vorliegenden Vorlage auf ein paar technische Änderungen, die in keinem Zusammenhang mit der oben erwähnten Evaluation stehen. Die IG Pflegefinanzierung stellt ernüchtert fest, dass der Bundesrat wichtige Themen wie z.B. die Herausforderungen in der Restfinanzierung durch die Kantone oder in der Akut- und Übergangspflege übergeht. Ebenfalls bedauert die IG Pflegefinanzierung, dass die Gelegenheit nicht genutzt wurde, um die aktuell gravierenden Probleme bezüglich Kostenübernahme des Pflegematerials resp. der Leistungen der Mittel- und Gegenstände MiGeL zu klären. Wir werden im Einzelnen auf diese Themen eingehen. Ebenfalls gilt es den Zusammenhang des Bundesgerichtsentscheids vom 20. Juli 2018 zu den Vollkosten der Pflege herzustellen.

Änderungen der OKP-Beiträge an die Pflegekosten

Die geplanten Änderungen basieren auf dem Grundsatz der Kostenneutralität für die Beiträge der OKP. Dass dies eines der Ziele der neuen Pflegefinanzierung war, wird nicht bestritten. Die Interpretation der Datenlage und die daraus resultierende Senkung der Beiträge an die ambulante Pflege (Spitex) um 3,6% sind für uns jedoch sehr widersprüchlich und absolut nicht nachvollziehbar. Vielmehr muss als Folge der Kostenentwicklung hinsichtlich kostenintensiverer und komplexerer Pflegesituationen eine grundsätzliche Erhöhung der Beiträge der OKP in Betracht gezogen werden. Diese Kostenentwicklung kann nicht einseitig

auf die Kantone und Gemeinden überwältzt werden, da die Ergebnisse der Evaluation eine Senkung der Belastung der OKP klar ausweisen. Die vorgeschlagene Erhöhung der Beiträge an die Pflegeheime geht unter dieser Prämisse in die richtige Richtung. Sie muss aber beträchtlicher sein und auch für den ambulanten Bereich gelten. Zudem ist sicher zu stellen, dass jene Kantone, die bei der Restfinanzierung Deckungslücken entstehen liessen, die höheren OKP-Beiträge zu deren Schliessung nutzen (siehe «Restfinanzierung»). Im Weiteren möchten wir darauf hinweisen, dass mit diesen Änderungen dem dringenden Handlungsbedarf im Bereich der Palliativ- und Demenzpflege nicht Rechnung getragen wird. Wir bedauern dies umso mehr, war es doch der Bund, der mit den Strategien zur Demenz- und Palliativpflege den speziellen Bedarf dieser Patientengruppen aufgezeigt hat. Wir erwarten daher, dass sich der Bund seiner Verantwortung bewusst wird und er eine angemessene Zusatzfinanzierung festlegt.

MiGel

Wir sind klar der Ansicht, dass die Kosten für das Pflegematerial wie bis anhin von der OKP zu tragen sind. Wir beantragen deshalb, die KLV auf den 1. Januar 2019 dahingehend zu ändern, dass die Leistungserbringer der Pflege gemäss Art. 7 Abs. 1 KLV das Pflegematerial der OKP in Rechnung stellen können, beispielsweise durch eine Änderung von Art. 20 KLV. Sollte dies nicht möglich sein, durch eine rasche Änderung auf Gesetzesebene. Auf die Trennung des Materials zwischen Selbstanwendung und Anwendung durch eine Pflegefachperson ist zu verzichten, wie die Motion 18.3710 der SGK-N und der Nationalrat es fast einstimmig verlangen. In diesem Zusammenhang möchten wir festhalten, dass diese Praxis bereits vor Einführung der neuen Pflegefinanzierung üblich war und zu keiner Zeit in den Diskussionen und Beratungen der zuständigen Kommissionen in Frage gestellt wurde. Es ist für uns daher unverständlich, warum der Bundesrat nicht bereit ist, hier eine schnelle unbürokratische Lösung herbei zu führen.

Restfinanzierung

Der Evaluationsbericht zeigt die unterschiedliche Regelung der Restfinanzierung in den Kantonen auf. Damit wird deutlich, dass auch hier von Seiten des Bundes eine Präzisierung bezüglich der Verantwortung der Kantone und Gemeinden erforderlich ist. Der Bundesgerichtsentscheid zur Finanzierung der Vollkosten unterstreicht diese Verantwortung, doch gilt es nun sicher zu stellen, dass dieses Gerichtsurteil auch in allen Kantonen richtig umgesetzt wird und nicht die Pflegebedürftigen zusätzlich belastet werden. Es ist dringend zu definieren, was in den Beiträgen und der Restfinanzierung alles enthalten sein muss oder was separat vergütet wird. Sonst ist die Finanzierungssicherheit der Pflegeheime und Spitexorganisationen längerfristig nicht gewährleistet, worunter schlussendlich die Patienten leiden.

Akut- und Übergangspflege

Eine zukunftsweisende integrierte Versorgung in der Langzeitpflege ist auf eine gute flächendeckende Akut- und Übergangspflege angewiesen. Die Strategie des Bundes „ambulant vor stationär im Spitalbereich“ zu fördern, wird zu mehr ambulanten Eingriffen führen. Gerade ältere Menschen sind da auf eine professionelle pflegerische Nachbetreuung angewiesen. Deshalb müssen dringend die im Evaluationsbericht angesprochenen Probleme ernst genommen und entsprechende Massnahmen eingeleitet werden. Die Aufenthaltskosten in den Institutionen der Akut- und Übergangspflege dürfen nicht weiter den Patienten übertragen werden, da dies ein grosses Hindernis für die Inanspruchnahme des Angebotes darstellt. Im Gegenteil sollen die Regeln der Spitalfinanzierung in diesem Zusammenhang gelten. Darüber hinaus muss die Dauer der Akut- und Übergangspflege um längstens vier Wochen und bei Bedarf auf ärztliche Anordnung einmal um längstens weitere vier Wochen verlängert werden können.

Für weitere fachliche Detailbemerkungen insbesondere auch in Bezug auf den zweiten Teil der Vorlage (Pflegebedarfsermittlung) verweisen wir auf die verschiedenen Eingaben der Mitglieder der IG Pflegefinanzierung.

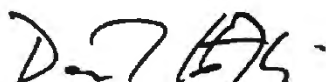
Wir bedanken uns für die Berücksichtigung unserer Stellungnahme.

Freundliche Grüsse

Für die Interessengemeinschaft Pflegefinanzierung



Elsbeth Wandeler
Delegierte
Schweizerischer Seniorenrat
Tel. 031 371 57 83
elsbeth.wandeler@bluewin.ch



Daniel Höchli
Direktor
CURAVIVA Schweiz
Tel. 031 385 33 33
d.hoechli@curaviva.ch



Marianne Pfister
Geschäftsführerin
Spitex Schweiz
Tel. 031 381 22 81
pfister@spitex.ch

In der IG Pflegefinanzierung organisieren sich:

Association Spitex privée Suisse ASPS, CURAVIVA Schweiz, senesuisse, Spitex Schweiz, Gesundheitsligen GELKO, Heilbäder und Kurhäuser Schweiz, H+ Die Spitäler der Schweiz, Inclusion Handicap, SBK/ASI, Schweizerische Alzheimervereinigung, Seniorenrat SSR-CSA

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation / Kanton : LangzeitSchweiz

Abkürzung der Firma / Organisation : LZCH

Adresse : Denkmalstrasse 1, 6006 Luzern

Kontaktperson : Simone Bertogg, Präsidentin

Telefon : 041 310 80 55

E-Mail : simone.bertogg@langzeitschweiz.ch

Datum : 26.10.2018

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen!
2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen möchten, so können Sie unter "Extras/Dokumentenschutz aufheben" den Schreibschutz aufheben.
3. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **bis am 26. Oktober 2018** an folgende E-mail Adressen: abteilung-leistung@bag.admin.ch
gever@bag.admin.ch

Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV)	
Name / Firma (bitte auf der ersten Seite angegebene Abkürzung verwenden)	Allgemeine Bemerkungen
LZCH	LangzeitSchweiz, ein Fachverband des SBK-ASI, äussert sich in seiner Stellungnahme zu den vorgesehenen Änderungen der Leistungsverordnung zum KVG aus Sicht der Pflegefachkräfte in der stationären und ambulanten Langzeitpflege und –betreuung. Wir unterstützen die Argumentation und die Forderungen des SBK-ASI vollumfänglich. Insbesondere die Höhe der Beiträge der OKP, die Modalitäten der Bedarfsabklärung sowie die derzeitige Ausgestaltung der AÜP bedürfen aus unserer Sicht einer sorgfältigen Überprüfung. Die Erhöhung der OKP-Beiträge und ihre Investition in professionelle und qualitativ hochstehende Pflegeleistungen sind für LZCH unabdingbar. Und für die Anerkennung der Pflegebedarfsabklärungsinstrumente müssen diese dem Anspruch auf Einheitlichkeit und Wissenschaftlichkeit genügen. Nur so ist eine Kostenrechnung vergleichbar und aussagekräftig. Die AÜP hat die Aufgabe, mit gezielten Vorbereitungsmaßnahmen für die Alltagsbewältigung die Rückkehr in die gewohnte Umgebung zu unterstützen. Dazu braucht es qualifizierte personelle Ressourcen und eine Ausweitung der Dauer der heutigen 14 Tage. Die Senkung der Beiträge an die ambulante Krankenpflege ist für die Praxis nicht tragbar und richtet in der Versorgungsqualität hohen Schaden an. Sie widerspricht der gesundheitspolitischen Strategie der Versorgung ambulanten mit stationär. LangzeitSchweiz lehnt analog zum SBK-ASI den ersten Teil der Revision rundum und entschieden ab und erachtet den zweiten Teil im Hinblick auf die Anerkennung der Autonomie der Pflege und den Kompetenzen der diplomierten Pflegefachpersonen als absolut ungenügend. Für LangzeitSchweiz sprengt der zunehmende administrative Aufwand für die Erfassung der Pflegeleistungen das vernünftige Mass. Diese wertvolle Zeit geht zu Lasten der zu Betreuenden und der Qualität in der Gesundheitsversorgung.

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

Detailbemerkungen zum Berichtsteil Kostenneutralität der Pflegebeiträge

Pflege zu Hause (3.)

Eine Senkung der OPK Beiträge an die ambulante Krankenpflege gefährdet die Qualität der ambulanten Pflegeversorgung und trägt daher am Ende eher zur Erhöhung der Gesundheitskosten bei. Schon jetzt ist es so, dass etliche Gemeinden und Kantone die Restkosten der Sparpolitik unterwerfen. Die Höhe der Restkosten richtet sich dann nach dem Budget der Gemeinden/Kantonen und nicht nach den Vollkosten. Wer günstiger pflegt, wird unabhängig von der erbrachten Leistungsqualität im Markt verbleiben. Dies ist sicher nicht förderlich für die Prävention und Versorgung und damit für die Gesundheit der Bevölkerung. Eine weitere Konsequenz der Beitragssenkung ist die sich verdichtende Zeit, welche für eine Pflegehandlung zur Verfügung steht. Damit werden begleitende Massnahmen zur Gesunderhaltung gekürzt und die Gesundheitskompetenz der PflegeempfängerInnen geschwächt. Dieser „Arbeitsdruck“ und auch der Lohndruck bei den Pflegenden tragen bei zum Berufsausstieg von Pflegefachpersonen.

- LangzeitSchweiz beantragt, dass die Beiträge nach Art. 7a Abs. 1 KLV regelmässig an die Kostenentwicklung in der ambulanten Pflege angepasst werden.

Nebenleistungen (3.1.2)

Abgesehen davon, dass als erstellt gilt, dass die Kosten des Pflegematerials bei der Einführung der geltenden Pflegefinanzierung unzureichend berücksichtigt worden sind, sind wir nicht der Meinung, dass die Beiträge nach Art. 7a KLV die Kosten jenes Materials 1:1 abzubilden haben; die äusserst unterschiedliche Materialintensität je nach Art der erbrachten Pflege (von der Psychiatriepflege mit praktisch unbedeutendem bis zur ambulanten Wund- und Intensivpflege mit sehr hohem Materialbedarf) verunmöglicht jede Pauschalisierung. Diese Kosten sind separat von der OKP abzugelten und die unsinnige, sachfremde und unpraktikable Unterscheidung zwischen Selbst- und Fremdanwendung aufzuheben. Angesichts des Umstandes, dass diese Kosten bis Herbst 2017 restlos von der OKP übernommen worden sind, wäre die Umsetzung dieser Forderung kostenneutral. Abgesehen davon sind auch nur die Versicherer fachlich in der Lage, den Materialbedarf an den KVG-Kriterien der Wirtschaftlichkeit, Zweckmässigkeit und Wirksamkeit zu messen.

- LangzeitSchweiz beantragt bezüglich der Abgeltung des Pflegematerials, dass die Unterscheidung zwischen Selbst- und Fremdanwendung in dem Sinn aufzuheben ist, und die entsprechenden Kosten nach MiGeL separat von der OKP abzugelten sind.

Akut- und Übergangspflege (3.1.3)

Wir bitten hier um sorgfältige Analyse des Evaluationsberichts von INFRAS. Dieser zeigt auf, dass die derzeitige Ausgestaltung der AÜP nicht genügt. Die Annahme, dass neu mehr Leistungen in der Pflege dank der AÜP erbracht würden, kann anhand der Spitex-Statistik nicht belegt werden. Das Suggestieren, wonach mit der AÜP das Stundentotal (unbegründet) ausgeweitet werden soll weisen wir entschieden zurück. Eine AÜP basiert auf einer Verordnung durch einen Spitalarzt/eine Spitalärztin und kann entsprechend nicht willkürlich ausgeweitet werden.

Bedarfsermittlung und Mindestanforderungen an Pflegebedarfsermittlungssysteme

Bedarfsabklärungsinstrumente

Die gemäss erläuterndem Bericht weiterhin vorgesehenen Instrumente genügen den im Bericht formulierten Anforderungen selber nicht: so wird der tatsächliche Pflegebedarf nur unvollkommen erfasst, weite Lücken klaffen insbesondere im psychosozialen Bereich sowie auf dem Gebiet der Familienberatungen und der

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

	Anleitung der Angehörigen. Mit diesen Instrumenten lassen sich methodisch auch keine wissenschaftlich fundierten Zeitstudien erstellen. Aus diesem Grund fordert der SBK, dass einzig validierte, umfassende Bedarfsabklärungsinstrumente anerkannt werden, welche die angestrebte Einheitlichkeit und Wissenschaftlichkeit gewährleisten. Unter Einbezug von Pflegefachpersonen, die sich in diesem Gebiet spezialisiert haben, sind die einschlägigen Verordnungsbestimmungen entsprechend zu formulieren. Zur Stärkung der Autonomie der Pflegefachpersonen Der erläuternde Bericht geht ausführlich auf die parlamentarische Initiative 11.418 (Joder) ein. Indessen scheint nach wie vor Verwirrung bezüglich des von jener Initiative verfolgten – und nun von der hängigen Volksinitiative mitverfolgten – Zwecks zu herrschen. Anders als im Kommentar auf Seite 22 dritter Absatz fälschlicherweise behauptet, regelt beispielsweise das KVG keine Kompetenzen; das KVG regelt die Abgeltung von Pflegeleistungen und deren Voraussetzungen. Hinsichtlich der Versorgungsqualität führt die Vermengung abrechnungs- und kompetenzrechtlicher Gesichtspunkte nicht zu einer Verbesserung, sondern zu einer gefährlichen Rechtsunsicherheit. Die nach wie vor dem Arzt vorbehaltene Entscheidungsbefugnis hinsichtlich von Pflegemassnahmen, die sich ausserhalb seiner Kompetenzsphäre befinden, belastet die interdisziplinäre Zusammenarbeit, gefährdet die PatientInnen und schafft erhebliche Rechtsunsicherheit hinsichtlich der Frage, wer im Schadenfall haftet. Die Unterscheidung zwischen Massnahmen der Abklärung, Beratung, Koordination und Grundpflege einerseits und Massnahmen der Untersuchung und Behandlung andererseits ist eine Selbstverständlichkeit. Bei letzteren handelt es sich immerhin um originär ärztliche Verrichtungen, die vom Arzt nur explizit und unter Beachtung der obligationen-, insb. haftungsrechtlichen Delegationsgrundsätzen, an die Pflegefachpersonen übertragen werden können. Einschränkung bei der Bedarfsermittlung Jede diplomierte Pflegefachperson verfügt über eine Ausbildung auf Tertiärniveau, sei es an einer höheren Fachschule oder eine Fachhochschule. Es ist absolut stossend, dass ihr mit der Vorlage implizit die Kompetenz abgesprochen wird, den Bedarf an ihrer beruflichen Leistungserbringung nicht einschätzen zu können. ➤ Antrag: Erfolgt die Bedarfsermittlung durch angestellte Pflegefachpersonen, reicht es, wenn diese im Besitz eines Diploms in Gesundheits- und Krankenpflege sind; den Nachweis von zwei Jahren Berufserfahrung gem. Art. 49 KVV müssen einzig die freiberuflich tätigen Pflegefachpersonen erbringen.		
Name / Firma	Artikel	Kommentar / Bemerkungen	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
LZCH	Art. 7 Abs. 2 Bst. a Ziff. 1	LangzeitSchweiz lehnt diesen unbegründeten Terminologiewechsel entschieden ab.	Art. 7 Abs. 2 Bst. a Ziff. 1 2 Leistungen im Sinne von Absatz 1 sind: a. Massnahmen der Ermittlung , Abklärung , Beratung und Koordination: 1. Ermittlung Abklärung des Pflegebedarfs und des Umfeldes des Patienten oder der Patientin und Planung der notwendigen Massnahmen.

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

LZCH	Art. 7a Abs. 1 und 3	Wir lehnen die Senkung der OKP Beiträge kategorisch ab und verweisen auf die obigen Ausführungen.	Analog unseres Einwandes bezüglich Begrifflichkeit, muss der Begriff „Ermittlung“ mit „Abklärung“ ersetzt werden.
LZCH	Art. 8 Abs. 1	De facto kodifiziert die Vorlage die bestehende Praxis und es kann nichts dagegen einzuwenden sein – nur dass, wie bereits wiederholt dargelegt, dies der auf Gesetzesstufe angelegten Diskriminierung der Pflegefachpersonen als autonome Leistungserbringer in keiner Weise abhilft.	
LZCH	Art. 8 Abs. 2 Bst. c	Die maximal 2 Wochen Akut- und Übergangspflege (AÜP) sind nicht ausreichend. Die bisherige Regelung zur AÜP ist ungenügend. Wir verweisen damit auf die Eingaben der IG Pflegefinanzierung und den Evaluationsbericht zur Neuordnung der Pflegefinanzierung von INFRAS. In diesen Dokumenten werden die Unzulänglichkeiten der AÜP klar aufgezeigt. Eine grundlegende Änderung ist anzustreben. Sie kann jedoch nur durch eine entsprechende vorgängige KVG-Anpassung vorgenommen werden. Der SBK betont die Notwendigkeit einer Anpassung der AÜP verzichtet aber aus obgenannten Gründen darauf, an dieser Stelle eine Änderung vorzuschlagen.	
LZCH	Art. 8a Abs. 1	Die Einschränkung bei der Bedarfsermittlung auf Pflegefachpersonen, welche Art. 49 KVV erfüllen, lehnen wir ab, vergleiche Antrag weiter oben.	
LZCH	Art. 20 KLV	Die KLV ist auf den 1. Januar 2019 dahingehend abzuändern, dass die LeistungserbringerInnen nach Art. 7 Abs. 1 KLV Pflegematerialien der OKP in Rechnung stellen können, unabhängig davon, ob es sich um eine Abgabe zur Selbstanwendung (gemäss MiGeL) oder der Anwendung durch eine Pflegefachperson handelt.	Die Versicherung leistet eine Vergütung an Mittel und Gegenstände, die der Behandlung oder der Untersuchung im Sinne einer Überwachung der Behandlung einer Krankheit und ihrer Folgen dienen, die auf ärztliche Anordnung von einer Abgabestelle nach Artikel 55 KVV abgegeben werden

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation / Kanton : mfe – Haus- und Kinderärzte Schweiz

Abkürzung der Firma / Organisation : mfe

Adresse : Effingerstrasse 2, 3011 Bern

Kontaktperson : Reto Wiesli, Geschäftsführer

Telefon : 031 508 36 10

E-Mail : reto.wiesli@hausarzt-schweiz.ch

Datum : 19. Oktober 2018

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen!
2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen möchten, so können Sie unter "Extras/Dokumentenschutz aufheben" den Schreibschutz aufheben.
3. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **bis am 26. Oktober 2018** an folgende E-mail Adressen: abteilung-leistung@bag.admin.ch
gever@bag.admin.ch

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV)

Name / Firma
(bitte auf der ersten
Seite angegebene
Abkürzung
verwenden)

Allgemeine Bemerkungen

mfe

mfe – der Berufsverband der Haus- und Kinderärzte Schweiz bedankt sich für die Gelegenheit, sich zu den vorgeschlagenen Änderungen der Krankenpflege-Leistungsverordnung zu äussern. mfe nimmt einerseits Stellung, weil die Revision seine Mitglieder als formelle Verordner der Leistungen unmittelbar betrifft. Andererseits hat mfe alles Interesse daran, die ambulante medizinische Grundversorgung in der Schweiz zusammen mit seinen interprofessionellen Partnern zu sichern und zu stärken.

Mit Eröffnung der Vernehmlassung hat der Bundesrat auch den umfassenden externen Evaluationsbericht von INFRAS zur Neuordnung der Pflegefinanzierung veröffentlicht. Für mfe ist es nicht nachvollziehbar, warum der Bericht in der Vorlage nicht erwähnt wird und insbesondere seine Erkenntnisse offensichtlich nicht eingeflossen sind. Der Evaluationsbericht von INFRAS zeigt verschiedene Lücken der Neuordnung der Pflegefinanzierung auf. Die Erkenntnisse des Berichts hätten in diese Vorlage einfließen müssen und wären eine Chance gewesen, Verbesserungen an der Pflegefinanzierung vorzunehmen.

mfe lehnt die vorgeschlagene Senkung der OKP-Beiträge in der ambulanten Pflege ab und fordert stattdessen eine Erhöhung dieser Beiträge. Damit würde der frühere Anteil der OKP an den Pflegekosten wieder erreicht, der Grundsatz «ambulant vor stationär» würde gestärkt.

Diese Erhöhung begründet sich entsprechend wie folgt:

- Die zur Berechnung herangezogene Datengrundlage ist ungenügend. Die Spitex Statistik erlaubt wegen des Bruchs 2010 gemäss INFRAS keine entsprechenden Vergleiche vor und nach 2010.
- Im betrachteten Zeitraum wurde die obligatorische Krankenpflegeversicherung im Verhältnis zu den anderen Zahlern entlastet: Dies ging in zahlreichen Kantonen (je nach Restfinanzierungsmodus) insbesondere zulasten der Patientinnen und Patienten.
- Zahlreiche Argumente sind nicht nachvollziehbar – beispielsweise im Bereich der Lohnentwicklung (Lohnzunahmen aufgrund von Fachkräftemangel und Spezialisierungen sind ein Faktum) oder des Pflegematerials (Verteuerung moderner Wundverbände).
- Die zentrale Annahme, die Leistungen der ambulanten Pflege müssten im Zeitraum 2010-2014 konstant bleiben, ist fraglich, wurde doch in diesem Zeitraum das DRG-Pauschalen-System eingeführt, was zu komplexeren Pflegesituationen und insbesondere auch zu einem Anstieg der höher entschädigten Leistungen führte (Massnahmen der Abklärung, Beratung und Koordination, Massnahmen der Untersuchung und der Behandlung). Seither wurde auch der Grundsatz «ambulant vor stationär» konsequent weiterverfolgt und es wurden spezialisierte Leistungen im Bereich der ambulanten Pflege eingeführt, so beispielsweise im Bereich der Demenzzpflege, Palliativpflege, Psychiatriepflege. Diese Leistungen sind teurer als «herkömmliche, einfache» Pflegeleistungen.

Dass gleichzeitig die Auswirkungen der Urteile des Bundesverwaltungsgerichts aus dem Jahre 2017, die zu grossen Problemen im Bereich der

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

Anwendung und Abrechnung von Pflegematerial geführt haben, nicht berücksichtigt und einer Lösung zugeführt werden, ist ein klarer Mangel der Vorlage. mfe schlägt vor, die bisherige, gut funktionierende Praxis betreffend Verrechnung von Pflegematerial auf den frühestmöglichen Termin definitiv in der Verordnung bzw. im Gesetz zu verankern. Dies auch im Lichte der Tatsache, dass diese Kosten seinerzeit nur ungenügend in die Berechnungen zur NPF eingeflossen sind.

Aufgrund der **ungenügenden Regelung der Restfinanzierung** wurden zulasten der Patienten auch finanzpolitisch motivierte Entscheide in Kantonen und Gemeinden getroffen. Zusammen mit den Krankenversicherern und dem Preisüberwacher fordern wir dringend eine Klärung in Form einer Präzisierung des KVG, um eine volle Kostenübernahme der Restfinanzierung durch die öffentliche Hand zu gewährleisten. Dabei ist insbesondere zu definieren, was in den Beiträgen und der Restfinanzierung alles enthalten sein muss oder was separat vergütet wird, beispielsweise Wegzeiten oder Pflegematerial.

Zur Autonomie der Pflegefachpersonen

Der erläuternde Bericht geht ausführlich auf die parlamentarische Initiative 11.418 (Joder) ein. Dazu ist folgendes festzuhalten: das KVG regelt die Abgeltung von Pflegeleistungen und deren Voraussetzungen. Die beruflichen Kompetenzen der Pflegefachpersonen sind Sache der kantonalen Gesundheitsgesetzgebung (und in Bälde auch des Bundesgesetzes über die Gesundheitsberufe). Von Rechts wegen sind die Pflegefachpersonen autonom, ausser auf diagnostischem und therapeutischem Gebiet, wo sie auf ärztliche Delegation tätig sind. Daran ändert das KVG zwar nichts, aber indem die Abgeltung von Pflegeleistungen, die dem autonomen Bereich der Pflege zugeordnet sind, vom Vorliegen einer diesbezüglichen ärztlichen Verordnung abhängig gemacht wird, wird diese Autonomie ausgehebelt. Die parlamentarische Initiative Joder wollte die Angleichung der Abgeltungsregeln des KVG an die kantonalrechtliche Kompetenzordnung, insbesondere um den Status der Gesundheits- und Krankenpflege als ärztlichen Hilfsberuf zu beseitigen. Die vorliegende Verordnungsrevision tut wenig, um diesen Eingriff in die Kompetenzen der Pflegefachleute zu beseitigen. Im KVG ist angelegt, dass Pflegefachpersonen nicht als (teil)eigenständige Leistungserbringer anerkannt werden, entsprechend müsste beim KVG angesetzt werden. Der Entscheid des Nationalrates gegen die parlamentarische Initiative Joder hat auch mfe dazu motiviert, die Pflegeinitiative des SBK zu unterstützen.

Die im Bericht erwähnte „Scharnierfunktion“ des Arztes ist im Hinblick auf den autonomen Bereich der Pflege Theorie. Bezüglich des autonomen Bereiches der Pflege sind die Ärzte fachlich nicht ausgebildet und können somit die Aufsichts- oder Kontrollfunktion nicht übernehmen. Diese Aufgabe wird vielmehr von der Krankenversicherung übernommen. Die Befürchtung vor einer Mengenausweitung, die in der Debatte über die parlamentarische Initiative Joder dominierte, ist unbegründet bzw. fehlt am Platz. Ärzte können der Ausweitung einer Menge von Pflegeleistungen nicht vorbeugen, wenn sie deren Indikation nicht beurteilen können. Die nach wie vor dem Arzt vorbehaltene Entscheidungsbefugnis hinsichtlich von Pflegemassnahmen, die sich ausserhalb seiner Kompetenzsphäre befinden, belastet die interprofessionelle Zusammenarbeit, gefährdet Patienten und schafft Rechtsunsicherheit hinsichtlich der Frage, wer im Schadenfall haftet.

Die Anerkennung der Pflegefachpersonen als autonome Leistungserbringer wird mit dieser Vorlage nicht umgesetzt. Sie unterscheidet nur zwischen einer ärztlichen Grundsatzentscheidung, ob eine Patientin allgemein auf Pflege angewiesen ist einerseits, und andererseits, bejahendenfalls, einer der Pflege zugestandenen Entscheidung hinsichtlich des Masses an spezifischen Pflegeleistungen.

Die Unterscheidung zwischen Massnahmen der Abklärung, Beratung, Koordination und Grundpflege einerseits und Massnahmen der Untersuchung und Behandlung als originär ärztliche Verrichtungen andererseits muss eine Selbstverständlichkeit sein und bleiben; entsprechend muss für die Autonomie der Pflegefachpersonen in ihrem Bereich die Gesetzesänderung gerade auch im Lichte dieser Vorlage noch einmal traktandiert werden.

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

Name / Firma	Artikel	Kommentar / Bemerkungen	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
mfe	Art. 7, Abs. 2, Bst. A Ziffer 1	Auf den Ersatz des bewährten Begriffes Abklärung durch Ermittlung beim Bedarf ist angesichts der fachlichen Abstützung ohne einleuchtende Begründung zu verzichten.	Abklärung statt Ermittlung
mfe	Art. 7a, Abs. 1 und 3	Statt der Senkung wäre eine Erhöhung angebracht. Die Belastung der OKP ist anteilmässig gesunken, das Ziel der Kostenneutralität damit mehr als erreicht.	Erhöhung der Beiträge an die ambulante Pflege
mfe	Art. 8, Abs. 1	Der neu vorgeschlagene Anordnungsprozess ist ungenügend durchdacht. Der Arzt sollte stattdessen die Notwendigkeit der Pflege feststellen (Abs. 1, a) und gleichzeitig festlegen, ob A-, B- und oder C-Leistungen benötigt werden (Abs. 1, b). Damit wird die heute übliche Praxis, wonach die Pflegefachpersonen Art und Umfang der Leistungen abklären, festgeschrieben. Auch die künstliche Trennung zwischen A-/C-Leistungen und B-Leistungen sollte aufgegeben werden. Wichtig ist: Der Arzt wird über die Pflegeleistungen informiert, die sich aus der Bedarfsabklärung ergeben, die Pflege erhält im Gegenzug die Informationen des Arztes, um die Pflegeplanung bei Bedarf anpassen zu können.	1, b) Der Arzt kann spezifische Leistungen anordnen.
mfe	Art. 8, Abs. 2, a und b	Mfe unterstützt die Verlängerung der ärztlichen Anordnung, um den administrativen Aufwand wegen unterschiedlicher Terminierung von A-/C-Leistungen und B-Leistungen zu vermindern. Bei mehreren Leistungen pro Patient muss die Dauer der Anordnung harmonisiert werden	a) Für maximal 9 Monate bei Leistungen nach Art. 7, Abs. 2, Buchstaben a-c
mfe	Art. 8, Abs. 2, c	Gemäss Evaluationsbericht von INFRAS sind die zwei Wochen Akut- und Übergangspflege ungenügend. Eine grundlegende Änderung ist auf Gesetzesstufe anzustreben.	Gesetzesänderung
mfe	Art. 8a, Abs. 1	Die Einschränkung der Bedarfsabklärung (bzw. –ermittlung) auf Pflegefachpersonen gemäss Art. 49 KVV ist eine unnötige Einschränkung der	Streichen von 1b, Streichen der Klammervoraussetzung (Art. 49 KVV)

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

		Kompetenzen diplomierter Fachleute.	
mfe	Art. 20 KLV	Die Leistungserbringer nach Art. 7, Abs. 1 KLV sollen Pflegematerialien der OKP in Rechnung stellen können. Dies soll unabhängig davon sein, ob es sich um eine Abgabe zur Selbstanwendung (gemäss MiGel) oder die Anwendung durch eine Pflegefachperson handelt.	Lösung in der Verordnung oder schnellstmöglich im übergeordneten Recht im Nachgang zu den Entscheiden des Bundesverwaltungsgerichts vom Herbst 2017

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation / Kanton : Schweizerischer Apothekerverband

Abkürzung der Firma / Organisation : pharmaSuisse

Adresse : Stationsstrasse 12, 3097 Liebefeld

Kontaktperson : Marcel Mesnil

Telefon : 031 978 58 58

E-Mail : marcel.mesnil@pharmasuisse.org

Datum : 26. Oktober 2018

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen!
2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen möchten, so können Sie unter "Extras/Dokumentenschutz aufheben" den Schreibschutz aufheben.
3. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **bis am 26. Oktober 2018** an folgende E-mail Adressen: abteilung-leistung@bag.admin.ch
gever@bag.admin.ch

Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV)

Name / Firma
(bitte auf der ersten
Seite angegebene
Abkürzung
verwenden)

Allgemeine Bemerkungen

pharmaSuisse

Bei der Einführung der Pflegebedarfsermittlung wurde offenbar übersehen, dass damit auch Leistungen im Zusammenhang mit der Medikation abgegolten werden. Die Betreuung pflegebedürftiger Menschen erfordert oftmals den Einsatz von Compliance-Hilfen bei der Medikation. Die Kosten für Material und Rüstung dieser Compliance-Hilfen durch pharmazeutisches Personal müsste aus unserer Sicht berücksichtigt werden. Es ist erwiesen, dass diese Hilfe massive Kosten, die durch eine Fehlmedikation entstehen, verhindern kann. Wir beantragen deshalb die Berücksichtigung dieser Kosten in einem separaten Budget.

Ebenfalls ist für die Mitteln und Gegenstände, welche in der Pflege eingesetzt werden, eine Lösung zu finden. Bei der Abrechnung des Pflegematerials ist bisher nicht zwischen Selbstanwendung und Applikation durch Pflegefachpersonen unterschieden worden. Die Unterscheidung zwischen Pflegematerial zur Selbstanwendung und zur Applikation durch Pflegefachpersonen ist mit grossen administrativen Aufwänden verbunden und kaum möglich. Die Leistungserbringer müssten beweisen, was sie nicht machen (d.h. was selbstangewendet wird). Bei Selbstanwendung immer eine ärztliche Anordnung vorauszusetzen, ist gemäss der Spitex nicht praktikabel. Die Spitex-Organisationen haben die Belieferung auch aus Effizienzgründen im Verlauf der letzten Jahre und das Materialmanagement immer mehr an Dritte ausgelagert (insbesondere Apotheken, oder andere Materialzulieferer). Die Apotheken sind nicht in der Lage, zwischen Selbstanwendern und Applikation durch Pflegefachpersonen zu unterscheiden. Da selbst die Spitex diese Unterscheidung nicht treffen kann, so fehlt diese Möglichkeit bei den Apotheken erst recht. Im einem Fall müssten sie dem Apotheker bezahlt werden, im anderen Fall werden sie als Bestandteil der Pflegeleistung als bereits bezahlt betrachtet. Am Abgabezeitpunkt in der Apotheke kann der Apotheker das nicht beurteilen und differenzieren. Es drohen Rückforderungsklagen der Krankenversicherer und aufwändige administrative Verfahren.

Auf die Trennung des Materials zwischen Selbstanwendung und Anwendung durch eine Pflegefachperson ist deshalb zu verzichten. Damit soll die in den vergangenen Jahren funktionierende Praxis legalisiert werden. Aufgrund der je nach Pflegeleistung sehr unterschiedlich anfallenden Kosten ist eine pauschalisierte Einrechnung in den OKP-Beiträgen der ambulanten Pflege nicht sinnvoll. Damit würden materialintensive Leistungen (z.B. Wundpflege) zu tief abgegolten. Entsprechend muss Pflegematerial separat (und nicht pauschalisiert) in Rechnung gestellt werden können.

Wir beantragen, dass die KLV auf den 1. Januar 2019 dahingehend geändert wird, dass die Leistungserbringer der Pflege gemäss Art. 7 Abs. 1 KLV das Pflegematerial der OKP in Rechnung stellen können, beispielsweise durch eine Änderung von Art. 20 KLV. Eventualantrag: Sollte dies aus juristischen Gründen nicht direkt über eine KLV-Änderung möglich sein, ist die Änderung raschestmöglich im übergeordneten Recht vorzunehmen.

Gleichzeitig ist dringend die Mittel- und Gegenständeliste zu überarbeiten und an die neuen Marktpreise anzupassen.

Wir lehnen die vorgesehene Kürzung von 3.6 % zu Lasten der Spitex Pflege ab. Bereits heute ist sichtbar, dass die Leistungen der Spitex

	aufgrund der demographischen Entwicklung der Bevölkerung zunehmen werden. Eine Kürzung dieser für die Bevölkerung wichtigen Leistungen wäre mit den geplanten Sparmassnahmen zu befürchten. Die Kosten würden sich bei einer Kürzung in den stationären Bereich verlagern und damit wäre nichts gewonnen. Die Abgeltungen sind mit den betroffenen Leistungserbringern neu zu verhandeln. Im Übrigen verweisen wir auf die Stellungnahme der Spitex Schweiz.
--	--

Name / Firma	Artikel	Kommentar / Bemerkungen	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
pharmaSuisse	20	Die KLV ist auf den 1. Januar 2019 dahingehend abzuändern, dass die Leistungserbringer nach Art. 7 Abs. 1 KLV Pflegematerialien der OKP in Rechnung stellen können, unabhängig davon, ob es sich um eine Abgabe zur Selbstanwendung (gemäss MiGeL) oder der Anwendung durch eine Pflegefachperson handelt. Eventualantrag: Sollte dies aus juristischen Gründen nicht direkt über eine KLV-Änderung möglich sein, ist die Änderung raschestmöglich im übergeordneten Recht vorzunehmen.	Die Versicherung leistet eine Vergütung an Mittel und Gegenstände, die der Behandlung oder der Untersuchung im Sinne einer Überwachung der Behandlung einer Krankheit und ihrer Folgen dienen, die auf ärztliche Anordnung von einer Abgabestelle nach Artikel 55 KVV abgegeben werden und von der versicherten Person selbst oder mit Hilfe einer nichtberuflich an der Untersuchung oder der Behandlung mitwirkenden Person angewendet werden.

Modification de l'ordonnance du DFI sur les prestations de l'assurance des soins en cas de maladie (OPAS) (neutralité des coûts, évaluation des soins requis)
Procédure de consultation du 4 juillet au 26 octobre 2018

Prise de position

Nom / entreprise / organisation / canton : Conferenza dei servizi di assistenza e cure a domicilio del Cantone Ticino

Abréviation de l'entr. / org. : Conferenza dei servizi di assistenza e cure a domicilio del Cantone Ticino

Adresse : Via Giacomo Brentani 11 6900 Lugano

Personne de référence : Stefano Motta coordinatore SACD – Enrico Conte, segretario Conferenza SACD

Téléphone : 091 973 18 10

Courriel : conferenzasacd@sacd-ti.ch

Date : 26.10.2018

Ordonnance du DFI sur les prestations de l'assurance des soins en cas de maladie (OPAS)

Nom / entreprise (prière d'utiliser l'abréviation indiquée à la première page)	Remarques générales

Conferenza dei servizi di assistenza e cure a domicilio del Cantone Ticino	Nous remercions de nous avoir donné cette possibilité de prendre position au sujet de la consultation susmentionnée. Conferenza dei servizi di assistenza e cure a domicilio del Cantone Ticino refuse catégoriquement la baisse proposée des contributions de l'AOS aux soins ambulatoires de 3,6 %. Elle demande au contraire une augmentation substantielle et indispensable de ces contributions pour les raisons suivantes: - La base de données utilisée pour le calcul est insuffisante. Selon des experts, la statistique de l'aide et de soins à domicile ne permet pas de faire des comparaisons correspondantes avant et après 2010. De nombreux arguments sont impossibles à comprendre – par exemple dans le domaine de l'évolution salariale ou du matériel de soins. - L'hypothèse centrale selon laquelle les prestations de soins ambulatoires seraient restées constantes entre 2010 et 2014 est erronée. Le système de forfaits par cas DRG a été introduit durant cette période, ce qui a débouché sur des situations de soins plus complexes et, aussi en particulier, sur une augmentation des prestations rémunérées de manière plus élevée (mesures de clarification, conseils et coordination, mesures d'examen et de traitement). Durant cette même période, le principe «l'ambulatoire avant le stationnaire» a été poursuivi de manière conséquente. Dans ce contexte, des prestations spécialisées ont été introduites dans le domaine des soins ambulatoires – aussi en concordance avec les différences stratégies nationales de la santé – par exemple dans le domaine des soins aux personnes atteintes de démence, des soins palliatifs, des soins en psychiatrie, des services durant le week-end et la nuit. Ces prestations sont plus coûteuses que des prestations de soins «habituelles et simples». L'Aide et soins à domicile a renforcé sa position de devenir un acteur essentiel et coordonné du système de soins. - Durant la période de temps concernée, l'assurance obligatoire des soins (AOS) a bénéficié de décharges par rapport aux autres payeurs: dans de nombreux cantons, cela s'est produit en particulier à la charge des patients. - En raison de la réglementation insuffisante du financement résiduel, des décisions motivées par des impératifs de politique financière ont également été prises dans des cantons et des communes au détriment des organisations d'aide et de soins à domicile. Il est urgent de définir tout ce qui doit être contenu dans les contributions et le financement résiduel ou ce qui est remboursé séparément – par ex. le temps de déplacement, le matériel de soins. Sinon la protection financière des organisations d'aide et de soins à domicile n'est pas garantie à long terme, ce qui, au final, pénalisera les patients et l'ensemble du système de soins. De plus, les répercussions des arrêts du Tribunal administratif fédéral de 2017 occasionnent un énorme chaos dans l'utilisation et la facturation du matériel de soins. Cette décision ne peut pas être appliquée de la sorte dans la pratique et des solutions claires et pérennes doivent être trouvées de toute urgence. Conferenza dei servizi di assistenza e cure a domicilio del Cantone Ticino demande la légalisation à partir du 1^{er} janvier 2019 de la pratique actuelle, qui fonctionne bien, concernant la facturation du matériel de soins (voir ci-dessous les remarques détaillées relatives au chapitre 3.1.2). Conferenza dei servizi di assistenza e cure a domicilio del Cantone Ticino salue la volonté du Conseil fédéral de réduire les charges administratives et d'accorder une meilleure reconnaissance aux soins. Toutefois, les mesures proposées à ce sujet s'avèrent éloignées de la pratique et n'ont pas été mûrement réfléchies. Conferenza dei servizi di assistenza e cure a domicilio del Cantone Ticino propose pour cette raison différents changements qui permettront une mise en œuvre plus judicieuse. Avec l'ouverture de cette consultation, le Conseil fédéral a également publié le rapport d'évaluation externe et exhaustif d'INFRAS sur le nouveau régime du financement des soins. Pour Conferenza dei servizi di assistenza e cure a domicilio del Cantone Ticino, il est incompréhensible que le présent projet de modification de l'OPAS ne mentionne jamais ce rapport et n'intègre pas ses conclusions. De même, les hypothèses sur lesquelles se base le présent projet soumis à consultation nous sont absolument incompréhensibles. Le rapport d'évaluation d'INFRAS fait très bien ressortir les différentes lacunes du nouveau régime de financement des soins. Nous considérons que les conclusions tirées du rapport d'évaluation d'INFRAS sont inadéquates. A notre avis, une occasion de procéder à des améliorations du financement des soins a ainsi été ratée.
---	--

Avant de passer aux remarques et propositions de modification concernant les différents articles spécifiques de l'OPAS, nous souhaitons approfondir certains points du rapport de consultation :

Remarques générales sur le rapport de consultation

Le rapport et les dispositions proposées ne semblent pas harmonisés. Le rapport est écrit de manière compliquée et lacunaire, partant il est difficile à lire. Quelques exemples:

- page 13, 3.1.2, Prestations annexes et prestations d'autres assureurs sociaux: Dans ce chapitre, il n'existe pas un mot sur les prestations d'autres assureurs sociaux.
- page 15, 3.1.6, Graphiques 2 et 3: Ces deux graphiques portent un titre erroné en se référant à la répartition de l'intensité des soins. Ils représentent au contraire la répartition des différentes catégories de prestations de soins.
- page 16, 3.2, Calcul du facteur de correction des contributions aux soins: Des «jours de soins» et des «prestations brutes» sont mentionnés dans la formule de calcul. Or, ces termes ne jouent aucun rôle dans les soins ambulatoires. Il faudrait se baser sur des «heures de soins» et des «recettes».
- page 21, 1.3 Durée de la prescription médicale – propositions d'adaptation: Les propositions d'adaptation ne sont pas décrites.

Remarques détaillées sur la partie du rapport portant sur la neutralité des coûts concernant les contributions aux soins

Légitimation de la neutralité des coûts (1.1)

Conferenza dei servizi di assistenza e cure a domicilio del Cantone Ticino considère qu'il manque les bases pour montrer que la réglementation n'a pas pu être respectée la première année suivant l'entrée en vigueur de la modification de la loi. Concernant l'atteinte de l'objectif principal de nouveau régime de financement des soins, l'évaluation déclare (**surlignage par Conferenza dei servizi di assistenza e cure a domicilio del Cantone Ticino**) : *« Il a été possible, de manière absolue, d'éviter une charge financière supplémentaire de l'AOS par des contributions fixes aux prestations de soins qui sont déterminées par le nouveau régime de financement des soins. »* Conferenza dei servizi di assistenza e cure a domicilio del Cantone Ticino rappelle que même des assureurs ont déclaré dans le cadre de l'évaluation du financement des soins que l'AOS avait été allégée.

Bases statistiques (3.1)

Nous nous référons à une problématique dans la statistique de l'aide et des soins à domicile qui est décrite de la manière suivante dans le rapport d'évaluation d'INFRAS, à la page 57 (**surlignage par Conferenza dei servizi di assistenza e cure a domicilio del Cantone Ticino**) : « En raison de cette rupture dans les données de la statistique de l'aide et des soins à domicile, **il est impossible de faire une comparaison directe du coût total avant et après 2010. Avec les données à disposition, il n'est pas possible de faire une estimation de l'ordre de grandeur de la distorsion des données.** » C'est la raison pour laquelle nous considérons que la statistique de l'aide et des soins à domicile ne peut pas être utilisée pour faire une comparaison de la situation avant et après 2010.

Etablissements médico-sociaux (2)

Conferenza dei servizi di assistenza e cure a domicilio del Cantone Ticino ne se prononce pas sur les explications et calculs concernant le domaine des établissements médico-sociaux. Nous approuvons toutefois une augmentation des contributions de l'AOS dans ce domaine (voir aussi la prise de position de la CI Financement des soins [\[Link\]](#)).

Prestations annexes (3.1.2)

Le chapitre 3.1.2 s'articule de manière significative aussi autour de la prise en charge des coûts du matériel de soins. Comme déjà mentionné plusieurs fois lors d'entretiens avec l'OFSP – et également reconnu par celui-ci – les coûts pour le matériel de soins ne sont pas, voire pas suffisamment pris en considération dans le calcul relatif au nouveau régime de financement des soins. En outre, le matériel utilisé depuis l'introduction du nouveau régime de

financement des soins s'est développé et a renchéri de manière correspondante. Ainsi, par exemple des pansements modernes (et plus chers), utilisés pour des soins de plaie, ont une durée d'utilisation plus longue, et nécessitent par conséquent moins de prestations de soins effectuées par une infirmière ou un infirmier. Conferenza dei servizi di assistenza e cure a domicilio del Cantone Ticino considère que, rien que pour ces raisons, les contributions de l'AOS devraient être augmentées de manière substantielle.

Même si l'on supposait que le calcul avait été fait correctement en 2011, cette argumentation dans le rapport (page 13 et suivantes) ne tient pas la route : il est constaté qu'au cours des dernières années, les organisations d'aide et de soins à domicile ont de plus en plus externalisé, pour des raisons d'efficacité, la gestion du matériel auprès de tiers (pharmaciens, médecins, fournisseurs de matériel). L'office compétent en conclut que les contributions de l'OPAS sont donc trop élevées (et par conséquent devraient en fait être réduites encore plus fortement), sans prendre en considération les deux arrêts du Tribunal administratif fédéral (TAF) de 2017 qui stipulent que le matériel utilisé dans le cadre des soins ne doit pas être facturé séparément.

Il est bien connu que ces deux arrêts du TAF créent de gros problèmes et occasionnent des frais administratifs supplémentaires. Ils débouchent sur le fait que, pour le moment, les organisations d'aide et de soins à domicile doivent assumer l'intégralité des coûts pour ce matériel jusqu'à ce qu'une solution soit trouvée avec les responsables du financement résiduel. L'AOS continuera de verser une contribution. Toutefois, nous renvoyons principalement à notre première objection: le matériel n'a pas été suffisamment pris en considération dans le nouveau régime de financement.

En outre, nous rappelons que particulièrement dans ce chapitre, les bases et les preuves sont extrêmement lacunaires. Les formulations comme «devrait tenir compte», «il est possible que», «On peut par exemple se demander pourquoi», «devraient également avoir facturés», «on peut en tous cas supposer», «Il n'est pas possible de chiffrer à combien s'élève», «on peut supposer que», «devraient être un peu trop élevées» se trouvent sur les ¾ de pages seulement de ce chapitre.

Conferenza dei servizi di assistenza e cure a domicilio del Cantone Ticino demande en outre de modifier l'OPAS au 1er janvier 2019 afin que les fournisseurs de prestations de soins puissent facturer à l'AOS le matériel de soins selon l'article 7, alinéa 1 de l'OPAS, par exemple par un changement de l'art. 20 de l'OAMAL. Il faut renoncer à séparer le matériel entre celui qui est utilisé par la personne elle-même ou celui qui est utilisé par une infirmière. Cela permettra de légaliser la pratique qui a fonctionné durant ces dernières années. En raison des coûts très différents engendrés en fonction de la prestation de soins, une prise en compte forfaitaire n'est pas judicieuse dans les contributions de l'AOS pour les soins ambulatoires. Les prestations impliquant beaucoup de matériel (par ex. les soins de plaie) ne seraient pas rémunérées de manière suffisamment élevée. Par conséquent, le matériel de soins doit pouvoir être facturé séparément (et pas un paiement par forfait).

Proposition subsidiaire: s'il n'est pas possible de procéder directement à une modification de l'OAMal, une modification doit se faire le plus rapidement possible dans le droit supérieur.

Soins aigus et de transition (3.1.3)

Sur ce point, nous demandons une analyse minutieuse du rapport d'évaluation d'INFRAS. Celui-ci montre que la configuration actuelle des soins aigus et de transition ne suffit pas.

L'hypothèse selon laquelle davantage de prestations ont été effectuées dans les soins à causedes soins aigus et de transition ne peut pas se confirmer avec la statistique de l'aide et des soins à domicile et nous rejetons fermement cette suggestion que le total des heures augmente (sans justification) à cause d'eux. Les soins aigus et de transition se basent sur une ordonnance prescrite par un médecin hospitalier et, par conséquent, ne peuvent pas être augmentés arbitrairement.

Evolution de la structure des prestations selon le type de traitement (3.1.6)

Il nous est impossible de comprendre comment l'on est arrivé à l'hypothèse que la structure de prestations par type de traitement est restée constante entre 2010 et 2014 (comme déjà susmentionné, le terme «intensité de soins» est erroné). Au cours des années passées, avec l'introduction des DRG dans les hôpitaux et avec la mise en œuvre du principe «l'ambulatoire avant le stationnaire», des cas de plus en plus complexes ont été pris en charge par les soins ambulatoires. De même, le taux des prestations A et B a augmenté en conséquent dans les soins palliatifs, les soins en oncologie, les soins psychiatriques et dans d'autres prestations de soins spécialisées. Cela est même mentionné dans ce sens dans plusieurs rapports de l'OFSP (voir par exemple le rapport «Rémunération des prestations dans le cadre des soins coordonnés», 2018). Logiquement, en contrepartie, les prestations C reculent proportionnellement. Le graphique 2 et le graphique 3 à la page 15 l'indiquent très clairement – toutefois, dans le document mis en consultation, on arrive à la conclusion à partir de ces chiffres que ceux-ci sont «relativement constants». Plus souvent toutefois, ces transferts (voulus) dans le mélange de prestation expliquent aussi de manière essentielle le renchérissement du taux-horaire.

Salaires et renchérissement général (3.1.7)

Au cours des dernières années, les salaires dans le domaine des soins ont augmenté. Le besoin en personnel formé, les interventions de nuit et durant le week-end, les spécialisations ont débouché sur des augmentations de salaire. Dans ce sens, nous considérons qu'il est faut prendre en compte les salaires comme un facteur de coûts essentiel et refusons l'argumentation de ne pas les prendre en considération.

Calcul du facteur de correction des contributions aux soins (3.2)

L'objectif de la correction des coûts est de garantir que durant l'année de transition 2010/2011, l'introduction des contributions selon l'OPAS s'est faite pour l'AOS en respectant le principe de la neutralité des coûts. Il est problématique de comparer les chiffres de 2010 à 2014. Il est déjà expliqué dans le rapport d'évaluation d'INFRAS que la rupture concernant les données dans la statistique de l'aide et des soins à domicile ne permet pas de faire une comparaison directe des coûts globaux avant et après 2010 (voir également ci-dessus).

Le rapport d'INFRA mentionne à différents endroits (voir chapitre 3.1.1) que la cohérence des données à disposition laisse à désirer pour plusieurs raisons. Il constate ainsi que les revenus de prestations selon OPAS 7 ont été saisis sous différentes rubriques, que les organisations à but lucratif n'ont été saisies dans la statistique qu'à partir de 2010 (et pas encore toutes) et que les infirmières et infirmiers indépendants de Zurich et de Genève n'étaient pas encore inclus dans la statistique en 2010, etc. Pour Conferenza dei servizi di assistenza e cure a domicilio del Cantone Ticino, la question fondamentale est de savoir si, compte tenu du manque de données tangibles, il est vraiment possible d'examiner de manière si détaillée la neutralité des coûts à l'introduction en 2011, comme le suggère la formule proposée et son résultat de 3,6 pourcents.

Conferenza dei servizi di assistenza e cure a domicilio del Cantone Ticino considère que les conclusions et la réduction des contributions à partir d'une base de données peu tangible sont arbitraires et manquent de sérieux.

Dans la perspective d'Conferenza dei servizi di assistenza e cure a domicilio del Cantone Ticino, il faut absolument augmenter les contributions aux soins. Différents facteurs indiquent qu'après presque quinze ans, la base de calcul doit être retravaillée de toute urgence:

- La base de données de 2004 n'a pas suffisamment tenu compte de différents facteurs. Par exemple les coûts du matériel de soins ou les temps de déplacement.
- Depuis l'introduction du nouveau régime de financement des soins, la demande en prestations de soins ambulatoires a fortement augmenté en raison de la stratégie des cantons « l'ambulatoire avant le stationnaire » et de l'évolution sociale (plus de ménage avec une seule personne, individualité, etc.).
- En parallèle, le besoin en offre de soins spécialisés a continué d'augmenter fortement: actuellement, les soins palliatifs, les soins aux personnes atteintes de démence, les soins psychiatriques, les soins en oncologie, les soins pédiatriques font partie en de nombreux endroits de l'offre d'une organisation d'aide et de soins à domicile (voir aussi les stratégies à ce sujet de la Confédération et des cantons). Il faut aussi compter à l'avenir avec une augmentation de cette évolution (voir le programme national de recherche «Fin de vie» (PNR 67) ou le postulat 18.3384 de la CSSS-CE «améliorer la prise en charge et le traitement des personnes en fin de vie»). Du personnel avec une formation supplémentaire doit être engagé pour

ces prestations et des instruments spécifiques être utilisés. En raison notamment de cette évolution, un transfert des coûts se produit du domaine stationnaire au domaine ambulatoire. - Le besoin en prestations 24 heures sur 24 et en services d'urgence a également fortement augmenté depuis 2011. Il est également, en partie, lié aux offres spécialisées (soins palliatifs, soins pédiatriques ambulatoires). De plus, des situations d'accompagnement en mutation débouchent également sur cette augmentation des besoins. Malgré ces facteurs flagrants, aucune augmentation des contributions et des services compétents n'a été prévue pour l'AOS au cours de ces dernières années. Cette charge supplémentaire a dû être assumée presque exclusivement par les cantons et les communes ou par les personnes concernées elles-mêmes par le biais d'adaptation/augmentation des taux de la contribution du patient (voir rapport d'évaluation d'INFRAS, pages 8, 9, 60, 63). Les organismes qui prennent en charge le financement résiduel ont essayé d'éviter des dépenses supplémentaires (par exemple avec des mesures d'économie), de les transférer (en imposant une charge plus lourde aux patients) ou de les ajourner (en partie en repoussant de trois ou quatre ans l'actualisation des contributions du financement résiduel). Par contre, l'AOS a même été allégée dans le domaine des soins ambulatoire – et ainsi l'objectif d'éviter une charge supplémentaire a été „dépassé“. Résumé: Au cours des dernières années, les prestations dans le domaine des soins sont devenues plus exigeantes et plus coûteuses et les situations de soins sont devenues plus complexes. Une spécialisation croissante a également débouché sur des exigences nouvelles et plus élevées. La pénurie de personnel alimente également la discussion concernant les salaires. En même temps, la part de l'AOS aux coûts des soins ambulatoires a été réduite au détriment des cantons, des communes et des patients. Cette évolution ne peut pas se poursuivre ainsi. Il faut une adaptation régulière des contributions à l'évolution des coûts. Avec une augmentation des contributions selon l'OPAS dans les soins ambulatoires, il sera possible à nouveau d'atteindre l'ancien niveau de participation de l'AOS aux coûts des soins et d'inclure les éléments manquants (matériel de soins, temps de déplacement, salaires). A notre avis, cela renforcera le principe «l'ambulatoire avant le stationnaire». Remarques de détails sur la partie du rapport portant sur l'«évaluation des soins requis» Nous considérons que les modifications proposées concernant les processus d'évaluation des soins requis dans le domaine des soins ambulatoires ne sont pas suffisamment élaborées. Nous avons de nombreuses propositions visant à optimiser le processus. Une clarification des concepts s'impose en particulier: pour les soins à domicile, l'évaluation des soins requis se fait de façon exhaustive (selon art. 8a, al. 2) en de multiples endroits avec l'instrument RAI Home Care. La planification des soins découle de l'évaluation des soins requis et les prestations de soins nécessaires sont déterminées sur cette base. Le résumé des prestations de soins est représenté dans un formulaire (évaluation des besoins, voir art. 8a, al. 3). Nous sommes volontiers disposés à montrer aux personnes intéressées les processus d'identification des besoins dans une organisation d'aide et de soins à domicile.			
Nom / entreprise	article	commentaires / remarques	modification proposée (texte proposé)
Conferenza dei servizi di assistenza e	Art. 7a al. 1	Nous considérons que la réduction des contributions venant de l'AOS pour les soins à domicile est inadéquate, infondée et totalement incompréhensible. Nous nous référons aux remarques générales à ce sujet qui précèdent et soulignons le point suivant: le rapport d'expert arrive à la	Conferenza dei servizi di assistenza e cure a domicilio del Cantone Ticino exige une augmentation substantielle des contributions.

cure a domicilio del Cantone Ticino		conclusion que durant la période observée, la charge proportionnelle de l'AOS a été réduite de 72% à 70% et que l'objectif de la neutralité des coûts a ainsi été dépassé. De même, on omet également de prendre en considération que les frais de salaire ont nettement augmenté et vont certainement continuer de croître en raison du besoin en personnel infirmier. De plus, la poursuite systématique de la stratégie «l'ambulatoire avant le stationnaire» a eu - et a - comme conséquence que des prestations spécialisées (et ainsi coûteuses), par exemple les soins palliatifs, les soins en oncologie, les soins en psychiatrie, ont été intégrées de plus en plus dans les soins ambulatoires (voir à ce sujet plusieurs stratégies nationales de la Confédération). Un maintien des contributions actuelles débouche sur un transfert constant des coûts croissants vers les cantons et les communes (selon la réglementation cantonale du financement résiduel) ainsi que vers les clients.	
Conferenza dei servizi di assistenza e cure a domicilio del Cantone Ticino	Art. 8 al. 1	Dans la perspective de Conferenza dei servizi di assistenza e cure a domicilio del Cantone Ticino, le nouveau processus d'ordonnance n'est pas suffisamment élaboré. Actuellement, le médecin prescrit les prestations de soins. En parallèle, des mesures spécifiques sont en partie prescrites sur la base de l'indication médicale (par exemple des bas de contention, la mesure des signes vitaux, des injections). L'infirmière ou l'infirmier qui fait l'évaluation des soins requis détermine de manière spécifique les prestations qui sont nécessaires. Le médecin signe ensuite une ordonnance pour ces prestations (en général dans le cadre d'une procédure rapide, sans examen approfondi). Les professionnels s'accordent pour admettre que la confirmation finale se fait pour la forme. Réglementation proposée: Nouvellement, le médecin constate dans une première étape la nécessité des soins (al. 1, let. a) et en même temps détermine également si des prestations A, B, C sont requises (al. 1, let. b). L'évaluation des soins requis se fait ensuite de manière exhaustive par une infirmière ou un infirmier selon l'art. 8a (cela correspond aussi aux standards internationaux, en particulier à RAI Home Care qui est utilisé presque partout dans les soins à domicile). La mise en œuvre de l'évaluation des soins requis correspond toujours dans la pratique à une prestation A, en d'autres termes, le médecin doit dans tous les cas sélectionner «A» pour que l'évaluation des soins requis soit remboursée. Si un médecin ordonne des prestations de soins A et B et qu'il résulte de l'évaluation des soins requis (évaluation de la situation dans sa globalité et de l'environnement) que le client a également besoin de prestations C, il faut à nouveau consulter le médecin à ce sujet. Cette procédure génère des coûts supplémentaires et occasionne des frais administratifs inutiles. En outre, elle s'oppose à la pratique déjà en cours actuellement et qui veut que les infirmières et infirmiers clarifient le type de prestations et leur volume.	Al. 1 b. Le médecin peut ordonner des prestations spécifiques.

		Conferenza dei servizi di assistenza e cure a domicilio del Cantone Ticino considère que la séparation artificielle entre les prestations A/C et les prestations B n'est pas judicieuse et annulerait l'effet d'épargne administratif que l'on veut poursuivre, vu que toujours plus de patients ont aussi des prestations B. Les infirmières et infirmiers sont en mesure d'évaluer de manière professionnelle quelles prestations sont nécessaires – aussi dans le domaine des soins de traitement (par exemple la mesure des signes vitaux, la mesure de la glycémie, les soins de plaie). Le médecin est informé des prestations de soins nécessaires qui résultent de l'évaluation des soins requis. En contrepartie, il est également important que les services d'aide et de soins à domicile reçoivent les informations du médecin afin de pouvoir adapter si nécessaire leur planification des soins. Conferenza dei servizi di assistenza e cure a domicilio del Cantone Ticino soutient en principe la proposition du Conseil fédéral consistant à mieux reconnaître les compétences des infirmières et infirmiers et à simplifier le processus d'évaluation des soins requis (sans devoir obtenir la signature du médecin).	
Conferenza dei servizi di assistenza e cure a domicilio del Cantone Ticino	Art. 8, al. 2, litt. a + b	Conferenza dei servizi di assistenza e cure a domicilio del Cantone Ticino soutient une prolongation du mandat médical. Cela permet de réduire les frais administratifs. La planification différente des prestations B (6 mois) et des prestations A/C (12 mois) débouche dans la pratique sur une situation absurde et compliquée et occasionne des coûts supplémentaires: dès qu'un client nécessite plusieurs prestations, il faut harmoniser la durée du mandat médical. Il faut aussi tenir compte que la complexité des situations des cas nous oblige à effectuer constamment des changements des évaluations des besoins. Exemple: Si, comme proposé, le mandat médical arrive à échéance après 6 mois pour les prestations B (et pour les prestations C prescrites seulement après 12 mois), il faut renouveler l'évaluation des soins requis après 6 mois uniquement pour les prestations B, toutefois pas pour les prestations A et C que le client reçoit en parallèle. Selon des standards internationaux et aussi selon l'art. 8a, al. 2, l'évaluation de la situation dans sa globalité et de l'environnement fait partie intégrante de l'évaluation des soins requis. Une «évaluation des soins requis partielle», qui ne porterait que sur d'éventuelles prestations B violerait l'art. 8a, al. 2 et serait contraire à la logique de l'instrument d'évaluation des besoins RAI Home Care principalement utilisé dans les soins à domicile. Il est erroné de se baser sur le processus décrit, selon lequel les soins requis sont déterminés à partir du type de prestation (A, B ou C). La situation du client est saisie à l'aide de l'évaluation globale des soins requis et les prestations concrètes de soins sont déduites de la planification des soins qui en résulte et pas l'inverse. Pour des raisons d'assurance de la qualité, Conferenza dei servizi di assistenza e cure a domicilio del Cantone Ticino propose une durée uniforme de 9 mois au maximum.	2 La durée de la prescription ou du mandat médical ne peut dépasser: a) neuf mois pour les prestations prévues à l'art. 7, al. 2, let. a, b et c b) à supprimer

Conferenza dei servizi di assistenza e cure a domicilio del Cantone Ticino	Art. 8, al. 2, litt. c	Les 2 semaines au maximum de soins aigus et de transition ne sont pas suffisantes. La réglementation actuelle à ce sujet est insuffisante. Nous nous référons aux interventions de la CI Financement des soins (Lien) et au rapport d'évaluation sur le nouveau régime de financement de soins d'INFRAS. Ces documents démontrent clairement les lacunes existant dans les soins aigus et de transition. Une modification de fond est demandée. Elle ne peut toutefois se produire qu'avec une adaptation correspondante préalable de la LAMal. Conferenza dei servizi di assistenza e cure a domicilio del Cantone Ticino souligne la nécessité d'une adaptation des soins aigus et de transition mais renonce, pour les raisons susmentionnées, à proposer une modification en cet endroit.	
Conferenza dei servizi di assistenza e cure a domicilio del Cantone Ticino	Art. 8a, al. 1	La proposition du Conseil fédéral prévoit une limitation de l'évaluation des soins requis aux infirmières et infirmiers. Conferenza dei servizi di assistenza e cure a domicilio del Cantone Ticino soutient cette égalité de traitement des différents domaines de soins. Le renvoi à l'art. 49 OAMal est considéré comme problématique, celui-ci ayant deux exigences : un diplôme (let. a) et une expérience pratique de deux ans (let. b). Conferenza dei servizi di assistenza e cure a domicilio del Cantone Ticino rejette clairement cette dernière limitation. Les curricula de formation des infirmières et infirmiers prévoient explicitement les activités d'évaluation des soins requis. A la fin de sa formation, le personnel infirmier (diplômé et dûment formé) est par conséquent en mesure de procéder immédiatement à l'évaluation des soins requis. Les infirmières et infirmiers suivent un complément de formation de plusieurs jours afin de pouvoir procéder à l'évaluation des soins requis à l'aide de RAI Home Care. Le fait d'introduire un délai de deux ans avant qu'une infirmière ou un infirmier n'ait le droit d'effectuer l'évaluation des soins requis limiterait massivement la pratique actuelle dans les services d'aide et de soins à domicile et se répercuterait négativement sur l'attrait de l'Aide et soins à domicile en tant qu'employeur pour un/e jeune diplômé/e. A notre avis, l'art. 49 de l'OAMal définit les conditions qui doivent être remplies pour pouvoir exercer en tant qu'infirmière ou infirmier indépendant. En outre, conformément à nos explications concernant l'art. 8, nous proposons de renoncer à la séparation artificielle entre les prestations A/C et B et de supprimer par conséquent la let. b.	1 Les soins requis pour mettre en œuvre la prescription ou le mandat médical sont évalués comme suit: a. pour les prestations prévues à l'art. 7, al. 2, let. a et c: par un infirmier ou une infirmière (art. 49 OAMal) en collaboration avec le patient ou ses proches; le résultat est transmis, pour information, au médecin prescripteur ; b. pour les prestations prévues à l'art. 7, al. 2, let. b: ou les soins aigus et de transition, par un infirmier ou une infirmière (art. 49 OAMal) en collaboration avec le médecin prescripteur et le patient ou ses proches.
Conferenza dei servizi di assistenza e cure a domicilio del	Art. 8a, al. 2	L'évaluation des soins requis comprend l'évaluation de la situation du patient ou de la patiente dans sa globalité ainsi que l'évaluation de son environnement. Cela correspond tout à fait à l'instrument d'évaluation RAI Home Care qui est utilisé dans les soins à domicile par environ 85% des organisations.	

Cantone Ticino			
Conferenza dei servizi di assistenza e cure a domicilio del Cantone Ticino	Art. 8a°, al. 3	Selon le commentaire, l'art. 8a se réfère à l'évaluation des soins requis en général (commentaire, page 27), donc aux organisations d'aide et de soins à domicile, aux infirmières et infirmiers indépendants et aux établissements médico-sociaux (EMS). L'al. 3 exige des critères uniformes mais en fait il exige également beaucoup plus un formulaire standardisé. Conferenza dei servizi di assistenza e cure a domicilio del Cantone Ticino considère qu'une configuration de l'annonce des soins requis dans un formulaire (résumé des prestations de soins évaluées selon l'évaluation des soins requis) identique pour le domaine ambulatoire et stationnaire n'est pas judicieuse ni constructive. Les situations ne sont pas comparables et il existe des instruments différents d'évaluations des soins requis selon les settings respectifs (voir par exemple interRAI). Conferenza dei servizi di assistenza e cure a domicilio del Cantone Ticino soutient la configuration uniforme de l'annonce des besoins au sein du secteur des soins à domicile – celle-ci devrait être impérativement élaborée sous forme électronique. Nous rendons attentif aux efforts actuels correspondants réalisés dans le domaine des soins à domicile, en collaboration avec les assureurs-maladie. Ceux-ci ne pourront toutefois pas aboutir d'ici à l'entrée en vigueur prévue en juillet 2019. Par conséquent, nous demandons une réglementation transitoire en vue d'une introduction réaliste (voir ci-dessous).	3 Elle se fonde sur des critères uniformes dans le domaine stationnaire et ambulatoire respectif...
Conferenza dei servizi di assistenza e cure a domicilio del Cantone Ticino	Dispositions transitoires	Comme déjà mentionné dans les remarques à l'art. 8, al. 3, l'introduction d'une annonce (électronique) uniforme des besoins ne peut pas être terminée pour juillet 2019.	L'évaluation des soins requis dans les établissements médico-sociaux selon l'ancien droit reste possible jusqu'à la fin 2020.
Conferenza dei servizi di assistenza e cure a domicilio del Cantone Ticino	Art. 20	L'OPAS doit absolument être modifiée à partir du 1^{er} janvier 2019 de telle sorte que les fournisseurs de prestations puissent facturer le matériel de soins à l'AOS selon l'art. 7, al. 1 de l'OPAS, indépendamment du fait que ce matériel soit remis au patient ou à la patiente pour son utilisation propre (selon la LiMA) ou utilisé par une infirmière ou un infirmier. Proposition subsidiaire: s'il n'est pas possible de procéder directement à une modification de l'OAMal, une modification doit se faire le plus rapidement possible dans le droit supérieur.	L'assurance octroie un remboursement pour les moyens et appareil thérapeutiques ou diagnostiques visant à surveiller le traitement d'une maladie et ses conséquences remis sur prescription médicale par un centre de remise au sens de l'art. 55 OAMal et utilise p l'assuré lui-même ou avec l'aide d'un intervenant non professionnel impliqué dans l'examen ou le traitement.

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

Stellungnahme vom SBK

Name / Firma / Organisation / Kanton : Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner

Abkürzung der Firma / Organisation : SBK-ASI

Adresse : Choisystrasse 1, 3001 Bern

Kontaktperson : Pierre-André Wagner, Leiter Rechtsdienst

Telefon : 031 388 36 36

E-Mail : pierre-andre.wagner@sbk-asi.ch

Datum : 18.10.2018

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen!
2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen möchten, so können Sie unter "Extras/Dokumentenschutz aufheben" den Schreibschutz aufheben.
3. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **bis am 26. Oktober 2018** an folgende E-mail Adressen: abteilung-leistung@bag.admin.ch
gever@bag.admin.ch

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV)

Name / Firma (bitte auf der ersten Seite angegebene Abkürzung verwenden)	Allgemeine Bemerkungen
SBK-ASI	Der Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (SBK) bedankt sich für die Gelegenheit, sich zu den vorgesehenen Änderungen der Leistungsverordnung zum KVG zu äussern. Der SBK wird sich nachfolgend grundsätzlich nur insofern äussern, als die Revision seine Mitglieder als Leistungserbringer unmittelbar betrifft. Dies trifft auf v.a. auf die freiberuflichen Pflegefachpersonen zu. Zudem äussert er sich zu Punkten, welche die pflegerische Versorgung oder die Pflegefachpersonen tiefgreifend betreffen. Die Ansichten der weiteren betroffenen Leistungserbringer – Organisationen der ambulanten Krankenpflege und Alters- und Pflegeheime – werden von den jeweiligen Organisationen vertreten und der SBK verweist auf deren Stellungnahmen. Er schliesst sich diesen in den Punkten bezüglich Kostenneutralität prinzipiell an. Zudem unterstützt der SBK die Argumente der IG Pflegefinanzierung: https://www.spitex.ch/files/9G0FLTJ/2018_04_26_argumentarium_igpf_d.pdf Insbesondere nimmt der SBK keine Stellung zu den Erläuterungen, die sich auf den Heimbereich beziehen – mit zwei Ausnahmen: Erstens unterstützt er dezidiert die Erhöhung der OKP-Beiträge in diesem Bereich und verlangt von den Heimen, dass die Erhöhung der OKP Beiträge in professionelle und qualitativ hochstehende Pflegeleistungen – sprich in das Personal, welches diese Pflege sicherstellt - investiert werden. Zweitens fordert der SBK, dass einzig Pflegebedarfsabklärungsinstrumente anerkannt werden, die – anders als es im erläuternden Bericht vorgesehen ist – dem Anspruch auf Einheitlichkeit und Wissenschaftlichkeit wirklich zu genügen vermögen. Die geplante Revision beschlägt einesteils die Höhe der Beiträge der OKP, anderenteils die Modalitäten der Bedarfsabklärung (neu: Bedarfsermittlung). Der SBK lehnt den ersten Teil der Revision rundum und entschieden ab und erachtet den zweiten Teil im Hinblick auf die Anerkennung der Autonomie der Pflege als absolut ungenügend. Die Senkung der Beiträge an die ambulante Krankenpflege ist sachlich unbegründet und deren Berechnung nicht nachvollziehbar; ausserdem torpediert sie die Bemühungen um den Aufbau einer wirksamen, zweckmässigen, wirtschaftlichen und nachhaltigen ambulanten pflegerischen Versorgung; sie widerspricht diametral der gesundheitspolitischen Strategie der Förderung der ambulanten vor der stationären Versorgung. Im Gegensatz zur vorliegenden Änderung kommt der Expertenbericht von INFRAS zum Schluss, dass die anteilmässige Belastung der OKP im Betrachtungszeitraum von 72% auf 70% gesunken und somit das Ziel die Kostenneutralität einzuhalten mehr als erreicht worden ist. Auch basierend auf dieser Grundlage ist die vorgeschlagene Senkung der OKP Beiträge unverständlich. Die vorgebliche Stärkung der Autonomie der Pflegefachpersonen punkto Bedarfsermittlung stellt aus Sicht des SBK nichts Weiteres als den bemühten und vor allem untauglichen Versuch dar, der hängigen Volksinitiative „Für eine starke Pflege“ Wind aus den Segeln zu nehmen. Der Widerspruch zwischen der rechtlich gegebenen Teilautonomie des Pflegeberufs und der Abrechnungskompetenz laut KVG besteht auf gesetzlicher Ebene und lässt sich nicht durch Kosmetik auf Verordnungsebene auflösen.

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

Detailbemerkungen zum Berichtsteil Kostenneutralität der Pflegebeiträge

Pflege zu Hause (3.)

Einleitend muss festgestellt werden, dass die Berechnungen, mit denen eine Senkung der OKP-Beiträge an die ambulante Krankenpflege um sehr präzise 3.6% begründet werden, auf eine seitenlange Aneinanderreihung von – teilweise erst noch im Widerspruch zu vom Bundesrat selbst bestellten Grundlagen wie dem im Bericht mit keinem Wort erwähnten Infrass-Evaluationsbericht - Mutmassungen, Hypothesen, Konditionalsätzen und Approximationen basiert. Die vorhandenen statistischen Grundlagen sind eingestandenermassen mager und lückenhaft. Drei Beispiele unter vielen: unberücksichtigt bleibt der Umstand, dass 2010 in Zeiteinheiten von 10, in 2014 von 5 Minuten fakturiert wurde. Oder: Es wird gemutmasst, die Aufnahme neuer Leistungen wie der Koordinationsmassnahmen und des Richtens von Medikamenten habe keine Kostenfolgen gezeitigt, was so pauschal wie unsubstanziert damit begründet wird, diese Leistungen seien wohl auch früher „unter anderem Namen“ fakturiert und abgegolten worden. Oder: die im Bericht ausgewiesenen Einnahmen sind um einiges höher, als die aufgrund der geleisteten Pflegestunden errechneten, realen Kosten. Schliesslich und schlussendlich bildet die vorgeschlagene Senkung das Ergebnis eines doch recht kruden Kalküls: die Zunahme der Kosten der ambulanten Pflege wird durch die – geringere - Zunahme der erbrachten Pflegestunden dividiert, woraus geschlossen wird, dass die Stundenkosten gestiegen sind, weshalb die Stundenkosten im entsprechenden Mass gesenkt werden – mit Hinweis auf das vom Gesetzgeber angeblich vorgegebene Ziel der Kostenneutralität. Für den SBK stellt sich prinzipiell die Frage, ob man angesichts der Unsicherheiten in den Daten überhaupt die Kostenneutralität bei Einführung 2011 so detailliert überprüfen kann, wie es die Formel und deren Ergebnis 3.6 Prozent suggerieren.

Dass die absolute Anzahl erbrachter Pflegestunden steigt, sollte angesichts hinlänglich bekannter demographischer Faktoren niemanden mehr überraschen. Dass – entgegen der Behauptungen im erläuternden Bericht – auch die Pflegeintensität steigt, sollte angesichts ebenso hinlänglich bekannter Faktoren nicht nur demographischer, sondern auch gesundheitspolitischer Art (sinkende Dauer der durchschnittlichen Krankenhausaufenthaltsdauer, N.B. bei dauernd zunehmender Komplexität der Krankheitsbilder) ebenso wenig überraschen. Dies lässt sich in aller wünschbaren Deutlichkeit aus den Graphiken 2 und 3 ablesen, die einen proportional sinkenden Anteil der Grundpflege und dafür einen wachsenden Anteil Abklärung, Beratung, Untersuchung und Behandlungspflege aufweisen. Zum Nachweis der steigenden Pflegeintensität bedürfte es allerdings präziserer Indikatoren, auch angesichts der Aufgabe der Unterscheidung zwischen einfacher und komplexer Grundpflege im Rahmen der Einführung der neuen Pflegefinanzierung. Im Ergebnis lässt die der Beitragssenkung zugrunde gelegte Berechnung nicht nur jede Stringenz, sondern auch jeden Realitätsbezug vermissen: die Tendenz der vorliegenden Revision – wenn jede Zunahme der Pflegeintensität im ambulanten Bereich mit einer entsprechenden Senkung der OKP-Beiträge quittiert bzw. sanktioniert wird - weist auf ein absolut inakzeptables Desengagement der Krankenversicherung auf dem gesamten Gebiet der ambulanten Gesundheitsversorgung hin. Diese fundamentalistische Interpretation von Kostenneutralität, verbunden mit der Ausgestaltung der Pflegefinanzierung, verletzt auch fraglos den verfassungsmässigen Grundsatz der fiskalischen Äquivalenz, demgemäss es demjenigen Gemeinwesen, das die Kosten einer staatliche Leistung trägt, zusteht, über diese Leistung zu bestimmen. Damit wäre wiederum der Nachweis erbracht, dass die von der Volksinitiative „Für eine starke Pflege“ verlangte „angemessene Abgeltung der Pflegeleistungen“ absolut unumgänglich ist. (Keinen anderen Schluss lässt übrigens auch die im erläuternden Bericht schwarz auf weiss bestätigte, negative Entwicklung der Löhne des Pflegepersonals zu).

Der SBK beantragt, dass die Beiträge nach Art. 7a Abs. 1 KLV regelmässig, aber mindestens alle drei Jahre, an die Kostenentwicklung in der ambulanten Pflege angepasst werden.

Subsidiär

Sollte die geplante Senkung der OKP-Beiträge an die ambulanten Pflegeleistungen tatsächlich in Kraft gesetzt werden, ist eine genügende Übergangsfrist vorzusehen. Gemäss geltendem System der Pflegefinanzierung tragen die Kantone die Verantwortung für die Restfinanzierung. Sinkt der Anteil der OKP (und dementsprechend

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

auch der danach berechnete maximale Patientenanteil), geht die entsprechend höhere Differenz zu den Vollkosten der Pflege zulasten der Restfinanzierer. Bereits jetzt bzw. seit Einführung der neuen Pflegefinanzierung im Jahr 2011 ist festzustellen, dass die Restfinanzierung praktisch nirgends in der Schweiz zufriedenstellend geregelt ist, wie der SBK anlässlich jeder Evaluation vorgebracht und bemängelt hat – ohne dass sich je etwas verbessert hätte. Wie zuletzt die Erfahrung im Zusammenhang mit der chaotischen Umsetzung (bzw. Nichtumsetzung) der oben erwähnten Urteile des Bundesverwaltungsgerichts vom Herbst 2017 zur Abgeltung der Pflegematerialkosten zeigt, ist keine Eile der Kantone (und/oder Gemeinden) bei der Anhebung der Restfinanzierungsbeiträge zu erwarten. Wollen sich die Bundesbehörden nicht dem qualifizierten Vorwurf aussetzen, die Abgeltung der ambulanten Pflege auf dem Altar kantonaler Sparpolitik zu opfern oder opfern zu lassen, müssen sie ihre Verantwortung wahrnehmen und mindestens durch die Gewährung einer nützlichen Übergangsfrist dafür sorgen, dass keine Finanzierungslücke entsteht.

Unsere Befürchtung ist aber vielmehr, dass die geplante Senkung der OKP-Beiträge eine absolute Senkung der Abgeltung der ambulanten Pflegeleistungen induzieren wird. Auf die pflegerische Versorgung der Bevölkerung wird sich dies dahingehend auswirken, dass einzelne Leistungserbringer ihre Tätigkeit werden aufgeben, die anderen mit Einsparungen beim Personalbestand und bei der Personalqualifikation werden reagieren müssen. Das Ergebnis: verzögerte Spitalaustritte, vermehrte unnötige Komplikationen und Rehospitalisationen.

Auf jeden Fall ist eine Einführung auf Mitte Jahr aufgrund des damit verbundenen unverhältnismässigen administrativen Aufwandes abzulehnen; wie verweisen diesbezüglich auf die Stellungnahme der GDK.

Eventualanträge:

1. *Der Zeitpunkt der Inkraftsetzung ist auf Anfang Jahr zu setzen; den Kantonen ist eine angemessene Frist zur Anpassung der Restfinanzierung zu gewähren.*
2. *Den Kantonen ist vor Inkrafttreten der Beitragsanpassung eine genügende Übergangsfrist zu gewähren.*
3. *Der Bundesrat erlässt zuhanden der Kantone einheitliche Kriterien zur Erhebung, Berechnung und Festsetzung der Vollkosten sowie ergänzend zur Finanzierung der Versorgungspflicht in der ambulanten Pflege.*

Nebenleistungen (3.1.2)

Abgesehen davon, dass als erstellt gilt, dass die Kosten des Pflegematerials bei der Einführung der geltenden Pflegefinanzierung unzureichend berücksichtigt worden sind, sind wir nicht der Meinung, dass die Beiträge nach Art. 7a KLV die Kosten jenes Materials 1:1 abzubilden haben; die äusserst unterschiedliche Materialintensität je nach Art der erbrachten Pflege (von der Psychiatriepflege mit praktisch unbedeutendem bis zur ambulanten Wund- und Intensivpflege mit sehr hohem Materialbedarf) verunmöglicht jede Pauschalisierung. Diese Kosten sind separat von der OKP abzugelten und die unsinnige, sachfremde und unpraktikable Unterscheidung zwischen Selbst- und Fremdanwendung aufzuheben. Angesichts des Umstandes, dass diese Kosten bis Herbst 2017 restlos von der OKP übernommen worden sind, wäre die Umsetzung dieser Forderung kostenneutral. Abgesehen davon sind auch nur die Versicherer fachlich in der Lage, den Materialbedarf an den KVG-Kriterien der Wirtschaftlichkeit, Zweckmässigkeit und Wirksamkeit zu messen.

Der SBK beantragt bezüglich der Abgeltung des Pflegematerials, dass die Unterscheidung zwischen Selbst- und Fremdanwendung in dem Sinn aufzuheben ist, dass die entsprechenden Kosten wie vor den Bundesverwaltungsgerichtsurteilen vom Herbst 2017 nach MiGeL separat von der OKP abzugelten sind.

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

Akut- und Übergangspflege (3.1.3)

Wir bitten hier um sorgfältige Analyse des Evaluationsberichts von INFRAS. Dieser zeigt auf, dass die derzeitige Ausgestaltung der AÜP nicht genügt. Die Annahme, dass neu mehr Leistungen in der Pflege dank der AÜP erbracht würden, kann anhand der Spitex-Statistik nicht belegt werden. Das Suggestieren, wonach mit der AÜP das Stundentotal (unbegründet) ausgeweitet werden soll weisen wir entschieden zurück. Eine AÜP basiert auf einer Verordnung durch einen Spitalarzt/eine Spitalärztin und kann entsprechend nicht willkürlich ausgeweitet werden.

Bedarfsermittlung und Mindestanforderungen an Pflegebedarfsermittlungssysteme

Begrifflichkeit

Im Sinne einer Vorbemerkung stellen wir fest, dass der herkömmliche, fachlich abgestützte und bewährte Begriff der Bedarfsabklärung durch den Begriff der Bedarfsermittlung ersetzt worden ist. Da dies im erläuternden Bericht beim Punkt 1.6 zwar erwähnt aber die Auswirkungen mit keinem Wort erläutert werden, können wir über die Gründe nur Vermutungen anstellen. Damit soll wohl eine kalte Leistungskürzung erreicht werden: während die Bedarfsabklärung im Sinne einer laufenden Beobachtung des Zustandes der Patientin und der Ergebnisse der Pflege laufender Teil des Pflegeprozesses ist und entsprechend verrechnet werden kann, scheint die Bedarfsermittlung auf die Ermittlung des Pflegebedarfs bei Übernahme des Patienten bzw. zu Beginn einer Verordnungsperiode begrenzt. Der SBK lehnt diesen unbegründeten Terminologiewechsel entschieden ab.

Bedarfsabklärungsinstrumente

Die gemäss erläuterndem Bericht weiterhin vorgesehenen Instrumente genügen den im Bericht selber formulierten Anforderungen nicht: so wird der tatsächliche Pflegebedarf nur unvollkommen erfasst, weite Lücken klaffen insbesondere im psychosozialen Bereich sowie auf dem Gebiet der Familienberatungen und der Anleitung der Angehörigen. Mit diesen Instrumenten lassen sich methodisch auch keine wissenschaftlich fundierten Zeitstudien erstellen. Aus diesem Grund fordert der SBK, dass einzig valide, validierte, umfassende Bedarfsabklärungsinstrumente anerkannt werden, welche die angestrebte Einheitlichkeit und Wissenschaftlichkeit gewährleisten. Unter Einbezug von Pflegefachpersonen, die sich in diesem Gebiet spezialisiert haben, sind die einschlägigen Verordnungsbestimmungen entsprechend zu formulieren.

Zur Stärkung der Autonomie der Pflegefachpersonen

Der erläuternde Bericht geht ausführlich auf die – vom Bundesrat damals dezidiert abgelehnte – parlamentarische Initiative 11.418 (Joder) ein. Indessen scheint nach wie vor Verwirrung bezüglich des von jener Initiative verfolgten – und nun von der hängigen Volksinitiative mitverfolgten – Zwecks zu herrschen. Anders als im Kommentar auf Seite 22 dritter Absatz fälschlicherweise behauptet, regelt das KVG keine Kompetenzen; das KVG regelt die Abgeltung von Pflegeleistungen und deren Voraussetzungen. Die beruflichen Kompetenzen der Pflegefachpersonen sind Sache der kantonalen Gesundheitsgesetzgebung (und in absehbarer Zukunft zu einem bestimmten Mass des Bundesgesetzes über die Gesundheitsberufe). Von Rechts wegen sind die Pflegefachpersonen autonom, ausser auf diagnostischem und therapeutischem Gebiet, wo sie auf ärztliche Delegation tätig sind. Daran kann das KVG von Verfassungswegen nichts ändern. Das KVG kann indessen die Autonomie der Pflegefachpersonen – und damit die kantonale Kompetenzordnung – vereiteln und ins Leere laufen lassen, indem die Abgeltung von Pflegeleistungen, die dem autonomen Bereich der Pflege zugeordnet sind, vom Vorliegen einer diesbezüglichen ärztlichen Verordnung abhängig gemacht wird. Die parlamentarische Initiative Joder bezweckte einzig und alleine die Angleichung der Abgeltungsregeln des KVG an die kantonalrechtliche Kompetenzordnung – u.a. um den Anschein, dass es sich bei der Gesundheits- und Krankenpflege um einen ärztlichen Hilfsberuf handelt, zu beseitigen. Die vorliegende Verordnungsrevision tut nichts, um diesen Eingriff in die Kompetenzen der Pflegefachleute zu beseitigen; ist der Übergriff im KVG angelegt – indem es die Pflegefachpersonen nicht als (teil)eigenständige Leistungserbringer anerkennt – so muss beim KVG angesetzt werden. Nachdem dieser Weg mit dem Nichteintretensentscheid des Nationalrates auf die

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

parlamentarische Initiative Joder gescheitert ist, wird der SBK alles daran setzen, die der Pflege zustehende Anerkennung nun über die Bundesverfassung zu erwirken.

Die im Bericht vielfach bemühte sog. „Scharnierfunktion“ des Arztes hat **im Hinblick auf den autonomen Bereich** der Pflege keinerlei Daseinsberechtigung. Die dem Arzt – wenn nun auch nur noch mehr oder weniger der Form halber – zuge dachte „Gatekeeper“-Funktion bei diesen typischen Pflegeleistungen ist eine Fiktion. Bezüglich des autonomen Bereiches der Pflege sind die Ärzte fachlich nicht ausgebildet und können somit keinerlei Aufsichts- oder Kontrollfunktion übernehmen. Diese Aufgabe wird vielmehr (äusserst wirksam) von der Krankenversicherung übernommen. Wie die Leistungserbringer sehr wohl wissen, stellt das Vorliegen einer ärztlichen Verordnung für eine bestimmte – auch ärztlich-delegierte! – pflegerische Verrichtung nicht die geringste Garantie dar, dass diese von der Versicherung als WZW-konform und damit als abgeltungsfähig eingestuft wird. Damit ist auch die abermals vorgeschobene Befürchtung vor einer Mengenausweitung entkräftet, wie bereits anlässlich der Debatten über die parlamentarische Initiative Joder zur Über genüge dargelegt. Wie sollen Ärzte der Ausweitung einer Menge von Pflegeleistungen vorbeugen, deren Indikation sie nicht zu beurteilen in der Lage sind? Unverständlich sind diesbezüglich die Ausführungen im Bericht zur angeblichen „dreifachen Kontrolle der Verrechnung“: weder von den PatientInnen noch von den kantonalen (geschweige denn kommunalen) Behörden kann ernsthaft angenommen werden, dass sie diese Aufgabe auch nur im Entferntesten zu erfüllen in der Lage sind (wie dies die Kantone selber deklarieren, vgl. Vernehmlassungsstellungnahme der GDK).

Hinsichtlich der Versorgungsqualität führt die Vermengung abrechnungs- und kompetenzrechtlicher Gesichtspunkte eben nicht zu einer Verbesserung, sondern zu einer gefährlichen Rechtsunsicherheit. Die nach wie vor dem Arzt vorbehaltene Entscheidungsbefugnis hinsichtlich von Pflegemassnahmen, die sich ausserhalb seiner Kompetenzsphäre befinden, belastet die interdisziplinäre Zusammenarbeit, gefährdet die PatientInnen und schafft erhebliche Rechtsunsicherheit hinsichtlich der Frage, wer im Schadenfall haftet.

Dem Anliegen der Pflege um Anerkennung ihrer Autonomie gibt die Vorlage dadurch vor entgegenzukommen, dass unterschieden wird zwischen einer ärztlichen Grundsatzentscheidung, ob eine Patientin allgemein auf Pflege angewiesen ist einerseits, und andererseits, bejahendenfalls, einer der Pflege zugestandenen Entscheidung hinsichtlich des Masses an spezifischen Pflegeleistungen. **De facto kodifiziert die Vorlage die bestehende Praxis und es kann nichts dagegen einzuwenden sein – nur dass, wie bereits wiederholt dargelegt, dies der auf Gesetzesstufe angelegten Diskriminierung der Pflegefachpersonen als autonome Leistungserbringer in keiner Weise abhilft.**

Die Unterscheidung zwischen Massnahmen der Abklärung, Beratung, Koordination und Grundpflege einerseits und Massnahmen der Untersuchung und Behandlung andererseits ist eine Selbstverständlichkeit; bei letzteren handelt es sich immerhin um originär ärztliche Verrichtungen, die vom Arzt nur explizit und unter Beachtung der obligationen-, insb. haftungsrechtlichen Delegationsgrundsätzen, an die Pflegefachpersonen übertragen werden können.

Einschränkung bei der Bedarfsermittlung

Der Vorschlag des Bundesrates sieht eine Einschränkung der Bedarfsermittlung auf Pflegefachpersonen gemäss Art. 49 KVV vor. Freiberufliche Pflegefachpersonen erfüllen diese Bedingung bereits. Allerdings würde die Änderung bedeuten, dass auch angestellte Pflegefachpersonen in einer Spitexorganisation oder einem Pflegeheim eine zweijährige praktische Tätigkeit nachzuweisen haben. Diese Einschränkung würde sich negativ auf die Attraktivität des Spitex- und Heimbereiches auswirken und den Fachkräftemangel in diesen Bereichen zusätzlich verschärfen. Diplomierte Pflegefachpersonen sind nach ihrer HF oder FH Ausbildung vollumfänglich in der Lage, eine Bedarfsabklärung vorzunehmen. Sollte sich diese Massnahme mit der aus Sicht des BAG erhöhten Autonomie rechtfertigen, erinnern wir daran, dass der SBK die zweijährige Erfahrung im Rahmen der parlamentarischen Initiative 11.418 ausschliesslich im Zusammenhang mit einer Gesetzesanpassung vorgeschlagen hat.

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

Antrag Erfolgt die Bedarfsermittlung durch angestellte Pflegefachpersonen, reicht es, wenn diese im Besitz eines Diploms in Gesundheits- und Krankenpflege sind; den Nachweis von zwei Jahren Berufserfahrung gem. Art. 49 KVV müssen einzig die freiberuflich tätigen Pflegefachpersonen erbringen.			
Name / Firma	Artikel	Kommentar / Bemerkungen	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
SBK-ASI	Art. 7 Abs. 2 Bst. a Ziff. 1	Der SBK lehnt diesen unbegründeten Terminologiewechsel entschieden ab.	Art. 7 Abs. 2 Bst. a Ziff. 1 2 Leistungen im Sinne von Absatz 1 sind: a. Massnahmen der Ermittlung , Abklärung , Beratung und Koordination: 1. Ermittlung Abklärung des Pflegebedarfs und des Umfeldes des Patienten oder der Patientin und Planung der notwendigen Massnahmen,
SBK-ASI	Art. 7a Abs. 1 und 3	Wir lehnen die Senkung der OKP Beiträge kategorisch ab und verweisen auf die obigen Ausführungen.	
SBK-ASI	Art. 8 Abs. 1	De facto kodifiziert die Vorlage die bestehende Praxis und es kann nichts dagegen einzuwenden sein – nur dass, wie bereits wiederholt dargelegt, dies der auf Gesetzesstufe angelegten Diskriminierung der Pflegefachpersonen als autonome Leistungserbringer in keiner Weise abhilft.	Analog unseres Einwandes bezüglich Begrifflichkeit, muss der Begriff „Ermittlung“ mit „Abklärung“ ersetzt werden.
SBK-ASI	Art. 8 Abs. 2 Bst. c	Die maximal 2 Wochen Akut- und Übergangspflege (AÜP) sind nicht ausreichend. Die bisherige Regelung zur AÜP ist ungenügend. Wir verweisen damit auf die Eingaben der IG Pflegefinanzierung und den Evaluationsbericht zur Neuordnung der Pflegefinanzierung von INFRAS. In diesen Dokumenten werden die Unzulänglichkeiten der AÜP klar aufgezeigt. Eine grundlegende Änderung ist anzustreben. Sie kann jedoch nur durch eine entsprechende vorgängige KVG-Anpassung vorgenommen werden. Der SBK betont die Notwendigkeit einer Anpassung der AÜP verzichtet aber aus obgenannten Gründen darauf, an dieser Stelle eine Änderung vorzuschlagen.	
SBK-ASI	Art. 8a Abs. 1	Die Einschränkung bei der Bedarfsermittlung auf Pflegefachpersonen, welche Art. 49 KVV erfüllen, lehnen wir ab, vergleiche Antrag weiter oben.	
SBK-ASI	Art. 20 KLV	Die KLV ist auf den 1. Januar 2019 dahingehend abzuändern, dass die Leistungserbringer nach Art. 7 Abs. 1 KLV Pflegematerialien der OKP in Rechnung stellen können, unabhängig davon, ob	Die Versicherung leistet eine Vergütung an Mittel und Gegenstände, die der Behandlung

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

		es sich um eine Abgabe zur Selbstanwendung (gemäss MiGeL) oder der Anwendung durch eine Pflegefachperson handelt. Eventualantrag: Sollte dies aus juristischen Gründen nicht direkt über eine KLV-Änderung möglich sein, ist die Änderung raschestmöglich im übergeordneten Recht vorzunehmen.	oder der Untersuchung im Sinne einer Überwachung der Behandlung einer Krankheit und ihrer Folgen dienen, die auf ärztliche Anordnung von einer Abgabestelle nach Artikel 55 KVV abgegeben werden und von der versicherten Person selbst oder mit Hilfe einer nichtberuflich an der Untersuchung oder der Behandlung mitwirkenden Person angewendet werden.
--	--	--	--

Modification de l'ordonnance du DFI sur les prestations de l'assurance des soins en cas de maladie (OPAS) (neutralité des coûts, évaluation des soins requis)
Procédure de consultation du 4 juillet au 26 octobre 2018

Prise de position de l'ASI (CONCEPTION CONFIDENTIELLE)

Nom / entreprise / organisation / canton : Association suisse des infirmières et infirmiers

Abréviation de l'entr. / org. : SBK-ASI

Adresse : Choisystrasse 1, 3001 Berne

Personne de référence : Pierre-André Wagner, Responsable du service juridique

Téléphone : 031 388 36 36

Courriel : pierre-andre.wagner@sbk-asi.ch

Date : 02.10.2018

Informations importantes :

1. Veuillez n'effectuer aucun changement dans le format du formulaire.
2. Si vous souhaitez supprimer certains tableaux dans le formulaire, vous avez la possibilité d'ôter la protection du texte sous « Outils/Ôter la protection ».
4. Veuillez envoyer votre prise de position par voie électronique **avant le 26 octobre 2018** aux adresses suivantes : abteilung-leistung@bag.admin.ch
gever@bag.admin.ch

Modification de l'ordonnance du DFI sur les prestations de l'assurance des soins en cas de maladie (OPAS) (neutralité des coûts, évaluation des soins requis)

Procédure de consultation du 4 juillet au 26 octobre 2018

Ordonnance du DFI sur les prestations de l'assurance des soins en cas de maladie (OPAS)

Nom / institution (prière d'utiliser l'abréviation indiquée à la première page)	Remarques générales
SBK-ASI	L'Association suisse des infirmières et infirmiers (ASI) est reconnaissante de la possibilité donnée de commenter les modifications qu'il est prévu d'apporter à l'OPAS. L'ASI n'exprimera son opinion que dans la mesure où la révision affecte directement ses membres en tant que prestataires de services. Cela s'applique en particulier aux infirmières et infirmiers indépendants. L'ASI se prononce également sur les points qui affectent profondément les soins infirmiers à la population ou le personnel infirmier. Les points de vue des autres prestataires de services concernés - organisations de soins ambulatoires, maisons de retraite et établissements médico-sociaux - sont représentés par leurs organisations respectives et l'ASI renvoie à leurs avis. En principe, elle est d'accord avec eux sur les points relevant de la de neutralité des coûts. En outre, l'ASI soutient les arguments de la Communauté d'intérêts (CI) Financement des soins : https://www.spitex.ch/files/9G0FLTJ/2018_04_26_argumentarium_igpf_f.pdf L'ASI ne prend pas position sur les explications relatives au secteur des EMS – à part deux exceptions. Premièrement, elle soutient résolument l'augmentation des contributions de l'assurance obligatoire des soins (AOS) dans ce domaine et exige que les EMS investissent l'augmentation des contributions AOS dans des prestations de soins infirmiers de qualité – c'est-à-dire dans le personnel qui assure ces soins. Deuxièmement, l'ASI exige que seuls les outils d'évaluation des soins requis soient reconnus qui - contrairement à ce qui est prévu dans le rapport explicatif – répondent vraiment aux exigences scientifique et d'uniformité. La révision prévue déterminera d'une part le montant des contributions de l'AOS et d'autre part les modalités de l'évaluation des besoins (nouvelle terminologie [en allemand seulement]). L'ASI rejette complètement et fermement la première partie de la révision et considère que la deuxième partie est absolument insuffisante en matière de reconnaissance de l'autonomie des soins infirmiers. La réduction des contributions AOS pour les soins infirmiers ambulatoires est objectivement infondée et leur calcul n'est pas plausible. Elle contrecarre également les efforts visant à développer des soins infirmiers ambulatoires qui soient efficaces, adéquats, économiques et durables ; elle est de plus en contradiction flagrante avec la stratégie de la politique sanitaire consistant à privilégier les soins ambulatoires aux soins en milieu hospitalier. Contrairement à la présente modification, le rapport d'experts INFRAS arrive à la conclusion que la charge proportionnelle pesant sur l'AOS est passée de 72 % à 70 % au cours de la période considérée, et que de ce fait l'objectif de neutralité des coûts est atteint et même dépassé. C'est également sur cette base que la réduction proposée des contributions AOS est incompréhensible. Pour l'ASI, le prétendu renforcement de l'autonomie du personnel infirmier en matière d'évaluation des soins requis ne représente rien d'autre que la tentative aussi artificielle qu'inadéquante de couper l'herbe sous les pieds à l'initiative populaire « Pour des soins infirmiers forts ». La contradiction entre l'autonomie partielle de la profession d'infirmier ancrée dans les législations cantonales et la compétence en matière de facturation selon la LAMal existe au niveau de la loi et ne peut pas être résolue par voie d'ordonnance.

Modification de l'ordonnance du DFI sur les prestations de l'assurance des soins en cas de maladie (OPAS) (neutralité des coûts, évaluation des soins requis)

Procédure de consultation du 4 juillet au 26 octobre 2018

Remarques détaillées sur la partie du rapport Neutralité des coûts des contributions aux soins infirmiers

Soins à domicile (3.)

Il convient de noter d'emblée que les calculs utilisés pour justifier une réduction très précise de 3,6 % du montant des contributions de l'AOS aux soins infirmiers ambulatoires reposent sur une accumulation de suppositions, d'hypothèses, de conditionnelles et d'approximations, dont certaines sont encore en contradiction avec des bases commanditées par le Conseil fédéral lui-même, tels que le rapport d'évaluation Infras, qui étrangement n'est mentionné nulle part dans ce rapport. Les bases statistiques existantes sont maigres et incomplètes, comme le rapport explicatif lui-même le reconnaît à de multiples reprises. Voici trois exemples parmi d'autres: Il n'est pas tenu compte du fait qu'en 2010 la facturation se faisait en unités de temps de 10 minutes et en 2014 de 5 minutes. Ou: Il est présumé que des nouvelles prestations comme les mesures de coordination ou la préparation de médicaments n'ont aucune répercussions sur les coûts, ce qui est justifié de manière indifférenciée par le fait qu'avant aussi, ces prestations étaient facturées et rémunérées « sous un autre nom ». Ou encore: les revenus mentionnés dans le rapport sont nettement plus élevés que les coûts réels calculés sur la base des heures de soins effectuées. Enfin et pour finir, la réduction proposée est le résultat d'un calcul assez grossier : l'augmentation des coûts des soins ambulatoires est divisée par l'augmentation - inférieure - du nombre d'heures de soins, d'où l'on conclut que les coûts horaires auraient augmenté; ces derniers sont donc simplement réduits en conséquence - en référence à l'objectif de neutralité des coûts prétendument fixé par le législateur. Pour l'ASI, la question fondamentale est de savoir si, compte tenu des incertitudes liées aux données, la neutralité des coûts introduite en 2011 peut être vérifiée avec autant de précision que le suggère la formule et son résultat de 3,6%.

Le fait que le nombre absolu d'heures de soins infirmiers effectuées augmente ne devrait plus surprendre personne, compte tenu de facteurs démographiques bien connus. Tout aussi peu surprenant est le fait que, contrairement aux affirmations du rapport explicatif, l'intensité des soins infirmiers augmente en raison de facteurs tout aussi connus, facteurs qui sont non seulement de nature démographique, mais aussi de l'ordre de la politique sanitaire (diminution de la durée moyenne du séjour hospitalier, N.B. dans le contexte d'une complexité sans cesse croissante des pathologies). Cela se voit dans les graphiques 2 et 3, qui montrent une diminution proportionnelle de la part des soins de base et une augmentation dans le domaine des évaluations, des conseils, des examens et des traitements. Il faudrait néanmoins des indicateurs plus précis pour prouver l'intensité croissante des soins, aussi étant donné qu'il s'agit de distinguer entre soins de base simples et complexes dans le cadre de l'introduction du nouveau régime de financement des soins. Par conséquent, le calcul sur lequel se base la réduction des contributions ne manque pas seulement de rigueur mais aussi de tout sens de la réalité: la tendance de la présente révision - si chaque augmentation de l'intensité des soins infirmiers dans le secteur ambulatoire est sanctionnée par une réduction correspondante des cotisations de l'AOS - révèle un désengagement absolument inacceptable de l'assurance-maladie dans le domaine des soins ambulatoires dans son ensemble. Cette interprétation fondamentaliste de la neutralité des coûts, liée à la structuration du financement des soins, viole aussi incontestablement le principe constitutionnel de l'équivalence fiscale selon laquelle la communauté qui supporte les coûts d'une prestation de l'Etat a le droit de déterminer cette prestation. Cela prouverait que la «rémunération appropriée des soins infirmiers» exigée par l'initiative populaire «Pour des soins infirmiers forts» est absolument indispensable (la même conclusion s'impose au regard de l'évolution négative des salaires du personnel infirmier, confirmée noir sur blanc dans le rapport explicatif).

L'ASI demande que les contributions selon l'art. 7a al. 1 de l'OPAS soient ajustées régulièrement à l'évolution des coûts des soins ambulatoires, et ce au moins tous les trois ans.

Subsidiairement

Si la réduction prévue des contributions de l'AOS aux soins infirmiers ambulatoires devait effectivement être mise en œuvre, une période transitoire suffisante devrait être prévue. Selon le système actuel de financement des soins infirmiers, les cantons sont responsables du financement résiduel.

Modification de l'ordonnance du DFI sur les prestations de l'assurance des soins en cas de maladie (OPAS) (neutralité des coûts, évaluation des soins requis)

Procédure de consultation du 4 juillet au 26 octobre 2018

Si la part de l'AOS (et par conséquent la part-patient maximum calculée en fonction de celle-ci) diminue, la différence proportionnellement plus élevée par rapport au coût total des soins infirmiers doit être assumée par le financeur résiduel. Aujourd'hui encore et depuis l'introduction du nouveau financement des soins de longue durée en 2011, on constate que le financement résiduel n'est réglementé de manière satisfaisante nulle part en Suisse, comme l'a déclaré et critiqué l'ASI à l'occasion de chaque évaluation, sans que rien ne se soit amélioré. Comme le montre l'expérience récente de la mise en œuvre chaotique (ou de la non-application) des arrêts du Tribunal administratif fédéral de l'automne 2017 sur le paiement des frais du matériel de soins, les cantons (et/ou les communes) ne font pas preuve d'un empressement exagéré pour augmenter le financement résiduel. Si les autorités fédérales ne veulent pas s'exposer à l'accusation de sacrifier ou de laisser sacrifier sur l'autel des restrictions budgétaires cantonales, elles doivent assumer leur responsabilité et au moins assurer, en accordant une période transitoire utile, que le déficit soit comblé par les cantons.

Toutefois, nous craignons plutôt que la réduction prévue des contributions de l'AOS n'induisse une diminution drastique de la rémunération des soins infirmiers ambulatoires. Cela aura un impact sur les soins à la population, certains prestataires de services devant abandonner leur activité et d'autres devant réagir en réduisant leurs effectifs et la qualification de ceux-ci. Il en résultera un retard dans les prises en charge ambulatoires et par contre-coup des sorties d'hôpital, une augmentation des complications et des ré-hospitalisations.

En tout état de cause, une introduction en milieu d'année doit être rejetée en raison des coûts administratifs disproportionnés qu'elle implique ; nous nous référons à cet égard à l'avis de la CDS.

Motions subsidiaires:

- 1. La date d'entrée en vigueur est fixée au début de l'année ; les cantons disposent d'un délai raisonnable pour adapter le financement résiduel.*
- 2. Il faut accorder un délai transitoire suffisant aux cantons avant l'entrée en vigueur de l'adaptation de la contribution.*
- 3. Le Conseil fédéral fixe des critères uniformes pour le calcul et la détermination du coût total des soins ainsi que pour le financement de l'obligation d'assurer des soins infirmiers ambulatoires.*

Prestations annexes (3.1.2)

Outre le fait qu'il est établi que les coûts du matériel de soins n'ont pas été suffisamment pris en compte lors de l'introduction du financement actuel des soins, nous ne sommes pas d'avis que les contributions selon l'art. 7a de l'OPAS doivent refléter les coûts de ce matériel 1:1 ; les besoins extrêmement différents en matériel selon le type de soins fourni (des soins psychiatriques d'une part aux soins de plaies et aux soins intensifs à domicile de l'autre) rend impossible tout calcul forfaitaire. Ces coûts doivent être assumés séparément par l'AOS et la distinction absolument dénuée de sens, inappropriée et impraticable entre l'auto-application par le patient et l'application par des professionnels doit être supprimée. Étant donné que ces coûts auront été entièrement couverts par l'AOS jusqu'à l'automne 2017, la mise en œuvre de cette revendication serait neutre en termes de coûts. En outre, seuls les assureurs sont techniquement en mesure d'évaluer les exigences matérielles par rapport aux exigences d'économicité, d'adéquation et d'efficacité de la LAMal.

En ce qui concerne l'indemnisation du matériel de soins, l'ASI demande que la distinction entre l'auto-utilisation et l'utilisation par des tiers soit supprimée, de manière à ce que les coûts correspondants soient payés séparément par l'AOS conformément à la LiMA, comme ce fut le cas et comme cela fonctionna parfaitement avant les arrêts du Tribunal administratif fédéral de l'automne 2017.

Modification de l'ordonnance du DFI sur les prestations de l'assurance des soins en cas de maladie (OPAS) (neutralité des coûts, évaluation des soins requis)
Procédure de consultation du 4 juillet au 26 octobre 2018

Soins aigus et transitoires (3.1.3)

Nous demandons ici une analyse soigneuse du rapport d'évaluation d'INFRAS. Celui-ci montre que la conception actuelle des soins aigus et transitoires n'est pas suffisante. L'hypothèse selon laquelle un plus grand nombre de services infirmiers seraient désormais fournis en raison des soins aigus et transitoires ne peut être corroborée par les statistiques de Spitex. Nous contestons fermement l'insinuation imputant aux SAT une augmentation infondée du nombre d'heures de soins. Les soins aigus et de transition se fondent sur une prescription d'un médecin hospitalier et ils ne peuvent être multipliés arbitrairement.

Évaluation des soins requis et exigences minimales pour les systèmes d'évaluation

Terminologie

En guise de remarque préliminaire, nous notons qu'en allemand, le concept conventionnel d'évaluation des besoins a été remplacé par celui de détermination des besoins. Cela est certes mentionné au point 1.6 du rapport explicatif, mais les implications ne sont pas du tout expliquées, et nous ne pouvons que spéculer sur les raisons sous-jacentes. Alors que l'évaluation des besoins dans le sens d'un suivi continu de l'état du patient et des résultats des soins fait partie intégrante du processus de soins et peut être facturée en conséquence, la détermination des besoins semble se limiter à déterminer les besoins en soins lorsque le patient est pris en charge ou au début de la période de prescription. L'ASI rejette fermement ce changement de terminologie non fondé.

Instruments d'évaluation des besoins

Les instruments prévus selon le rapport explicatif ne répondent pas aux exigences formulées dans le rapport lui-même. Ainsi, le besoin effectif de soins n'est pas saisi que manière exhaustive; il existe de grandes lacunes en particulier dans le domaine psychosocial ainsi que dans le secteur des consultations aux familles et de l'instruction des proches. Ces instruments ne permettent pas non plus d'avoir systématiquement des études de temps fondées. Pour cette raison, l'ASI exige que seuls les instruments d'évaluation des besoins exhaustifs, validés et valables, qui garantissent l'uniformité et le caractère scientifique visé, soient reconnus. Les dispositions de l'ordonnance appropriées doivent être formulées de manière correspondante en intégrant le personnel infirmier qui s'est spécialisé dans ce domaine.

Renforcer l'autonomie des professionnels des soins

Le rapport explicatif traite en détail de l'initiative parlementaire 11.418 (Joder), qui avait été rejetée sans ambages par le Conseil fédéral à l'époque. Cependant, la confusion semble toujours régner concernant l'objectif poursuivi par cette initiative – et à présent par l'initiative populaire de l'ASI. Contrairement à ce qui est affirmé dans le commentaire de la page 22, troisième paragraphe, la LAMal ne réglemente pas les compétences ; la LAMal réglemente la rémunération des prestations de soins et leurs conditions. Les compétences professionnelles des infirmières relèvent du droit cantonal de la santé (et, dans un avenir proche et dans une certaine mesure, de la loi fédérale sur les professions de santé). Selon la loi, les infirmières sont autonomes, sauf dans les domaines diagnostique et thérapeutique, où elles travaillent dans le cadre d'une délégation médicale. De par la Constitution fédérale, la LAMal ne peut rien y changer. Elle peut toutefois empêcher la réalisation de l'autonomie des infirmières - et donc de l'ordre cantonal des compétences - et la rendre caduque en subordonnant la rémunération des prestations de soins infirmiers attribuées au domaine autonome des soins à l'existence d'une prescription médicale en la matière. L'initiative parlementaire Joder avait pour seul objectif d'harmoniser les règles d'indemnisation de la LAMal avec les règles de compétence cantonales et, entre autres, de combattre l'idée que les soins infirmiers sont une profession médicale auxiliaire. La présente révision de l'ordonnance ne fait rien pour éliminer cet empiètement sur les compétences des professionnels de la santé ; si ce dernier est prévu par la LAMal - en ce sens qu'il ne reconnaît pas les professionnels de la santé comme prestataires de services (partiellement) indépendants - alors c'est la LAMal qui doit être modifiée. Maintenant que cette voie a échoué en raison de la décision de non-entrée en matière du Conseil national, l'ASI fera tout ce qui est en son pouvoir pour obtenir la reconnaissance due aux soins infirmiers par le biais la Constitution fédérale.

Modification de l'ordonnance du DFI sur les prestations de l'assurance des soins en cas de maladie (OPAS) (neutralité des coûts, évaluation des soins requis)

Procédure de consultation du 4 juillet au 26 octobre 2018

La soi-disant « fonction charnière » du médecin, qui est souvent évoquée dans le rapport, n'a aucune justification **en regard du domaine autonome des soins**. La fonction de « gatekeeper » destinée au médecin - même si ce n'est qu'une question de forme - dans ces prestations infirmières typiques est une fiction. En ce qui concerne le domaine autonome des soins infirmiers, les médecins ne sont pas formés en la matière et ne peuvent donc pas assumer de fonction de supervision ou de contrôle. Au contraire, cette tâche est prise en charge (très efficacement) par l'assurance-maladie. Comme le savent très bien les fournisseurs de prestations, l'existence d'une prescription médicale – même pour un soin médical! – ne garantit nullement que l'assurance considérera ce soin comme efficace, approprié et économique, et donc comme justifiant son indemnisation. Cela rend également caduque la crainte d'une augmentation des services de soins qui a de nouveau été avancée, comme durant les débats sur l'initiative parlementaire Joder. Comment les médecins devraient-ils empêcher l'expansion de services de soins dont ils ne sont pas en mesure d'évaluer les indications ? Les considérants dans le rapport sur le prétendu « triple contrôle de la facturation » sont incompréhensibles à cet égard : ni les patients ni les autorités cantonales (et encore moins communales) ne peuvent sérieusement prétendre remplir cette tâche (comme les cantons eux-mêmes le reconnaissent, voir la consultation de la CDS).

En ce qui concerne la qualité des soins, la confusion entre les aspects relevant de la rémunération et ceux relevant des compétences professionnelles ne conduit pas à une amélioration, mais à une dangereuse insécurité juridique. Le pouvoir de décision encore réservé au médecin concernant les mesures de soins en dehors de son domaine de compétence pèse sur la coopération interdisciplinaire, met en danger les patients et crée une insécurité juridique considérable quant à la question de savoir qui est responsable en cas de préjudice.

Le projet de loi prétend répondre à la préoccupation des soins infirmiers en vue de la reconnaissance de leur autonomie en faisant la distinction entre une décision initiale médicale quant à savoir si un patient a besoin de soins infirmiers d'une part, et, d'autre part, dans l'affirmative, une décision concédée aux infirmières quant aux soins infirmiers spécifiques requis. **Le projet codifie de facto la pratique existante et il n'y a rien à y redire, si ce n'est que, comme cela a été répété à plusieurs reprises, cela ne pallie en rien la discrimination institutionnalisée des infirmières dans la LAMal.**

La distinction entre mesures d'évaluation, conseils, coordination et soins de base d'une part, et d'autre part les mesures d'examen et de traitement va de soi ; ces dernières sont en effet des tâches médicales par essence qui ne peuvent être déléguées par le médecin aux infirmières qu'explicitement et conformément aux principes du Code suisse des obligations, en particulier les principes du droit de la responsabilité.

Restrictions par rapport au droit de procéder à l'évaluation des besoins

Le projet du Conseil fédéral prévoit de limiter l'évaluation des besoins aux professionnels des soins infirmiers répondant aux exigences de l'art. 49 LAMal. Les infirmières indépendantes remplissent déjà cette condition. Toutefois, ce changement signifierait que le personnel infirmier employé dans une organisation de soins à domicile ou un EMS devrait également justifier de deux ans d'expérience pratique. Cette restriction aurait un impact négatif sur l'attractivité du secteur des soins à domicile et des EMS, et elle aggraverait la pénurie de travailleurs qualifiés dans ces secteurs. Après leur formation ES ou HES, le personnel infirmier qualifié est tout à fait capable de procéder à une évaluation des besoins. Si cette mesure se justifie par une autonomie accrue du point de vue de l'OFSP, nous rappelons que l'ASI a proposé l'expérience de deux ans dans le cadre de l'initiative parlementaire 11.418 exclusivement en relation avec un amendement législatif.

Modification de l'ordonnance du DFI sur les prestations de l'assurance des soins en cas de maladie (OPAS) (neutralité des coûts, évaluation des soins requis)

Procédure de consultation du 4 juillet au 26 octobre 2018

Motion Si l'évaluation des besoins est faite par des infirmières et infirmiers employés, il suffit que ceux-ci aient un diplôme en soins infirmiers; seuls les infirmières et infirmiers indépendants doivent apporter la preuve qu'ils ont deux ans d'expérience selon l'art. 49 de l'OAMal.			
Nom / institution	Article	Commentaires / remarques	Modification proposée (texte proposé)
SBK-ASI	Art. 7 al. 2 let. a ch. 1	L'ASI rejette fermement ce changement de terminologie (dans la version allemande) non fondé.	
SBK-ASI	Art. 7a al. 1	Nous rejetons catégoriquement la réduction des contributions AOS et nous nous référons aux remarques ci-dessus.	
SBK-ASI	Art. 8 al. 1	Le projet codifie de facto la pratique existante et il n'y a rien à y redire, si ce n'est que, comme cela a été répété à plusieurs reprises, cela ne pallie en rien la discrimination des infirmières dans la LAMal.	
SBK-ASI	Art. 8 al. 2 let. c	Les 2 semaines maximum de soins aigus et transitoires ne sont pas suffisantes. La réglementation en vigueur est inadéquate. C'est pourquoi nous renvoyons aux observations de la CI Financement des soins et au rapport d'évaluation sur la réorganisation du financement des soins par INFRAS. Ces documents mettent clairement en évidence les lacunes des soins aigus et transitoires. Un changement fondamental doit être opéré. Cela ne peut toutefois se faire que par une adaptation préalable correspondante de la LAMal. L'ASI souligne la nécessité d'une adaptation des soins aigus et transitoires, mais, pour les raisons susmentionnées, ne propose pas de modification à ce stade.	
SBK-ASI	Art. 8a al. 1	Nous rejetons la limitation de l'évaluation des soins requis aux infirmières et infirmiers qui remplissent les conditions de l'art. 49 de l'OAMal, voir motion ci-dessus.	

Modification de l'ordonnance du DFI sur les prestations de l'assurance des soins en cas de maladie (OPAS) (neutralité des coûts, évaluation des soins requis)

Procédure de consultation du 4 juillet au 26 octobre 2018

SBK-ASI	Art. 20 OPAS	L'OPAS doit être modifiée afin qu'à partir du 1er janvier 2019 les fournisseurs de prestations puissent facturer à l'AOS le matériel de soins conformément à l'art. 7 al. 1 de l'OPAS, que ce matériel soit utilisé par le patient lui-même ou par les professionnels infirmiers. Subsidiairement: Si la situation ne peut être amendée par le biais d'un amendement de l'OPAS, l'amendement doit être effectué le plus rapidement possible au niveau du droit supérieur.	L'assurance octroie un remboursement pour les moyens et appareils thérapeutiques ou diagnostiques visant à surveiller le traitement d'une maladie et ses conséquences, remis sur prescription médicale par un centre de remise au sens de l'art. 55 OAMal – et utilisé par l'assuré lui-même ou avec l'aide d'un intervenant non professionnel impliqué dans l'examen ou le traitement.
---------	-----------------	---	--

Stellungnahme vom SBK, Sektion Aargau- Solothurn

Name / Firma / Organisation / Kanton : Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner Sektion Aargau- Solothurn

Abkürzung der Firma / Organisation : SBK AG/SO

Adresse : Laurenzenvorstadt 129

Kontaktperson : Erik Grossenbacher

Telefon : 062 822 33 60

E-Mail : e.grossenbacher@sbk-agso.ch

Datum : 24.10.2018

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen!
2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen möchten, so können Sie unter "Extras/Dokumentenschutz aufheben" den Schreibschutz aufheben.
3. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **bis am 26. Oktober 2018** an folgende E-mail Adressen: abteilung-leistung@bag.admin.ch
gever@bag.admin.ch

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV)	
Name / Firma (bitte auf der ersten Seite angegebene Abkürzung verwenden)	Allgemeine Bemerkungen
SBK AG/SO	Der Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (SBK Sektion Aargau- Solothurn) bedankt sich für die Gelegenheit, sich zu den vorgesehenen Änderungen der Leistungsverordnung zum KVG zu äussern. Der SBK wird sich nachfolgend grundsätzlich nur insofern äussern, als die Revision seine Mitglieder als Leistungserbringer unmittelbar betrifft. Dies trifft auf v.a. auf die freiberuflichen Pflegefachpersonen zu. Zudem äussert er sich zu Punkten, welche die pflegerische Versorgung oder die Pflegefachpersonen tiefgreifend betreffen. Die Ansichten der weiteren betroffenen Leistungserbringer – Organisationen der ambulanten Krankenpflege und Alters- und Pflegeheime – werden von den jeweiligen Organisationen vertreten und der SBK verweist auf deren Stellungnahmen. Er schliesst sich diesen in den Punkten bezüglich Kostenneutralität prinzipiell an. Zudem unterstützt der SBK die Argumente der IG Pflegefinanzierung: https://www.spitex.ch/files/9G0FLTJ/2018_04_26_argumentarium_igpf_d.pdf Insbesondere nimmt der SBK AG/SO keine Stellung zu den Erläuterungen, die sich auf den Heimbereich beziehen – mit zwei Ausnahmen: Erstens unterstützt er dezidiert die Erhöhung der OKP-Beiträge in diesem Bereich und verlangt von den Heimen, dass die Erhöhung der OKP Beiträge in professionelle und qualitativ hochstehende Pflegeleistungen – sprich in das Personal, welches diese Pflege sicherstellt - investiert werden. Zweitens fordert der SBK, dass einzig Pflegebedarfsabklärungsinstrumente anerkannt werden, die – anders als es im erläuternden Bericht vorgesehen ist – dem Anspruch auf Einheitlichkeit und Wissenschaftlichkeit wirklich zu genügen vermögen. Die geplante Revision beschlägt einesteils die Höhe der Beiträge der OKP, anderenteils die Modalitäten der Bedarfsabklärung (neu: Bedarfsermittlung). Der SBK AG/SO lehnt den ersten Teil der Revision rundum und entschieden ab und erachtet den zweiten Teil im Hinblick auf die Anerkennung der Autonomie der Pflege als absolut ungenügend. Die Senkung der Beiträge an die ambulante Krankenpflege ist sachlich unbegründet und deren Berechnung nicht nachvollziehbar; ausserdem torpediert sie die Bemühungen um den Aufbau einer wirksamen, zweckmässigen, wirtschaftlichen und nachhaltigen ambulanten pflegerischen Versorgung; sie widerspricht diametral der gesundheitspolitischen Strategie der Förderung der ambulanten vor der stationären Versorgung. Im Gegensatz zur vorliegenden Änderung kommt der Expertenbericht von INFRAS zum Schluss, dass die anteilmässige Belastung der OKP im Betrachtungszeitraum von 72% auf 70% gesunken und somit das Ziel die Kostenneutralität einzuhalten mehr als erreicht worden ist. Auch basierend auf dieser Grundlage ist die vorgeschlagene Senkung der OKP Beiträge unverständlich. Die vorgebliche Stärkung der Autonomie der Pflegefachpersonen punkto Bedarfsermittlung stellt aus Sicht des SBK AG/SO nichts Weiteres als den bemühten und vor allem untauglichen Versuch dar, der hängigen Volksinitiative „Für eine starke Pflege“ Wind aus den Segeln zu nehmen. Der

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

Widerspruch zwischen der rechtlich gegebenen Teilautonomie des Pflegeberufs und der Abrechnungskompetenz laut KVG besteht auf gesetzlicher Ebene und lässt sich nicht durch Kosmetik auf Verordnungsebene auflösen.

Detailbemerkungen zum Berichtsteil Kostenneutralität der Pflegebeiträge

Pflege zu Hause (3.)

Einleitend muss festgestellt werden, dass die Berechnungen, mit denen eine Senkung der OKP-Beiträge an die ambulante Krankenpflege um sehr präzise 3.6% begründet werden, auf eine seitenlange Aneinanderreihung von – teilweise erst noch im Widerspruch zu vom Bundesrat selbst bestellten Grundlagen wie dem im Bericht mit keinem Wort erwähnten Infrass-Evaluationsbericht - Mutmassungen, Hypothesen, Konditionalsätzen und Approximationen basiert. Die vorhandenen statistischen Grundlagen sind eingestandenermassen mager und lückenhaft. Drei Beispiele unter vielen: unberücksichtigt bleibt der Umstand, dass 2010 in Zeiteinheiten von 10, in 2014 von 5 Minuten fakturiert wurde. Oder: Es wird gemutmasst, die Aufnahme neuer Leistungen wie der Koordinationsmassnahmen und des Richtens von Medikamenten habe keine Kostenfolgen gezeitigt, was so pauschal wie unsubstanziert damit begründet wird, diese Leistungen seien wohl auch früher „unter anderem Namen“ fakturiert und abgegolten worden. Oder: die im Bericht ausgewiesenen Einnahmen sind um einiges höher, als die aufgrund der geleisteten Pflegestunden errechneten, realen Kosten. Schliesslich und schlussendlich bildet die vorgeschlagene Senkung das Ergebnis eines doch recht kruden Kalküls: die Zunahme der Kosten der ambulanten Pflege wird durch die – geringere - Zunahme der erbrachten Pflegestunden dividiert, woraus geschlossen wird, dass die Stundenkosten gestiegen sind, weshalb die Stundenkosten im entsprechenden Mass gesenkt werden – mit Hinweis auf das vom Gesetzgeber angeblich vorgegebene Ziel der Kostenneutralität. Für den SBK AG/SO stellt sich prinzipiell die Frage, ob man angesichts der Unsicherheiten in den Daten überhaupt die Kostenneutralität bei Einführung 2011 so detailliert überprüfen kann, wie es die Formel und deren Ergebnis 3.6 Prozent suggerieren.

Dass die absolute Anzahl erbrachter Pflegestunden steigt, sollte angesichts hinlänglich bekannter demographischer Faktoren niemanden mehr überraschen. Dass – entgegen der Behauptungen im erläuternden Bericht – auch die Pflegeintensität steigt, sollte angesichts ebenso hinlänglich bekannter Faktoren nicht nur demographischer, sondern auch gesundheitspolitischer Art (sinkende Dauer der durchschnittlichen Krankenhausaufenthaltsdauer, N.B. bei dauernd zunehmender Komplexität der Krankheitsbilder) ebenso wenig überraschen. Dies lässt sich in aller wünschbaren Deutlichkeit aus den Graphiken 2 und 3 ablesen, die einen proportional sinkenden Anteil der Grundpflege und dafür einen wachsenden Anteil Abklärung, Beratung, Untersuchung und Behandlungspflege aufweisen. Zum Nachweis der steigenden Pflegeintensität bedürfte es allerdings präziserer Indikatoren, auch angesichts der Aufgabe der Unterscheidung zwischen einfacher und komplexer Grundpflege im Rahmen der Einführung der neuen Pflegefinanzierung. Im Ergebnis lässt die der Beitragssenkung zugrunde gelegte Berechnung nicht nur jede Stringenz, sondern auch jeden Realitätsbezug vermissen: die Tendenz der vorliegenden Revision – wenn jede Zunahme der Pflegeintensität im ambulanten Bereich mit einer entsprechenden Senkung der OKP-Beiträge quittiert bzw. sanktioniert wird - weist auf ein absolut inakzeptables Desengagement der Krankenversicherung auf dem gesamten Gebiet der ambulanten Gesundheitsversorgung hin. Diese fundamentalistische Interpretation von Kostenneutralität, verbunden mit der Ausgestaltung der Pflegefinanzierung, verletzt auch fraglos den verfassungsmässigen Grundsatz der fiskalischen Äquivalenz, demgemäss es demjenigen Gemeinwesen, das die Kosten einer staatliche Leistung trägt, zusteht, über diese Leistung zu bestimmen. Damit wäre wiederum der Nachweis erbracht, dass die von der Volksinitiative „Für eine starke Pflege“ verlangte „angemessene Abgeltung der Pflegeleistungen“ absolut unumgänglich ist. (Keinen anderen Schluss lässt übrigens auch die im erläuternden Bericht schwarz auf weiss bestätigte, negative Entwicklung der Löhne des Pflegepersonals zu).

Der SBK AG/SO beantragt, dass die Beiträge nach Art. 7a Abs. 1 KLV regelmässig, aber mindestens alle drei Jahre, an die Kostenentwicklung

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

in der ambulanten Pflege angepasst werden.

Subsidiär

Sollte die geplante Senkung der OKP-Beiträge an die ambulanten Pflegeleistungen tatsächlich in Kraft gesetzt werden, ist eine genügende Übergangsfrist vorzusehen. Gemäss geltendem System der Pflegefinanzierung tragen die Kantone die Verantwortung für die Restfinanzierung. Sinkt der Anteil der OKP (und dementsprechend auch der danach berechnete maximale Patientenanteil), geht die entsprechend höhere Differenz zu den Vollkosten der Pflege zulasten der Restfinanzierer. Bereits jetzt bzw. seit Einführung der neuen Pflegefinanzierung im Jahr 2011 ist festzustellen, dass die Restfinanzierung praktisch nirgends in der Schweiz zufriedenstellend geregelt ist, wie der SBK anlässlich jeder Evaluation vorgebracht und bemängelt hat – ohne dass sich je etwas verbessert hätte. Wie zuletzt die Erfahrung im Zusammenhang mit der chaotischen Umsetzung (bzw. Nichtumsetzung) der oben erwähnten Urteile des Bundesverwaltungsgerichts vom Herbst 2017 zur Abgeltung der Pflegematerialkosten zeigt, ist keine Eile der Kantone (und/oder Gemeinden) bei der Anhebung der Restfinanzierungsbeiträge zu erwarten. Wollen sich die Bundesbehörden nicht dem qualifizierten Vorwurf aussetzen, die Abgeltung der ambulanten Pflege auf dem Altar kantonaler Sparpolitik zu opfern oder opfern zu lassen, müssen sie ihre Verantwortung wahrnehmen und mindestens durch die Gewährung einer nützlichen Übergangsfrist dafür sorgen, dass keine Finanzierungslücke entsteht.

Unsere Befürchtung ist aber vielmehr, dass die geplante Senkung der OKP-Beiträge eine absolute Senkung der Abgeltung der ambulanten Pflegeleistungen induzieren wird. Auf die pflegerische Versorgung der Bevölkerung wird sich dies dahingehend auswirken, dass einzelne Leistungserbringer ihre Tätigkeit werden aufgeben, die anderen mit Einsparungen beim Personalbestand und bei der Personalqualifikation werden reagieren müssen. Das Ergebnis: verzögerte Spitalaustritte, vermehrte unnötige Komplikationen und Rehospitalisationen.

Auf jeden Fall ist eine Einführung auf Mitte Jahr aufgrund des damit verbundenen unverhältnismässigen administrativen Aufwandes abzulehnen; wie verweisen diesbezüglich auf die Stellungnahme der GDK.

Eventualanträge:

- 1. Der Zeitpunkt der Inkraftsetzung ist auf Anfang Jahr zu setzen; den Kantonen ist eine angemessene Frist zur Anpassung der Restfinanzierung zu gewähren.*
- 2. Den Kantonen ist vor Inkrafttreten der Beitragsanpassung eine genügende Übergangsfrist zu gewähren.*
- 3. Der Bundesrat erlässt zuhanden der Kantone einheitliche Kriterien zur Erhebung, Berechnung und Festsetzung der Vollkosten sowie ergänzend zur Finanzierung der Versorgungspflicht in der ambulanten Pflege.*

Nebenleistungen (3.1.2)

Abgesehen davon, dass als erstellt gilt, dass die Kosten des Pflegematerials bei der Einführung der geltenden Pflegefinanzierung unzureichend berücksichtigt worden sind, sind wir nicht der Meinung, dass die Beiträge nach Art. 7a KLV die Kosten jenes Materials 1:1 abzubilden haben; die äusserst unterschiedliche Materialintensität je nach Art der erbrachten Pflege (von der Psychiatriepflege mit praktisch unbedeutendem bis zur ambulanten Wund- und Intensivpflege mit sehr hohem Materialbedarf) verunmöglicht jede Pauschalisierung. Diese Kosten sind separat von der OKP abzugelten und die unsinnige, sachfremde und unpraktikable Unterscheidung zwischen Selbst- und Fremdanwendung aufzuheben. Angesichts des

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

Umstandes, dass diese Kosten bis Herbst 2017 restlos von der OKP übernommen worden sind, wäre die Umsetzung dieser Forderung kostenneutral. Abgesehen davon sind auch nur die Versicherer fachlich in der Lage, den Materialbedarf an den KVG-Kriterien der Wirtschaftlichkeit, Zweckmässigkeit und Wirksamkeit zu messen.

Der SBK AG/SO beantragt bezüglich der Abgeltung des Pflegematerials, dass die Unterscheidung zwischen Selbst- und Fremdanwendung in dem Sinn aufzuheben ist, dass die entsprechenden Kosten wie vor den Bundesverwaltungsgerichtsurteilen vom Herbst 2017 nach MiGeL separat von der OKP abzugelten sind.

Akut- und Übergangspflege (3.1.3)

Wir bitten hier um sorgfältige Analyse des Evaluationsberichts von INFRAS. Dieser zeigt auf, dass die derzeitige Ausgestaltung der AÜP nicht genügt. Die Annahme, dass neu mehr Leistungen in der Pflege dank der AÜP erbracht würden, kann anhand der Spitex-Statistik nicht belegt werden. Das Suggestieren, wonach mit der AÜP das Stundentotal (unbegründet) ausgeweitet werden soll weisen wir entschieden zurück. Eine AÜP basiert auf einer Verordnung durch einen Spitalarzt/eine Spitalärztin und kann entsprechend nicht willkürlich ausgeweitet werden.

Bedarfsermittlung und Mindestanforderungen an Pflegebedarfsermittlungssysteme

Begrifflichkeit

Im Sinne einer Vorbemerkung stellen wir fest, dass der herkömmliche, fachlich abgestützte und bewährte Begriff der Bedarfsabklärung durch den Begriff der Bedarfsermittlung ersetzt worden ist. Da dies im erläuternden Bericht beim Punkt 1.6 zwar erwähnt aber die Auswirkungen mit keinem Wort erläutert werden, können wir über die Gründe nur Vermutungen anstellen. Damit soll wohl eine kalte Leistungskürzung erreicht werden: während die Bedarfsabklärung im Sinne einer laufenden Beobachtung des Zustandes der Patientin und der Ergebnisse der Pflege laufender Teil des Pflegeprozesses ist und entsprechend verrechnet werden kann, scheint die Bedarfsermittlung auf die Ermittlung des Pflegebedarfs bei Übernahme des Patienten bzw. zu Beginn einer Verordnungsperiode begrenzt. Der SBK AG/SO lehnt diesen unbegründeten Terminologiewechsel entschieden ab.

Bedarfsabklärungsinstrumente

Die gemäss erläuterndem Bericht weiterhin vorgesehenen Instrumente genügen den im Bericht selber formulierten Anforderungen nicht: so wird der tatsächliche Pflegebedarf nur unvollkommen erfasst, weite Lücken klaffen insbesondere im psychosozialen Bereich sowie auf dem Gebiet der Familienberatungen und der Anleitung der Angehörigen. Mit diesen Instrumenten lassen sich methodisch auch keine wissenschaftlich fundierten Zeitstudien erstellen. Aus diesem Grund fordert der SBK, dass einzig valide, validierte, umfassende Bedarfsabklärungsinstrumente anerkannt werden, welche die angestrebte Einheitlichkeit und Wissenschaftlichkeit gewährleisten. Unter Einbezug von Pflegefachpersonen, die sich in diesem Gebiet spezialisiert haben, sind die einschlägigen Verordnungsbestimmungen entsprechend zu formulieren.

Zur Stärkung der Autonomie der Pflegefachpersonen

Der erläuternde Bericht geht ausführlich auf die – vom Bundesrat damals dezidiert abgelehnte – parlamentarische Initiative 11.418 (Joder) ein. Indessen scheint nach wie vor Verwirrung bezüglich des von jener Initiative verfolgten – und nun von der hängigen Volksinitiative mitverfolgten – Zwecks zu herrschen. Anders als im Kommentar auf Seite 22 dritter Absatz fälschlicherweise behauptet, regelt das KVG keine Kompetenzen; das KVG regelt die

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

Abgeltung von Pflegeleistungen und deren Voraussetzungen. Die beruflichen Kompetenzen der Pflegefachpersonen sind Sache der kantonalen Gesundheitsgesetzgebung (und in absehbarer Zukunft zu einem bestimmten Mass des Bundesgesetzes über die Gesundheitsberufe). Von Rechts wegen sind die Pflegefachpersonen autonom, ausser auf diagnostischem und therapeutischem Gebiet, wo sie auf ärztliche Delegation tätig sind. Daran kann das KVG von Verfassungswegen nichts ändern. Das KVG kann indessen die Autonomie der Pflegefachpersonen – und damit die kantonale Kompetenzordnung – vereiteln und ins Leere laufen lassen, indem die Abgeltung von Pflegeleistungen, die dem autonomen Bereich der Pflege zugeordnet sind, vom Vorliegen einer diesbezüglichen ärztlichen Verordnung abhängig gemacht wird. Die parlamentarische Initiative Joder bezweckte einzig und alleine die Angleichung der Abgeltungsregeln des KVG an die kantonalrechtliche Kompetenzordnung – u.a. um den Anschein, dass es sich bei der Gesundheits- und Krankenpflege um einen ärztlichen Hilfsberuf handelt, zu beseitigen. Die vorliegende Verordnungsrevision tut nichts, um diesen Eingriff in die Kompetenzen der Pflegefachleute zu beseitigen; ist der Übergriff im KVG angelegt – indem es die Pflegefachpersonen nicht als (teil)eigenständige Leistungserbringer anerkennt – so muss beim KVG angesetzt werden. Nachdem dieser Weg mit dem Nichteintretensentscheid des Nationalrates auf die parlamentarische Initiative Joder gescheitert ist, wird der SBK alles daran setzen, die der Pflege zustehende Anerkennung nun über die Bundesverfassung zu erwirken.

Die im Bericht vielfach bemühte sog. „Scharnierfunktion“ des Arztes hat **im Hinblick auf den autonomen Bereich** der Pflege keinerlei Daseinsberechtigung. Die dem Arzt – wenn nun auch nur noch mehr oder weniger der Form halber – zugedachte „Gatekeeper“-Funktion bei diesen typischen Pflegeleistungen ist eine Fiktion. Bezüglich des autonomen Bereiches der Pflege sind die Ärzte fachlich nicht ausgebildet und können somit keinerlei Aufsichts- oder Kontrollfunktion übernehmen. Diese Aufgabe wird vielmehr (äusserst wirksam) von der Krankenversicherung übernommen. Wie die Leistungserbringer sehr wohl wissen, stellt das Vorliegen einer ärztlichen Verordnung für eine bestimmte – auch ärztlich-delegierte! – pflegerische Verrichtung nicht die geringste Garantie dar, dass diese von der Versicherung als WZW-konform und damit als abgeltungsfähig eingestuft wird. Damit ist auch die abermals vorgeschobene Befürchtung vor einer Mengenausweitung entkräftet, wie bereits anlässlich der Debatten über die parlamentarische Initiative Joder zur Übergenüge dargelegt. Wie sollen Ärzte der Ausweitung einer Menge von Pflegeleistungen vorbeugen, deren Indikation sie nicht zu beurteilen in der Lage sind? Unverständlich sind diesbezüglich die Ausführungen im Bericht zur angeblichen „dreifachen Kontrolle der Verrechnung“: weder von den PatientInnen noch von den kantonalen (geschweige denn kommunalen) Behörden kann ernsthaft angenommen werden, dass sie diese Aufgabe auch nur im Entferntesten zu erfüllen in der Lage sind (wie dies die Kantone selber deklarieren, vgl. Vernehmlassungsstellungnahme der GDK).

Hinsichtlich der Versorgungsqualität führt die Vermengung abrechnungs- und kompetenzrechtlicher Gesichtspunkte eben nicht zu einer Verbesserung, sondern zu einer gefährlichen Rechtsunsicherheit. Die nach wie vor dem Arzt vorbehaltene Entscheidungsbefugnis hinsichtlich von Pflegemassnahmen, die sich ausserhalb seiner Kompetenzsphäre befinden, belastet die interdisziplinäre Zusammenarbeit, gefährdet die PatientInnen und schafft erhebliche Rechtsunsicherheit hinsichtlich der Frage, wer im Schadenfall haftet.

Dem Anliegen der Pflege um Anerkennung ihrer Autonomie gibt die Vorlage dadurch vor entgegenzukommen, dass unterschieden wird zwischen einer ärztlichen Grundsatzentscheidung, ob eine Patientin allgemein auf Pflege angewiesen ist einerseits, und andererseits, bejahendenfalls, einer der Pflege zugestandenen Entscheidung hinsichtlich des Masses an spezifischen Pflegeleistungen. **De facto kodifiziert die Vorlage die bestehende Praxis und es kann nichts dagegen einzuwenden sein – nur dass, wie bereits wiederholt dargelegt, dies der auf Gesetzesstufe angelegten Diskriminierung der Pflegefachpersonen als autonome Leistungserbringer in keiner Weise abhilft.**

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

Die Unterscheidung zwischen Massnahmen der Abklärung, Beratung, Koordination und Grundpflege einerseits und Massnahmen der Untersuchung und Behandlung andererseits ist eine Selbstverständlichkeit; bei letzteren handelt es sich immerhin um originär ärztliche Verrichtungen, die vom Arzt nur explizit und unter Beachtung der obligationen-, insb. haftungsrechtlichen Delegationsgrundsätzen, an die Pflegefachpersonen übertragen werden können. Einschränkung bei der Bedarfsermittlung Der Vorschlag des Bundesrates sieht eine Einschränkung der Bedarfsermittlung auf Pflegefachpersonen gemäss Art. 49 KVV vor. Freiberufliche Pflegefachpersonen erfüllen diese Bedingung bereits. Allerdings würde die Änderung bedeuten, dass auch angestellte Pflegefachpersonen in einer Spitexorganisation oder einem Pflegeheim eine zweijährige praktische Tätigkeit nachzuweisen haben. Diese Einschränkung würde sich negativ auf die Attraktivität des Spitex- und Heimbereiches auswirken und den Fachkräftemangel in diesen Bereichen zusätzlich verschärfen. Diplomierte Pflegefachpersonen sind nach ihrer HF oder FH Ausbildung vollumfänglich in der Lage, eine Bedarfsabklärung vorzunehmen. Sollte sich diese Massnahme mit der aus Sicht des BAG erhöhten Autonomie rechtfertigen, erinnern wir daran, dass der SBK die zweijährige Erfahrung im Rahmen der parlamentarischen Initiative 11.418 ausschliesslich im Zusammenhang mit einer Gesetzesanpassung vorgeschlagen hat. Antrag Erfolgt die Bedarfsermittlung durch angestellte Pflegefachpersonen, reicht es, wenn diese im Besitz eines Diploms in Gesundheits- und Krankenpflege sind; den Nachweis von zwei Jahren Berufserfahrung gem. Art. 49 KVV müssen einzig die freiberuflich tätigen Pflegefachpersonen erbringen.			
Name / Firma	Artikel	Kommentar / Bemerkungen	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
SBK AG/SO	Art. 7 Abs. 2 Bst. a Ziff. 1	Der SBK AG/SO lehnt diesen unbegründeten Terminologiewechsel entschieden ab.	Art. 7 Abs. 2 Bst. a Ziff. 1 2 Leistungen im Sinne von Absatz 1 sind: a. Massnahmen der Ermittlung , Abklärung , Beratung und Koordination: 1. Ermittlung Abklärung des Pflegebedarfs und des Umfeldes des Patienten oder der Patientin und Planung der notwendigen Massnahmen,
SBK AG/SO	Art. 7a Abs. 1 und 3	Wir lehnen die Senkung der OKP Beiträge kategorisch ab und verweisen auf die obigen Ausführungen.	
SBK AG/SO	Art. 8 Abs. 1	De facto kodifiziert die Vorlage die bestehende Praxis und es kann nichts dagegen einzuwenden sein – nur dass, wie bereits wiederholt dargelegt, dies der auf Gesetzesstufe angelegten Diskriminierung der Pflegefachpersonen als autonome Leistungserbringer in keiner Weise abhilft.	Analog unseres Einwandes bezüglich Begrifflichkeit, muss der Begriff „Ermittlung“ mit „Abklärung“ ersetzt werden.
SBK AG/SO	Art. 8	Die maximal 2 Wochen Akut- und Übergangspflege (AÜP) sind nicht ausreichend. Die	

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

	Abs. 2 Bst. c	bisherige Regelung zur AÜP ist ungenügend. Wir verweisen damit auf die Eingaben der IG Pflegefinanzierung und den Evaluationsbericht zur Neuordnung der Pflegefinanzierung von INFRAS. In diesen Dokumenten werden die Unzulänglichkeiten der AÜP klar aufgezeigt. Eine grundlegende Änderung ist anzustreben. Sie kann jedoch nur durch eine entsprechende vorgängige KVG-Anpassung vorgenommen werden. Der SBK AG/SO betont die Notwendigkeit einer Anpassung der AÜP verzichtet aber aus obgenannten Gründen darauf, an dieser Stelle eine Änderung vorzuschlagen.	
SBK AG/SO	Art. 8a Abs. 1	Die Einschränkung bei der Bedarfsermittlung auf Pflegefachpersonen, welche Art. 49 KVV erfüllen, lehnen wir ab, vergleiche Antrag weiter oben.	
SBK AG/SO	Art. 20 KLV	Die KLV ist auf den 1. Januar 2019 dahingehend abzuändern, dass die Leistungserbringer nach Art. 7 Abs. 1 KLV Pflegematerialien der OKP in Rechnung stellen können, unabhängig davon, ob es sich um eine Abgabe zur Selbstanwendung (gemäss MiGeL) oder der Anwendung durch eine Pflegefachperson handelt. Eventualantrag: Sollte dies aus juristischen Gründen nicht direkt über eine KLV-Änderung möglich sein, ist die Änderung raschestmöglich im übergeordneten Recht vorzunehmen.	Die Versicherung leistet eine Vergütung an Mittel und Gegenstände, die der Behandlung oder der Untersuchung im Sinne einer Überwachung der Behandlung einer Krankheit und ihrer Folgen dienen, die auf ärztliche Anordnung von einer Abgabestelle nach Artikel 55 KVV abgegeben werden und von der versicherten Person selbst oder mit Hilfe einer nichtberuflich an der Untersuchung oder der Behandlung mitwirkenden Person angewendet werden.

Versand per Mail
abteilung-leistung@bag.admin.ch
gever@bag.admin.ch

Bern, 24.10.2018

Stellungnahme zur Änderung der Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)

Sehr geehrte Damen und Herrn

Der Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (SBK), Sektion Bern bedankt sich für die Gelegenheit, sich zu den vorgesehenen Änderungen der Leistungsverordnung zum KVG zu äussern.

Die Sektion Bern ist mit ihren rund 5000 Mitgliedern die grösste Sektion des Berufsverbandes. Die Änderungen in der Krankenpflegeversicherung betreffen unsere Mitglieder in qualifizierter Art und Weise. Wir vom SBK Bern unterstützen nachdrücklich die Stellungnahme unseres nationalen Verbandes. Auf eine detaillierte Stellungnahme verzichten wir.

Für Rückfragen steht Ihnen Herr Pierre-André Wagner, Leiter Rechtsdienst SBK CH, unter Telefon: 031 388 36 36 oder per Mail: pierre-andre.wagner@sbk-asi.ch, zur Verfügung.

Freundliche Grüsse



Cornelia Klover
Geschäftsführende Präsidentin, Sektion Bern

Modification de l'ordonnance du DFI sur les prestations de l'assurance des soins en cas de maladie (OPAS) (neutralité des coûts, évaluation des soins requis)
Procédure de consultation du 4 juillet au 26 octobre 2018

Prise de position de l'ASI (CONCEPTION CONFIDENTIELLE)

Nom / entreprise / organisation / canton : Association suisse des infirmières et infirmiers

Abréviation de l'entr. / org. : ASI NE-JU, Section NE/JU

Adresse : Rue des Draizes 5, 2000-Neuchâtel

Personne de référence : Isabelle Gindrat, présidente ASI NE/JU

Téléphone : 032 968 13 51

Courriel : isabelle.gindrat@asi-neju.ch

Date : 26.10.18

Informations importantes :

1. Veuillez n'effectuer aucun changement dans le format du formulaire.
2. Si vous souhaitez supprimer certains tableaux dans le formulaire, vous avez la possibilité d'ôter la protection du texte sous « Outils/Ôter la protection ».
4. Veuillez envoyer votre prise de position par voie électronique **avant le 26 octobre 2018** aux adresses suivantes : abteilung-leistung@bag.admin.ch
gever@bag.admin.ch

Modification de l'ordonnance du DFI sur les prestations de l'assurance des soins en cas de maladie (OPAS) (neutralité des coûts, évaluation des soins requis)
Procédure de consultation du 4 juillet au 26 octobre 2018

Ordonnance du DFI sur les prestations de l'assurance des soins en cas de maladie (OPAS)

Nom / institution (prière d'utiliser l'abréviation indiquée à la première page)	Remarques générales
SBK-ASI	L'Association suisse des infirmières et infirmiers (ASI) est reconnaissante de la possibilité donnée de commenter les modifications qu'il est prévu d'apporter à l'OPAS. L'ASI n'exprimera son opinion que dans la mesure où la révision affecte directement ses membres en tant que prestataires de services. Cela s'applique en particulier aux infirmières et infirmiers indépendants. L'ASI se prononce également sur les points qui affectent profondément les soins infirmiers à la population ou le personnel infirmier. Les points de vue des autres prestataires de services concernés - organisations de soins ambulatoires, maisons de retraite et établissements médico-sociaux - sont représentés par leurs organisations respectives et l'ASI renvoie à leurs avis. En principe, elle est d'accord avec eux sur les points relevant de la de neutralité des coûts. En outre, l'ASI soutient les arguments de la Communauté d'intérêts (CI) Financement des soins : https://www.spitex.ch/files/9G0FLTJ/2018_04_26_argumentarium_igpf_f.pdf L'ASI ne prend pas position sur les explications relatives au secteur des EMS – à part deux exceptions. Premièrement, elle soutient résolument l'augmentation des contributions de l'assurance obligatoire des soins (AOS) dans ce domaine et exige que les EMS investissent l'augmentation des contributions AOS dans des prestations de soins infirmiers de qualité – c'est-à-dire dans le personnel qui assure ces soins. Deuxièmement, l'ASI exige que seuls les outils d'évaluation des soins requis soient reconnus qui - contrairement à ce qui est prévu dans le rapport explicatif – répondent vraiment aux exigences scientifique et d'uniformité. La révision prévue déterminera d'une part le montant des contributions de l'AOS et d'autre part les modalités de l'évaluation des besoins (nouvelle terminologie [en allemand seulement]). L'ASI rejette complètement et fermement la première partie de la révision et considère que la deuxième partie est absolument insuffisante en matière de reconnaissance de l'autonomie des soins infirmiers. La réduction des contributions AOS pour les soins infirmiers ambulatoires est objectivement infondée et leur calcul n'est pas plausible. Elle contrecarre également les efforts visant à développer des soins infirmiers ambulatoires qui soient efficaces, adéquats, économiques et durables ; elle est de plus en contradiction flagrante avec la stratégie de la politique sanitaire consistant à privilégier les soins ambulatoires aux soins en milieu hospitalier. Contrairement à la présente modification, le rapport d'experts INFRAS arrive à la conclusion que la charge proportionnelle pesant sur l'AOS est passée de 72 % à 70 % au cours de la période considérée, et que de ce fait l'objectif de neutralité des coûts est atteint et même dépassé. C'est également sur cette base que la réduction proposée des contributions AOS est incompréhensible. Pour l'ASI, le prétendu renforcement de l'autonomie du personnel infirmier en matière d'évaluation des soins requis ne représente rien d'autre que la tentative aussi artificielle qu'inadéquante de couper l'herbe sous les pieds à l'initiative populaire « Pour des soins infirmiers forts ». La contradiction entre l'autonomie partielle de la profession d'infirmier ancrée dans les législations cantonales et la compétence en matière de facturation selon la LAMal existe au niveau de la loi et ne peut pas être résolue par voie d'ordonnance.

Modification de l'ordonnance du DFI sur les prestations de l'assurance des soins en cas de maladie (OPAS) (neutralité des coûts, évaluation des soins requis)
Procédure de consultation du 4 juillet au 26 octobre 2018

Remarques détaillées sur la partie du rapport Neutralité des coûts des contributions aux soins infirmiers

Soins à domicile (3.)

Il convient de noter d'emblée que les calculs utilisés pour justifier une réduction très précise de 3,6 % du montant des contributions de l'AOS aux soins infirmiers ambulatoires reposent sur une accumulation de suppositions, d'hypothèses, de conditionnelles et d'approximations, dont certaines sont encore en contradiction avec des bases commanditées par le Conseil fédéral lui-même, tels que le rapport d'évaluation Infras, qui étrangement n'est mentionné nulle part dans ce rapport. Les bases statistiques existantes sont maigres et incomplètes, comme le rapport explicatif lui-même le reconnaît à de multiples reprises. Voici trois exemples parmi d'autres: Il n'est pas tenu compte du fait qu'en 2010 la facturation se faisait en unités de temps de 10 minutes et en 2014 de 5 minutes. Ou: Il est présumé que des nouvelles prestations comme les mesures de coordination ou la préparation de médicaments n'ont aucune répercussions sur les coûts, ce qui est justifié de manière indifférenciée par le fait qu'avant aussi, ces prestations étaient facturées et rémunérées « sous un autre nom ». Ou encore: les revenus mentionnés dans le rapport sont nettement plus élevés que les coûts réels calculés sur la base des heures de soins effectuées. Enfin et pour finir, la réduction proposée est le résultat d'un calcul assez grossier : l'augmentation des coûts des soins ambulatoires est divisée par l'augmentation - inférieure - du nombre d'heures de soins, d'où l'on conclut que les coûts horaires auraient augmenté; ces derniers sont donc simplement réduits en conséquence - en référence à l'objectif de neutralité des coûts prétendument fixé par le législateur. Pour l'ASI, la question fondamentale est de savoir si, compte tenu des incertitudes liées aux données, la neutralité des coûts introduite en 2011 peut être vérifiée avec autant de précision que le suggère la formule et son résultat de 3,6%.

Le fait que le nombre absolu d'heures de soins infirmiers effectuées augmente ne devrait plus surprendre personne, compte tenu de facteurs démographiques bien connus. Tout aussi peu surprenant est le fait que, contrairement aux affirmations du rapport explicatif, l'intensité des soins infirmiers augmente en raison de facteurs tout aussi connus, facteurs qui sont non seulement de nature démographique, mais aussi de l'ordre de la politique sanitaire (diminution de la durée moyenne du séjour hospitalier, N.B. dans le contexte d'une complexité sans cesse croissante des pathologies). Cela se voit dans les graphiques 2 et 3, qui montrent une diminution proportionnelle de la part des soins de base et une augmentation dans le domaine des évaluations, des conseils, des examens et des traitements. Il faudrait néanmoins des indicateurs plus précis pour prouver l'intensité croissante des soins, aussi étant donné qu'il s'agit de distinguer entre soins de base simples et complexes dans le cadre de l'introduction du nouveau régime de financement des soins. Par conséquent, le calcul sur lequel se base la réduction des contributions ne manque pas seulement de rigueur mais aussi de tout sens de la réalité: la tendance de la présente révision - si chaque augmentation de l'intensité des soins infirmiers dans le secteur ambulatoire est sanctionnée par une réduction correspondante des cotisations de l'AOS - révèle un désengagement absolument inacceptable de l'assurance-maladie dans le domaine des soins ambulatoires dans son ensemble. Cette interprétation fondamentaliste de la neutralité des coûts, liée à la structuration du financement des soins, viole aussi incontestablement le principe constitutionnel de l'équivalence fiscale selon laquelle la communauté qui supporte les coûts d'une prestation de l'Etat a le droit de déterminer cette prestation. Cela prouverait que la «rémunération appropriée des soins infirmiers» exigée par l'initiative populaire «Pour des soins infirmiers forts» est absolument indispensable (la même conclusion s'impose au regard de l'évolution négative des salaires du personnel infirmier, confirmée noir sur blanc dans le rapport explicatif).

L'ASI demande que les contributions selon l'art. 7a al. 1 de l'OPAS soient ajustées régulièrement à l'évolution des coûts des soins ambulatoires, et ce au moins tous les trois ans.

Subsidiairement

Si la réduction prévue des contributions de l'AOS aux soins infirmiers ambulatoires devait effectivement être mise en œuvre, une période transitoire suffisante devrait être prévue. Selon le système actuel de financement des soins infirmiers, les cantons sont responsables du financement résiduel.

Modification de l'ordonnance du DFI sur les prestations de l'assurance des soins en cas de maladie (OPAS) (neutralité des coûts, évaluation des soins requis)
Procédure de consultation du 4 juillet au 26 octobre 2018

Si la part de l'AOS (et par conséquent la part-patient maximum calculée en fonction de celle-ci) diminue, la différence proportionnellement plus élevée par rapport au coût total des soins infirmiers doit être assumée par le financeur résiduel. Aujourd'hui encore et depuis l'introduction du nouveau financement des soins de longue durée en 2011, on constate que le financement résiduel n'est réglementé de manière satisfaisante nulle part en Suisse, comme l'a déclaré et critiqué l'ASI à l'occasion de chaque évaluation, sans que rien ne se soit amélioré. Comme le montre l'expérience récente de la mise en œuvre chaotique (ou de la non-application) des arrêts du Tribunal administratif fédéral de l'automne 2017 sur le paiement des frais du matériel de soins, les cantons (et/ou les communes) ne font pas preuve d'un empressement exagéré pour augmenter le financement résiduel. Si les autorités fédérales ne veulent pas s'exposer à l'accusation de sacrifier ou de laisser sacrifier sur l'autel des restrictions budgétaires cantonales, elles doivent assumer leur responsabilité et au moins assurer, en accordant une période transitoire utile, que le déficit soit comblé par les cantons. Toutefois, nous craignons plutôt que la réduction prévue des contributions de l'AOS n'induisse une diminution drastique de la rémunération des soins infirmiers ambulatoires. Cela aura un impact sur les soins à la population, certains prestataires de services devant abandonner leur activité et d'autres devant réagir en réduisant leurs effectifs et la qualification de ceux-ci. Il en résultera un retard dans les prises en charge ambulatoires et par contrecoup des sorties d'hôpital, une augmentation des complications et des ré-hospitalisations.

En tout état de cause, une introduction en milieu d'année doit être rejetée en raison des coûts administratifs disproportionnés qu'elle implique ; nous nous référons à cet égard à l'avis de la CDS.

Motions subsidiaires:

- 1. La date d'entrée en vigueur est fixée au début de l'année ; les cantons disposent d'un délai raisonnable pour adapter le financement résiduel.*
- 2. Il faut accorder un délai transitoire suffisant aux cantons avant l'entrée en vigueur de l'adaptation de la contribution.*
- 3. Le Conseil fédéral fixe des critères uniformes pour le calcul et la détermination du coût total des soins ainsi que pour le financement de l'obligation d'assurer des soins infirmiers ambulatoires.*

Prestations annexes (3.1.2)

Outre le fait qu'il est établi que les coûts du matériel de soins n'ont pas été suffisamment pris en compte lors de l'introduction du financement actuel des soins, nous ne sommes pas d'avis que les contributions selon l'art. 7a de l'OPAS doivent refléter les coûts de ce matériel 1:1 ; les besoins extrêmement différents en matériel selon le type de soins fourni (des soins psychiatriques d'une part aux soins de plaies et aux soins intensifs à domicile de l'autre) rend impossible tout calcul forfaitaire. Ces coûts doivent être assumés séparément par l'AOS et la distinction absolument dénuée de sens, inappropriée et impraticable entre l'auto-application par le patient et l'application par des professionnels doit être supprimée. Étant donné que ces coûts auront été entièrement couverts par l'AOS jusqu'à l'automne 2017, la mise en œuvre de cette revendication serait neutre en termes de coûts. En outre, seuls les assureurs sont techniquement en mesure d'évaluer les exigences matérielles par rapport aux exigences d'économicité, d'adéquation et d'efficacité de la LAMal.

En ce qui concerne l'indemnisation du matériel de soins, l'ASI demande que la distinction entre l'auto-utilisation et l'utilisation par des tiers soit supprimée, de manière à ce que les coûts correspondants soient payés séparément par l'AOS conformément à la LiMA, comme ce fut le cas et comme cela fonctionna parfaitement avant les arrêts du Tribunal administratif fédéral de l'automne 2017.

Modification de l'ordonnance du DFI sur les prestations de l'assurance des soins en cas de maladie (OPAS) (neutralité des coûts, évaluation des soins requis)
Procédure de consultation du 4 juillet au 26 octobre 2018

Soins aigus et transitoires (3.1.3)

Nous demandons ici une analyse soigneuse du rapport d'évaluation d'INFRAS. Celui-ci montre que la conception actuelle des soins aigus et transitoires n'est pas suffisante. L'hypothèse selon laquelle un plus grand nombre de services infirmiers seraient désormais fournis en raison des soins aigus et transitoires ne peut être corroborée par les statistiques de Spitex. Nous contestons fermement l'insinuation imputant aux SAT une augmentation infondée du nombre d'heures de soins. Les soins aigus et de transition se fondent sur une prescription d'un médecin hospitalier et ils ne peuvent être multipliés arbitrairement.

Évaluation des soins requis et exigences minimales pour les systèmes d'évaluation

Terminologie

En guise de remarque préliminaire, nous notons qu'en allemand, le concept conventionnel d'évaluation des besoins a été remplacé par celui de détermination des besoins. Cela est certes mentionné au point 1.6 du rapport explicatif, mais les implications ne sont pas du tout expliquées, et nous ne pouvons que spéculer sur les raisons sous-jacentes. Alors que l'évaluation des besoins dans le sens d'un suivi continu de l'état du patient et des résultats des soins fait partie intégrante du processus de soins et peut être facturée en conséquence, la détermination des besoins semble se limiter à déterminer les besoins en soins lorsque le patient est pris en charge ou au début de la période de prescription. L'ASI rejette fermement ce changement de terminologie non fondé.

Instruments d'évaluation des besoins

Les instruments prévus selon le rapport explicatif ne répondent pas aux exigences formulées dans le rapport lui-même. Ainsi, le besoin effectif de soins n'est pas saisi que manière exhaustive; il existe de grandes lacunes en particulier dans le domaine psychosocial ainsi que dans le secteur des consultations aux familles et de l'instruction des proches. Ces instruments ne permettent pas non plus d'avoir systématiquement des études de temps fondées. Pour cette raison, l'ASI exige que seuls les instruments d'évaluation des besoins exhaustifs, validés et valables, qui garantissent l'uniformité et le caractère scientifique visé, soient reconnus. Les dispositions de l'ordonnance appropriées doivent être formulées de manière correspondante en intégrant le personnel infirmier qui s'est spécialisé dans ce domaine.

Renforcer l'autonomie des professionnels des soins

Le rapport explicatif traite en détail de l'initiative parlementaire 11.418 (Joder), qui avait été rejetée sans ambages par le Conseil fédéral à l'époque. Cependant, la confusion semble toujours régner concernant l'objectif poursuivi par cette initiative – et à présent par l'initiative populaire de l'ASI. Contrairement à ce qui est affirmé dans le commentaire de la page 22, troisième paragraphe, la LAMal ne régleme nte pas les compétences ; la LAMal régleme nte la rémunération des prestations de soins et leurs conditions. Les compétences professionnelles des infirmières relèvent du droit cantonal de la santé (et, dans un avenir proche et dans une certaine mesure, de la loi fédérale sur les professions de santé). Selon la loi, les infirmières sont autonomes, sauf dans les domaines diagnostique et thérapeutique, où elles travaillent dans le cadre d'une délégation médicale. De par la Constitution fédérale, la LAMal ne peut rien y changer. Elle peut toutefois empêcher la réalisation de l'autonomie des infirmières - et donc de l'ordre cantonal des compétences - et la rendre caduque en subordonnant la rémunération des prestations de soins infirmiers attribuées au domaine autonome des soins à l'existence d'une prescription médicale en la matière. L'initiative parlementaire Joder avait pour seul objectif d'harmoniser les règles d'indemnisation de la LAMal avec les règles de compétence cantonales et, entre autres, de combattre l'idée que les soins infirmiers sont une profession médicale auxiliaire. La présente révision de l'ordonnance ne fait rien pour éliminer cet empiètement sur les compétences des professionnels de la santé ; si ce dernier est prévu par la LAMal - en ce sens qu'il ne reconnaît pas les professionnels de la santé comme prestataires de services (partiellement) indépendants - alors c'est la LAMal qui doit être modifiée. Maintenant que cette voie a échoué en raison de la décision de non-entrée en matière du Conseil national, l'ASI fera tout ce qui est en son pouvoir pour obtenir la reconnaissance due aux soins infirmiers par le biais la Constitution fédérale.

Modification de l'ordonnance du DFI sur les prestations de l'assurance des soins en cas de maladie (OPAS) (neutralité des coûts, évaluation des soins requis)
Procédure de consultation du 4 juillet au 26 octobre 2018

La soi-disant « fonction charnière » du médecin, qui est souvent évoquée dans le rapport, n'a aucune justification **en regard du domaine autonome des soins**. La fonction de « gatekeeper » destinée au médecin - même si ce n'est qu'une question de forme - dans ces prestations infirmières typiques est une fiction. En ce qui concerne le domaine autonome des soins infirmiers, les médecins ne sont pas formés en la matière et ne peuvent donc pas assumer de fonction de supervision ou de contrôle. Au contraire, cette tâche est prise en charge (très efficacement) par l'assurance-maladie. Comme le savent très bien les fournisseurs de prestations, l'existence d'une prescription médicale – même pour un soin médical! – ne garantit nullement que l'assurance considérera ce soin comme efficace, approprié et économique, et donc comme justifiant son indemnisation. Cela rend également caduque la crainte d'une augmentation des services de soins qui a de nouveau été avancée, comme durant les débats sur l'initiative parlementaire Joder. Comment les médecins devraient-ils empêcher l'expansion de services de soins dont ils ne sont pas en mesure d'évaluer les indications ? Les considérants dans le rapport sur le prétendu « triple contrôle de la facturation » sont incompréhensibles à cet égard : ni les patients ni les autorités cantonales (et encore moins communales) ne peuvent sérieusement prétendre remplir cette tâche (comme les cantons eux-mêmes le reconnaissent, voir la consultation de la CDS).

En ce qui concerne la qualité des soins, la confusion entre les aspects relevant de la rémunération et ceux relevant des compétences professionnelles ne conduit pas à une amélioration, mais à une dangereuse insécurité juridique. Le pouvoir de décision encore réservé au médecin concernant les mesures de soins en dehors de son domaine de compétence pèse sur la coopération interdisciplinaire, met en danger les patients et crée une insécurité juridique considérable quant à la question de savoir qui est responsable en cas de préjudice.

Le projet de loi prétend répondre à la préoccupation des soins infirmiers en vue de la reconnaissance de leur autonomie en faisant la distinction entre une décision initiale médicale quant à savoir si un patient a besoin de soins infirmiers d'une part, et, d'autre part, dans l'affirmative, une décision concédée aux infirmières quant aux soins infirmiers spécifiques requis. **Le projet codifie de facto la pratique existante et il n'y a rien à y redire, si ce n'est que, comme cela a été répété à plusieurs reprises, cela ne pallie en rien la discrimination institutionnalisée des infirmières dans la LAMal.**

La distinction entre mesures d'évaluation, conseils, coordination et soins de base d'une part, et d'autre part les mesures d'examen et de traitement va de soi ; ces dernières sont en effet des tâches médicales par essence qui ne peuvent être déléguées par le médecin aux infirmières qu'explicitement et conformément aux principes du Code suisse des obligations, en particulier les principes du droit de la responsabilité.

Restrictions par rapport au droit de procéder à l'évaluation des besoins

Le projet du Conseil fédéral prévoit de limiter l'évaluation des besoins aux professionnels des soins infirmiers répondant aux exigences de l'art. 49 LAMal. Les infirmières indépendantes remplissent déjà cette condition. Toutefois, ce changement signifierait que le personnel infirmier employé dans une organisation de soins à domicile ou un EMS devrait également justifier de deux ans d'expérience pratique. Cette restriction aurait un impact négatif sur l'attractivité du secteur des soins à domicile et des EMS, et elle aggraverait la pénurie de travailleurs qualifiés dans ces secteurs. Après leur formation ES ou HES, le personnel infirmier qualifié est tout à fait capable de procéder à une évaluation des besoins. Si cette mesure se justifie par une autonomie accrue du point de vue de l'OFSP, nous rappelons que l'ASI a proposé l'expérience de deux ans dans le cadre de l'initiative parlementaire 11.418 exclusivement en relation avec un amendement législatif.

Modification de l'ordonnance du DFI sur les prestations de l'assurance des soins en cas de maladie (OPAS) (neutralité des coûts, évaluation des soins requis)

Procédure de consultation du 4 juillet au 26 octobre 2018

Motion Si l'évaluation des besoins est faite par des infirmières et infirmiers employés, il suffit que ceux-ci aient un diplôme en soins infirmiers; seuls les infirmières et infirmiers indépendants doivent apporter la preuve qu'ils ont deux ans d'expérience selon l'art. 49 de l'OAMal.			
Nom / institution	Article	Commentaires / remarques	Modification proposée (texte proposé)
SBK-ASI	Art. 7 al. 2 let. a ch. 1	L'ASI rejette fermement ce changement de terminologie (dans la version allemande) non fondé.	
SBK-ASI	Art. 7a al. 1	Nous rejetons catégoriquement la réduction des contributions AOS et nous nous référons aux remarques ci-dessus.	
SBK-ASI	Art. 8 al. 1	Le projet codifie de facto la pratique existante et il n'y a rien à y redire, si ce n'est que, comme cela a été répété à plusieurs reprises, cela ne pallie en rien la discrimination des infirmières dans la LAMal.	
SBK-ASI	Art. 8 al. 2 let. c	Les 2 semaines maximum de soins aigus et transitoires ne sont pas suffisantes. La réglementation en vigueur est inadéquate. C'est pourquoi nous renvoyons aux observations de la CI Financement des soins et au rapport d'évaluation sur la réorganisation du financement des soins par INFRAS. Ces documents mettent clairement en évidence les lacunes des soins aigus et transitoires. Un changement fondamental doit être opéré. Cela ne peut toutefois se faire que par une adaptation préalable correspondante de la LAMal. L'ASI souligne la nécessité d'une adaptation des soins aigus et transitoires, mais, pour les raisons susmentionnées, ne propose pas de modification à ce stade.	
SBK-ASI	Art. 8a al. 1	Nous rejetons la limitation de l'évaluation des soins requis aux infirmières et infirmiers qui remplissent les conditions de l'art. 49 de l'OAMal, voir motion ci-dessus.	

Modification de l'ordonnance du DFI sur les prestations de l'assurance des soins en cas de maladie (OPAS) (neutralité des coûts, évaluation des soins requis)

Procédure de consultation du 4 juillet au 26 octobre 2018

SBK-ASI	Art. 20 OPAS	L'OPAS doit être modifiée afin qu'à partir du 1er janvier 2019 les fournisseurs de prestations puissent facturer à l'AOS le matériel de soins conformément à l'art. 7 al. 1 de l'OPAS, que ce matériel soit utilisé par le patient lui-même ou par les professionnels infirmiers. Subsidiairement: Si la situation ne peut être amendée par le biais d'un amendement de l'OPAS, l'amendement doit être effectué le plus rapidement possible au niveau du droit supérieur.	L'assurance octroie un remboursement pour les moyens et appareils thérapeutiques ou diagnostiques visant à surveiller le traitement d'une maladie et ses conséquences, remis sur prescription médicale par un centre de remise au sens de l'art. 55 OAMal et utilisé par l'assuré lui-même ou avec l'aide d'un intervenant non professionnel impliqué dans l'examen ou le traitement.
---------	-----------------	---	--

Modification de l'ordonnance du DFI sur les prestations de l'assurance des soins en cas de maladie (OPAS) (neutralité des coûts, évaluation des soins requis)
Procédure de consultation du 4 juillet au 26 octobre 2018

Nom / entreprise / organisation / canton : Associazione Svizzera Infermiere/i Sez. Ticino

Abréviation de l'entr. / org. : ASI-SBK Sezione Ticino

Adresse : via Simen 8, 6830 Chiasso

Personne de référence : Luzia Mariani-Abächerli Presidente ASI-SBK Sez. Ticino

Téléphone : 091/682 29 31

Courriel : segretariato@asiticino.ch

Date : 25.10.2018

Informations importantes :

1. Veuillez n'effectuer aucun changement dans le format du formulaire.
2. Si vous souhaitez supprimer certains tableaux dans le formulaire, vous avez la possibilité d'ôter la protection du texte sous « Outils/Ôter la protection ».
4. Veuillez envoyer votre prise de position par voie électronique **avant le 26 octobre 2018** aux adresses suivantes : abteilung-leistung@bag.admin.ch
gever@bag.admin.ch

Modification de l'ordonnance du DFI sur les prestations de l'assurance des soins en cas de maladie (OPAS) (neutralité des coûts, évaluation des soins requis)
Procédure de consultation du 4 juillet au 26 octobre 2018

Ordonnance du DFI sur les prestations de l'assurance des soins en cas de maladie (OPAS)

Nom / institution (prière d'utiliser l'abréviation indiquée à la première page)	Remarques générales
SBK-ASI	L'Association suisse des infirmières et infirmiers (ASI) est reconnaissante de la possibilité donnée de commenter les modifications qu'il est prévu d'apporter à l'OPAS. L'ASI n'exprimera son opinion que dans la mesure où la révision affecte directement ses membres en tant que prestataires de services. Cela s'applique en particulier aux infirmières et infirmiers indépendants. L'ASI se prononce également sur les points qui affectent profondément les soins infirmiers à la population ou le personnel infirmier. Les points de vue des autres prestataires de services concernés - organisations de soins ambulatoires, maisons de retraite et établissements médico-sociaux - sont représentés par leurs organisations respectives et l'ASI renvoie à leurs avis. En principe, elle est d'accord avec eux sur les points relevant de la neutralité des coûts. En outre, l'ASI soutient les arguments de la Communauté d'intérêts (CI) Financement des soins : https://www.spitex.ch/files/9G0FLTJ/2018_04_26_argumentarium_igpf_f.pdf L'ASI ne prend pas position sur les explications relatives au secteur des EMS – à part deux exceptions. Premièrement, elle soutient résolument l'augmentation des contributions de l'assurance obligatoire des soins (AOS) dans ce domaine et exige que les EMS investissent l'augmentation des contributions AOS dans des prestations de soins infirmiers de qualité – c'est-à-dire dans le personnel qui assure ces soins. Deuxièmement, l'ASI exige que seuls les outils d'évaluation des soins requis soient reconnus qui - contrairement à ce qui est prévu dans le rapport explicatif – répondent vraiment aux exigences scientifique et d'uniformité. La révision prévue déterminera d'une part le montant des contributions de l'AOS et d'autre part les modalités de l'évaluation des besoins (nouvelle terminologie [en allemand seulement]). L'ASI rejette complètement et fermement la première partie de la révision et considère que la deuxième partie est absolument insuffisante en matière de reconnaissance de l'autonomie des soins infirmiers. La réduction des contributions AOS pour les soins infirmiers ambulatoires est objectivement infondée et leur calcul n'est pas plausible. Elle contrecarre également les efforts visant à développer des soins infirmiers ambulatoires qui soient efficaces, adéquats, économiques et durables ; elle est de plus en contradiction flagrante avec la stratégie de la politique sanitaire consistant à privilégier les soins ambulatoires aux soins en milieu hospitalier. Contrairement à la présente modification, le rapport d'experts INFRAS arrive à la conclusion que la charge proportionnelle pesant sur l'AOS est passée de 72 % à 70 % au cours de la période considérée, et que de ce fait l'objectif de neutralité des coûts est atteint et même dépassé. C'est également sur cette base que la réduction proposée des contributions AOS est incompréhensible. Pour l'ASI, le prétendu renforcement de l'autonomie du personnel infirmier en matière d'évaluation des soins requis ne représente rien d'autre que la tentative aussi artificielle qu'inadéquante de couper l'herbe sous les pieds à l'initiative populaire « Pour des soins infirmiers forts ». La contradiction entre l'autonomie partielle de la profession d'infirmier ancrée dans les législations cantonales et la compétence en matière de facturation selon la LAMal existe au niveau de la loi et ne peut pas être résolue par voie d'ordonnance.

Modification de l'ordonnance du DFI sur les prestations de l'assurance des soins en cas de maladie (OPAS) (neutralité des coûts, évaluation des soins requis)

Procédure de consultation du 4 juillet au 26 octobre 2018

Remarques détaillées sur la partie du rapport Neutralité des coûts des contributions aux soins infirmiers

Soins à domicile (3.)

Il convient de noter d'emblée que les calculs utilisés pour justifier une réduction très précise de 3,6 % du montant des contributions de l'AOS aux soins infirmiers ambulatoires reposent sur une accumulation de suppositions, d'hypothèses, de conditionnelles et d'approximations, dont certaines sont encore en contradiction avec des bases commanditées par le Conseil fédéral lui-même, tels que le rapport d'évaluation Infras, qui étrangement n'est mentionné nulle part dans ce rapport. Les bases statistiques existantes sont maigres et incomplètes, comme le rapport explicatif lui-même le reconnaît à de multiples reprises. Voici trois exemples parmi d'autres: Il n'est pas tenu compte du fait qu'en 2010 la facturation se faisait en unités de temps de 10 minutes et en 2014 de 5 minutes. Ou: Il est présumé que des nouvelles prestations comme les mesures de coordination ou la préparation de médicaments n'ont aucune répercussions sur les coûts, ce qui est justifié de manière indifférenciée par le fait qu'avant aussi, ces prestations étaient facturées et rémunérées « sous un autre nom ». Ou encore: les revenus mentionnés dans le rapport sont nettement plus élevés que les coûts réels calculés sur la base des heures de soins effectuées. Enfin et pour finir, la réduction proposée est le résultat d'un calcul assez grossier: l'augmentation des coûts des soins ambulatoires est divisée par l'augmentation - inférieure - du nombre d'heures de soins, d'où l'on conclut que les coûts horaires auraient augmenté; ces derniers sont donc simplement réduits en conséquence - en référence à l'objectif de neutralité des coûts prétendument fixé par le législateur. Pour l'ASI, la question fondamentale est de savoir si, compte tenu des incertitudes liées aux données, la neutralité des coûts introduite en 2011 peut être vérifiée avec autant de précision que le suggère la formule et son résultat de 3,6%.

Le fait que le nombre absolu d'heures de soins infirmiers effectués augmente ne devrait plus surprendre personne, compte tenu de facteurs démographiques bien connus. Tout aussi peu surprenant est le fait que, contrairement aux affirmations du rapport explicatif, l'intensité des soins infirmiers augmente en raison de facteurs tout aussi connus, facteurs qui sont non seulement de nature démographique, mais aussi de l'ordre de la politique sanitaire (diminution de la durée moyenne du séjour hospitalier, N.B. dans le contexte d'une complexité sans cesse croissante des pathologies). Cela se voit dans les graphiques 2 et 3, qui montrent une diminution proportionnelle de la part des soins de base et une augmentation dans le domaine des évaluations, des conseils, des examens et des traitements. Il faudrait néanmoins des indicateurs plus précis pour prouver l'intensité croissante des soins, aussi étant donné qu'il s'agit de distinguer entre soins de base simples et complexes dans le cadre de l'introduction du nouveau régime de financement des soins. Par conséquent, le calcul sur lequel se base la réduction des contributions ne manque pas seulement de rigueur mais aussi de tout sens de la réalité: la tendance de la présente révision - si chaque augmentation de l'intensité des soins infirmiers dans le secteur ambulatoire est sanctionnée par une réduction correspondante des cotisations de l'AOS - révèle un désengagement absolument inacceptable de l'assurance-maladie dans le domaine des soins ambulatoires dans son ensemble. Cette interprétation fondamentaliste de la neutralité des coûts, liée à la structuration du financement des soins, viole aussi incontestablement le principe constitutionnel de l'équivalence fiscale selon laquelle la communauté qui supporte les coûts d'une prestation de l'Etat a le droit de déterminer cette prestation. Cela prouverait que la «rémunération appropriée des soins infirmiers» exigée par l'initiative populaire «Pour des soins infirmiers forts» est absolument indispensable (la même conclusion s'impose au regard de l'évolution négative des salaires du personnel infirmier, confirmée noir sur blanc dans le rapport explicatif).

L'ASI demande que les contributions selon l'art. 7a al. 1 de l'OPAS soient ajustées régulièrement à l'évolution des coûts des soins ambulatoires, et ce au moins tous les trois ans.

Subsidiairement

Si la réduction prévue des contributions de l'AOS aux soins infirmiers ambulatoires devait effectivement être mise en œuvre, une période transitoire suffisante devrait être prévue. Selon le système actuel de financement des soins infirmiers, les cantons sont responsables du financement résiduel.

Modification de l'ordonnance du DFI sur les prestations de l'assurance des soins en cas de maladie (OPAS) (neutralité des coûts, évaluation des soins requis)

Procédure de consultation du 4 juillet au 26 octobre 2018

Si la part de l'AOS (et par conséquent la part-patient maximum calculée en fonction de celle-ci) diminue, la différence proportionnellement plus élevée par rapport au coût total des soins infirmiers doit être assumée par le financeur résiduel. Aujourd'hui encore et depuis l'introduction du nouveau financement des soins de longue durée en 2011, on constate que le financement résiduel n'est réglementé de manière satisfaisante nulle part en Suisse, comme l'a déclaré et critiqué l'ASI à l'occasion de chaque évaluation, sans que rien ne se soit amélioré. Comme le montre l'expérience récente de la mise en œuvre chaotique (ou de la non-application) des arrêts du Tribunal administratif fédéral de l'automne 2017 sur le paiement des frais du matériel de soins, les cantons (et/ou les communes) ne font pas preuve d'un empressement exagéré pour augmenter le financement résiduel. Si les autorités fédérales ne veulent pas s'exposer à l'accusation de sacrifier ou de laisser sacrifier sur l'autel des restrictions budgétaires cantonales, elles doivent assumer leur responsabilité et au moins assurer, en accordant une période transitoire utile, que le déficit soit comblé par les cantons.

Toutefois, nous craignons plutôt que la réduction prévue des contributions de l'AOS n'induisse une diminution drastique de la rémunération des soins infirmiers ambulatoires. Cela aura un impact sur les soins à la population, certains prestataires de services devant abandonner leur activité et d'autres devant réagir en réduisant leurs effectifs et la qualification de ceux-ci. Il en résultera un retard dans les prises en charge ambulatoires et par contre-coup des sorties d'hôpital, une augmentation des complications et des ré-hospitalisations.

En tout état de cause, une introduction en milieu d'année doit être rejetée en raison des coûts administratifs disproportionnés qu'elle implique ; nous nous référons à cet égard à l'avis de la CDS.

Motions subsidiaires:

- 1. La date d'entrée en vigueur est fixée au début de l'année ; les cantons disposent d'un délai raisonnable pour adapter le financement résiduel.*
- 2. Il faut accorder un délai transitoire suffisant aux cantons avant l'entrée en vigueur de l'adaptation de la contribution.*
- 3. Le Conseil fédéral fixe des critères uniformes pour le calcul et la détermination du coût total des soins ainsi que pour le financement de l'obligation d'assurer des soins infirmiers ambulatoires.*

Prestations annexes (3.1.2)

Outre le fait qu'il est établi que les coûts du matériel de soins n'ont pas été suffisamment pris en compte lors de l'introduction du financement actuel des soins, nous ne sommes pas d'avis que les contributions selon l'art. 7a de l'OPAS doivent refléter les coûts de ce matériel 1:1 ; les besoins extrêmement différents en matériel selon le type de soins fourni (des soins psychiatriques d'une part aux soins de plaies et aux soins intensifs à domicile de l'autre) rend impossible tout calcul forfaitaire. Ces coûts doivent être assumés séparément par l'AOS et la distinction absolument dénuée de sens, inappropriée et impraticable entre l'auto-application par le patient et l'application par des professionnels doit être supprimée. Étant donné que ces coûts auront été entièrement couverts par l'AOS jusqu'à l'automne 2017, la mise en œuvre de cette revendication serait neutre en termes de coûts. En outre, seuls les assureurs sont techniquement en mesure d'évaluer les exigences matérielles par rapport aux exigences d'économicité, d'adéquation et d'efficacité de la LAMal.

En ce qui concerne l'indemnisation du matériel de soins, l'ASI demande que la distinction entre l'auto-utilisation et l'utilisation par des tiers soit supprimée, de manière à ce que les coûts correspondants soient payés séparément par l'AOS conformément à la LiMA, comme ce fut le cas et comme cela fonctionna parfaitement avant les arrêts du Tribunal administratif fédéral de l'automne 2017.

Modification de l'ordonnance du DFI sur les prestations de l'assurance des soins en cas de maladie (OPAS) (neutralité des coûts, évaluation des soins requis)

Procédure de consultation du 4 juillet au 26 octobre 2018

Soins aigus et transitoires (3.1.3)

Nous demandons ici une analyse soigneuse du rapport d'évaluation d'INFRAS. Celui-ci montre que la conception actuelle des soins aigus et transitoires n'est pas suffisante. L'hypothèse selon laquelle un plus grand nombre de services infirmiers seraient désormais fournis en raison des soins aigus et transitoires ne peut être corroborée par les statistiques de Spitex. Nous contestons fermement l'insinuation imputant aux SAT une augmentation infondée du nombre d'heures de soins. Les soins aigus et de transition se fondent sur une prescription d'un médecin hospitalier et ils ne peuvent être multipliés arbitrairement.

Évaluation des soins requis et exigences minimales pour les systèmes d'évaluation

Terminologie

En guise de remarque préliminaire, nous notons qu'en allemand, le concept conventionnel d'évaluation des besoins a été remplacé par celui de détermination des besoins. Cela est certes mentionné au point 1.6 du rapport explicatif, mais les implications ne sont pas du tout expliquées, et nous ne pouvons que spéculer sur les raisons sous-jacentes. Alors que l'évaluation des besoins dans le sens d'un suivi continu de l'état du patient et des résultats des soins fait partie intégrante du processus de soins et peut être facturée en conséquence, la détermination des besoins semble se limiter à déterminer les besoins en soins lorsque le patient est pris en charge ou au début de la période de prescription. L'ASI rejette fermement ce changement de terminologie non fondé.

Instruments d'évaluation des besoins

Les instruments prévus selon le rapport explicatif ne répondent pas aux exigences formulées dans le rapport lui-même. Ainsi, le besoin effectif de soins n'est pas saisi que manière exhaustive; il existe de grandes lacunes en particulier dans le domaine psychosocial ainsi que dans le secteur des consultations aux familles et de l'instruction des proches. Ces instruments ne permettent pas non plus d'avoir systématiquement des études de temps fondées. Pour cette raison, l'ASI exige que seuls les instruments d'évaluation des besoins exhaustifs, validés et valables, qui garantissent l'uniformité et le caractère scientifique visé, soient reconnus. Les dispositions de l'ordonnance appropriées doivent être formulées de manière correspondante en intégrant le personnel infirmier qui s'est spécialisé dans ce domaine.

Renforcer l'autonomie des professionnels des soins

Le rapport explicatif traite en détail de l'initiative parlementaire 11.418 (Joder), qui avait été rejetée sans ambages par le Conseil fédéral à l'époque. Cependant, la confusion semble toujours régner concernant l'objectif poursuivi par cette initiative – et à présent par l'initiative populaire de l'ASI. Contrairement à ce qui est affirmé dans le commentaire de la page 22, troisième paragraphe, la LAMal ne réglemente pas les compétences ; la LAMal réglemente la rémunération des prestations de soins et leurs conditions. Les compétences professionnelles des infirmières relèvent du droit cantonal de la santé (et, dans un avenir proche et dans une certaine mesure, de la loi fédérale sur les professions de santé). Selon la loi, les infirmières sont autonomes, sauf dans les domaines diagnostique et thérapeutique, où elles travaillent dans le cadre d'une délégation médicale. De par la Constitution fédérale, la LAMal ne peut rien y changer. Elle peut toutefois empêcher la réalisation de l'autonomie des infirmières - et donc de l'ordre cantonal des compétences - et la rendre caduque en subordonnant la rémunération des prestations de soins infirmiers attribuées au domaine autonome des soins à l'existence d'une prescription médicale en la matière. L'initiative parlementaire Joder avait pour seul objectif d'harmoniser les règles d'indemnisation de la LAMal avec les règles de compétence cantonales et, entre autres, de combattre l'idée que les soins infirmiers sont une profession médicale auxiliaire. La présente révision de l'ordonnance ne fait rien pour éliminer cet empiètement sur les compétences des professionnels de la santé ; si ce dernier est prévu par la LAMal - en ce sens qu'il ne reconnaît pas les professionnels de la santé comme prestataires de services (partiellement) indépendants - alors c'est la LAMal qui doit être modifiée. Maintenant que cette voie a échoué en raison de la décision de non-entrée en matière du Conseil national, l'ASI fera tout ce qui est en son pouvoir pour obtenir la reconnaissance due aux soins infirmiers par le biais la Constitution fédérale.

Modification de l'ordonnance du DFI sur les prestations de l'assurance des soins en cas de maladie (OPAS) (neutralité des coûts, évaluation des soins requis)

Procédure de consultation du 4 juillet au 26 octobre 2018

La soi-disant « fonction charnière » du médecin, qui est souvent évoquée dans le rapport, n'a aucune justification **en regard du domaine autonome des soins**. La fonction de « gatekeeper » destinée au médecin - même si ce n'est qu'une question de forme - dans ces prestations infirmières typiques est une fiction. En ce qui concerne le domaine autonome des soins infirmiers, les médecins ne sont pas formés en la matière et ne peuvent donc pas assumer de fonction de supervision ou de contrôle. Au contraire, cette tâche est prise en charge (très efficacement) par l'assurance-maladie. Comme le savent très bien les fournisseurs de prestations, l'existence d'une prescription médicale – même pour un soin médical! – ne garantit nullement que l'assurance considérera ce soin comme efficace, approprié et économique, et donc comme justifiant son indemnisation. Cela rend également caduque la crainte d'une augmentation des services de soins qui a de nouveau été avancée, comme durant les débats sur l'initiative parlementaire Joder. Comment les médecins devraient-ils empêcher l'expansion de services de soins dont ils ne sont pas en mesure d'évaluer les indications ? Les considérants dans le rapport sur le prétendu « triple contrôle de la facturation » sont incompréhensibles à cet égard : ni les patients ni les autorités cantonales (et encore moins communales) ne peuvent sérieusement prétendre remplir cette tâche (comme les cantons eux-mêmes le reconnaissent, voir la consultation de la CDS).

En ce qui concerne la qualité des soins, la confusion entre les aspects relevant de la rémunération et ceux relevant des compétences professionnelles ne conduit pas à une amélioration, mais à une dangereuse insécurité juridique. Le pouvoir de décision encore réservé au médecin concernant les mesures de soins en dehors de son domaine de compétence pèse sur la coopération interdisciplinaire, met en danger les patients et crée une insécurité juridique considérable quant à la question de savoir qui est responsable en cas de préjudice.

Le projet de loi prétend répondre à la préoccupation des soins infirmiers en vue de la reconnaissance de leur autonomie en faisant la distinction entre une décision initiale médicale quant à savoir si un patient a besoin de soins infirmiers d'une part, et, d'autre part, dans l'affirmative, une décision concédée aux infirmières quant aux soins infirmiers spécifiques requis. **Le projet codifie de facto la pratique existante et il n'y a rien à y redire, si ce n'est que, comme cela a été répété à plusieurs reprises, cela ne pallie en rien la discrimination institutionnalisée des infirmières dans la LAMal.**

La distinction entre mesures d'évaluation, conseils, coordination et soins de base d'une part, et d'autre part les mesures d'examen et de traitement va de soi ; ces dernières sont en effet des tâches médicales par essence qui ne peuvent être déléguées par le médecin aux infirmières qu'explicitement et conformément aux principes du Code suisse des obligations, en particulier les principes du droit de la responsabilité.

Restrictions par rapport au droit de procéder à l'évaluation des besoins

Le projet du Conseil fédéral prévoit de limiter l'évaluation des besoins aux professionnels des soins infirmiers répondant aux exigences de l'art. 49 LAMal. Les infirmières indépendantes remplissent déjà cette condition. Toutefois, ce changement signifierait que le personnel infirmier employé dans une organisation de soins à domicile ou un EMS devrait également justifier de deux ans d'expérience pratique. Cette restriction aurait un impact négatif sur l'attractivité du secteur des soins à domicile et des EMS, et elle aggraverait la pénurie de travailleurs qualifiés dans ces secteurs. Après leur formation ES ou HES, le personnel infirmier qualifié est tout à fait capable de procéder à une évaluation des besoins. Si cette mesure se justifie par une autonomie accrue du point de vue de l'OFSP, nous rappelons que l'ASI a proposé l'expérience de deux ans dans le cadre de l'initiative parlementaire 11.418 exclusivement en relation avec un amendement législatif.

Modification de l'ordonnance du DFI sur les prestations de l'assurance des soins en cas de maladie (OPAS) (neutralité des coûts, évaluation des soins requis)

Procédure de consultation du 4 juillet au 26 octobre 2018

Motion Si l'évaluation des besoins est faite par des infirmières et infirmiers employés, il suffit que ceux-ci aient un diplôme en soins infirmiers; seuls les infirmières et infirmiers indépendants doivent apporter la preuve qu'ils ont deux ans d'expérience selon l'art. 49 de l'OAMal.			
Nom / institution	Article	Commentaires / remarques	Modification proposée (texte proposé)
SBK-ASI	Art. 7 al. 2 let. a ch. 1	L'ASI rejette fermement ce changement de terminologie (dans la version allemande) non fondé.	
SBK-ASI	Art. 7a al. 1	Nous rejetons catégoriquement la réduction des contributions AOS et nous nous référons aux remarques ci-dessus.	
SBK-ASI	Art. 8 al. 1	Le projet codifie de facto la pratique existante et il n'y a rien à y redire, si ce n'est que, comme cela a été répété à plusieurs reprises, cela ne pallie en rien la discrimination des infirmières dans la LAMal.	
SBK-ASI	Art. 8 al. 2 let. c	Les 2 semaines maximum de soins aigus et transitoires ne sont pas suffisantes. La réglementation en vigueur est inadéquate. C'est pourquoi nous renvoyons aux observations de la CI Financement des soins et au rapport d'évaluation sur la réorganisation du financement des soins par INFRAS. Ces documents mettent clairement en évidence les lacunes des soins aigus et transitoires. Un changement fondamental doit être opéré. Cela ne peut toutefois se faire que par une adaptation préalable correspondante de la LAMal. L'ASI souligne la nécessité d'une adaptation des soins aigus et transitoires, mais, pour les raisons susmentionnées, ne propose pas de modification à ce stade.	
SBK-ASI	Art. 8a al. 1	Nous rejetons la limitation de l'évaluation des soins requis aux infirmières et infirmiers qui remplissent les conditions de l'art. 49 de l'OAMal, voir motion ci-dessus.	

Modification de l'ordonnance du DFI sur les prestations de l'assurance des soins en cas de maladie (OPAS) (neutralité des coûts, évaluation des soins requis)

Procédure de consultation du 4 juillet au 26 octobre 2018

SBK-ASI	Art. 20 OPAS	L'OPAS doit être modifiée afin qu'à partir du 1er janvier 2019 les fournisseurs de prestations puissent facturer à l'AOS le matériel de soins conformément à l'art. 7 al. 1 de l'OPAS, que ce matériel soit utilisé par le patient lui-même ou par les professionnels infirmiers. Subsidiairement: Si la situation ne peut être amendée par le biais d'un amendement de l'OPAS, l'amendement doit être effectué le plus rapidement possible au niveau du droit supérieur.	L'assurance octroie un remboursement pour les moyens et appareils thérapeutiques ou diagnostiques visant à surveiller le traitement d'une maladie et ses conséquences, remis sur prescription médicale par un centre de remise au sens de l'art. 55 OAMal et utilisé par l'assuré lui-même ou avec l'aide d'un intervenant non professionnel impliqué dans l'examen ou le traitement.
---------	-----------------	---	--

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

Stellungnahme vom SBK

Name / Firma / Organisation / Kanton : Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner, Sektion ZH/GL/SH

Abkürzung der Firma / Organisation : SBK-ZH

Adresse : Sonnenbergstrasse 72, 8603 Schwerzenbach

Kontaktperson : Regina Soder, Geschäftsführende Präsidentin

Telefon : 043 355 30 40

E-Mail : regina.soder@sbk-zh.ch

Datum : 22.10.2018

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen!
2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen möchten, so können Sie unter "Extras/Dokumentenschutz aufheben" den Schreibschutz aufheben.
3. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **bis am 26. Oktober 2018** an folgende E-mail Adressen: abteilung-leistung@bag.admin.ch
gever@bag.admin.ch

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV)

Name / Firma (bitte auf der ersten Seite angegebene Abkürzung verwenden)	Allgemeine Bemerkungen
SBK-ASI	Der Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (SBK) bedankt sich für die Gelegenheit, sich zu den vorgesehenen Änderungen der Leistungsverordnung zum KVG zu äussern. Der SBK wird sich nachfolgend grundsätzlich nur insofern äussern, als die Revision seine Mitglieder als Leistungserbringer unmittelbar betrifft. Dies trifft auf v.a. auf die freiberuflichen Pflegefachpersonen zu. Zudem äussert er sich zu Punkten, welche die pflegerische Versorgung oder die Pflegefachpersonen tiefgreifend betreffen. Die Ansichten der weiteren betroffenen Leistungserbringer – Organisationen der ambulanten Krankenpflege und Alters- und Pflegeheime – werden von den jeweiligen Organisationen vertreten und der SBK verweist auf deren Stellungnahmen. Er schliesst sich diesen in den Punkten bezüglich Kostenneutralität prinzipiell an. Zudem unterstützt der SBK die Argumente der IG Pflegefinanzierung: https://www.spitex.ch/files/9G0FLTJ/2018_04_26_argumentarium_igpf_d.pdf Insbesondere nimmt der SBK keine Stellung zu den Erläuterungen, die sich auf den Heimbereich beziehen – mit zwei Ausnahmen: Erstens unterstützt er dezidiert die Erhöhung der OKP-Beiträge in diesem Bereich und verlangt von den Heimen, dass die Erhöhung der OKP Beiträge in professionelle und qualitativ hochstehende Pflegeleistungen – sprich in das Personal, welches diese Pflege sicherstellt - investiert werden. Zweitens fordert der SBK, dass einzig Pflegebedarfsabklärungsinstrumente anerkannt werden, die – anders als es im erläuternden Bericht vorgesehen ist – dem Anspruch auf Einheitlichkeit und Wissenschaftlichkeit wirklich zu genügen vermögen. Die geplante Revision beschlägt einesteils die Höhe der Beiträge der OKP, anderenteils die Modalitäten der Bedarfsabklärung (neu: Bedarfsermittlung). Der SBK lehnt den ersten Teil der Revision rundum und entschieden ab und erachtet den zweiten Teil im Hinblick auf die Anerkennung der Autonomie der Pflege als absolut ungenügend. Die Senkung der Beiträge an die ambulante Krankenpflege ist sachlich unbegründet und deren Berechnung nicht nachvollziehbar; ausserdem torpediert sie die Bemühungen um den Aufbau einer wirksamen, zweckmässigen, wirtschaftlichen und nachhaltigen ambulanten pflegerischen Versorgung; sie widerspricht diametral der gesundheitspolitischen Strategie der Förderung der ambulanten vor der stationären Versorgung. Im Gegensatz zur vorliegenden Änderung kommt der Expertenbericht von INFRAS zum Schluss, dass die anteilmässige Belastung der OKP im Betrachtungszeitraum von 72% auf 70% gesunken und somit das Ziel die Kostenneutralität einzuhalten mehr als erreicht worden ist. Auch basierend auf dieser Grundlage ist die vorgeschlagene Senkung der OKP Beiträge unverständlich. Die vorgebliche Stärkung der Autonomie der Pflegefachpersonen punkto Bedarfsermittlung stellt aus Sicht des SBK nichts Weiteres als den bemühten und vor allem untauglichen Versuch dar, der hängigen Volksinitiative „Für eine starke Pflege“ Wind aus den Segeln zu nehmen. Der Widerspruch zwischen der rechtlich gegebenen Teilautonomie des Pflegeberufs und der Abrechnungskompetenz laut KVG besteht auf gesetzlicher Ebene und lässt sich nicht durch Kosmetik auf Verordnungsebene auflösen.

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

Detailbemerkungen zum Berichtsteil Kostenneutralität der Pflegebeiträge

Pflege zu Hause (3.)

Einleitend muss festgestellt werden, dass die Berechnungen, mit denen eine Senkung der OKP-Beiträge an die ambulante Krankenpflege um sehr präzise 3.6% begründet werden, auf eine seitenlange Aneinanderreihung von – teilweise erst noch im Widerspruch zu vom Bundesrat selbst bestellten Grundlagen wie dem im Bericht mit keinem Wort erwähnten Infrass-Evaluationsbericht - Mutmassungen, Hypothesen, Konditionalsätzen und Approximationen basiert. Die vorhandenen statistischen Grundlagen sind eingestandenermassen mager und lückenhaft. Drei Beispiele unter vielen: unberücksichtigt bleibt der Umstand, dass 2010 in Zeiteinheiten von 10, in 2014 von 5 Minuten fakturiert wurde. Oder: Es wird gemutmasst, die Aufnahme neuer Leistungen wie der Koordinationsmassnahmen und des Richtens von Medikamenten habe keine Kostenfolgen gezeitigt, was so pauschal wie unsubstanziert damit begründet wird, diese Leistungen seien wohl auch früher „unter anderem Namen“ fakturiert und abgegolten worden. Oder: die im Bericht ausgewiesenen Einnahmen sind um einiges höher, als die aufgrund der geleisteten Pflegestunden errechneten, realen Kosten. Schliesslich und schlussendlich bildet die vorgeschlagene Senkung das Ergebnis eines doch recht kruden Kalküls: die Zunahme der Kosten der ambulanten Pflege wird durch die – geringere - Zunahme der erbrachten Pflegestunden dividiert, woraus geschlossen wird, dass die Stundenkosten gestiegen sind, weshalb die Stundenkosten im entsprechenden Mass gesenkt werden – mit Hinweis auf das vom Gesetzgeber angeblich vorgegebene Ziel der Kostenneutralität. Für den SBK stellt sich prinzipiell die Frage, ob man angesichts der Unsicherheiten in den Daten überhaupt die Kostenneutralität bei Einführung 2011 so detailliert überprüfen kann, wie es die Formel und deren Ergebnis 3.6 Prozent suggerieren.

Dass die absolute Anzahl erbrachter Pflegestunden steigt, sollte angesichts hinlänglich bekannter demographischer Faktoren niemanden mehr überraschen. Dass – entgegen der Behauptungen im erläuternden Bericht – auch die Pflegeintensität steigt, sollte angesichts ebenso hinlänglich bekannter Faktoren nicht nur demographischer, sondern auch gesundheitspolitischer Art (sinkende Dauer der durchschnittlichen Krankenhausaufenthaltsdauer, N.B. bei dauernd zunehmender Komplexität der Krankheitsbilder) ebenso wenig überraschen. Dies lässt sich in aller wünschbaren Deutlichkeit aus den Graphiken 2 und 3 ablesen, die einen proportional sinkenden Anteil der Grundpflege und dafür einen wachsenden Anteil Abklärung, Beratung, Untersuchung und Behandlungspflege aufweisen. Zum Nachweis der steigenden Pflegeintensität bedürfte es allerdings präziserer Indikatoren, auch angesichts der Aufgabe der Unterscheidung zwischen einfacher und komplexer Grundpflege im Rahmen der Einführung der neuen Pflegefinanzierung. Im Ergebnis lässt die der Beitragssenkung zugrunde gelegte Berechnung nicht nur jede Stringenz, sondern auch jeden Realitätsbezug vermissen: die Tendenz der vorliegenden Revision – wenn jede Zunahme der Pflegeintensität im ambulanten Bereich mit einer entsprechenden Senkung der OKP-Beiträge quittiert bzw. sanktioniert wird - weist auf ein absolut inakzeptables Desengagement der Krankenversicherung auf dem gesamten Gebiet der ambulanten Gesundheitsversorgung hin. Diese fundamentalistische Interpretation von Kostenneutralität, verbunden mit der Ausgestaltung der Pflegefinanzierung, verletzt auch fraglos den verfassungsmässigen Grundsatz der fiskalischen Äquivalenz, demgemäss es demjenigen Gemeinwesen, das die Kosten einer staatliche Leistung trägt, zusteht, über diese Leistung zu bestimmen. Damit wäre wiederum der Nachweis erbracht, dass die von der Volksinitiative „Für eine starke Pflege“ verlangte „angemessene Abgeltung der Pflegeleistungen“ absolut unumgänglich ist. (Keinen anderen Schluss lässt übrigens auch die im erläuternden Bericht schwarz auf weiss bestätigte, negative Entwicklung der Löhne des Pflegepersonals zu).

Der SBK beantragt, dass die Beiträge nach Art. 7a Abs. 1 KLV regelmässig, aber mindestens alle drei Jahre, an die Kostenentwicklung in der ambulanten Pflege angepasst werden.

Subsidiär

Sollte die geplante Senkung der OKP-Beiträge an die ambulanten Pflegeleistungen tatsächlich in Kraft gesetzt werden, ist eine genügende Übergangsfrist vorzusehen. Gemäss geltendem System der Pflegefinanzierung tragen die Kantone die Verantwortung für die Restfinanzierung. Sinkt der Anteil der OKP (und dementsprechend auch

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

der danach berechnete maximale Patientenanteil), geht die entsprechend höhere Differenz zu den Vollkosten der Pflege zulasten der Restfinanzierer. Bereits jetzt bzw. seit Einführung der neuen Pflegefinanzierung im Jahr 2011 ist festzustellen, dass die Restfinanzierung praktisch nirgends in der Schweiz zufriedenstellend geregelt ist, wie der SBK anlässlich jeder Evaluation vorgebracht und bemängelt hat – ohne dass sich je etwas verbessert hätte. Wie zuletzt die Erfahrung im Zusammenhang mit der chaotischen Umsetzung (bzw. Nichtumsetzung) der oben erwähnten Urteile des Bundesverwaltungsgerichts vom Herbst 2017 zur Abgeltung der Pflegematerialkosten zeigt, ist keine Eile der Kantone (und/oder Gemeinden) bei der Anhebung der Restfinanzierungsbeiträge zu erwarten. Wollen sich die Bundesbehörden nicht dem qualifizierten Vorwurf aussetzen, die Abgeltung der ambulanten Pflege auf dem Altar kantonaler Sparpolitik zu opfern oder opfern zu lassen, müssen sie ihre Verantwortung wahrnehmen und mindestens durch die Gewährung einer nützlichen Übergangsfrist dafür sorgen, dass keine Finanzierungslücke entsteht.

Unsere Befürchtung ist aber vielmehr, dass die geplante Senkung der OKP-Beiträge eine absolute Senkung der Abgeltung der ambulanten Pflegeleistungen induzieren wird. Auf die pflegerische Versorgung der Bevölkerung wird sich dies dahingehend auswirken, dass einzelne Leistungserbringer ihre Tätigkeit werden aufgeben, die anderen mit Einsparungen beim Personalbestand und bei der Personalqualifikation werden reagieren müssen. Das Ergebnis: verzögerte Spitalaustritte, vermehrte unnötige Komplikationen und Rehospitalisationen.

Auf jeden Fall ist eine Einführung auf Mitte Jahr aufgrund des damit verbundenen unverhältnismässigen administrativen Aufwandes abzulehnen; wie verweisen diesbezüglich auf die Stellungnahme der GDK.

Eventualanträge:

1. *Der Zeitpunkt der Inkraftsetzung ist auf Anfang Jahr zu setzen; den Kantonen ist eine angemessene Frist zur Anpassung der Restfinanzierung zu gewähren.*
2. *Den Kantonen ist vor Inkrafttreten der Beitragsanpassung eine genügende Übergangsfrist zu gewähren.*
3. *Der Bundesrat erlässt zuhanden der Kantone einheitliche Kriterien zur Erhebung, Berechnung und Festsetzung der Vollkosten sowie ergänzend zur Finanzierung der Versorgungspflicht in der ambulanten Pflege.*

Nebenleistungen (3.1.2)

Abgesehen davon, dass als erstellt gilt, dass die Kosten des Pflegematerials bei der Einführung der geltenden Pflegefinanzierung unzureichend berücksichtigt worden sind, sind wir nicht der Meinung, dass die Beiträge nach Art. 7a KLV die Kosten jenes Materials 1:1 abzubilden haben; die äusserst unterschiedliche Materialintensität je nach Art der erbrachten Pflege (von der Psychiatriepflege mit praktisch unbedeutendem bis zur ambulanten Wund- und Intensivpflege mit sehr hohem Materialbedarf) verunmöglicht jede Pauschalisierung. Diese Kosten sind separat von der OKP abzugelten und die unsinnige, sachfremde und unpraktikable Unterscheidung zwischen Selbst- und Fremdanwendung aufzuheben. Angesichts des Umstandes, dass diese Kosten bis Herbst 2017 restlos von der OKP übernommen worden sind, wäre die Umsetzung dieser Forderung kostenneutral. Abgesehen davon sind auch nur die Versicherer fachlich in der Lage, den Materialbedarf an den KVG-Kriterien der Wirtschaftlichkeit, Zweckmässigkeit und Wirksamkeit zu messen.

Der SBK beantragt bezüglich der Abgeltung des Pflegematerials, dass die Unterscheidung zwischen Selbst- und Fremdanwendung in dem Sinn aufzuheben ist, dass die entsprechenden Kosten wie vor den Bundesverwaltungsgerichtsurteilen vom Herbst 2017 nach MiGeL separat von der OKP abzugelten sind.

Akut- und Übergangspflege (3.1.3)

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

Wir bitten hier um sorgfältige Analyse des Evaluationsberichts von INFRAS. Dieser zeigt auf, dass die derzeitige Ausgestaltung der AÜP nicht genügt. Die Annahme, dass neu mehr Leistungen in der Pflege dank der AÜP erbracht würden, kann anhand der Spitex-Statistik nicht belegt werden. Das Suggestieren, wonach mit der AÜP das Stundentotal (unbegründet) ausgeweitet werden soll weisen wir entschieden zurück. Eine AÜP basiert auf einer Verordnung durch einen Spitalarzt/eine Spitalärztin und kann entsprechend nicht willkürlich ausgeweitet werden.

Bedarfsermittlung und Mindestanforderungen an Pflegebedarfsermittlungssysteme

Begrifflichkeit

Im Sinne einer Vorbemerkung stellen wir fest, dass der herkömmliche, fachlich abgestützte und bewährte Begriff der Bedarfsabklärung durch den Begriff der Bedarfsermittlung ersetzt worden ist. Da dies im erläuternden Bericht beim Punkt 1.6 zwar erwähnt aber die Auswirkungen mit keinem Wort erläutert werden, können wir über die Gründe nur Vermutungen anstellen. Damit soll wohl eine kalte Leistungskürzung erreicht werden: während die Bedarfsabklärung im Sinne einer laufenden Beobachtung des Zustandes der Patientin und der Ergebnisse der Pflege laufender Teil des Pflegeprozesses ist und entsprechend verrechnet werden kann, scheint die Bedarfsermittlung auf die Ermittlung des Pflegebedarfs bei Übernahme des Patienten bzw. zu Beginn einer Verordnungsperiode begrenzt. Der SBK lehnt diesen unbegründeten Terminologiewechsel entschieden ab.

Bedarfsabklärungsinstrumente

Die gemäss erläuterndem Bericht weiterhin vorgesehenen Instrumente genügen den im Bericht selber formulierten Anforderungen nicht: so wird der tatsächliche Pflegebedarf nur unvollkommen erfasst, weite Lücken klaffen insbesondere im psychosozialen Bereich sowie auf dem Gebiet der Familienberatungen und der Anleitung der Angehörigen. Mit diesen Instrumenten lassen sich methodisch auch keine wissenschaftlich fundierten Zeitstudien erstellen. Aus diesem Grund fordert der SBK, dass einzig valide, validierte, umfassende Bedarfsabklärungsinstrumente anerkannt werden, welche die angestrebte Einheitlichkeit und Wissenschaftlichkeit gewährleisten. Unter Einbezug von Pflegefachpersonen, die sich in diesem Gebiet spezialisiert haben, sind die einschlägigen Verordnungsbestimmungen entsprechend zu formulieren.

Zur Stärkung der Autonomie der Pflegefachpersonen

Der erläuternde Bericht geht ausführlich auf die – vom Bundesrat damals dezidiert abgelehnte – parlamentarische Initiative 11.418 (Joder) ein. Indessen scheint nach wie vor Verwirrung bezüglich des von jener Initiative verfolgten – und nun von der hängigen Volksinitiative mitverfolgten – Zwecks zu herrschen. Anders als im Kommentar auf Seite 22 dritter Absatz fälschlicherweise behauptet, regelt das KVG keine Kompetenzen; das KVG regelt die Abgeltung von Pflegeleistungen und deren Voraussetzungen. Die beruflichen Kompetenzen der Pflegefachpersonen sind Sache der kantonalen Gesundheitsgesetzgebung (und in absehbarer Zukunft zu einem bestimmten Mass des Bundesgesetzes über die Gesundheitsberufe). Von Rechts wegen sind die Pflegefachpersonen autonom, ausser auf diagnostischem und therapeutischem Gebiet, wo sie auf ärztliche Delegation tätig sind. Daran kann das KVG von Verfassungswegen nichts ändern. Das KVG kann indessen die Autonomie der Pflegefachpersonen – und damit die kantonale Kompetenzordnung – vereiteln und ins Leere laufen lassen, indem die Abgeltung von Pflegeleistungen, die dem autonomen Bereich der Pflege zugeordnet sind, vom Vorliegen einer diesbezüglichen ärztlichen Verordnung abhängig gemacht wird. Die parlamentarische Initiative Joder bezweckte einzig und alleine die Angleichung der Abgeltungsregeln des KVG an die kantonale rechtliche Kompetenzordnung – u.a. um den Anschein, dass es sich bei der Gesundheits- und Krankenpflege um einen ärztlichen Hilfsberuf handelt, zu beseitigen. Die vorliegende Verordnungsrevision tut nichts, um diesen Eingriff in die Kompetenzen der Pflegefachleute zu beseitigen; ist der Übergriff im KVG angelegt – indem es die Pflegefachpersonen nicht als (teil)eigenständige Leistungserbringer anerkennt – so muss beim KVG angesetzt werden. Nachdem dieser Weg mit dem Nichteintretensentscheid des Nationalrates auf die parlamentarische Initiative Joder gescheitert ist, wird der SBK alles daran setzen, die der Pflege zustehende Anerkennung nun über die Bundesverfassung zu erwirken.

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

Die im Bericht vielfach bemühte sog. „Scharnierfunktion“ des Arztes hat **im Hinblick auf den autonomen Bereich** der Pflege keinerlei Daseinsberechtigung. Die dem Arzt – wenn nun auch nur noch mehr oder weniger der Form halber – zugedachte „Gatekeeper“-Funktion bei diesen typischen Pflegeleistungen ist eine Fiktion. Bezüglich des autonomen Bereiches der Pflege sind die Ärzte fachlich nicht ausgebildet und können somit keinerlei Aufsichts- oder Kontrollfunktion übernehmen. Diese Aufgabe wird vielmehr (äusserst wirksam) von der Krankenversicherung übernommen. Wie die Leistungserbringer sehr wohl wissen, stellt das Vorliegen einer ärztlichen Verordnung für eine bestimmte – auch ärztlich-delegierte! – pflegerische Verrichtung nicht die geringste Garantie dar, dass diese von der Versicherung als WZW-konform und damit als abgeltungsfähig eingestuft wird. Damit ist auch die abermals vorgeschobene Befürchtung vor einer Mengenausweitung entkräftet, wie bereits anlässlich der Debatten über die parlamentarische Initiative Joder zur Übergenüge dargelegt. Wie sollen Ärzte der Ausweitung einer Menge von Pflegeleistungen vorbeugen, deren Indikation sie nicht zu beurteilen in der Lage sind? Unverständlich sind diesbezüglich die Ausführungen im Bericht zur angeblichen „dreifachen Kontrolle der Verrechnung“: weder von den PatientInnen noch von den kantonalen (geschweige denn kommunalen) Behörden kann ernsthaft angenommen werden, dass sie diese Aufgabe auch nur im Entferntesten zu erfüllen in der Lage sind (wie dies die Kantone selber deklarieren, vgl. Vernehmlassungsstellungnahme der GDK).

Hinsichtlich der Versorgungsqualität führt die Vermengung abrechnungs- und kompetenzrechtlicher Gesichtspunkte eben nicht zu einer Verbesserung, sondern zu einer gefährlichen Rechtsunsicherheit. Die nach wie vor dem Arzt vorbehaltene Entscheidungsbefugnis hinsichtlich von Pflegemassnahmen, die sich ausserhalb seiner Kompetenzsphäre befinden, belastet die interdisziplinäre Zusammenarbeit, gefährdet die PatientInnen und schafft erhebliche Rechtsunsicherheit hinsichtlich der Frage, wer im Schadenfall haftet.

Dem Anliegen der Pflege um Anerkennung ihrer Autonomie gibt die Vorlage dadurch vor entgegenzukommen, dass unterschieden wird zwischen einer ärztlichen Grundsatzentscheidung, ob eine Patientin allgemein auf Pflege angewiesen ist einerseits, und andererseits, bejahendenfalls, einer der Pflege zugestandenen Entscheidung hinsichtlich des Masses an spezifischen Pflegeleistungen. **De facto kodifiziert die Vorlage die bestehende Praxis und es kann nichts dagegen einzuwenden sein – nur dass, wie bereits wiederholt dargelegt, dies der auf Gesetzesstufe angelegten Diskriminierung der Pflegefachpersonen als autonome Leistungserbringer in keiner Weise abhilft.**

Die Unterscheidung zwischen Massnahmen der Abklärung, Beratung, Koordination und Grundpflege einerseits und Massnahmen der Untersuchung und Behandlung andererseits ist eine Selbstverständlichkeit; bei letzteren handelt es sich immerhin um originär ärztliche Verrichtungen, die vom Arzt nur explizit und unter Beachtung der obligationen-, insb. haftungsrechtlichen Delegationsgrundsätzen, an die Pflegefachpersonen übertragen werden können.

Einschränkung bei der Bedarfsermittlung

Der Vorschlag des Bundesrates sieht eine Einschränkung der Bedarfsermittlung auf Pflegefachpersonen gemäss Art. 49 KVV vor. Freiberufliche Pflegefachpersonen erfüllen diese Bedingung bereits. Allerdings würde die Änderung bedeuten, dass auch angestellte Pflegefachpersonen in einer Spitexorganisation oder einem Pflegeheim eine zweijährige praktische Tätigkeit nachzuweisen haben. Diese Einschränkung würde sich negativ auf die Attraktivität des Spitex- und Heimbereiches auswirken und den Fachkräftemangel in diesen Bereichen zusätzlich verschärfen. Diplomierte Pflegefachpersonen sind nach ihrer HF oder FH Ausbildung vollumfänglich in der Lage, eine Bedarfsabklärung vorzunehmen. Sollte sich diese Massnahme mit der aus Sicht des BAG erhöhten Autonomie rechtfertigen, erinnern wir daran, dass der SBK die zweijährige Erfahrung im Rahmen der parlamentarischen Initiative 11.418 ausschliesslich im Zusammenhang mit einer Gesetzesanpassung vorgeschlagen hat.

Antrag

Erfolgt die Bedarfsermittlung durch angestellte Pflegefachpersonen, reicht es, wenn diese im Besitz eines Diploms in Gesundheits- und Krankenpflege sind; den Nachweis von zwei Jahren Berufserfahrung gem. Art. 49 KVV müssen einzig die freiberuflich tätigen Pflegefachpersonen erbringen.

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

Name / Firma	Artikel	Kommentar / Bemerkungen	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
SBK-ASI	Art. 7 Abs. 2 Bst. a Ziff. 1	Der SBK lehnt diesen unbegründeten Terminologiewechsel entschieden ab.	Art. 7 Abs. 2 Bst. a Ziff. 1 2 Leistungen im Sinne von Absatz 1 sind: a. Massnahmen der Ermittlung , Abklärung , Beratung und Koordination: 1. Ermittlung Abklärung des Pflegebedarfs und des Umfeldes des Patienten oder der Patientin und Planung der notwendigen Massnahmen,
SBK-ASI	Art. 7a Abs. 1 und 3	Wir lehnen die Senkung der OKP Beiträge kategorisch ab und verweisen auf die obigen Ausführungen.	
SBK-ASI	Art. 8 Abs. 1	De facto kodifiziert die Vorlage die bestehende Praxis und es kann nichts dagegen einzuwenden sein – nur dass, wie bereits wiederholt dargelegt, dies der auf Gesetzesstufe angelegten Diskriminierung der Pflegefachpersonen als autonome Leistungserbringer in keiner Weise abhilft.	Analog unseres Einwandes bezüglich Begrifflichkeit, muss der Begriff „Ermittlung“ mit „Abklärung“ ersetzt werden.
SBK-ASI	Art. 8 Abs. 2 Bst. c	Die maximal 2 Wochen Akut- und Übergangspflege (AÜP) sind nicht ausreichend. Die bisherige Regelung zur AÜP ist ungenügend. Wir verweisen damit auf die Eingaben der IG Pflegefinanzierung und den Evaluationsbericht zur Neuordnung der Pflegefinanzierung von INFRAS. In diesen Dokumenten werden die Unzulänglichkeiten der AÜP klar aufgezeigt. Eine grundlegende Änderung ist anzustreben. Sie kann jedoch nur durch eine entsprechende vorgängige KVG-Anpassung vorgenommen werden. Der SBK betont die Notwendigkeit einer Anpassung der AÜP verzichtet aber aus obgenannten Gründen darauf, an dieser Stelle eine Änderung vorzuschlagen.	
SBK-ASI	Art. 8a Abs. 1	Die Einschränkung bei der Bedarfsermittlung auf Pflegefachpersonen, welche Art. 49 KVV erfüllen, lehnen wir ab, vergleiche Antrag weiter oben.	
SBK-ASI	Art. 20 KLV	Die KLV ist auf den 1. Januar 2019 dahingehend abzuändern, dass die Leistungserbringer nach Art. 7 Abs. 1 KLV Pflegematerialien der OKP in Rechnung stellen können, unabhängig davon, ob es sich um eine Abgabe zur Selbstanwendung (gemäss MiGeL) oder der Anwendung durch eine Pflegefachperson handelt.	Die Versicherung leistet eine Vergütung an Mittel und Gegenstände, die der Behandlung oder der Untersuchung im Sinne einer Überwachung der Behandlung einer Krankheit und ihrer Folgen dienen, die auf ärztliche Anordnung von einer Abgabestelle nach Artikel 55 KVV abgegeben

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

		Eventualantrag: Sollte dies aus juristischen Gründen nicht direkt über eine KLV-Änderung möglich sein, ist die Änderung raschestmöglich im übergeordneten Recht vorzunehmen.	werden und von der versicherten Person selbst oder mit Hilfe einer nichtberuflich an der Untersuchung oder der Behandlung mitwirkenden Person angewendet werden.
--	--	--	---

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen
Krankenpflegeversicherung (Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

Stellungnahme vom SBK

Name / Firma / Organisation / Kanton : Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner
Sektion Zentralschweiz

Abkürzung der Firma / Organisation : SBK-ZCH

Adresse : Denkmalstrasse 1, 6006 Luzern

Kontaktperson : Miriam Rittmann, Präsidentin

Telefon : 041 310 80 55

E-Mail : miriam.rittmann@sbk-zenralschweiz.ch

Datum : 25.10.2018

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen!
2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen möchten, so können Sie unter "Extras/Dokumentenschutz aufheben" den Schreibschutz aufheben.
3. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **bis am 26. Oktober 2018** an folgende E-mail Adressen: abteilung-leistung@bag.admin.ch
gever@bag.admin.ch

Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV)	
Name / Firma (bitte auf der ersten Seite angegebene Abkürzung verwenden)	Allgemeine Bemerkungen
SBK-ZCH	Der SBK Zentralschweiz nutzt die Gelegenheit, separat vom SBK-ASI Stellung zu nehmen. Als Sektion, welche die Pflegefachpersonen in den Kantonen LU, NW, OW, SZ, UR und ZG vertritt, basiert unsere Stellungnahme auf den Erfahrungen der Pflege und des Verbandes in der Zentralschweiz. Selbstverständlich unterstützen wir die Argumentation und die Forderungen des SBK-ASI in ihrer Gesamtheit. Die geplante Revision greift einesteils die Höhe der Beiträge der OKP, anderenteils die Modalitäten der Bedarfsabklärung (neu: Bedarfsermittlung) auf. Der SBK Zentralschweiz lehnt analog zum SBK-ASI den ersten Teil der Revision rundum und entschieden ab und erachtet den zweiten Teil im Hinblick auf die Anerkennung der Autonomie der Pflege und den Kompetenzen der diplomierten Pflegefachpersonen als absolut ungenügend. Die Senkung der Beiträge an die ambulante Krankenpflege ist für die Praxis nicht tragbar und richtet in der Versorgungsqualität hohen Schaden an. Sie widerspricht der gesundheitspolitischen Strategie der Versorgung ambulanten <i>mit</i> stationär. Detailbemerkungen zum Berichtsteil Kostenneutralität der Pflegebeiträge Pflege zu Hause (3.) Eine Senkung der OPK Beiträge an die ambulante Krankenpflege gefährdet die Qualität der ambulanten Pflegeversorgung und trägt daher am Ende eher zur Erhöhung der Gesundheitskosten bei. Schon jetzt ist es so, dass etliche Gemeinden und Kantone die Restkosten der Sparpolitik unterwerfen. Die Höhe der Restkosten richtet sich dann nach dem Budget der Gemeinden/Kantonen und nicht nach den Vollkosten. Wer günstiger pflegt, wird unabhängig von der erbrachten Leistungsqualität im Markt verbleiben. Dies ist sicher nicht förderlich für die Prävention und Versorgung und damit für die Gesundheit der Bevölkerung. Eine weitere Konsequenz der Beitragssenkung ist die sich verdichtende Zeit, welche für eine Pflegehandlung zur Verfügung steht. Damit werden begleitende Massnahmen zur Gesunderhaltung gekürzt und die Gesundheitskompetenz der Pflegeempfänger geschwächt. Dieser „Arbeitsdruck“ und auch der Lohndruck bei den Pflegenden tragen bei zum Berufsausstieg von Pflegefachpersonen.

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

Der SBK Zentralschweiz beantragt, dass die Beiträge nach Art. 7a Abs. 1 KLV regelmässig an die Kostenentwicklung in der ambulanten Pflege angepasst werden.

Nebenleistungen (3.1.2)

Abgesehen davon, dass als erstellt gilt, dass die Kosten des Pflegematerials bei der Einführung der geltenden Pflegefinanzierung unzureichend berücksichtigt worden sind, sind wir nicht der Meinung, dass die Beiträge nach Art. 7a KLV die Kosten jenes Materials 1:1 abzubilden haben; die äusserst unterschiedliche Materialintensität je nach Art der erbrachten Pflege (von der Psychiatriepflege mit praktisch unbedeutendem bis zur ambulanten Wund- und Intensivpflege mit sehr hohem Materialbedarf) verunmöglicht jede Pauschalisierung. Diese Kosten sind separat von der OKP abzugelten und die unsinnige, sachfremde und unpraktikable Unterscheidung zwischen Selbst- und Fremdanwendung aufzuheben. Angesichts des Umstandes, dass diese Kosten bis Herbst 2017 restlos von der OKP übernommen worden sind, wäre die Umsetzung dieser Forderung kostenneutral. Abgesehen davon sind auch nur die Versicherer fachlich in der Lage, den Materialbedarf an den KVG-Kriterien der Wirtschaftlichkeit, Zweckmässigkeit und Wirksamkeit zu messen.

Der SBK Zentralschweiz beantragt bezüglich der Abgeltung des Pflegematerials, dass die Unterscheidung zwischen Selbst- und Fremdanwendung in dem Sinn aufzuheben ist, und die entsprechenden Kosten nach MiGeL separat von der OKP abzugelten sind.

Akut- und Übergangspflege (3.1.3)

Wir bitten hier um sorgfältige Analyse des Evaluationsberichts von INFRAS. Dieser zeigt auf, dass die derzeitige Ausgestaltung der AÜP nicht genügt. Die Annahme, dass neu mehr Leistungen in der Pflege dank der AÜP erbracht würden, kann anhand der Spitex-Statistik nicht belegt werden. Das Suggestieren, wonach mit der AÜP das Stundentotal (unbegründet) ausgeweitet werden soll weisen wir entschieden zurück. Eine AÜP basiert auf einer Verordnung durch einen Spitalarzt/eine Spitalärztin und kann entsprechend nicht willkürlich ausgeweitet werden.

Bedarfsermittlung und Mindestanforderungen an Pflegebedarfsermittlungssysteme

Bedarfsabklärungsinstrumente

Die gemäss erläuterndem Bericht weiterhin vorgesehenen Instrumente genügen den im Bericht formulierten Anforderungen selber nicht: so wird der tatsächliche Pflegebedarf nur unvollkommen erfasst, weite Lücken klaffen insbesondere im psychosozialen Bereich sowie auf dem Gebiet der Familienberatungen und der Anleitung der Angehörigen. Mit diesen Instrumenten lassen sich methodisch auch keine wissenschaftlich fundierten Zeitstudien erstellen. Aus diesem Grund fordert der SBK, dass einzig **validierte, umfassende Bedarfsabklärungsinstrumente** anerkannt werden, welche die angestrebte Einheitlichkeit und Wissenschaftlichkeit gewährleisten. Unter Einbezug von Pflegefachpersonen, die sich in diesem Gebiet spezialisiert haben, sind die einschlägigen Verordnungsbestimmungen entsprechend zu formulieren.

Zur Stärkung der Autonomie der Pflegefachpersonen

Der erläuternde Bericht geht ausführlich auf die parlamentarische Initiative 11.418 (Joder) ein. Indessen scheint nach wie vor Verwirrung bezüglich des von jener Initiative verfolgten – und nun von der hängigen Volksinitiative mitverfolgten – Zwecks zu herrschen. Anders als im Kommentar auf Seite 22 dritter Absatz fälschlicherweise behauptet, regelt beispielsweise das KVG keine Kompetenzen; das KVG regelt die Abgeltung von Pflegeleistungen und deren Voraussetzungen.

Hinsichtlich der Versorgungsqualität führt die Vermengung abrechnungs- und kompetenzrechtlicher Gesichtspunkte nicht zu einer Verbesserung, sondern zu einer gefährlichen Rechtsunsicherheit. Die nach wie vor dem Arzt vorbehaltene Entscheidungsbefugnis hinsichtlich von Pflegemassnahmen, die sich ausserhalb seiner Kompetenzsphäre befinden, belastet die interdisziplinäre Zusammenarbeit, gefährdet die PatientInnen und schafft erhebliche Rechtsunsicherheit hinsichtlich der Frage, wer im Schadenfall haftet.

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

Die Unterscheidung zwischen Massnahmen der Abklärung, Beratung, Koordination und Grundpflege einerseits und Massnahmen der Untersuchung und Behandlung andererseits ist eine Selbstverständlichkeit. Bei letzteren handelt es sich immerhin um originär ärztliche Verrichtungen, die vom Arzt nur explizit und unter Beachtung der obligationen-, insb. haftungsrechtlichen Delegationsgrundsätzen, an die Pflegefachpersonen übertragen werden können. Einschränkung bei der Bedarfsermittlung Jede diplomierte Pflegefachperson verfügt über eine Ausbildung auf Tertiärniveau, sei es an einer höheren Fachschule oder eine Fachhochschule. Es ist absolut stossend, dass ihr mit der Vorlage implizit die Kompetenz abgesprochen wird, den Bedarf an ihrer beruflichen Leistungserbringung nicht einschätzen zu können. Antrag Erfolgt die Bedarfsermittlung durch angestellte Pflegefachpersonen, reicht es, wenn diese im Besitz eines Diploms in Gesundheits- und Krankenpflege sind; den Nachweis von zwei Jahren Berufserfahrung gem. Art. 49 KVV müssen einzig die freiberuflich tätigen Pflegefachpersonen erbringen.			
Name / Firma	Artikel	Kommentar / Bemerkungen	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
SBK-ZCH	Art. 7 Abs. 2 Bst. a Ziff. 1	Der SBK lehnt diesen unbegründeten Terminologiewechsel entschieden ab.	Art. 7 Abs. 2 Bst. a Ziff. 1 2 Leistungen im Sinne von Absatz 1 sind: a. Massnahmen der Ermittlung , Abklärung , Beratung und Koordination: 1. Ermittlung Abklärung des Pflegebedarfs und des Umfeldes des Patienten oder der Patientin und Planung der notwendigen Massnahmen,
SBK-ZCH	Art. 7a Abs. 1 und 3	Wir lehnen die Senkung der OKP Beiträge kategorisch ab und verweisen auf die obigen Ausführungen.	
SBK-ZCH	Art. 8 Abs. 1	De facto kodifiziert die Vorlage die bestehende Praxis und es kann nichts dagegen einzuwenden sein – nur dass, wie bereits wiederholt dargelegt, dies der auf Gesetzesstufe angelegten Diskriminierung der Pflegefachpersonen als autonome Leistungserbringer in keiner Weise abhilft.	Analog unseres Einwandes bezüglich Begrifflichkeit, muss der Begriff „Ermittlung“ mit „Abklärung“ ersetzt werden.
SBK-ZCH	Art. 8 Abs. 2 Bst. c	Die maximal 2 Wochen Akut- und Übergangspflege (AÜP) sind nicht ausreichend. Die bisherige Regelung zur AÜP ist ungenügend. Wir verweisen damit auf die Eingaben der IG Pflegefinanzierung und den Evaluationsbericht zur Neuordnung der Pflegefinanzierung von INFRAS. In diesen Dokumenten werden die Unzulänglichkeiten der AÜP klar aufgezeigt. Eine grundlegende Änderung ist anzustreben. Sie kann jedoch nur durch eine entsprechende vorgängige KVG-Anpassung vorgenommen werden. Der SBK betont die Notwendigkeit einer Anpassung der AÜP verzichtet aber aus obgenannten Gründen darauf, an dieser Stelle eine Änderung vorzuschlagen.	
SBK-ZCH	Art. 8a Abs. 1	Die Einschränkung bei der Bedarfsermittlung auf Pflegefachpersonen, welche Art. 49 KVV erfüllen, lehnen wir ab, vergleiche Antrag weiter oben.	

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

SBK-ZCH	Art. 20 KLV	Die KLV ist auf den 1. Januar 2019 dahingehend abzuändern, dass die Leistungserbringer nach Art. 7 Abs. 1 KLV Pflegematerialien der OKP in Rechnung stellen können, unabhängig davon, ob es sich um eine Abgabe zur Selbstanwendung (gemäss MiGeL) oder der Anwendung durch eine Pflegefachperson handelt.	Die Versicherung leistet eine Vergütung an Mittel und Gegenstände, die der Behandlung oder der Untersuchung im Sinne einer Überwachung der Behandlung einer Krankheit und ihrer Folgen dienen, die auf ärztliche Anordnung von einer Abgabestelle nach Artikel 55 KVV abgegeben werden.
---------	----------------	--	---

Per E-Mail an:

abteilung-leistungen@bag.admin.ch
gever@bag.admin.ch

Bern, 24. Oktober 2018 – CST/dgl

Änderung der Verordnung des EDI über Leistungen in der OKP (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)

Vernehmlassungsantwort des Verbandes **senesuisse**

Sehr geehrte Damen und Herren

Wir danken Ihnen für die Einladung zur Anhörung in der 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 400 Institutionen mit rund 25'000 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 **begrüssen wir den unterbreiteten Vorschlag zur Anpassung der OKP-Beiträge für Pflegeheimaufenthalte sowie die Voraussetzungen für eine einheitliche Kostenermittlung. Damit werden aber viele bestehende Probleme in der Pflegefinanzierung nicht gelöst: Wir sind enttäuscht, dass der Bundesrat die Chance nicht genutzt hat, im Bericht aufgezeigte und dringend nötige Anpassungen anzugehen.**

A Stellungnahme zur unterbreiteten Vorlage

Als Verband der wirtschaftlich denkenden Alterspflegeinstitutionen und Mitglied der IG Pflegefinanzierung sind die Mitglieder des Verbandes **senesuisse** ernüchtert, dass die **unterbreitete Vorlage nur zwei kleinere Problembereiche aufgreift**. Die vorgeschlagenen Regelungen lösen die wirklichen Problematiken in der Pflegefinanzierung keineswegs. Vielmehr sind dringend weitere Anpassungen nötig, namentlich muss sichergestellt werden, dass die gesamten tatsächlich anfallenden Pflegekosten klar feststellbar und vollständig gedeckt sind.

Wenigstens werden aber für die angesprochenen Problembereiche taugliche Vorschläge unterbreitet. Besonders zu begrüßen ist dabei die endlich erfolgende Erhöhung der OKP-Beiträge für Pflegeheimkosten (Art. 7a Abs. 3 KLV) – welche aber noch immer zu tief ausfällt – sowie die Vorgabe, dass der von Instrumenten ausgewiesene Pflegebedarf den tatsächlich erbrachten Pflegeleistungen in Minuten entsprechen soll (Art. 8b Abs. 2 KLV).

B Stellungnahme zu den einzelnen unterbreiteten Bestimmungen

Art. 7 Abs. 2 Bst. a Ziff. 1 KLV

Der Verband **sene**suisse erklärt sich mit den vorgeschlagenen Änderungen einverstanden. Der Begriff „Ermittlung“ des Pflegebedarfs ist besser geeignet als „Abklärung“, auch wenn sich für die Praxis nichts ändert. Ein Verzicht auf die explizite Aussage, dass eine Planung der notwendigen Massnahmen mit Ärzten und Patienten erfolgen müsse, macht Sinn.

Art. 7a Abs. 1 KLV

Der Verband **sene**suisse kann die Senkung der OKP-Beiträge an die ambulante Pflege nicht nachvollziehen. Offenbar verfügt das BAG selber über keine brauchbaren Zahlen, obwohl ihm die Aufgabe zur Prüfung der Kostenneutralität schon vor 2011 übertragen wurde. Besonders unverständlich ist der Hinweis des Departements, aufgrund des sinkenden (Konsumenten-!) Preisniveaus wäre eine zusätzliche Senkung der von Versicherern geleisteten Pauschalen zu prüfen. Tatsächlich ist für die vorliegende Berechnung nicht auf den Konsumentenpreisindex abzustellen, sondern die Steigerung der Gesundheitskosten. Diese haben auch im Bereich der „Spitex“ laufend zugenommen, weil namentlich die Löhne und das verwendete Material für die Ausgaben massgebend sind. **Gestützt auf das ungenügende Datenmaterial sollte auf eine Senkung der OKP-Beiträge verzichtet werden. Dies umso mehr, als nach dem Willen des Parlaments schon bald eine Erhöhung ansteht**, indem das Postulat 16.3352 einstimmig überwiesen wurde, welches eine gleichmässige Finanzierung der Kostensteigerung bei den Pflegeleistungen durch alle Kostenträger fordert.

Eine andere Korrektur ist hingegen dringend nötig, weil in der Berechnung dieser OKP-Beiträge die bei der Pflege verwendeten Mittel und Gegenstände nicht berücksichtigt wurden. Entweder müsste die Stundenpauschale deutlich erhöht werden oder aber – was viel besser wäre – eine Anpassung in Art. 20 KLV erfolgen, damit die in der Praxis absolut untaugliche Unterscheidung zwischen Selbstanwendung und Anwendung durch fachliches Personal aufgehoben wird und die angewendeten „Mittel und Gegenstände“ auch weiterhin den Krankenversicherern zu verrechnen sind.

Antrag 1: Anpassung von Art. 20 KLV

Die Versicherung leistet eine Vergütung an Mittel und Gegenstände, die der Behandlung oder der Untersuchung im Sinne einer Überwachung der Behandlung einer Krankheit und ihrer Folgen dienen, die auf ärztliche Anordnung von einer Abgabestelle nach Artikel 55 KVV abgegeben werden ~~und von der versicherten Person selbst oder mit Hilfe einer nichtberuflich an der Untersuchung oder der Behandlung mitwirkenden Person angewendet werden.~~

Art. 7a Abs. 3 KLV

Der Verband **sene**suisse begrüsst die vorgesehene Erhöhung der OKP-Beiträge für die **Pflege in Pflegeheimen ausdrücklich**. Zwar befremdet uns auch hier, dass man offenbar über keine geeigneten Zahlen verfügt, obwohl die Aufgabe des Parlaments dem Departement längst bekannt war und mit der SOMED auch bereits eine entsprechende Statistik bestand. Dass man auch hier auf die Zahlen der Versicherer abstellen muss (welche ein klares Eigeninteresse haben!), ist mehr als erstaunlich. Noch erstaunlicher ist aber die Feststellung, dass die Löhne des Pflegepersonals in den Jahren 2010-2016 nicht gestiegen seien. Begründet wird dies gestützt auf die SOMED-Statistik, welche man im Bericht selbst für untauglich erklärt (Ziff. 2.1.1) und dann für den Nachweis der fehlenden Lohnsteigerung trotzdem verwendet (Ziff. 2.1.10). Die Löhne im Gesundheitswesen sind nach BfS von 2010 bis 2016 um 5 Prozent gestiegen. Dies bestätigen auch die vielen Rückmeldungen aus der Betriebspraxis. Der Verweis auf den Landesindex der Konsumentenpreise ist denn auch komplett unbehilflich, weil Benzinkosten rein gar nichts mit den Lohnsteigerungen in Pflegeheimen gemeinsam haben. **Die Erhöhung müsste also noch deutlich höher ausfallen.**

Gemäss den verfügbaren Zahlen verringerte sich denn auch der OKP-Beitrag an die gesamten Pflegekosten in Schweizer Pflegeheimen jedes Jahr. Während 2009 der Anteil der OKP noch bei 53,48 Prozent lag, sank dieser bis ins Jahr 2014 auf 45,92 Prozent und seither noch weiter. Es kann unmöglich dem Wunsch des Parlaments entsprochen haben, dass eine solch grosse Kostenverlagerung auf die öffentliche Hand erfolgt; sonst hätte es dem Bundesrat nicht die Kompetenz zur Anpassung der OKP-Beiträge gegeben. Auch bei dieser Berechnung ist die Differenz viel höher als 6,7 Prozent. Da diese Entwicklung mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit noch weitergeht, ist der Gesetzestext gemäss einstimmiger Meinung des Nationalrats so anzupassen, **dass die OKP-Beiträge auch die zukünftige Kostensteigerung berücksichtigen müssen.**

Auch wenn die Korrektur mit 6,7 Prozent sicherlich zu tief ausfällt, können wir dieser klar zustimmen, damit nicht Kantone und Gemeinden über Gebühr belastet werden. **Damit wird aber das Hauptproblem der vielen Deckungslücken nicht gelöst:** Es ist zu befürchten, dass Kantone/Gemeinden ihre Restfinanzierung im gleichen Ausmass senken, wie die OKP-Beiträge steigen und somit auch weiterhin riesige Finanzierungslücken bestehen, welche sich gemäss den vom BfS ausgewerteten Zahlen per 2017 auf jährlich rund 300-400 Mio. Franken belaufen. Die Kantone müssen den top-aktuellen Bundesgerichtsentscheid BGE 9C_446/2017 umsetzen und die gesamthaft auf ihrem Gebiet anfallenden Pflegerestkosten tragen. Dazu gehören auch die in den Pflegemessinstrumenten **nur ungenügend abgebildeten Leistungen wie etwa bei Demenz und Palliativpflege. Gerade für Schwerstpflegebedürftige muss auch eine über die bisherigen 12 Stufen hinausgehende Mitfinanzierung sichergestellt sein.**

Vordringlich sind – wie oben bereits ausgeführt – die bei der Pflege verwendeten Mittel und Gegenstände in der OKP-Finanzierung zu berücksichtigen.

Antrag 2: Anpassung von Art. 25a Abs. 5 KVG

Der versicherten Person dürfen von den nicht von Sozialversicherungen gedeckten Pflegekosten höchstens 20 Prozent des höchsten vom Bundesrat festgesetzten Pflegebeitrages überwältzt werden. Die Kantone ~~regeln die Restfinanzierung~~ sind für die Tragung der gesamten auf ihrem Gebiet anfallenden Restpflegekosten zuständig.

Antrag 3: Ergänzung von Art. 25a Abs. 1 KVG

Die obligatorische Krankenpflegeversicherung leistet einen Beitrag an die Pflegeleistungen, welche aufgrund einer ärztlichen Anordnung und eines ausgewiesenen Pflegebedarfs ambulant, auch in Tages- oder Nachtstrukturen, oder im Pflegeheim erbracht werden. Die entsprechenden Beiträge werden mindestens alle 3 Jahre im demjenigen Umfang erhöht, damit der Kostenteiler zwischen Krankenversicherer und Restkostenfinanzierer gleich bleibt.

Antrag 4: Ergänzung von Art. 7a KLV

*k. bei einem Pflegebedarf von 201 bis 220 Minuten: 99.00 (resp. angepasster Beitrag) Franken;
l. bei einem Pflegebedarf von 221 bis 240 Minuten: 108.-- (resp. angepasster Beitrag) Franken;
m. bei einem Pflegebedarf von 241 bis 260 Minuten: 117.-- (resp. angepasster Beitrag) Franken;
n. bei einem Pflegebedarf von 261 bis 280 Minuten: 126.-- (resp. angepasster Beitrag) Franken;
o. bei einem Pflegebedarf von 281 bis 300 Minuten: 135.-- (resp. angepasster Beitrag) Franken;
p. bei einem Pflegebedarf von mehr als 300 Minuten: 144.-- (resp. angepasster Beitrag) Franken.*

Antrag 1 (Wiederholung): Anpassung von Art. 20 KLV

Die Versicherung leistet eine Vergütung an Mittel und Gegenstände, die der Behandlung oder der Untersuchung im Sinne einer Überwachung der Behandlung einer Krankheit und ihrer Folgen dienen, die auf ärztliche Anordnung von einer Abgabestelle nach Artikel 55 KVV abgegeben werden ~~und von der versicherten Person selbst oder mit Hilfe einer nichtberuflich an der Untersuchung oder der Behandlung mitwirkenden Person angewendet werden.~~

Antrag 5: Inkraftsetzung des Antrags 1 per Dringlichkeitsbeschluss auf den 01.01.2019

Art. 8 Abs. 1 KLV

Der Verband **senesuisse** kann die vorgeschlagenen Änderungen nachvollziehen. Es entspricht der bereits heute gängigen und sinnvollen Praxis, dass Ärzte gestützt auf ihre Diagnosestellung für die Anordnung der Pflege zuständig sind und anschliessend die Pflegefachpersonen selber über die Detailplanung und fachliche Ausführung sorgen. Genau dieser sinnvolle Ablauf würde nun aber möglicherweise mit der neu vorgeschlagenen Regelung gefährdet: Wenn der Arzt ohne vorherige Abklärung der Spitex die ambulante Pflege verordnet, weiss er in der Regel nichts mit der Unterscheidung zwischen b-Leistungen und c-Leistungen anzufangen. Es droht ein längeres Hin-und-her bis alleine die Kompetenzen und die Verordnungsinhalte definiert sind. Noch unklarer ist die praktische Anwendbarkeit für die Pflegeheime, welche eine Unterscheidung zwischen a-/b-/c-Leistungen gar nicht kennen. Der praktische Nutzen der gut gemeinten Kompetenzerweiterung für Pflegenden läge wohl bei null – wenn nicht darunter.

Unglücklich erscheint uns aber, dass die bisher in Art. 8 Abs. 4 gültige Regelung zur Bedarfsabklärung in Pflegeheimen einfach ersatzlos gestrichen wurde. Aus unserer Sicht ist es zwar löblich, diese Regelung gemäss den Erläuterungen der Vertragsverhandlung zwischen den Versicherern und Leistungserbringern zu überlassen. Weil es sich aber bloss um administrative Verträge handelt, **würde im Falle eines Scheiterns solcher Verhandlungen eine grosse Rechtsunsicherheit herrschen**. Zudem ist für uns völlig unverständlich, warum in den Erläuterungen festgehalten ist, welches „Vorgehen in der Regel vereinbart“ werden soll, wenn zum einen keine Regelung in der Verordnung besteht und zum andern die Vertragsfreiheit garantiert sein soll ...

Antrag 6: Die Regelung zur „Kompetenzerweiterung“ muss nochmals überdenkt werden.

Es wäre eine Lösung anzustreben, in welcher in der ambulanten Pflege die Pflegefachleute für alle Fälle den Bedarf selber abklären und dem Arzt mitteilen können, wobei der Arzt eine reine daran anschliessende Überprüfungs- und Korrekturfunktion wahrzunehmen hat.

Für die Pflegeheime dürfte ebenfalls keine praxisfremde Unterscheidung der Leistungsarten erfolgen, hingegen müsste die Unterschrift des Hausarztes genügen.

Art. 8 Abs. 2 KLV

Der Verband **senesuisse** erklärt sich mit der Verlängerung der Gültigkeitsfrist von ärztlichen Aufträgen/Anordnungen – welche aber infolge der mangelnden Unterscheidung zwischen Grund- und Behandlungspflege nur für die ambulante Pflege zu Hause und nicht auch für die Pflegeheime gelten kann – einverstanden (Bst. a und b). Die Erweiterung des Zeitrahmens von 3 auf 6 Monate und von 6 auf 12 Monate kann in wenigen Einzelfällen dazu beitragen, den administrativen Aufwand zu reduzieren und den Spielraum für das Pflegepersonal zu vergrössern. Trotzdem scheint uns der Nutzen begrenzt, zumal in diesem langen Zeitraum in den meisten Fällen eine Änderung der benötigten Pflege eintreten wird und deshalb ohnehin eine neue ärztliche Verordnung eingeholt werden muss.

Hingegen beantragen wir die dringend nötige Verbesserung der Übergangspflege, für welche die Anwendbarkeit von maximal zwei Wochen in der Praxis untauglich ist (Bst. c).

Antrag 7: Anpassung von Art. 25a Abs. 2 sowie Art. 8 Abs. 2 Bst. c und Art. 8 Abs. 4 KLV

Die Dauer der Übergangspflege muss auf mindestens 4-6 Wochen mit der Möglichkeit zur einmaligen Verlängerung bei entsprechendem Bedarf ausgeweitet werden. Zudem sind analog der Spitalfinanzierung auch die Aufenthaltskosten durch Kanton und Versicherer zu tragen.

Art. 8a KLV

Der Verband **senesuisse** begrüsst die Klärung der Bedarfsermittlung in der ambulanten Pflege zu Hause und die Stärkung der Rolle von Pflegefachleuten. Allerdings sollte dabei auf das Erfordernis verzichtet werden, dass auch noch eine zweijährige praktische Tätigkeit nötig ist. Bereits das Diplom ist ausreichend, es braucht nicht zusätzliche administrative Hürden.

Art. 8b Abs. 1 KLV

Der Verband **senesuisse** begrüsst, dass die Bedarfsermittlung ausdrücklich nur die Pflegekosten nach Art. 33 Bst. b KVV eingrenzen muss. Eine weitergehende Ermittlung, etwa der Kosten für die Betreuung, wurde denn vom Parlament auch ausdrücklich abgelehnt.

Unklar ist aber nach wie vor, gestützt auf welche Leistungen genau die Eingrenzung erfolgen soll. Hierzu haben die Leistungserbringer der stationären Langzeitpflege eine „Tätigkeitsliste“ erstellt, welche aber bisher nicht offiziell „genehmigt“ worden ist. Wie bereits bei den Klagen der Versicherer gegen die „Begleitung zum Essraum“, das „Richten von Medikamenten“ oder den „RAI-Index 2016“ ist zu befürchten, dass weitere langwierige Rechtsverfahren drohen, solange keine aussergerichtliche Instanz zur Klärung von „Tariffragen“ besteht. In Anlehnung an die Gremien von „Swiss-DRG“ **empfehlen wir die Einsetzung eines aus Bund, Kantonen, Leistungserbringern und Versicherern bestehenden Gremiums, welches zur Klärung von Tariffragen zuständig ist.** Dieses würde vorliegend bei Fragen rund um den Leistungskatalog die nötige Klärung bringen und anschliessend etwa auch die Anerkennung der wissenschaftlich zu erbringenden Nachweise oder die tolerierten Varianzwerte begleiten. Dadurch liessen sich viele aufwändige und letztlich unnötige Gerichtsverfahren vermeiden.

Antrag 8: Einsetzung eines Gremiums zur Klärung von Tariffragen

Analog zu Swiss-DRG sollte ein Gremium zur Diskussion und Entscheidung von Fragen rund um die Pflegefinanzierung eingesetzt werden, welches sich aus Bund, Kantonen, Versicherern und Leistungserbringern zusammensetzt und dessen Kompetenzen zu klären sind.

Art. 8b Abs. 2 KLV

Aus Sicht von **senesuisse** ist es absolut zwingend, dass als „Benchmark“ für die Messung des Pflegebedarfs die tatsächlich aufgewendete Pflegezeit gilt. Entsprechend ist diese Regelung sehr zu begrüssen, wonach der ausgewiesene zu erbringende Pflegebedarf im Durchschnitt den tatsächlich erbrachten Pflegeleistungen in Minuten entsprechen muss. Nur so kann zum einen gewährleistet werden, dass die „Kalibrierung“ automatisch stattfindet und zum anderen keine realitätsfremden Pflegebedarfswerte resultieren.

Allerdings verleitet der Wortlaut des letzten Satzes zu einer Fehlinterpretation: Man könnte ihn so verstehen, als wenn die Pflegemessinstrumente ständig (und nicht nur einmalig bei der Zulassung oder Weiterentwicklung) auch die effektiven Pflegezeiten messen und die Varianz ausweisen müssten.

Antrag 9: Anpassung von Art. 8b Abs. 2 KLV (evtl. besser in Abs. 3 verschieben)

Das für die Bedarfsermittlung in Pflegeheimen verwendete Instrument muss für die Zulassung und Weiterentwicklung die Varianz der tatsächlich erbrachten Pflegeleistungen ...

Art. 8b Abs. 3 KLV

Der Verband **senesuisse** erklärt sich mit diesen Anforderungen an die Messinstrumente einverstanden. Allerdings wäre aus unserer Sicht schon noch zu prüfen, ob nicht analog zu Swiss-DRG auch für den Bereich der Pflegeheime ein einheitliches anerkanntes Instrument zur Anwendung gelangen sollte. Das vorgeschlagene Modell führt weiterhin bei Stellenwechseln und bei Software-Aktualisierung zu bedeutendem Schulungsaufwand. Zudem ist damit nicht abschliessend gewährleistet, dass nicht doch unterschiedliche Weiterentwicklungen der Instrumente und unterschiedliche Finanzierung vergleichbarer Fälle resultiert. Alternativ ist zumindest ein Gremium zur Klärung von Tariffragen einzusetzen, welches Fragen wie den genügenden Nachweis der Wissenschaftlichkeit oder die maximal zugelassene Varianz klärt.

Antrag 10: Verwendung eines einzigen Instruments in der ganzen Schweiz (analog Swiss-DRG), welches in der Hand einer breiten Eigentümerschaft ist (Bund, Kantone, Versicherer, Heimverbände).

Art. 8c Abs. 1-3 KLV

Wenn ein Gremium für Tariffragen analog zu Swiss-DRG eingesetzt würde, könnte dieses auch im Bereich der Kontroll- und Schlichtungsverfahren tätig sein, so dass die Neutralität gewährleistet ist und keine zusätzlichen Strukturen aufgebaut werden müssen.

Antrag 8 (Wiederholung): Einsetzung eines Gremiums zur Klärung von Tariffragen

Analog zu Swiss-DRG sollte ein Gremium zur Diskussion und Entscheidung von Fragen rund um die Pflegefinanzierung eingesetzt werden, welches sich aus Bund, Kantonen, Versicherern und Leistungserbringern zusammensetzt und dessen Kompetenzen zu klären sind

C Stellungnahme zu weiteren nötigen Anpassungen in der Pflegefinanzierung

Enttäuscht ist **seneuisse** davon, dass in der aktuellen Vernehmlassung die im Bericht zur Pflegefinanzierung aufgezeigten Mängel nicht vollständig angegangen werden. Als Mitglied der IG Pflegefinanzierung unterstützen wir die bereits seit Jahren vertretenen Anträge, welche folgende dringend nötige Verbesserung der Pflegefinanzierung fordern.

1. Die Finanzierung der Pflegekosten muss ausreichend sein

Die „neue Pflegefinanzierung“ sieht Fixbeiträge der Versicherer und Patienten vor. Die ganzen restlichen Pflegekosten müssen durch die öffentliche Hand bezahlt werden (Kantone oder Gemeinden). Leider zeigt sich in der Praxis, dass diese (in der Regel aus finanzpolitischen Gründen) ihre Pflicht zur vollständigen Restfinanzierung nicht genügend wahrnehmen. Dies ist für Leistungserbringer und Patienten das Hauptproblem: ungedeckte Pflegekosten bleiben bestehen. Entweder müssen Leistungen und Qualität in der Pflege abgebaut werden, die Betriebe (Heime und Spitex) gehen früher oder später Konkurs oder die Kosten werden unter anderer Bezeichnung den Patienten in Rechnung gestellt, was aber den Tarifschutz verletzt.

Die Kantone müssen für die gesamthaft auf ihrem Gebiet anfallenden Pflegerestkosten aufkommen. Nur wenn sie in betroffenen Einzelfällen feststellen und nachweisen können, dass einzelne Leistungserbringer nicht wirtschaftlich/effizient arbeiten, ist für diese konkreten Betriebe eine Kürzung zulässig.

2. Niederlassungsfreiheit ist zu garantieren

Es kann nicht sein, dass der Umzug ins Pflegeheim eines anderen Kantons verunmöglicht wird, weil kein Kanton die gesetzlich vorgeschriebene Ausfinanzierung der Pflegekosten übernehmen will. Betagte Personen wählen ihren künftigen (letzten) Aufenthaltsort fast nie nach den Kriterien wie Luxus und Leistungen aus, sondern es gibt bedeutende Sachzwänge, etwa die Nähe zur Heimat oder zu Angehörigen. Damit die in der Verfassung vorgesehene Niederlassungsfreiheit auch tatsächlich garantiert ist, müssen die Kantone gegenseitig die nötigen Pflegerestkosten sowie die Aufenthaltskosten für EL-finanzierte Pflegeheimenintritte anerkennen.

Damit die Niederlassungsfreiheit auch im Alter garantiert ist, müssen die Kantone gegenseitig sowohl die Pflegerestkosten als auch die EL-Pflegeheimobergrenzen anerkennen.

3. Finanzierung besonderer Pflegesituationen

Besonders der Aufwand für Demenz und Palliativpflege ist ungenügend als „Pflege nach KVG“ ausgewiesen. Demenzkranke sind (trotz teilweise tiefer Pflegestufe) auf einen Pflegeheimplatz angewiesen und müssen bereits die Aufenthaltskosten selber finanzieren. Im Gegenzug müssten wenigstens krankheitsbedingte Kosten bezahlt werden. Dies gilt auch für den erhöhten Zeitaufwand und die Leistungen der Palliativpflege sowie aussergewöhnlich pflegeintensive Fälle, welche mehr als 4 Stunden Pflege pro Tag benötigen.

Die Finanzierung muss der Pflegeintensität von besonderen Krankheiten und Situationen besser Rechnung tragen, vor allem für Demenz, Palliativpflege, Multimorbidität und hohen Pflegebedarf (Berücksichtigung in den Messinstrumenten sowie Aufhebung der künstlichen Obergrenze von 240 Minuten).

4. Taugliche Regelung der Übergangspflege

Hauptzweck der AÜP ist, nach einem Spitalaufenthalt einen Übergang anzubieten, der den medizinischen oder psychiatrischen Bedürfnissen und der Rekonvaleszenz entspricht, damit Patienten ihre Selbständigkeit im Alltag wieder erlangen. Die Erfahrung zeigt, dass dies in vielen Fällen mit 14 Tagen Maximaldauer nicht realistisch ist. Die heutige Finanzierung der AÜP bietet zudem keinen Anreiz, das Angebot in Heimen zu nutzen (obwohl die Infrastruktur gerade für ein solches Angebot ideal wäre), weil dort der ganze Aufenthalt selber zu bezahlen ist.

Die Übergangspflege muss mindestens 4 Wochen statt nur 14 Tage möglich sein. Zudem ist sie wie vorgelagerte Behandlungen einer akuten Krankheit zu finanzieren: Inklusive Hotellerie- und Betreuungskosten.

Wir danken Ihnen für die Kenntnisnahme und Berücksichtigung unserer Stellungnahme.

Mit freundlichen Grüßen
senesuisse

Christian Streit
Geschäftsführer

Spitex Kantonalverband Schwyz · Alte Gasse 6 · 6438 Ibach

Bundesamt für Gesundheit
Abteilung Leistungen

abteilung-leistungen@bag.admin.ch
gever@bag.admin.ch

Ibach, 19. Oktober 2018

Stellungnahme des Spitex Kantonalverbands Schwyz (SKSZ) zur Änderung der Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Kostenneutralität und Bedarfsermittlung)

Sehr geehrte Damen und Herren

Der Spitex Kantonalverband Schwyz (SKSZ) nimmt nachstehend zum Entwurf der Änderung der Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Kostenneutralität und Bedarfsermittlung) Stellung.

1. Prioritäre Anliegen des Spitex Kantonalverbands Schwyz

Der SKSZ lehnt die vom Bundesrat vorgeschlagene Senkung der OKP-Beiträge in der ambulanten Pflege um 3.6% entschieden ab und fordert stattdessen eine substantielle Erhöhung dieser Beiträge. Eine Änderung der Beiträge gemäss Art. 7 KLV, welche einerseits die Entwicklung der Pflege nicht berücksichtigt und andererseits auf ungenügenden Daten basiert, wird entschieden zurückgewiesen.

Der SKSZ fordert die zur Legalisierung der Finanzierung der Pflegematerialien, sowohl zur Abgabe zur Selbstanwendung wie auch zur Applikation durch Pflegefachpersonen, die erforderliche Anpassung der Rechtsgrundlagen im dringlichen Verfahren (Inkraftsetzung per 01.01.2019).

Der SKSZ lehnt die Änderung ab, wonach für Pflegefachpersonen, welche die Bedarfsermittlung nach Art. 8a KLV durchführen, nebst dem Nachweis des Diploms ihrer Ausbildung auch eine zweijährige praktische Tätigkeit im Pflegeberuf verlangt wird. Nachdem diplomierte Pflegefachkräfte (sowohl mit HF-Diplom als auch mit Bachelor FH) aufgrund ihrer Ausbildung ausdrücklich in der Lage sein müssen, selbstständig eine Pflegediagnose zu stellen, den Pflegebedarf zu beurteilen und die erforderlichen Massnahmen zu treffen, ist auf die Voraussetzung der zweijährigen praktischen Tätigkeit zu verzichten.

Der SKSZ lehnt eine unterjährige Anpassung der KLV-Beiträge entschieden ab. Er würde einen unverhältnismässigen administrativen Mehraufwand auslösen. Der Einführungszeitpunkt ist auf einen Jahresanfang zu legen.

2. Grundsätzliche Unterstützung der Stellungnahme von Spitex Schweiz

Im Übrigen unterstützt der SKSZ die Stellungnahme von Spitex Schweiz, Effingerstrasse 33, 3008 Bern

Wir danken für Ihnen für die Berücksichtigung unserer Stellungnahme und stehen Ihnen für weiter Auskünfte gerne zur Verfügung.

Freundliche Grüsse

Spitex Kantonalverband Schwyz (SKSZ)

Der Präsident:



Stefan Knobel

Der Geschäftsleiter:



Markus Walker

Kopie an:

- Mitglieder des Spitex Kantonalverbands Schwyz
- Spitex Schweiz, Effingerstrasse 33, 3008 Bern
- Departement des Innern des Kantons Schwyz

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation / Kanton : Spitex Schweiz

Abkürzung der Firma / Organisation : Spitex Schweiz

Adresse : Effingerstrasse 33, 3008 Bern

Kontaktperson : Patrick Imhof, Leiter Politik & Grundlagen

Telefon : 031 370 17 56

E-Mail : imhof@spitex.ch

Datum : 22.10.2018

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen!
2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen möchten, so können Sie unter "Extras/Dokumentenschutz aufheben" den Schreibschutz aufheben.
3. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **bis am 26. Oktober 2018** an folgende E-mail Adressen: abteilung-leistung@bag.admin.ch
gever@bag.admin.ch

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV)

Name / Firma (bitte auf der ersten Seite angegebene Abkürzung verwenden)	Allgemeine Bemerkungen
Spitex Schweiz	Spitex Schweiz lehnt die vorgeschlagene Senkung der OKP-Beiträge in der ambulanten Pflege um 3.6% entschieden ab und fordert stattdessen eine <u>substantielle</u> Erhöhung dieser Beiträge. Die Erhöhung ist aus folgenden Gründen unumgänglich: - Die zur Berechnung herangezogene Datengrundlage ist ungenügend. Die Spitex Statistik erlaubt gemäss Experten keine entsprechenden Vergleiche vor und nach 2010. Zahlreiche Argumente sind nicht nachvollziehbar – beispielsweise im Bereich der Lohnentwicklung oder des Pflegematerials. - Die zentrale Annahme, die Leistungen der ambulanten Pflege müssten im Zeitraum 2010-2014 konstant bleiben, ist falsch. In der gleichen Zeit wurde das DRG-Pauschalen-System eingeführt, was zu komplexeren Pflegesituationen und insbesondere auch zu einem Anstieg der höher entschädigten Leistungen führte (Massnahmen der Abklärung, Beratung und Koordination, Massnahmen der Untersuchung und der Behandlung). Im gleichen Zeitraum wurde der Grundsatz «ambulant vor stationär» konsequent weiterverfolgt. In diesem Zusammenhang wurden –auch in Kongruenz zu den verschiedenen nationalen Gesundheitsstrategien – spezialisierte Leistungen im Bereich der ambulanten Pflege eingeführt, so beispielsweise im Bereich der Demenzpflege, Palliativpflege, Psychiatriepflege, Wochenend- und Nachtdienste. Diese Leistungen sind teurer als «herkömmliche, einfache» Pflegeleistungen. Die Spitex ist zu einem zentralen und koordinierenden Akteur der Grundversorgung geworden. - Im betrachteten Zeitraum wurde die obligatorische Krankenpflegeversicherung im Verhältnis zu den anderen Zahlern entlastet: Dies ging in zahlreichen Kantonen insbesondere zulasten der Patientinnen und Patienten. - Aufgrund der ungenügenden Regelung der Restfinanzierung wurden zulasten der Spitexorganisationen auch finanzpolitisch motivierte Entscheide in Kantonen und Gemeinden getroffen. Es ist dringend zu definieren, was in den Beiträgen und der Restfinanzierung alles enthalten sein muss oder was separat vergütet wird – z.B. Wegzeiten, Pflegematerial. Sonst ist die Finanzierungsicherheit der Spitexorganisationen längerfristig nicht gewährleistet, worunter schlussendlich die Patienten leiden. Zudem führen die Auswirkungen der Urteile des Bundesverwaltungsgerichts 2017 zu einem riesigen Chaos im Bereich der Anwendung und Abrechnung von Pflegematerial. Dieser Entscheid ist so in der Praxis nicht umsetzbar und ruft dringend nach Lösungen. Spitex Schweiz fordert die Legalisierung der bisherigen, gut funktionierenden Praxis betreffend Verrechnung von Pflegematerial (vgl. nachfolgend Detailbemerkungen zu Kap. 3.1.2) auf den 1. Januar 2019. Spitex Schweiz begrüsst den Willen des Bundesrates, den administrativen Aufwand zu verringern und die Pflege besser zu anerkennen. Die dazu vorgeschlagenen Massnahmen werden jedoch als praxisfern und unausgegoren erachtet. Spitex Schweiz schlägt deshalb verschiedene Änderungen vor, die zu einer sinnvollen Umsetzung führen.

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

Mit Eröffnung der Vernehmlassung hat der Bundesrat auch den umfassenden externen Evaluationsbericht von INFRAS zur Neuordnung der Pflegefinanzierung veröffentlicht. Für Spitex Schweiz ist es unverständlich, warum der Bericht in der ganzen Vorlage nicht erwähnt wird und seine Erkenntnisse nicht eingeflossen sind. Der Evaluationsbericht von INFRAS zeigt sehr wohl verschiedene Lücken der Neuordnung der Pflegefinanzierung auf. Wir betrachten die aus dem Evaluationsbericht von INFRAS gezogenen Konklusionen als ungenügend und damit als verpasste Chance, Verbesserungen an der Pflegefinanzierung vorzunehmen. Die systematische Nicht-Berücksichtigung der Erkenntnisse des Berichts und die getroffenen Annahmen insbesondere zur Veränderung der Beiträge in der ambulanten Pflege sind aus unserer Sicht nicht nachvollziehbar.

Bevor wir auf die Bemerkungen und Änderungsvorschläge zu den konkreten KLV-Artikeln kommen, möchten wir auf verschiedene Punkte des Vernehmlassungsberichts eingehen:

Generelle Bemerkungen zum Vernehmlassungsbericht

Der Bericht und die vorgeschlagenen Bestimmungen wirken nicht abgestimmt. Der Bericht ist kompliziert geschrieben, hat Lücken und ist nicht leserfreundlich. Einige Beispiele:

- S. 13, 3.1.2 Nebenleistungen und Leistungen anderer Sozialversicherer: zu letzteren findet sich kein Wort in diesem Kapitel
- S. 15, 3.1.6 Graphik 2 und 3: Hier wird fälschlicherweise von der Verteilung der Pflegeintensität gesprochen. Vielmehr bildet die Graphik jedoch die Verteilung der Leistungskategorien der Pflege ab.
- S. 16, 3.2 Berechnung des Korrekturfaktors der Pflegebeiträge: In der Berechnungsformel werden «Pflegetage» und «Bruttoleistungen» erwähnt: Diese spielen in der ambulanten Pflege keine Rolle. Vielmehr müsste von «Pflegestunden» und «Einnahmen» gesprochen werden.
- S. 21, 1.3 Dauer der ärztlichen Anordnung – Anpassungsvorschlag: der Anpassungsvorschlag wird nicht beschrieben.

Detailbemerkungen zum Berichtsteil Kostenneutralität der Pflegebeiträge

Legitimation der Kostenneutralität (1.1)

Aus Sicht von Spitex Schweiz fehlt die Grundlage um aufzuzeigen, dass die Regelung im ersten Jahr nach Inkrafttreten dieser Gesetzesänderung nicht eingehalten worden ist. Die Evaluation erklärt zur Erreichung des Hauptziels der NPF (**Hervorhebungen Spitex Schweiz**): **«Die Vermeidung einer zusätzlichen finanziellen Belastung der OKP konnte – bedingt durch mit der NPF [Neue Pflegefinanzierung] festgelegten fixen Beiträgen an die Pflegeleistungen – voll erreicht werden.»** Spitex Schweiz weist daraufhin, dass selbst Versicherer sich im Rahmen der Evaluation Pflegefinanzierung geäußert haben, die OKP sei entlastet worden.

Statistische Grundlagen (3.1)

Wir weisen auf eine Problematik in der Spitex-Statistik hin, welche auf S. 57 des Evaluationsberichts von INFRAS wie folgt beschrieben wird (**Hervorhebungen Spitex Schweiz**): **«Dieser Bruch in den Daten der Spitex-Statistik verunmöglicht einerseits einen direkten Vergleich der Gesamtkosten vor und nach dem Jahr 2010. Eine Einschätzung zur Grössenordnung der Verzerrung der Daten ist mit den vorliegenden Daten nicht möglich.»** Unseres Erachtens kann aus diesem Grund die Spitex Statistik nicht für einen Vorher-nachher-Vergleich beigezogen werden.

Pflegeheime (2)

Spitex Schweiz äussert sich nicht zu den Erläuterungen und Berechnungen im Bereich der Heime. Wir unterstützen jedoch eine Erhöhung der OKP-Beiträge in diesem Bereich (vgl. auch Stellungnahme der IG Pflegefinanzierung [\[Link\]](#)).

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

Nebenleistungen (3.1.2)

Das Kapitel 3.1.2 dreht sich wesentlich auch um die Kostenübernahme des Pflegematerials. Wie bereits mehrfach in Gesprächen mit dem BAG festgehalten und von diesem auch anerkannt sind die Kosten für Pflegematerial nicht oder nur ungenügend in die Berechnungen zur NPF eingeflossen. Weiter wurde das eingesetzte Material seit Einführung der NPF weiterentwickelt und hat sich entsprechend verteuert. So können z.B. moderne (und teurere) Wundverbände länger aufgelegt werden und benötigen dagegen weniger Pflegeleistungen durch eine Pflegefachperson. Spitex Schweiz ist nach wie vor der Ansicht, dass die OKP-Beiträge alleine aus diesen Gründen substantiell angehoben werden müssten.

Aber auch wenn man annehmen würde, die Kalkulation sei auf das Jahr 2011 korrekt gemacht worden, geht die Argumentation im Bericht (S. 13f) nicht auf: Es wird festgehalten, dass die Spitex-Organisationen auch aus Effizienzgründen im Verlauf der letzten Jahre das Materialmanagement immer mehr an Dritte ausgelagert haben (Apotheken, Ärzte, Materialzulieferer). Daraus schliesst das zuständige Amt, dass die KLV-Beiträge nun zu hoch wären (und in der Konsequenz eigentlich noch stärker gekürzt werden müssten). Dabei werden die beiden Urteile des Bundesverwaltungsgerichts aus dem Jahr 2017 nicht berücksichtigt, welche besagen, dass die im Rahmen der Pflegehandlung verwendeten Materialien nicht separat verrechnet werden dürfen.

Wie weitherum bekannt ist, verursachen diese beiden Gerichtsurteile grosse Probleme und administrativen Zusatzaufwand und führen dazu, dass die Spitex-Organisationen, die für diese Materialien bis auf Zustandekommen einer Lösung mit den Restfinanzierern vorläufig vollumfänglich übernehmen müssen. Die OKP wird auch weiterhin einen Beitrag daran leisten. Wir verweisen aber primär auf unseren ersten Einwand: Das Material ist in der NPF nicht genügend berücksichtigt worden.

Weiter weisen wir darauf hin, dass die Grundlagen und Belege besonders in diesem Kapitel äusserst lückenhaft sind. Formulierungen wie «dürfte berücksichtigt haben», «es ist möglich, dass», «unklar ist», «dürften verrechnet haben», «kann von ausgegangen werden», «kann aber nicht beziffert werden», «es ist anzunehmen», «dürften etwas zu hoch sein» finden sich alleine auf den ¾-Seiten zu diesem Kapitel.

Spitex Schweiz beantragt überdies die KLV auf den 1. Januar 2019 dahingehend zu ändern, dass die Leistungserbringer der Pflege gemäss Art. 7 Abs. 1 KLV das Pflegematerial der OKP in Rechnung stellen können, beispielsweise durch eine Änderung von Art. 20 KLV. Auf die Trennung des Materials zwischen Selbstanwendung und Anwendung durch eine Pflegefachperson ist zu verzichten. Damit soll die in den vergangenen Jahren funktionierende Praxis legalisiert werden. Aufgrund der je nach Pflegeleistung sehr unterschiedlich anfallenden Kosten ist eine pauschalisierte Einrechnung in den OKP-Beiträgen der ambulanten Pflege nicht sinnvoll. Damit würden materialintensive Leistungen (z.B. Wundpflege) zu tief abgegolten. Entsprechend muss Pflegematerial separat (und nicht pauschalisiert) in Rechnung gestellt werden können.

Eventualantrag: Sollte dies aus juristischen Gründen nicht direkt über eine KLV-Änderung möglich sein, ist die Änderung raschestmöglich im übergeordneten Recht vorzunehmen.

Akut- und Übergangspflege (3.1.3)

Wir bitten hier um sorgfältige Analyse des Evaluationsberichts von INFRAS. Dieser zeigt auf, dass die derzeitige Ausgestaltung der AÜP nicht genügt.

Die Annahme, dass neu mehr Leistungen in der Pflege dank der AÜP erbracht würden, kann anhand der Spitex-Statistik nicht belegt werden. Das Suggestieren, wonach mit der AÜP das Stundentotal (unbegründet) ausgeweitet werden soll weisen wir entschieden zurück. Eine AÜP basiert auf einer Verordnung durch einen Spitalarzt/eine Spitalärztin und kann entsprechend nicht willkürlich ausgeweitet werden.

Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung) Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018

Entwicklung der Leistungsstruktur nach Behandlungstyp (3.1.6)

Es ist für uns nicht nachvollziehbar, wie man zur Annahme gelangt, dass die Leistungsstruktur nach Behandlungstyp 2010-2014 konstant geblieben sei (wie bereits oben beschrieben ist der Begriff «Pflegeintensität» falsch). Mit der Einführung der DRG in den Spitälern, mit der Umsetzung des Konzepts «ambulant vor stationär» sind in den vergangenen Jahren immer komplexere Fälle in die ambulante Pflege eingetreten. So hatten beispielsweise auch die Palliativpflege, Onkologiepflege, Psychiatriepflege und weitere spezialisierte Pflegeleistungen ihrerseits eine Erhöhung des Anteils A- und B-Leistungen zur Folge. Darauf wird selbst in Berichten des BAG entsprechend hingewiesen (vgl. beispielsweise den Bericht «Abgeltung von Leistungen im Rahmen der koordinierten Versorgung», 2018). Logischerweise gehen im Gegenzug die C-Leistungen anteilmässig zurück. Graphik 2 und Graphik 3 auf Seite 15 verdeutlichen dies sehr gut – dennoch wird aus den Zahlen geschlossen, dass diese «relativ konstant» seien. Vielmehr aber erklären diese (gewollten) Verschiebungen im Leistungsmix auch wesentlich die Verteuerung des Stundenkostensatzes.

Löhne und allgemeine Teuerung (3.1.7)

Die Löhne im Pflegebereich sind in den letzten Jahren sehr wohl angestiegen. Fachkräftebedarf, Nacht- und Wochenendeinsätze, Spezialisierungen führten zu Lohnzunahmen. Entsprechend erachten wir die Berücksichtigung der Löhne als Kostenfaktor als zentral und weisen die Nicht-Berücksichtigung dieser Argumentation zurück.

Berechnung des Kostenfaktors der Pflegebeiträge (3.2)

Ziel der Kostenkorrektur ist die Gewährleistung, dass die Einführung der KLV-Beiträge im Jahr des Übergangs 2010/2011 kostenneutral für die OKP erfolgte. Die Gegenüberstellung der Zahlen von 2010 bis 2014 ist problematisch. Bereits im Evaluationsbericht von INFRAS wird erklärt, dass der Bruch in den Daten in der Spitex-Statistik einen direkten Vergleich der Gesamtkosten vor und nach dem Jahr 2010 nicht zulässt (vgl. auch oben).

Im Bericht wird an verschiedenen Stellen (s. Kap. 3.1.1) darauf hingewiesen, dass die Konsistenz der vorhandenen Daten aus verschiedenen Gründen zu wünschen übriglässt. So wird festgehalten, dass Einnahmen aus Leistungen nach KLV 7 unter verschiedenen Rubriken erfasst wurden, dass die erwerbswirtschaftlichen Organisationen erst ab 2010 (und auch dann noch nicht alle) in der Statistik erfasst wurden und dass die selbstständigen Pflegefachpersonen von Zürich und Genf im Jahr 2010 noch nicht in der Statistik erfasst wurden etc. Für Spitex Schweiz stellt sich prinzipiell die Frage, ob man angesichts der Unsicherheiten in den Daten überhaupt die Kostenneutralität bei Einführung 2011 so detailliert überprüfen kann, wie es die Formel und deren Ergebnis 3.6 Prozent suggerieren. Spitex Schweiz erachtet die Schlussfolgerungen bzw. die Senkung der Beiträge auf einer unsicheren Datenbasis als unseriös und willkürlich.

Aus Sicht von Spitex Schweiz sind die Pflegebeiträge zwingend zu erhöhen. Verschiedene Faktoren zeigen auf, dass die Berechnungsgrundlage nach nahezu 15 Jahren dringend überarbeitet werden muss:

- Die Datengrundlage von 2004 berücksichtigte verschiedene Faktoren ungenügend. So beispielsweise die Kosten des Pflegematerials oder die Wegzeiten.
- Seit Einführung der neuen Pflegefinanzierung hat aufgrund der Strategie der Kantone «ambulant vor stationär» und bedingt durch gesellschaftliche Entwicklungen (mehr Single-Haushalte, Individualität etc.) die Nachfrage nach ambulanten Pflegeleistungen stark zugenommen.
- Parallel dazu ist auch der Bedarf an speziellen Pflegeangeboten weiter stark gewachsen: Palliative Care, Demenzpflege, Psychiatriepflege, Onkologiepflege, Kinderspitex gehören heute vielerorts zum Angebot einer Spitex-Organisation (vgl. auch die diesbezüglichen Strategien des Bundes und der Kantone). Es ist auch künftig mit einer Zunahme dieser Entwicklung zu rechnen (vgl. etwa Nationales Forschungsprogramm «Lebensende», NFP 67, oder das Postulat 18.3384 der SGK-SR «Bessere Betreuung und Behandlung von Menschen am Lebensende»). Für diese Leistungen müssen Personal mit Zusatzausbildung eingesetzt und spezielle Hilfsmittel verwendet werden. Nicht zuletzt aufgrund dieser Entwicklung kommt es zu einer Kostenverschiebung vom stationären zum ambulanten Bereich.
- Stark zunehmend ist seit 2011 ebenfalls der Bedarf an 24h-Dienstleistungen und Notfalldiensten. Teilweise ist dieser ebenfalls an spezialisierte Angebote gekoppelt (Palliative Care, Kinderspitex). Andererseits führen aber auch sich verändernde Betreuungssituationen zu diesem Mehrbedarf.

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

	Trotz diesen augenscheinlichen Faktoren war für die OKP in den letzten Jahren keine Erhöhung der Beiträge in Sicht bzw. von den zuständigen Stellen geplant. Diese Mehrbelastung musste fast ausschliesslich von den Kantonen und Gemeinden oder über Anpassungen/Erhöhungen der Patientenbeitragssätze von den Betroffenen selbst getragen werden (vgl. Evaluationsbericht INFRAS S. 8, 9, 60, 63). Die Restfinanzierer versuchten diese Mehrausgaben zu vermeiden (z.B. durch Sparmassnahmen), abzuwälzen (durch eine stärkere Belastung der Patientinnen und Patienten) oder aufzuschieben (z.T. um 3-4 Jahre verzögerte Aktualisierung der Restfinanzierungsbeiträge). Dagegen wurde die OKP im Bereich der ambulanten Pflege sogar entlastet – und damit das Ziel der Vermeidung einer Mehrbelastung «übertrifft». Fazit: Die Leistungen im Bereich der Pflege sind in den vergangenen Jahren anspruchsvoller und kostenintensiver und die Pflegesituationen komplexer geworden. Eine zunehmende Spezialisierung führte auch zu neuen, höheren Anforderungen. Auch der Fachkräftemangel befeuert die Lohndiskussion. In der gleichen Zeit reduzierte sich der Anteil der OKP an den Kosten der ambulanten Pflege zum Nachteil der Kantone, Gemeinden und Patienten. Diese Entwicklung kann sich nicht so fortsetzen. Es braucht eine regelmässige Anpassung der Beiträge an die Kostenentwicklung. Mit einer Erhöhung der KLV-Beiträge in der ambulanten Pflege wird der frühere Anteil der OKP an den Pflegekosten wieder erreicht und fehlende Elemente (Pflegematerial, Wegzeiten, Löhne) einbezogen. Dies würde unseres Erachtens den Grundsatz «ambulant vor stationär» stärken. <u>Detailbemerkungen zum Berichtsteil «Bedarfsermittlung»</u> Die vorgeschlagenen Änderungen der Prozesse der Bedarfsermittlung im Bereich in der ambulanten Pflege sind u.E. aber noch zu wenig durchdacht. Wir haben zahlreiche Vorschläge zur Optimierung des Prozesses. Insbesondere ist eine Begriffsklärung notwendig: Die Bedarfsermittlung in der Spitex erfolgt umfassend (gemäss Art. 8a Abs. 2) vielerorts mit dem Instrument RAI Home Care. Aus der Bedarfsermittlung wird die Pflegeplanung abgeleitet und die nötigen Pflegeleistungen werden bestimmt. Die Zusammenfassung der Pflegeleistungen wird in einem Formular (Bedarfsmeldung, siehe Art. 8a, Abs. 3) dargestellt. Gerne sind wir bereit, den interessierten Personen die Bedarfsermittlungsprozesse bei einer Spitex-Organisation aufzuzeigen.		
Name / Firma	Artikel	Kommentar / Bemerkungen	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
Spitex Schweiz	Art. 7a Abs. 1	Die Senkung der Beiträge aus der OKP für die Pflege zu Hause erachten wir als nicht sachgerecht und unzureichend hergeleitet sowie absolut nicht nachvollziehbar. Wir verweisen auf die vorstehenden diesbezüglichen allgemeinen Bemerkungen und unterstreichen daraus folgendes: Der Expertenbericht kommt zum Schluss, dass die anteilmässige Belastung der OKP im Betrachtungszeitraum von 72% auf 70% gesunken und somit das Ziel die Kostenneutralität einzuhalten mehr als erreicht worden ist. Ebenso bleibt unbeachtet, dass die Lohnkosten deutlich angestiegen sind und aufgrund des Bedarfs an Pflegefachpersonal wohl weiter steigen wird. Weiter hatten und haben die konsequente Verfolgung der Strategie «ambulant vor stationär» zur Folge, dass spezialisierte (und damit teurere) Dienstleistungen (z.B. Palliativpflege,	Spitex Schweiz fordert eine substantielle Erhöhung der Beiträge.

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

		Onkologiepflege, Psychiatriepflege) verstärkt Eingang in die ambulante Pflege gefunden haben (vgl. dazu diverse Nationale Strategien des Bundes). Ein Weiterführen der bisherigen Beiträge führt zur laufenden Überwälzung der steigenden Kosten auf Kantone und Gemeinden (je nach kantonaler Regelung der Restfinanzierung) und die Klienten und Klientinnen.	
Spitex Schweiz	Art. 8 Abs. 1	Aus Sicht von Spitex Schweiz ist der neu vorgeschlagene Anordnungsprozess nicht genügend durchdacht. Heute ordnet der Arzt/die Ärztin Pflegeleistungen an. Teilweise werden gleichzeitig spezifische Massnahmen aufgrund der medizinischen Indikation angeordnet (z.B. Stützstrümpfe, Vitalzeichenmessung, Injektionen). Die abklärende Pflegefachperson stellt fest, welche Leistungen konkret benötigt werden. Diese werden im Nachgang durch den Arzt/die Ärztin (meist im Schnellverfahren ohne detaillierte Prüfung) unterschrieben. Es besteht in Fachkreisen Einigkeit, dass diese Schlussbestätigung pro forma erfolgt. Vorgeschlagene Regelung: Neu soll der Arzt/die Ärztin in einem ersten Schritt die Notwendigkeit der Pflege feststellen (Abs. 1 Bst. a) und zugleich auch festlegen, ob A-, B-, C-Leistungen benötigt werden (Abs. 1 Bst. b). Die Bedarfsermittlung erfolgt im Anschluss durch eine Pflegefachperson gemäss Art. 8a umfassend (dies entspricht auch den internationalen Standards, insbesondere dem in der Spitex fast flächendeckend eingesetzte RAI Home Care). Die Durchführung der Bedarfsermittlung stellt in der Praxis immer eine A-Leistung dar, d.h. der Arzt/die Ärztin muss in jedem Fall «A» ankreuzen, um die Abgeltung der Bedarfsermittlung zu ermöglichen. Ordnet ein Arzt/eine Ärztin Pflegeleistungen A und B an, und die Bedarfsermittlung (Beurteilung der Gesamtsituation und Abklärung des Umfelds) ergibt, dass der Klient auch C-Leistungen benötigt, braucht es nochmals eine Rücksprache mit dem Arzt/der Ärztin. Dies generiert zusätzliche Kosten und produziert unnötigen administrativen Aufwand. Zudem widerspricht es der bereits heute gängigen Praxis, wonach die Pflegefachpersonen Art und Umfang der Leistungen abklären. Spitex Schweiz ist der Ansicht, dass die künstliche Trennung zwischen A/C-Leistungen und B-Leistungen nicht sinnvoll ist. Die Pflegefachpersonen sind in der Lage fachlich zu beurteilen, welche Leistungen notwendig sind – auch im Bereich der Behandlungspflege (z.B. Messung der Vitalwerte, Messung Blutzucker, Wundversorgung).	Abs. 1 b. Der Arzt oder die Ärztin kann spezifische Leistungen anordnen.

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

		Der Arzt/die Ärztin wird über die aus der Bedarfsermittlung resultierenden benötigten Pflegeleistungen informiert. Im Gegenzug ist es auch wichtig, dass die Spitex die Informationen des Arztes/der Ärztin ebenfalls erhält, um so ihre Pflegeplanung bei Bedarf anpassen zu können. Im Grundsatz unterstützt Spitex Schweiz den Vorschlag des Bundesrates, die Kompetenzen der Pflege besser zu anerkennen und den Prozess der Bedarfsmeldung (ohne Einholen der ärztlichen Unterschrift) zu vereinfachen.	
Spitex Schweiz	Art. 8 Abs. 2 Bst. a + b	Spitex Schweiz unterstützt eine Verlängerung der ärztlichen Anordnung. Dies reduziert administrative Aufwände. Die unterschiedliche Terminierung von B-Leistungen (6 Monate) und A-/C-Leistungen (12 Monate) führt in der Praxis zu einer umständlichen und unlogischen Situation und zu Mehrkosten: Sobald eine Klientin mehrere Leistungen benötigt, ist die Dauer der Anordnung zu harmonisieren. Beispiel: Läuft, wie vorgeschlagen, die Anordnung von B-Leistungen nach 6 Monaten ab (und angeordnete C-Leistungen erst nach 12 Monaten) muss nach 6 Monaten erneut eine Bedarfsermittlung erfolgen, aber nicht für die A- und C-Leistungen, die sie gleichzeitig bezieht, sondern nur für B-Leistungen. Gemäss internationalen Standards und auch gemäss Art. 8a, Abs. 2 ist die Beurteilung der Gesamtsituation und die Abklärung des Umfelds Bestandteil der Bedarfsermittlung, eine «Teil-Bedarfsermittlung», die nur mögliche B-Leistungen vorsieht widerspräche Art. 8a, Abs. 2 sowie der Logik des in der Spitex überwiegend zur Anwendung kommenden Bedarfsabklärungsinstrumentes RAI Home Care. Der beschriebene Prozess, wonach der Bedarf ausgehend von der Art der Leistung (A, B oder C) ermittelt wird ist falsch. Anhand der umfassenden Bedarfsermittlung wird die Situation des Klienten erfasst und aus der daraus folgenden Pflegeplanung die konkreten Pflegeleistungen abgeleitet und nicht umgekehrt. Aus Gründen der Qualitätssicherung schlägt Spitex Schweiz eine einheitliche Dauer von maximal 9 Monaten vor.	2 Der Arzt oder die Ärztin kann den Auftrag oder die Anordnung erteilen: a) für maximal 9 Monate bei Leistungen nach Artikel 7 Absatz 2 Buchstaben a, b und c. b) streichen
Spitex Schweiz	Art. 8 Abs. 2 Bst. c	Die maximal 2 Wochen Akut- und Übergangspflege (AÜP) sind nicht ausreichend. Die bisherige Regelung zur AÜP ist ungenügend. Wir verweisen damit auf die Eingaben der IG Pflegefinanzierung (Link) und den Evaluationsbericht zur Neuordnung der Pflegefinanzierung von INFRAS. In diesen Dokumenten werden die Unzulänglichkeiten der AÜP klar aufgezeigt. Eine grundlegende Änderung ist anzustreben. Sie kann jedoch nur durch eine entsprechende vorgängige KVG-Anpassung vorgenommen werden.	

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

		Spitex Schweiz betont die Notwendigkeit einer Anpassung der AÜP verzichtet aber aus obgenannten Gründen darauf, an dieser Stelle eine Änderung vorzuschlagen.	
Spitex Schweiz	Art. 8a° Abs. 1	Der Vorschlag des Bundesrates sieht eine Einschränkung der Bedarfsermittlung auf Pflegefachpersonen vor. Spitex Schweiz unterstützt diese Gleichstellung der verschiedenen Pflegebereiche. Als problematisch erachten wird den Verweis auf Art. 49 KVV, dieser verlangt zwei Nachweise: Ein Diplom (Bst. a) sowie eine zweijährige praktische Tätigkeit (Bst. b). Letztere Einschränkung ist aus Sicht Spitex Schweiz klar zurückzuweisen. Die Ausbildungscurricula für diplomierte Pflegefachpersonen sehen die Tätigkeiten der Bedarfsermittlung explizit vor. Ausgebildetes diplomiertes Personal ist entsprechend in der Lage die Bedarfsermittlung mit Abschluss der Ausbildung vorzunehmen. Um die Bedarfsermittlung RAI Home Care durchführen zu dürfen, absolvieren die Pflegefachpersonen zusätzlich eine mehrtägige Schulung. Die Einräumung einer zweijährigen Frist zur Durchführung einer Bedarfsermittlung wäre eine massive Einschränkung der heutigen Praxis in den Spitex-Betrieben und würde sich negativ auf die Attraktivität der Spitex als Arbeitgeberin auswirken. Aus unserer Sicht bestimmt Art. 49 KVV die Voraussetzungen, die erfüllt sein müssen, um selbstständig als Pflegefachperson tätig zu sein. Ferner schlagen wir vor, gemäss unseren Ausführungen zu Art. 8 auf die künstliche Trennung zwischen A/C und B-Leistungen zu verzichten und entsprechend Bst. b zu streichen.	1 Die Bedarfsermittlung zur Umsetzung des ärztlichen Auftrages oder der ärztlichen Anordnung erfolgt: a. für Leistungen nach Artikel 7 Absatz 2 Buchstabe a, b und c: durch eine diplomierte Pflegefachfrau oder einen diplomierten Pflegefachmann (Art. 49 KVV) in Zusammenarbeit mit der Patientin oder dem Patienten oder deren Angehörigen; das Ergebnis der Ermittlung ist dem behandelnden Arzt zur Information weiterzugeben; b. für Leistungen nach Artikel 7 Absatz 2 Buchstabe b oder bei Akut- und Übergangspflege: durch eine diplomierte Pflegefachfrau oder einen diplomierten Pflegefachmann (Art. 49 KVV) in Zusammenarbeit mit dem behandelnden Arzt sowie der Patientin oder dem Patienten oder deren Angehörigen.
Spitex Schweiz	Art. 8a Abs. 2	Die Bedarfsermittlung erfasst die Beurteilung der Gesamtsituation des Patienten oder der Patientin sowie die Abklärung des Umfelds. Dies steht im Einklang mit dem in der Spitex verwendeten Abklärungsinstrument RAI Home Care (RAI HomeCare kommt in ca. 85% der Spitexorganisationen zum Einsatz).	
Spitex Schweiz	Art. 8a Abs. 3	Gemäss Kommentar bezieht sich Art. 8a auf die Bedarfsermittlung im Allgemeinen (Kommentar S. 27), also auf Spitex-Organisationen, selbstständige Pflegefachkräfte und Pflegeheime. Abs. 3 verlangt einheitliche Kriterien vielmehr aber noch ein einheitliches Formular. Spitex Schweiz erachtet eine gleiche Ausgestaltung der Bedarfsmeldung (aus der Bedarfsermittlung ermittelte Pflegeleistungen, dargestellt in einem Formular) im ambulanten und stationären Bereich nicht als zielführend. Die Situationen sind nicht vergleichbar und es stehen für	3 Die Bedarfsermittlung erfolgt im stationären und ambulanten Bereich jeweils aufgrund einheitlicher Kriterien. ...

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

		die jeweiligen Settings unterschiedliche Instrumente für die Bedarfsermittlung zur Verfügung (vgl. z.B. interRAI). Die einheitliche Ausgestaltung der Bedarfsmeldung innerhalb der Spitex wird von Spitex Schweiz unterstützt – diese sollte zwingend elektronisch verarbeitet werden können. Wir machen auf entsprechende aktuelle Bestrebungen im Bereich der Spitex in Zusammenarbeit mit Krankenversicherern aufmerksam. Diese werden jedoch nicht bis zur vorgesehenen Inkraftsetzung im Juli 2019 eingeführt werden können. Entsprechend wird für eine realistische Einführung eine Übergangsregelung gefordert (vgl. weiter unten).	
Spitex Schweiz	Übergangsbestimmungen	Wie bereits in den Bemerkungen zu Art. 8 Abs. 3 aufgeführt, kann die Einführung eines (elektronischen) einheitlichen Bedarfsmeldung nicht auf Juli 2019 abgeschlossen werden.	Die Bedarfsermittlung in Pflegeheimen darf bis Ende 2020 noch nach bisherigem Recht durchgeführt werden.
Spitex Schweiz	Art. 20 KLV	Die KLV ist auf den 1. Januar 2019 dahingehend abzuändern, dass die Leistungserbringer nach Art. 7 Abs. 1 KLV Pflegematerialien der OKP in Rechnung stellen können, unabhängig davon, ob es sich um eine Abgabe zur Selbstanwendung (gemäss MiGeL) oder der Anwendung durch eine Pflegefachperson handelt. Eventualantrag: Sollte dies aus juristischen Gründen nicht direkt über eine KLV-Änderung möglich sein, ist die Änderung raschestmöglich im übergeordneten Recht vorzunehmen.	Die Versicherung leistet eine Vergütung an Mittel und Gegenstände, die der Behandlung oder der Untersuchung im Sinne einer Überwachung der Behandlung einer Krankheit und ihrer Folgen dienen, die auf ärztliche Anordnung von einer Abgabestelle nach Artikel 55 KVV abgegeben werden und von der versicherten Person selbst oder mit Hilfe einer nichtberuflich an der Untersuchung oder der Behandlung mitwirkenden Person angewendet werden.

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation / Kanton : Spitex Verband Aargau

Abkürzung der Firma / Organisation : Spitex Verband Aargau

Adresse : Laurenzenvorstadt 11, 5000 Aarau

Kontaktperson : Max Moor, Geschäftsleiter

Telefon : 062 824 64 39

E-Mail : max.moor@spitexag.ch

Datum : 28.09.2018

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen!
2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen möchten, so können Sie unter "Extras/Dokumentenschutz aufheben" den Schreibschutz aufheben.
3. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **bis am 26. Oktober 2018** an folgende E-mail Adressen: abteilung-leistung@bag.admin.ch
gever@bag.admin.ch

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV)

Name / Firma (bitte auf der ersten Seite angegebene Abkürzung verwenden)	Allgemeine Bemerkungen
Spitex Verband Aargau	Der Spitex Verband Aargau lehnt die vorgeschlagene Senkung der OKP-Beiträge in der ambulanten Pflege um 3.6% entschieden ab und fordert stattdessen eine <u>substantielle</u> Erhöhung dieser Beiträge. Die Erhöhung ist aus folgenden Gründen unumgänglich: - Die zur Berechnung herangezogene Datengrundlage ist ungenügend. Die Spitex Statistik erlaubt gemäss Experten keine entsprechenden Vergleiche vor und nach 2010. Zahlreiche Argumente sind nicht nachvollziehbar – beispielsweise im Bereich der Lohnentwicklung oder des Pflegematerials. - Die zentrale Annahme, die Leistungen der ambulanten Pflege müssten im Zeitraum 2010-2014 konstant bleiben, ist falsch. In der gleichen Zeit wurde das DRG-Pauschalen-System eingeführt, was zu komplexeren Pflegesituationen und insbesondere auch zu einem Anstieg der höher entschädigten Leistungen führte (Massnahmen der Abklärung, Beratung und Koordination, Massnahmen der Untersuchung und der Behandlung). Im gleichen Zeitraum wurde der Grundsatz «ambulant vor stationär» konsequent weiterverfolgt. In diesem Zusammenhang wurden –auch in Kongruenz zu den verschiedenen nationalen Gesundheitsstrategien – spezialisierte Leistungen im Bereich der ambulanten Pflege eingeführt, so beispielsweise im Bereich der Demenzpflege, Palliativpflege, Psychiatriepflege, Wochenend- und Nachtdienste. Diese Leistungen sind teurer als «herkömmliche, einfache» Pflegeleistungen. Die Spitex ist zu einem zentralen und koordinierenden Akteur der Grundversorgung geworden. - Im betrachteten Zeitraum wurde die obligatorische Krankenpflegeversicherung im Verhältnis zu den anderen Zahlern entlastet: Dies ging in zahlreichen Kantonen insbesondere zulasten der Patientinnen und Patienten. - Aufgrund der ungenügenden Regelung der Restfinanzierung wurden zulasten der Spitexorganisationen auch finanzpolitisch motivierte Entscheide in Kantonen und Gemeinden getroffen. Es ist <u>absolut dringend</u> zu definieren, was in den Beiträgen und der Restfinanzierung alles enthalten sein muss oder was separat vergütet wird – z.B. Wegzeiten, Pflegematerial. Sonst ist die Finanzierungssicherheit der Spitexorganisationen längerfristig nicht gewährleistet, worunter schlussendlich die Patienten leiden. Zudem führen die Auswirkungen der Urteile des Bundesverwaltungsgerichts 2017 zu einem riesigen Chaos im Bereich der Anwendung und Abrechnung von Pflegematerial. Dieser Entscheid ist so in der Praxis nicht umsetzbar und ruft dringend nach Lösungen. Der Spitex Verband Aargau fordert die Legalisierung der bisherigen, gut funktionierenden Praxis betreffend Verrechnung von Pflegematerial (vgl. nachfolgend Detailbemerkungen zu Kap. 3.1.2) auf den 1. Januar 2019. Der Spitex Verband Aargau begrüsst den Willen des Bundesrates, den administrativen Aufwand zu verringern und die Pflege besser zu anerkennen. Die dazu vorgeschlagenen Massnahmen werden jedoch als praxisfern erachtet. Der Spitex Verband Aargau schlägt deshalb verschiedene Änderungen vor, die zu einer sinnvollen Umsetzung führen.

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

Mit Eröffnung der Vernehmlassung hat der Bundesrat auch den umfassenden externen Evaluationsbericht von INFRAS zur Neuordnung der Pflegefinanzierung veröffentlicht. Für den Spitex Verband Aargau ist es unverständlich, warum der Bericht in der ganzen Vorlage nicht erwähnt wird und seine Erkenntnisse nicht eingeflossen sind. Der Evaluationsbericht von INFRAS zeigt sehr wohl verschiedene Lücken der Neuordnung der Pflegefinanzierung auf. Wir betrachten die aus dem Evaluationsbericht von INFRAS gezogenen Konklusionen als ungenügend und damit als verpasste Chance, Verbesserungen an der Pflegefinanzierung vorzunehmen. Die systematische Nicht-Berücksichtigung der Erkenntnisse des Berichts und die getroffenen Annahmen insbesondere zur Veränderung der Beiträge in der ambulanten Pflege sind für uns nicht nachvollziehbar.

Bevor wir auf die Bemerkungen und Änderungsvorschläge zu den konkreten KLV-Artikeln kommen, möchten wir auf verschiedene Punkte des Vernehmlassungsberichts eingehen:

Generelle Bemerkungen zum Vernehmlassungsbericht

Der Bericht und die vorgeschlagenen Bestimmungen wirken nicht abgestimmt. Der Bericht ist kompliziert geschrieben, hat Lücken und ist nicht leserfreundlich. Einige Beispiele:

- S. 13, 3.1.2 Nebenleistungen und Leistungen anderer Sozialversicherer: zu letzteren findet sich kein Wort in diesem Kapitel
- S. 15, 3.1.6 Graphik 2 und 3: Hier wird fälschlicherweise von der Verteilung der Pflegeintensität gesprochen. Vielmehr bildet die Graphik jedoch die Verteilung der Leistungskategorien der Pflege ab.
- S. 16, 3.2 Berechnung des Korrekturfaktors der Pflegebeiträge: In der Berechnungsformel werden «Pflegetage» und «Bruttoleistungen» erwähnt: Diese spielen in der ambulanten Pflege keine Rolle. Vielmehr müsste von «Pflegestunden» und «Einnahmen» gesprochen werden.
- S. 21, 1.3 Dauer der ärztlichen Anordnung – Anpassungsvorschlag: der Anpassungsvorschlag wird nicht beschrieben.

Detailbemerkungen zum Berichtsteil Kostenneutralität der Pflegebeiträge

Legitimation der Kostenneutralität (1.1)

Aus Sicht vom Spitex Verband Aargau fehlt die Grundlage um aufzuzeigen, dass die Regelung im ersten Jahr nach Inkrafttreten dieser Gesetzesänderung nicht eingehalten worden ist. Die Evaluation erklärt zur Erreichung des Hauptziels der NPF (**Hervorhebungen Spitex Verband Aargau**): **«Die Vermeidung einer zusätzlichen finanziellen Belastung der OKP konnte – bedingt durch mit der NPF [Neue Pflegefinanzierung] festgelegten fixen Beiträgen an die Pflegeleistungen – voll erreicht werden.»** Der Spitex Verband Aargau weist daraufhin, dass selbst Versicherer sich im Rahmen der Evaluation Pflegefinanzierung geäußert haben, die OKP sei entlastet worden.

Statistische Grundlagen (3.1)

Wir weisen auf eine Problematik in der Spitex-Statistik hin, welche auf S. 57 des Evaluationsberichts von INFRAS wie folgt beschrieben wird (**Hervorhebungen Spitex Verband Aargau**): **«Dieser Bruch in den Daten der Spitex-Statistik verunmöglicht einerseits einen direkten Vergleich der Gesamtkosten vor und nach dem Jahr 2010. Eine Einschätzung zur Grössenordnung der Verzerrung der Daten ist mit den vorliegenden Daten nicht möglich.»** Unseres Erachtens kann aus diesem Grund die Spitex Statistik nicht für einen Vorher-nachher-Vergleich beigezogen werden.

Pflegeheime (2)

Der Spitex Verband Aargau äussert sich nicht zu den Erläuterungen und Berechnungen im Bereich der Heime. Wir unterstützen jedoch eine Erhöhung der OKP-Beiträge in diesem Bereich (vgl. auch Stellungnahme der IG Pflegefinanzierung [\[Link\]](#)).

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

Nebenleistungen (3.1.2)

Das Kapitel 3.1.2 dreht sich wesentlich auch um die Kostenübernahme des Pflegematerials. Wie bereits mehrfach in Gesprächen mit dem BAG festgehalten und von diesem auch anerkannt sind die Kosten für Pflegematerial nicht oder nur ungenügend in die Berechnungen zur NPF eingeflossen. Weiter wurde das eingesetzte Material seit Einführung der NPF weiterentwickelt und hat sich verteuert. So können z.B. moderne (und teurere) Wundverbände länger aufgelegt werden, verbessern den Heilungsprozess und benötigen zudem weniger Pflegeleistungen durch eine Pflegefachperson. Der Spitex Verband Aargau ist klar der Ansicht, dass die OKP-Beiträge alleine aus diesen Gründen substantiell angehoben werden müssten.

Aber auch wenn man annehmen würde, die Kalkulation sei auf das Jahr 2011 korrekt gemacht worden, geht die Argumentation im Bericht (S. 13f) nicht auf: Es wird festgehalten, dass die Spitex-Organisationen sinnvollerweise auch aus Effizienzgründen im Verlauf der letzten Jahre das Materialmanagement immer mehr an Dritte ausgelagert haben (Apotheken, Ärzte, Materialzulieferer). Daraus schliesst das zuständige Amt, dass die KLV-Beiträge nun zu hoch wären (und in der Konsequenz eigentlich noch stärker gekürzt werden müssten). Dabei werden die beiden Urteile des Bundesverwaltungsgerichts aus dem Jahr 2017 nicht berücksichtigt, welche besagen, dass die im Rahmen der Pflegehandlung verwendeten Materialien nicht separat verrechnet werden dürfen.

Wie weitherum bekannt ist, verursachen diese beiden Gerichtsurteile grosse Probleme in der Umsetzung und bedeuten einen enormen administrativen Zusatzaufwand. Zudem führen sie dazu, dass die Spitex-Organisationen, die für diese Materialien bis auf Zustandekommen einer Lösung mit den Restfinanzierern vorläufig vollumfänglich übernehmen müssen. Die OKP wird auch weiterhin einen Beitrag daran leisten. Wir verweisen aber primär auf unseren ersten Einwand: Das Material ist in der NPF nicht genügend berücksichtigt worden.

Weiter weisen wir darauf hin, dass die Grundlagen und Belege besonders in diesem Kapitel äusserst lückenhaft sind. Formulierungen wie «dürfte berücksichtigt haben», «es ist möglich, dass», «unklar ist», «dürften verrechnet haben», «kann von ausgegangen werden», «kann aber nicht beziffert werden», «es ist anzunehmen», «dürften etwas zu hoch sein» finden sich alleine auf den ¾-Seiten zu diesem Kapitel.

Der Spitex Verband Aargau beantragt überdies die KLV auf den 1. Januar 2019 dahingehend zu ändern, dass die Leistungserbringer der Pflege gemäss Art. 7 Abs. 1 KLV das Pflegematerial der OKP in Rechnung stellen können, beispielsweise durch eine Änderung von Art. 20 KLV. Auf die Trennung des Materials zwischen Selbstanwendung und Anwendung durch eine Pflegefachperson ist unbedingt zu verzichten. Damit soll die in den vergangenen Jahren funktionierende Praxis legalisiert werden. Aufgrund der je nach Pflegeleistung sehr unterschiedlich anfallenden Kosten ist eine pauschalisierte Einrechnung in den OKP-Beiträgen der ambulanten Pflege nicht sinnvoll. Damit würden materialintensive Leistungen (z.B. Wundpflege) zu tief abgegolten. Entsprechend muss Pflegematerial separat (und nicht pauschalisiert) in Rechnung gestellt werden können.

Eventualantrag: Sollte dies aus juristischen Gründen nicht direkt über eine KLV-Änderung möglich sein, ist die Änderung raschestmöglich im übergeordneten Recht vorzunehmen.

Akut- und Übergangspflege (3.1.3)

Wir bitten hier um sorgfältige Analyse des Evaluationsberichts von INFRAS. Dieser zeigt auf, dass die derzeitige Ausgestaltung der AÜP nicht genügt.

Die Annahme, dass neu mehr Leistungen in der Pflege dank der AÜP erbracht würden, kann anhand der Spitex-Statistik nicht belegt werden. Das Suggestieren, wonach mit der AÜP das Stundentotal (unbegründet) ausgeweitet werden soll weisen wir entschieden zurück. Eine AÜP basiert nur auf einer Verordnung durch einen Spitalarzt/eine Spitalärztin und kann entsprechend nicht willkürlich ausgeweitet werden. Zudem werden die max. zu erbringende Stunden in unseren Verträgen mit den Versicherern limitiert.

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

Entwicklung der Leistungsstruktur nach Behandlungstyp (3.1.6)

Es ist für uns nicht nachvollziehbar, wie man zur Annahme gelangt, dass die Leistungsstruktur nach Behandlungstyp 2010-2014 konstant geblieben sei (wie bereits oben beschrieben ist der Begriff «Pflegeintensität» falsch). Mit der Einführung der DRG in den Spitälern, mit der Umsetzung des Konzepts «ambulant vor stationär» sind in den vergangenen Jahren immer komplexere Fälle in die ambulante Pflege eingetreten. So hatten beispielsweise auch die Palliativpflege, Onkologiepflege, Psychiatriepflege und weitere spezialisierte Pflegeleistungen ihrerseits eine Erhöhung des Anteils A- und B-Leistungen zur Folge. Darauf wird selbst in Berichten des BAG entsprechend hingewiesen (vgl. beispielsweise den Bericht «Abgeltung von Leistungen im Rahmen der koordinierten Versorgung», 2018). Logischerweise gehen im Gegenzug die C-Leistungen anteilmässig zurück. Graphik 2 und Graphik 3 auf Seite 15 verdeutlichen dies sehr gut – dennoch wird aus den Zahlen geschlossen, dass diese «relativ konstant» seien. Vielmehr aber erklären diese (gewollten) Verschiebungen im Leistungsmix auch wesentlich die Verteuerung des Stundenkostensatzes. Wie oben erwähnt, hat das BAG 2012 die Krankenpflege-Leistungsverordnung im Art. 7 Abs. 2a. die A-Leistungen mit dem Begriff Koordination (Koordination der Massnahmen sowie Vorkehrungen im Hinblick auf Komplikationen in komplexen und instabilen Pflegesituationen durch spezialisierte Pflegefachpersonen) ergänzt. Dies führt konsequenterweise zu einer Verschiebung hin zu mehr A-Leistungen.

Löhne und allgemeine Teuerung (3.1.7)

Die Löhne im Pflegebereich sind in den letzten Jahren sehr wohl angestiegen. Fachkräftebedarf, Nacht- und Wochenendeinsätze, Spezialisierungen führten zu Lohnzunahmen. Entsprechend erachten wir die Berücksichtigung der Löhne als Kostenfaktor als zentral und weisen die Nicht-Berücksichtigung dieser Argumentation zurück.

Berechnung des Kostenfaktors der Pflegebeiträge (3.2)

Ziel der Kostenkorrektur ist die Gewährleistung, dass die Einführung der KLV-Beiträge im Jahr des Übergangs 2010/2011 kostenneutral für die OKP erfolgte. Die Gegenüberstellung der Zahlen von 2010 bis 2014 ist problematisch. Bereits im Evaluationsbericht von INFRAS wird erklärt, dass der Bruch in den Daten in der Spitex-Statistik einen direkten Vergleich der Gesamtkosten vor und nach dem Jahr 2010 nicht zulässt (vgl. auch oben).

Im Bericht wird an verschiedenen Stellen (s. Kap. 3.1.1) darauf hingewiesen, dass die Konsistenz der vorhandenen Daten aus verschiedenen Gründen zu wünschen übriglässt. So wird festgehalten, dass Einnahmen aus Leistungen nach KLV 7 unter verschiedenen Rubriken erfasst wurden, dass die erwerbswirtschaftlichen Organisationen erst ab 2010 (und auch dann noch nicht alle) in der Statistik erfasst wurden und dass die selbstständigen Pflegefachpersonen von Zürich und Genf im Jahr 2010 noch nicht in der Statistik erfasst wurden etc. Für den Spitex Verband Aargau stellt sich prinzipiell die Frage, ob man angesichts der Unsicherheiten in den Daten überhaupt die Kostenneutralität bei Einführung 2011 so detailliert überprüfen kann, wie es die Formel und deren Ergebnis 3.6 Prozent suggerieren. Der Spitex Verband Aargau erachtet die Schlussfolgerungen bzw. die Senkung der Beiträge auf einer unsicheren Datenbasis als unseriös und willkürlich.

Aus Sicht des Spitex Verband Aargau sind die Pflegebeiträge **zwingend** zu erhöhen. Verschiedene Faktoren zeigen auf, dass die Berechnungsgrundlage nach nahezu 15 Jahren dringend überarbeitet werden muss:

- Die Datengrundlage von 2004 berücksichtigte verschiedene Faktoren ungenügend. So beispielsweise die Kosten des Pflegematerials oder die Wegzeiten.
- Seit Einführung der neuen Pflegefinanzierung hat aufgrund der Strategie der Kantone «ambulant vor stationär» und bedingt durch gesellschaftliche Entwicklungen (mehr Single-Haushalte, Individualität, demographische Entwicklung etc.) die Nachfrage nach ambulanten Pflegeleistungen stark zugenommen.
- Parallel dazu ist auch der Bedarf an speziellen Pflegeangeboten weiter stark gewachsen: Palliative Care, Demenzpflege, Psychiatriepflege, Onkologiepflege, Kinderspitex gehören heute vielerorts zum Angebot einer Spitex-Organisation (vgl. auch die diesbezüglichen Strategien des Bundes und der Kantone). Es ist auch künftig mit einer weiteren Zunahme dieser Entwicklung zu rechnen (vgl. etwa Nationales Forschungsprogramm «Lebensende», NFP 67, oder das Postulat 18.3384 der SGK-SR «Bessere Betreuung und Behandlung von Menschen am Lebensende»). Für diese Leistungen müssen Personal mit Zusatzausbildung eingesetzt und

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

	spezielle Hilfsmittel verwendet werden. Nicht zuletzt aufgrund dieser Entwicklung kommt es zu einer Kostenverschiebung vom stationären zum ambulanten Bereich. - Stark zunehmend ist seit 2011 ebenfalls der Bedarf an 24h-Dienstleistungen und Notfalldiensten. Teilweise ist dieser ebenfalls an spezialisierte Angebote gekoppelt (Palliative Care, Kinderspitem). Andererseits führen aber auch sich verändernde Betreuungssituationen zu diesem Mehrbedarf. Trotz diesen augenscheinlichen Faktoren war für die OKP in den letzten Jahren keine Erhöhung der Beiträge in Sicht bzw. von den zuständigen Stellen geplant. Diese Mehrbelastung musste fast ausschliesslich von den Kantonen und Gemeinden oder über Anpassungen/Erhöhungen der Patientenbeitragssätze von den Betroffenen selbst getragen werden (vgl. Evaluationsbericht INFRAS S. 8, 9, 60, 63). Die Restfinanzierer versuchten diese Mehrausgaben zu vermeiden (z.B. durch Sparmassnahmen), abzuwälzen (durch eine stärkere Belastung der Patientinnen und Patienten) oder aufzuschieben (z.T. um 3-4 Jahre verzögerte Aktualisierung der Restfinanzierungsbeiträge). Dagegen wurde die OKP im Bereich der ambulanten Pflege sogar entlastet – und damit das Ziel der Vermeidung einer Mehrbelastung «übertrifft». Fazit: Die Leistungen im Bereich der Pflege sind in den vergangenen Jahren anspruchsvoller und kostenintensiver und die Pflegesituationen komplexer geworden. Eine zunehmende Spezialisierung führte auch zu neuen, höheren Anforderungen. Auch der Fachkräftemangel befeuert die Lohndiskussion. In der gleichen Zeit reduzierte sich der Anteil der OKP an den Kosten der ambulanten Pflege zum Nachteil der Kantone, Gemeinden und Patienten. Diese Entwicklung kann sich nicht so fortsetzen. Es braucht eine regelmässige Anpassung der Beiträge an die Kostenentwicklung. Mit einer Erhöhung der KLV-Beiträge in der ambulanten Pflege wird der frühere Anteil der OKP an den Pflegekosten wieder erreicht und fehlende Elemente (Pflegematerial, Wegzeiten, Löhne) einbezogen. Dies würde unseres Erachtens den Grundsatz «ambulant vor stationär» stärken. <u>Detailbemerkungen zum Berichtsteil «Bedarfsermittlung»</u> Die vorgeschlagenen Änderungen der Prozesse der Bedarfsermittlung im Bereich in der ambulanten Pflege sind noch zu wenig durchdacht. Wir haben zahlreiche Vorschläge zur Optimierung des Prozesses. Insbesondere ist eine Begriffsklärung notwendig: Die Bedarfsermittlung in der Spitex erfolgt umfassend (gemäss Art. 8a Abs. 2) vielerorts mit dem Instrument RAI Home Care. Aus der Bedarfsermittlung wird die Pflegeplanung abgeleitet und die nötigen Pflegeleistungen werden bestimmt. Die Zusammenfassung der Pflegeleistungen wird in einem Formular (Bedarfsmeldung, siehe Art. 8a, Abs. 3) dargestellt. Gerne sind wir bereit, den interessierten Personen die Bedarfsermittlungsprozesse bei einer Spitex-Organisation aufzuzeigen.		
Name / Firma	Artikel	Kommentar / Bemerkungen	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
Spitex Verband Aargau	Art. 7a Abs. 1	Die Senkung der Beiträge aus der OKP für die Pflege zu Hause erachten wir als nicht sachgerecht und unzureichend hergeleitet sowie absolut nicht nachvollziehbar. Wir verweisen auf die vorstehenden diesbezüglichen allgemeinen Bemerkungen und unterstreichen daraus folgendes: Der Expertenbericht kommt zum Schluss, dass die anteilmässige Belastung der OKP im Betrachtungszeitraum von 72% auf 70% gesunken und somit das Ziel die Kostenneutralität	Der Spitex Verband Aargau fordert eine substantielle Erhöhung der Beiträge.

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

		einzuhalten mehr als erreicht worden ist. Ebenso bleibt unbeachtet, dass die Lohnkosten deutlich angestiegen sind und aufgrund des Bedarfs an Pflegefachpersonal wohl weiter steigen wird. Weiter hatten und haben die konsequente Verfolgung der Strategie «ambulant vor stationär» zur Folge, dass spezialisierte (und damit teurere) Dienstleistungen (z.B. Palliativpflege, Onkologiepflege, Psychiatriepflege) verstärkt Eingang in die ambulante Pflege gefunden haben (vgl. dazu diverse Nationale Strategien des Bundes). Ein Weiterführen der bisherigen Beiträge führt zur laufenden Überwälzung der steigenden Kosten auf Kantone und Gemeinden (je nach kantonaler Regelung der Restfinanzierung) und die Klienten und Klientinnen.	
Spitex Verband Aargau	Art. 8 Abs. 1	Aus Sicht des Spitex Verband Aargau ist der neu vorgeschlagene Anordnungsprozess nicht genügend durchdacht. Heute ordnet der Arzt/die Ärztin Pflegeleistungen an. Teilweise werden gleichzeitig spezifische Massnahmen aufgrund der medizinischen Indikation angeordnet (z.B. Stützstrümpfe, Vitalzeichenmessung, Injektionen). Die abklärende Pflegefachperson stellt fest, welche Leistungen konkret benötigt werden. Diese werden im Nachgang durch den Arzt/die Ärztin (meist im Schnellverfahren ohne detaillierte Prüfung) unterschrieben. Es besteht in Fachkreisen Einigkeit, dass diese Schlussbestätigung pro forma erfolgt. Vorgeschlagene Regelung: Neu soll der Arzt/die Ärztin in einem ersten Schritt die Notwendigkeit der Pflege feststellen (Abs. 1 Bst. a) und zugleich auch festlegen, ob A-, B-, C-Leistungen benötigt werden (Abs. 1 Bst. b). Die Bedarfsermittlung erfolgt im Anschluss durch eine Pflegefachperson gemäss Art. 8a umfassend (dies entspricht auch den internationalen Standards, insbesondere dem in der Spitex fast flächendeckend eingesetzte RAI Home Care). Die Durchführung der Bedarfsermittlung stellt in der Praxis immer eine A-Leistung dar, d.h. der Arzt/die Ärztin muss in jedem Fall «A» ankreuzen, um die Abgeltung der Bedarfsermittlung zu ermöglichen. Ordnet ein Arzt/eine Ärztin Pflegeleistungen A und B an, und die Bedarfsermittlung (Beurteilung der Gesamtsituation und Abklärung des Umfelds) ergibt, dass der Klient auch C-Leistungen benötigt, braucht es nochmals eine Rücksprache mit dem Arzt/der Ärztin. Dies generiert zusätzliche Kosten und produziert unnötigen administrativen Aufwand. Zudem widerspricht es der bereits heute gängigen Praxis, wonach die Pflegefachpersonen Art und Umfang der Leistungen abklären.	Abs. 1 b. Der Arzt oder die Ärztin kann spezifische Leistungen anordnen.

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

		Der Spitex Verband Aargau ist der Ansicht, dass die künstliche Trennung zwischen A/C-Leistungen und B-Leistungen nicht sinnvoll ist. Die Pflegefachpersonen sind in der Lage fachlich zu beurteilen, welche Leistungen notwendig sind – auch im Bereich der Behandlungspflege (z.B. Messung der Vitalwerte, Messung Blutzucker, Wundversorgung). Der Arzt/die Ärztin wird über die aus der Bedarfsermittlung resultierenden benötigten Pflegeleistungen informiert. Im Gegenzug ist es auch wichtig, dass die Spitex die Informationen des Arztes/der Ärztin ebenfalls erhält, um so ihre Pflegeplanung bei Bedarf anpassen zu können. Im Grundsatz unterstützt der Spitex Verband Aargau den Vorschlag des Bundesrates, die Kompetenzen der Pflege besser zu anerkennen und den Prozess der Bedarfsmeldung (ohne Einholen der ärztlichen Unterschrift) zu vereinfachen.	
Spitex Verband Aargau	Art. 8 Abs. 2 Bst. a + b	Der Spitex Verband Aargau unterstützt eine Verlängerung der ärztlichen Anordnung. Dies reduziert administrative Aufwände. Die unterschiedliche Terminierung von B-Leistungen (6 Monate) und A-/C-Leistungen (12 Monate) führt in der Praxis zu einer umständlichen und unlogischen Situation und zu Mehrkosten: Sobald eine Klientin mehrere Leistungen benötigt, ist die Dauer der Anordnung zu harmonisieren. Beispiel: Läuft, wie vorgeschlagen, die Anordnung von B-Leistungen nach 6 Monaten ab (und angeordnete C-Leistungen erst nach 12 Monaten) muss nach 6 Monaten erneut eine Bedarfsermittlung erfolgen, aber nicht für die A- und C-Leistungen, die sie gleichzeitig bezieht, sondern nur für B-Leistungen. Gemäss internationalen Standards und auch gemäss Art. 8a, Abs. 2 ist die Beurteilung der Gesamtsituation und die Abklärung des Umfelds Bestandteil der Bedarfsermittlung, eine «Teil-Bedarfsermittlung», die nur mögliche B-Leistungen vorsieht widerspräche Art. 8a, Abs. 2 sowie der Logik des in der Spitex überwiegend zur Anwendung kommenden Bedarfsabklärungsinstrumentes RAI Home Care. Der beschriebene Prozess, wonach der Bedarf ausgehend von der Art der Leistung (A, B oder C) ermittelt wird ist falsch. Anhand der umfassenden Bedarfsermittlung wird die Situation des Klienten erfasst und aus der daraus folgenden Pflegeplanung die konkreten Pflegeleistungen abgeleitet und nicht umgekehrt. Aus Gründen der Qualitätssicherung schlägt der Spitex Verband Aargau eine einheitliche Dauer von maximal 9 Monaten vor.	2 Der Arzt oder die Ärztin kann den Auftrag oder die Anordnung erteilen: a) für maximal 9 Monate bei Leistungen nach Artikel 7 Absatz 2 Buchstaben a, b und c. b) streichen
Spitex Verband Aargau	Art. 8 Abs. 2 Bst. c	Die maximal 2 Wochen Akut- und Übergangspflege (AÜP) sind nicht ausreichend. Die bisherige Regelung zur AÜP ist klar ungenügend und nicht praxistauglich. Wir verweisen damit auf die	

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

		Eingaben der IG Pflegefinanzierung (Link) und den Evaluationsbericht zur Neuordnung der Pflegefinanzierung von INFRAS. In diesen Dokumenten werden die Unzulänglichkeiten der AÜP klar aufgezeigt. Eine grundlegende Änderung ist anzustreben. Sie kann jedoch nur durch eine entsprechende vorgängige KVG-Anpassung vorgenommen werden. Der Spitex Verband Aargau betont die Notwendigkeit einer Anpassung der AÜP verzichtet aber aus obgenannten Gründen darauf, an dieser Stelle eine Änderung vorzuschlagen.	
Spitex Verband Aargau	Art. 8a° Abs. 1	Der Vorschlag des Bundesrates sieht eine Einschränkung der Bedarfsermittlung auf Pflegefachpersonen vor. Der Spitex Verband Aargau unterstützt diese Gleichstellung der verschiedenen Pflegebereiche. Als problematisch erachten wird den Verweis auf Art. 49 KVV, dieser verlangt zwei Nachweise: Ein Diplom (Bst. a) sowie eine zweijährige praktische Tätigkeit (Bst. b). Letztere Einschränkung ist aus Sicht des Spitex Verband Aargau klar zurückzuweisen. Die Ausbildungscurricula für diplomierte Pflegefachpersonen sehen die Tätigkeiten der Bedarfsermittlung explizit vor. Ausgebildetes diplomiertes Personal ist entsprechend in der Lage die Bedarfsermittlung mit Abschluss der Ausbildung vorzunehmen. Um die Bedarfsermittlung RAI Home Care durchführen zu dürfen, absolvieren die Pflegefachpersonen zusätzlich eine mehrtägige Schulung. Die Einräumung einer zweijährigen Frist zur Durchführung einer Bedarfsermittlung wäre eine massive Einschränkung der heutigen Praxis in den Spitex-Betrieben und würde sich negativ auf die Attraktivität der Spitex als Arbeitgeberin auswirken. Aus unserer Sicht bestimmt Art. 49 KVV die Voraussetzungen, die erfüllt sein müssen, um selbstständig als Pflegefachperson tätig zu sein. Ferner schlagen wir vor, gemäss unseren Ausführungen zu Art. 8 auf die künstliche Trennung zwischen A/C und B-Leistungen zu verzichten und entsprechend Bst. b zu streichen.	1 Die Bedarfsermittlung zur Umsetzung des ärztlichen Auftrages oder der ärztlichen Anordnung erfolgt: a. für Leistungen nach Artikel 7 Absatz 2 Buchstabe a, b und c: durch eine diplomierte Pflegefachfrau oder einen diplomierten Pflegefachmann (Art. 49 KVV) in Zusammenarbeit mit der Patientin oder dem Patienten oder deren Angehörigen; das Ergebnis der Ermittlung ist dem behandelnden Arzt zur Information weiterzugeben; b. für Leistungen nach Artikel 7 Absatz 2 Buchstabe b oder bei Akut- und Übergangspflege: durch eine diplomierte Pflegefachfrau oder einen diplomierten Pflegefachmann (Art. 49 KVV) in Zusammenarbeit mit dem behandelnden Arzt sowie der Patientin oder dem Patienten oder deren Angehörigen.
Spitex Verband Aargau	Art. 8a Abs. 2	Die Bedarfsermittlung erfasst die Beurteilung der Gesamtsituation des Patienten oder der Patientin sowie die Abklärung des Umfelds. Dies steht im Einklang mit dem in der Spitex verwendeten Abklärungsinstrument RAI Home Care (RAI HomeCare kommt im Aargau bei 100% der Spitexorganisationen zum Einsatz).	
Spitex Verband Aargau	Art. 8a Abs. 3	Gemäss Kommentar bezieht sich Art. 8a auf die Bedarfsermittlung im Allgemeinen (Kommentar S. 27), also auf Spitex-Organisationen, selbstständige Pflegefachkräfte und Pflegeheime. Abs. 3 verlangt einheitliche Kriterien vielmehr aber noch ein einheitliches Formular.	3 Die Bedarfsermittlung erfolgt im stationären und ambulanten Bereich jeweils aufgrund einheitlicher Kriterien. ...

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

		Der Spitex Verband Aargau erachtet eine gleiche Ausgestaltung der Bedarfsmeldung (aus der Bedarfsermittlung ermittelte Pflegeleistungen, dargestellt in einem Formular) im ambulanten und stationären Bereich nicht als zielführend. Die Situationen sind nicht vergleichbar und es stehen für die jeweiligen Settings unterschiedliche Instrumente für die Bedarfsermittlung zur Verfügung (vgl. z.B. interRAI). Die einheitliche Ausgestaltung der Bedarfsmeldung innerhalb der Spitex wird vom Spitex Verband Aargau unterstützt – diese sollte zwingend elektronisch verarbeitet werden können. Wir machen auf entsprechende aktuelle Bestrebungen im Bereich der Spitex in Zusammenarbeit mit Krankenversicherern aufmerksam. Diese werden jedoch nicht bis zur vorgesehenen Inkraftsetzung im Juli 2019 eingeführt werden können. Entsprechend wird für eine realistische Einführung eine Übergangsregelung gefordert (vgl. weiter unten).	
Spitex Verband Aargau	Übergangsbestimmungen	Wie bereits in den Bemerkungen zu Art. 8 Abs. 3 aufgeführt, kann die Einführung eines (elektronischen) einheitlichen Bedarfsmeldung nicht auf Juli 2019 abgeschlossen werden.	Die Bedarfsermittlung in Pflegeheimen darf bis Ende 2020 noch nach bisherigem Recht durchgeführt werden.
Spitex Verband Aargau	Art. 20 KLV	Die KLV ist auf den 1. Januar 2019 dahingehend abzuändern, dass die Leistungserbringer nach Art. 7 Abs. 1 KLV Pflegematerialien der OKP in Rechnung stellen können, unabhängig davon, ob es sich um eine Abgabe zur Selbstanwendung (gemäss MiGeL) oder der Anwendung durch eine Pflegefachperson handelt. Eventualantrag: Sollte dies aus juristischen Gründen nicht direkt über eine KLV-Änderung möglich sein, ist die Änderung raschestmöglich im übergeordneten Recht vorzunehmen.	Die Versicherung leistet eine Vergütung an Mittel und Gegenstände, die der Behandlung oder der Untersuchung im Sinne einer Überwachung der Behandlung einer Krankheit und ihrer Folgen dienen, die auf ärztliche Anordnung von einer Abgabestelle nach Artikel 55 KVV abgegeben werden und von der versicherten Person selbst oder mit Hilfe einer nichtberuflich an der Untersuchung oder der Behandlung mitwirkenden Person angewendet werden.

Spitex Regio Arth-Goldau, Sonneggstrasse 31, 6410 Goldau

Bundesamt für Gesundheit
Abteilung Leistungen

abteilung-leistungen@bag.admin.ch
gever@bag.admin.ch

Goldau, 22. Oktober 2018

Stellungnahme der Spitex Regio Arth-Goldau zur Änderung der Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Kostenneutralität und Bedarfsermittlung)

Sehr geehrte Damen und Herren

Die Spitex Regio Arth-Goldau nimmt nachstehend zum Entwurf der Änderung der Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Kostenneutralität und Bedarfsermittlung) Stellung.

1. Prioritäre Anliegen der Spitex Regio Arth-Goldau

Die Spitex Regio Arth-Goldau lehnt die vom Bundesrat vorgeschlagene Senkung der OKP-Beiträge in der ambulanten Pflege um 3.6% entschieden ab und fordert stattdessen eine substantielle Erhöhung dieser Beiträge. Eine Änderung der Beiträge gemäss Art. 7 KLV, welche einerseits die Entwicklung der Pflege nicht berücksichtigt und andererseits auf ungenügenden Daten basiert, wird entschieden zurückgewiesen.

Die Spitex Regio Arth-Goldau fordert die zur Legalisierung der Finanzierung der Pflegematerialien, sowohl zur Abgabe zur Selbstanwendung wie auch zur Applikation durch Pflegefachpersonen, die erforderliche Anpassung der Rechtsgrundlagen im dringlichen Verfahren (Inkraftsetzung per 01.01.2019).

Die Spitex Regio Arth-Goldau lehnt die Änderung ab, wonach für Pflegefachpersonen, welche die Bedarfsermittlung nach Art. 8a KLV durchführen, nebst dem Nachweis des Diploms ihrer Ausbildung auch eine zweijährige praktische Tätigkeit im Pflegeberuf verlangt wird. Nachdem diplomierte Pflegefachkräfte (sowohl mit HF-Diplom als auch mit Bachelor FH) aufgrund ihrer Ausbildung ausdrücklich in der Lage sein müssen, selbstständig eine Pflegediagnose zu stellen, den Pflegebedarf zu beurteilen und die erforderlichen Massnahmen zu treffen, ist auf die Voraussetzung der zweijährigen praktischen Tätigkeit zu verzichten.

Die Spitex Regio Arth-Goldau lehnt eine unterjährige Anpassung der KLV-Beiträge entschieden ab. Er würde einen unverhältnismässigen administrativen Mehraufwand auslösen. Der Einführungszeitpunkt ist auf einen Jahresanfang zu legen.

2. Grundsätzliche Unterstützung der Stellungnahme von Spitex Schweiz

Im Übrigen unterstützt die Spitex Regio Arth-Goldau die Stellungnahme von Spitex Schweiz, Effingerstrasse 33, 3008 Bern.

Wir danken für Ihnen für die Berücksichtigung unserer Stellungnahme und stehen Ihnen für weitere Auskünfte gerne zur Verfügung.

Freundliche Grüsse
Spitex Regio Arth-Goldau



Marlis Knüsel
Präsidentin



Daniela Strässle
Geschäftsleiterin

Kopie an:

- Spitex Kantonalverband Schwyz, Brunnen
- Spitex Schweiz, Effingerstrasse 33, 3008 Bern
- Departement des Innern des Kantons Schwyz

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation / Kanton : SPITEX Verband Kanton Bern

Abkürzung der Firma / Organisation : Spitex Kanton Bern

Adresse : Monbijoustrasse 32, 3011 Bern

Kontaktperson : Jürg Schläfli, Geschäftsleiter

Telefon : 031 300 51 51

E-Mail : juerg.schlaefli@spitexbe.ch

Datum : 26.10.2018

Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte bis am 26. Oktober 2018 an folgende E-mail Adressen: abteilung-leistungen@bag.admin.ch;
gever@bag.admin.ch

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV)	
Name / Firma (bitte auf der ersten Seite angegebene Abkürzung verwenden)	Allgemeine Bemerkungen
Spitex Kanton Bern	Spitex Kanton Bern lehnt die vorgeschlagene Senkung der OKP-Beiträge in der ambulanten Pflege um 3.6% entschieden ab und fordert stattdessen eine <u>substantielle</u> Erhöhung dieser Beiträge. Die Erhöhung ist aus folgenden Gründen unumgänglich: - Die zur Berechnung herangezogene Datengrundlage ist ungenügend. Die Spitex Statistik erlaubt gemäss Experten keine entsprechenden Vergleiche vor und nach 2010. Zahlreiche Argumente sind nicht nachvollziehbar – beispielsweise im Bereich der Lohnentwicklung oder des Pflegematerials. - Die zentrale Annahme, die Leistungen der ambulanten Pflege müssten im Zeitraum 2010-2014 konstant bleiben, ist falsch. In der gleichen Zeit wurde das DRG-Pauschalen-System eingeführt, was zu komplexeren Pflegesituationen und insbesondere auch zu einem Anstieg der höher entschädigten Leistungen führte (Massnahmen der Abklärung, Beratung und Koordination, Massnahmen der Untersuchung und der Behandlung). Im gleichen Zeitraum wurde der Grundsatz «ambulant vor stationär» konsequent weiterverfolgt. In diesem Zusammenhang wurden –auch in Kongruenz zu den verschiedenen nationalen Gesundheitsstrategien – spezialisierte Leistungen im Bereich der ambulanten Pflege eingeführt, so beispielsweise im Bereich der Demenzpflege, Palliativpflege, Psychiatriepflege, Wochenend- und Nachtdienste. Diese Leistungen sind teurer als «herkömmliche, einfache» Pflegeleistungen. Die Spitex ist zu einem zentralen und koordinierenden Akteur der Grundversorgung geworden. - Im betrachteten Zeitraum wurde die obligatorische Krankenpflegeversicherung im Verhältnis zu den anderen Zahlern entlastet: Dies ging in zahlreichen Kantonen insbesondere zulasten der Patientinnen und Patienten. - Aufgrund der ungenügenden Regelung der Restfinanzierung wurden zulasten der Spitexorganisationen auch finanzpolitisch motivierte Entscheide in Kantonen und Gemeinden getroffen. Es ist dringend zu definieren, was in den Beiträgen und der Restfinanzierung alles enthalten sein muss oder was separat vergütet wird – z.B. Wegzeiten, Pflegematerial. Sonst ist die Finanzierungssicherheit der Spitexorganisationen längerfristig nicht gewährleistet, worunter schlussendlich die Patienten leiden. - Zudem führen die Auswirkungen der Urteile des Bundesverwaltungsgerichts 2017 zu einem riesigen Chaos im Bereich der Anwendung und Abrechnung von Pflegematerial. Dieser Entscheid ist so in der Praxis nicht umsetzbar und ruft dringend nach Lösungen. Spitex Kanton Bern fordert die Legalisierung der bisherigen, gut funktionierenden Praxis betreffend Verrechnung von Pflegematerial (vgl. nachfolgend Detailbemerkungen zu Kap. 3.1.2) auf den 1. Januar 2019.

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

- **Spitex Kanton Bern begrüsst den Willen des Bundesrates, den administrativen Aufwand zu verringern und die Pflege besser zu anerkennen. Die dazu vorgeschlagenen Massnahmen werden jedoch als praxisfern und unausgegoren erachtet. Spitex Kanton Bern schlägt deshalb verschiedene Änderungen vor, die zu einer sinnvollen Umsetzung führen.**

Mit Eröffnung der Vernehmlassung hat der Bundesrat auch den umfassenden externen Evaluationsbericht von INFRAS zur Neuordnung der Pflegefinanzierung veröffentlicht. Für Spitex Kanton Bern ist es unverständlich, warum der Bericht in der ganzen Vorlage nicht erwähnt wird und seine Erkenntnisse nicht eingeflossen sind. Der Evaluationsbericht von INFRAS zeigt sehr wohl verschiedene Lücken der Neuordnung der Pflegefinanzierung auf. Wir betrachten die aus dem Evaluationsbericht von INFRAS gezogenen Konklusionen als ungenügend und damit als verpasste Chance, Verbesserungen an der Pflegefinanzierung vorzunehmen.

Die systematische Nicht-Berücksichtigung der Erkenntnisse des Berichts und die getroffenen Annahmen insbesondere zur Veränderung der Beiträge in der ambulanten Pflege sind aus unserer Sicht nicht nachvollziehbar.

Bevor wir auf die Bemerkungen und Änderungsvorschläge zu den konkreten KLV-Artikeln kommen, möchten wir auf verschiedene Punkte des Vernehmlassungsberichts eingehen:

Generelle Bemerkungen zum Vernehmlassungsbericht

Der Bericht und die vorgeschlagenen Bestimmungen wirken nicht abgestimmt. Der Bericht ist kompliziert geschrieben, hat Lücken und ist nicht leserfreundlich. Einige Beispiele:

- S. 13, 3.1.2 Nebenleistungen und Leistungen anderer Sozialversicherer: zu letzteren findet sich kein Wort in diesem Kapitel
- S. 15, 3.1.6 Graphik 2 und 3: Hier wird fälschlicherweise von der Verteilung der Pflegeintensität gesprochen. Vielmehr bildet die Graphik jedoch die Verteilung der Leistungskategorien der Pflege ab.
- S. 16, 3.2 Berechnung des Korrekturfaktors der Pflegebeiträge: In der Berechnungsformel werden «Pflegetage» und «Bruttoleistungen» erwähnt: Diese spielen in der ambulanten Pflege keine Rolle. Vielmehr müsste von «Pfleigestunden» und «Einnahmen» gesprochen werden.
- S. 21, 1.3 Dauer der ärztlichen Anordnung – Anpassungsvorschlag: der Anpassungsvorschlag wird nicht beschrieben.

Detailbemerkungen zum Berichtsteil Kostenneutralität der Pflegebeiträge

Legitimation der Kostenneutralität (1.1)

Aus Sicht von Spitex Kanton Bern fehlt die Grundlage um aufzuzeigen, dass die Regelung im ersten Jahr nach Inkrafttreten dieser Gesetzesänderung nicht eingehalten worden ist. Die Evaluation erklärt zur Erreichung des Hauptziels der NPF (**Hervorhebungen Spitex Kanton Bern**): *«Die Vermeidung einer zusätzlichen finanziellen Belastung der OKP konnte – bedingt durch mit der NPF [Neue Pflegefinanzierung] festgelegten fixen Beiträgen an die Pflegeleistungen – voll erreicht werden.»* Spitex Kanton Bern weist daraufhin, dass selbst Versicherer sich im Rahmen der Evaluation Pflegefinanzierung geäußert haben, die OKP sei entlastet worden.

Statistische Grundlagen (3.1)

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

Wir weisen auf eine Problematik in der Spitex-Statistik hin, welche auf S. 57 des Evaluationsberichts von INFRAS wie folgt beschrieben wird (**Hervorhebungen Spitex Kanton Bern**): «Dieser Bruch in den Daten der Spitex-Statistik verunmöglicht einerseits einen direkten Vergleich der Gesamtkosten vor und nach dem Jahr 2010. Eine Einschätzung zur Grössenordnung der Verzerrung der Daten ist mit den vorliegenden Daten nicht möglich.» Unseres Erachtens kann aus diesem Grund die Spitex Statistik nicht für einen Vorher-nachher-Vergleich beigezogen werden.

Pflegeheime (2)

Spitex Kanton Bern äussert sich nicht zu den Erläuterungen und Berechnungen im Bereich der Heime. Wir unterstützen jedoch eine Erhöhung der OKP-Beiträge in diesem Bereich (vgl. auch Stellungnahme der IG Pflegefinanzierung [\[Link\]](#)).

Nebenleistungen (3.1.2)

Das Kapitel 3.1.2 dreht sich wesentlich auch um die Kostenübernahme des Pflegematerials. Wie bereits mehrfach in Gesprächen mit dem BAG festgehalten und von diesem auch anerkannt sind die Kosten für Pflegematerial nicht oder nur ungenügend in die Berechnungen zur NPF eingeflossen. Weiter wurde das eingesetzte Material seit Einführung der NPF weiterentwickelt und hat sich entsprechend verteuert. So können z.B. moderne (und teurere) Wundverbände länger aufgelegt werden und benötigen dagegen weniger Pflegeleistungen durch eine Pflegefachperson. Spitex Kanton Bern ist nach wie vor der Ansicht, dass die OKP-Beiträge alleine aus diesen Gründen substantiell angehoben werden müssten.

Aber auch wenn man annehmen würde, die Kalkulation sei auf das Jahr 2011 korrekt gemacht worden, geht die Argumentation im Bericht (S. 13f) nicht auf: Es wird festgehalten, dass die Spitex-Organisationen auch aus Effizienzgründen im Verlauf der letzten Jahre das Materialmanagement immer mehr an Dritte ausgelagert haben (Apotheken, Ärzte, Materialzulieferer). Daraus schliesst das zuständige Amt, dass die KLV-Beiträge nun zu hoch wären (und in der Konsequenz eigentlich noch stärker gekürzt werden müssten). Dabei werden die beiden Urteile des Bundesverwaltungsgerichts aus dem Jahr 2017 nicht berücksichtigt, welche besagen, dass die im Rahmen der Pflegehandlung verwendeten Materialien nicht separat verrechnet werden dürfen. Wie weitherum bekannt ist, verursachen diese beiden Gerichtsurteile grosse Probleme und administrativen Zusatzaufwand und führen dazu, dass die Spitex-Organisationen, die für diese Materialien bis auf Zustandekommen einer Lösung mit den Restfinanzierern vorläufig vollumfänglich übernehmen müssen. Die OKP wird auch weiterhin einen Beitrag daran leisten. Wir verweisen aber primär auf unseren ersten Einwand: Das Material ist in der NPF nicht genügend berücksichtigt worden.

Weiter weisen wir darauf hin, dass die Grundlagen und Belege besonders in diesem Kapitel äusserst lückenhaft sind. Formulierungen wie «dürfte berücksichtigt haben», «es ist möglich, dass», «unklar ist», «dürften verrechnet haben», «kann von ausgegangen werden», «kann aber nicht beziffert werden», «es ist anzunehmen», «dürften etwas zu hoch sein» finden sich alleine auf den ¾-Seiten zu diesem Kapitel.

Spitex Kanton Bern beantragt überdies die KLV auf den 1. Januar 2019 dahingehend zu ändern, dass die Leistungserbringer der Pflege gemäss Art. 7 Abs. 1 KLV das Pflegematerial der OKP in Rechnung stellen können, beispielsweise durch eine Änderung von Art. 20 KLV. Auf die Trennung des Materials zwischen Selbstanwendung und Anwendung durch eine Pflegefachperson ist zu verzichten. Damit soll die in den vergangenen Jahren funktionierende Praxis legalisiert werden. Aufgrund der je nach Pflegeleistung sehr unterschiedlich anfallenden Kosten ist eine pauschalisierte Einrechnung in den OKP-Beiträgen der ambulanten Pflege nicht sinnvoll. Damit würden materialintensive Leistungen (z.B. Wundpflege) zu tief abgegolten. Entsprechend muss Pflegematerial separat (und nicht pauschalisiert) in Rechnung gestellt werden können.

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

Eventualantrag: Sollte dies aus juristischen Gründen nicht direkt über eine KLV-Änderung möglich sein, ist die Änderung raschestmöglich im übergeordneten Recht vorzunehmen.

Akut- und Übergangspflege (3.1.3)

Wir bitten hier um sorgfältige Analyse des Evaluationsberichts von INFRAS. Dieser zeigt auf, dass die derzeitige Ausgestaltung der AÜP nicht genügt. Die Annahme, dass neu mehr Leistungen in der Pflege dank der AÜP erbracht würden, kann anhand der Spitex-Statistik nicht belegt werden. Das Suggestieren, wonach mit der AÜP das Stundentotal (unbegründet) ausgeweitet werden soll weisen wir entschieden zurück. Eine AÜP basiert auf einer Verordnung durch einen Spitalarzt/eine Spitalärztin und kann entsprechend nicht willkürlich ausgeweitet werden.

Entwicklung der Leistungsstruktur nach Behandlungstyp (3.1.6)

Es ist für uns nicht nachvollziehbar, wie man zur Annahme gelangt, dass die Leistungsstruktur nach Behandlungstyp 2010-2014 konstant geblieben sei (wie bereits oben beschrieben ist der Begriff «Pflegeintensität» falsch). Mit der Einführung der DRG in den Spitälern, mit der Umsetzung des Konzepts «ambulant vor stationär» sind in den vergangenen Jahren immer komplexere Fälle in die ambulante Pflege eingetreten. So hatten beispielsweise auch die Palliativpflege, Onkologiepflege, Psychiatriepflege und weitere spezialisierte Pflegeleistungen ihrerseits eine Erhöhung des Anteils A- und B-Leistungen zur Folge. Darauf wird selbst in Berichten des BAG entsprechend hingewiesen (vgl. beispielsweise den Bericht «Abgeltung von Leistungen im Rahmen der koordinierten Versorgung», 2018). Logischerweise gehen im Gegenzug die C-Leistungen anteilmässig zurück. Graphik 2 und Graphik 3 auf Seite 15 verdeutlichen dies sehr gut – dennoch wird aus den Zahlen geschlossen, dass diese «relativ konstant» seien. Vielmehr aber erklären diese (gewollten) Verschiebungen im Leistungsmix auch wesentlich die Verteuerung des Stundenkostensatzes.

Löhne und allgemeine Teuerung (3.1.7)

Die Löhne im Pflegebereich sind in den letzten Jahren sehr wohl angestiegen. Fachkräftebedarf, Nacht- und Wochenendeinsätze, Spezialisierungen führten zu Lohnzunahmen. Entsprechend erachten wir die Berücksichtigung der Löhne als Kostenfaktor als zentral und weisen die Nicht-Berücksichtigung dieser Argumentation zurück.

Berechnung des Kostenfaktors der Pflegebeiträge (3.2)

Ziel der Kostenkorrektur ist die Gewährleistung, dass die Einführung der KLV-Beiträge im Jahr des Übergangs 2010/2011 kostenneutral für die OKP erfolgte. Die Gegenüberstellung der Zahlen von 2010 bis 2014 ist problematisch. Bereits im Evaluationsbericht von INFRAS wird erklärt, dass der Bruch in den Daten in der Spitex-Statistik einen direkten Vergleich der Gesamtkosten vor und nach dem Jahr 2010 nicht zulässt (vgl. auch oben). Im Bericht wird an verschiedenen Stellen (s. Kap. 3.1.1) darauf hingewiesen, dass die Konsistenz der vorhandenen Daten aus verschiedenen Gründen zu wünschen übriglässt. So wird festgehalten, dass Einnahmen aus Leistungen nach KLV 7 unter verschiedenen Rubriken erfasst wurden, dass die erwerbswirtschaftlichen Organisationen erst ab 2010 (und auch dann noch nicht alle) in der Statistik erfasst wurden und dass die selbstständigen Pflegefachpersonen von Zürich und Genf im Jahr 2010 noch nicht in der Statistik erfasst wurden etc. Für Spitex Kanton Bern stellt sich prinzipiell die Frage, ob man angesichts der Unsicherheiten in den Daten überhaupt die Kostenneutralität bei Einführung 2011 so detailliert überprüfen kann, wie es die Formel und deren Ergebnis 3.6 Prozent suggerieren. Spitex Kanton Bern erachtet die Schlussfolgerungen bzw. die Senkung der Beiträge auf einer unsicheren Datenbasis als unseriös und willkürlich.

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

Aus Sicht von Spitex Kanton Bern sind die Pflegebeiträge zwingend zu erhöhen. Verschiedene Faktoren zeigen auf, dass die Berechnungsgrundlage nach nahezu 15 Jahren dringend überarbeitet werden muss:

- Die Datengrundlage von 2004 berücksichtigte verschiedene Faktoren ungenügend. So beispielsweise die Kosten des Pflegematerials oder die Wegzeiten.
- Seit Einführung der neuen Pflegefinanzierung hat aufgrund der Strategie der Kantone «ambulant vor stationär» und bedingt durch gesellschaftliche Entwicklungen (mehr Single-Haushalte, Individualität etc.) die Nachfrage nach ambulanten Pflegeleistungen stark zugenommen.
- Parallel dazu ist auch der Bedarf an speziellen Pflegeangeboten weiter stark gewachsen: Palliative Care, Demenzpflege, Psychiatriepflege, Onkologiepflege, Kinderspitex gehören heute vielerorts zum Angebot einer Spitex-Organisation (vgl. auch die diesbezüglichen Strategien des Bundes und der Kantone). Es ist auch künftig mit einer Zunahme dieser Entwicklung zu rechnen (vgl. etwa Nationales Forschungsprogramm «Lebensende», NFP 67, oder das Postulat 18.3384 der SGK-SR «Bessere Betreuung und Behandlung von Menschen am Lebensende»). Für diese Leistungen müssen Personal mit Zusatzausbildung eingesetzt und spezielle Hilfsmittel verwendet werden. Nicht zuletzt aufgrund dieser Entwicklung kommt es zu einer Kostenverschiebung vom stationären zum ambulanten Bereich.
- Stark zunehmend ist seit 2011 ebenfalls der Bedarf an 24h-Dienstleistungen und Notfalldiensten. Teilweise ist dieser ebenfalls an spezialisierte Angebote gekoppelt (Palliative Care, Kinderspitex). Andererseits führen aber auch sich verändernde Betreuungssituationen zu diesem Mehrbedarf.

Trotz diesen augenscheinlichen Faktoren war für die OKP in den letzten Jahren keine Erhöhung der Beiträge in Sicht bzw. von den zuständigen Stellen geplant.

Diese Mehrbelastung musste fast ausschliesslich von den Kantonen und Gemeinden oder über Anpassungen/Erhöhungen der Patientenbeitragssätze von den Betroffenen selbst getragen werden (vgl. Evaluationsbericht INFRAS S. 8, 9, 60, 63). Die Restfinanzierer versuchten diese Mehrausgaben zu vermeiden (z.B. durch Sparmassnahmen), abzuwälzen (durch eine stärkere Belastung der Patientinnen und Patienten) oder aufzuschieben (z.T. um 3-4 Jahre verzögerte Aktualisierung der Restfinanzierungsbeiträge).

Dagegen wurde die OKP im Bereich der ambulanten Pflege sogar entlastet – und damit das Ziel der Vermeidung einer Mehrbelastung «übertroffen».

Fazit: Die Leistungen im Bereich der Pflege sind in den vergangenen Jahren anspruchsvoller und kostenintensiver und die Pflegesituationen komplexer geworden. Eine zunehmende Spezialisierung führte auch zu neuen, höheren Anforderungen. Auch der Fachkräftemangel befeuert die Lohndiskussion. In der gleichen Zeit reduzierte sich der Anteil der OKP an den Kosten der ambulanten Pflege zum Nachteil der Kantone, Gemeinden und Patienten. Diese Entwicklung kann sich nicht so fortsetzen. Es braucht eine regelmässige Anpassung der Beiträge an die Kostenentwicklung.

Mit einer Erhöhung der KLV-Beiträge in der ambulanten Pflege wird der frühere Anteil der OKP an den Pflegekosten wieder erreicht und fehlende Elemente (Pflegematerial, Wegzeiten, Löhne) einbezogen. Dies würde unseres Erachtens den Grundsatz «ambulant vor stationär» stärken.

Detailbemerkungen zum Berichtsteil «Bedarfsermittlung»

Die vorgeschlagenen Änderungen der Prozesse der Bedarfsermittlung im Bereich in der ambulanten Pflege sind u.E. aber noch zu wenig durchdacht. Wir haben zahlreiche Vorschläge zur Optimierung des Prozesses. Insbesondere ist eine Begriffsklärung notwendig: Die Bedarfsermittlung in der Spitex erfolgt umfassend (gemäss Art. 8a Abs. 2) vielerorts mit dem Instrument RAI Home Care. Aus der Bedarfsermittlung wird die Pflegeplanung abgeleitet

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

und die nötigen Pflegeleistungen werden bestimmt. Die Zusammenfassung der Pflegeleistungen wird in einem Formular (Bedarfsmeldung, siehe Art. 8a, Abs. 3) dargestellt. Gerne sind wir bereit, den interessierten Personen die Bedarfsermittlungsprozesse bei einer Spitex-Organisation aufzuzeigen.			
Name / Firma	Artikel	Kommentar / Bemerkungen	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
Spitex Kanton Bern	Art. 7a Abs. 1	Die Senkung der Beiträge aus der OKP für die Pflege zu Hause erachten wir als nicht sachgerecht und unzureichend hergeleitet sowie absolut nicht nachvollziehbar. Wir verweisen auf die vorstehenden diesbezüglichen allgemeinen Bemerkungen und unterstreichen daraus folgendes: Der Expertenbericht kommt zum Schluss, dass die anteilmässige Belastung der OKP im Betrachtungszeitraum von 72% auf 70% gesunken und somit das Ziel die Kostenneutralität einzuhalten mehr als erreicht worden ist. Ebenso bleibt unbeachtet, dass die Lohnkosten deutlich angestiegen sind und aufgrund des Bedarfs an Pflegefachpersonal wohl weiter steigen wird. Weiter hatten und haben die konsequente Verfolgung der Strategie «ambulant vor stationär» zur Folge, dass spezialisierte (und damit teurere) Dienstleistungen (z.B. Palliativpflege, Onkologiepflege, Psychiatriepflege) verstärkt Eingang in die ambulante Pflege gefunden haben (vgl. dazu diverse Nationale Strategien des Bundes). Ein Weiterführen der bisherigen Beiträge führt zur laufenden Überwälzung der steigenden Kosten auf Kantone und Gemeinden (je nach kantonaler Regelung der Restfinanzierung) und die Klienten und Klientinnen.	Spitex Kanton Bern fordert eine substantielle Erhöhung der Beiträge.
Spitex Kanton Bern	Art. 8 Abs. 1	Aus Sicht von Spitex Kanton Bern ist der neu vorgeschlagene Anordnungsprozess nicht genügend durchdacht. Heute ordnet der Arzt/die Ärztin Pflegeleistungen an. Teilweise werden gleichzeitig spezifische Massnahmen aufgrund der medizinischen Indikation angeordnet (z.B. Stützstrümpfe, Vitalzeichenmessung, Injektionen). Die abklärende Pflegefachperson stellt fest, welche Leistungen konkret benötigt werden. Diese werden im Nachgang durch den Arzt/die Ärztin (meist im Schnellverfahren ohne detaillierte Prüfung) unterschrieben. Es besteht in Fachkreisen Einigkeit, dass diese Schlussbestätigung pro forma erfolgt. Vorgeschlagene Regelung:	Abs. 1 b. Der Arzt oder die Ärztin kann spezifische Leistungen anordnen.

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

		Neu soll der Arzt/die Ärztin in einem ersten Schritt die Notwendigkeit der Pflege feststellen (Abs. 1 Bst. a) und zugleich auch festlegen, ob A-, B-, C-Leistungen benötigt werden (Abs. 1 Bst. b). Die Bedarfsermittlung erfolgt im Anschluss durch eine Pflegefachperson gemäss Art. 8a umfassend (dies entspricht auch den internationalen Standards, insbesondere dem in der Spitex fast flächendeckend eingesetzte RAI Home Care). Die Durchführung der Bedarfsermittlung stellt in der Praxis immer eine A-Leistung dar, d.h. der Arzt/die Ärztin muss in jedem Fall «A» ankreuzen, um die Abgeltung der Bedarfsermittlung zu ermöglichen. Ordnet ein Arzt/eine Ärztin Pflegeleistungen A und B an, und die Bedarfsermittlung (Beurteilung der Gesamtsituation und Abklärung des Umfelds) ergibt, dass der Klient auch C-Leistungen benötigt, braucht es nochmals eine Rücksprache mit dem Arzt/der Ärztin. Dies generiert zusätzliche Kosten und produziert unnötigen administrativen Aufwand. Zudem widerspricht es der bereits heute gängigen Praxis, wonach die Pflegefachpersonen Art und Umfang der Leistungen abklären. Spitex Kanton Bern ist der Ansicht, dass die künstliche Trennung zwischen A/C-Leistungen und B-Leistungen nicht sinnvoll ist. Die Pflegefachpersonen sind in der Lage fachlich zu beurteilen, welche Leistungen notwendig sind – auch im Bereich der Behandlungspflege (z.B. Messung der Vitalwerte, Messung Blutzucker, Wundversorgung). Der Arzt/die Ärztin wird über die aus der Bedarfsermittlung resultierenden benötigten Pflegeleistungen informiert. Im Gegenzug ist es auch wichtig, dass die Spitex die Informationen des Arztes/der Ärztin ebenfalls erhält, um so ihre Pflegeplanung bei Bedarf anpassen zu können. Im Grundsatz unterstützt Spitex Kanton Bern den Vorschlag des Bundesrates, die Kompetenzen der Pflege besser zu anerkennen und den Prozess der Bedarfsmeldung (ohne Einholen der ärztlichen Unterschrift) zu vereinfachen.	
Spitex Kanton Bern	Art. 8 Abs. 2 Bst. a + b	Spitex Kanton Bern unterstützt eine Verlängerung der ärztlichen Anordnung. Dies reduziert administrative Aufwände. Die unterschiedliche Terminierung von B-Leistungen (6 Monate) und A-/C-Leistungen (12 Monate) führt in der Praxis zu einer umständlichen und unlogischen Situation und zu Mehrkosten: Sobald eine Klientin mehrere Leistungen benötigt, ist die Dauer der Anordnung zu harmonisieren.	2 Der Arzt oder die Ärztin kann den Auftrag oder die Anordnung erteilen: a) für maximal 9 Monate bei Leistungen nach Artikel 7 Absatz 2 Buchstaben a, b und c.

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

		Beispiel: Läuft, wie vorgeschlagen, die Anordnung von B-Leistungen nach 6 Monaten ab (und angeordnete C-Leistungen erst nach 12 Monaten) muss nach 6 Monaten erneut eine Bedarfsermittlung erfolgen, aber nicht für die A- und C-Leistungen, die sie gleichzeitig bezieht, sondern nur für B-Leistungen. Gemäss internationalen Standards und auch gemäss Art. 8a, Abs. 2 ist die Beurteilung der Gesamtsituation und die Abklärung des Umfelds Bestandteil der Bedarfsermittlung, eine «Teil-Bedarfsermittlung», die nur mögliche B-Leistungen vorsieht widerspräche Art. 8a, Abs. 2 sowie der Logik des in der Spitex überwiegend zur Anwendung kommenden Bedarfsabklärungsinstrumentes RAI Home Care. Der beschriebene Prozess, wonach der Bedarf ausgehend von der Art der Leistung (A, B oder C) ermittelt wird ist falsch. Anhand der umfassenden Bedarfsermittlung wird die Situation des Klienten erfasst und aus der daraus folgenden Pflegeplanung die konkreten Pflegeleistungen abgeleitet und nicht umgekehrt. Aus Gründen der Qualitätssicherung schlägt Spitex Kanton Bern eine einheitliche Dauer von maximal 9 Monaten vor.	b) streichen
Spitex Kanton Bern	Art. 8 Abs. 2 Bst. c	Die maximal 2 Wochen Akut- und Übergangspflege (AÜP) sind nicht ausreichend. Die bisherige Regelung zur AÜP ist ungenügend. Wir verweisen damit auf die Eingaben der IG Pflegefinanzierung (Link) und den Evaluationsbericht zur Neuordnung der Pflegefinanzierung von INFRAS. In diesen Dokumenten werden die Unzulänglichkeiten der AÜP klar aufgezeigt. Eine grundlegende Änderung ist anzustreben. Sie kann jedoch nur durch eine entsprechende vorgängige KVG-Anpassung vorgenommen werden. Spitex Kanton Bern betont die Notwendigkeit einer Anpassung der AÜP verzichtet aber aus obgenannten Gründen darauf, an dieser Stelle eine Änderung vorzuschlagen.	
Spitex Kanton Bern	Art. 8a° Abs. 1	Der Vorschlag des Bundesrates sieht eine Einschränkung der Bedarfsermittlung auf Pflegefachpersonen vor. Spitex Kanton Bern unterstützt diese Gleichstellung der verschiedenen Pflegebereiche. Als problematisch erachten wird den Verweis auf Art. 49 KVV, dieser verlangt zwei Nachweise: Ein Diplom (Bst. a) sowie eine zweijährige praktische Tätigkeit (Bst. b). Letztere Einschränkung ist aus Sicht Spitex Kanton Bern klar zurückzuweisen. Die Ausbildungscurricula für diplomierte Pflegefachpersonen sehen die Tätigkeiten der Bedarfsermittlung explizit vor. Ausgebildetes diplomiertes Personal ist entsprechend in der Lage die Bedarfsermittlung mit Abschluss der Ausbildung vorzunehmen. Um die	1 Die Bedarfsermittlung zur Umsetzung des ärztlichen Auftrages oder der ärztlichen Anordnung erfolgt: a. für Leistungen nach Artikel 7 Absatz 2 Buchstabe a, b und c: durch eine diplomierte Pflegefachfrau oder einen diplomierten Pflegefachmann (Art. 49 KVV) in Zusammenarbeit mit der Patientin oder dem Patienten oder deren Angehörigen; das

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

		Bedarfsermittlung RAI Home Care durchführen zu dürfen, absolvieren die Pflegefachpersonen zusätzlich eine mehrtägige Schulung. Die Einräumung einer zweijährigen Frist zur Durchführung einer Bedarfsermittlung wäre eine massive Einschränkung der heutigen Praxis in den Spitex-Betrieben und würde sich negativ auf die Attraktivität der Spitex als Arbeitgeberin auswirken. Aus unserer Sicht bestimmt Art. 49 KVV die Voraussetzungen, die erfüllt sein müssen, um selbstständig als Pflegefachperson tätig zu sein. Ferner schlagen wir vor, gemäss unseren Ausführungen zu Art. 8 auf die künstliche Trennung zwischen A/C und B-Leistungen zu verzichten und entsprechend Bst. b zu streichen.	Ergebnis der Ermittlung ist dem behandelnden Arzt zur Information weiterzugeben; b. für Leistungen nach Artikel 7 Absatz 2 Buchstabe b oder bei Akut- und Übergangspflege durch eine diplomierte Pflegefachfrau oder einen diplomierten Pflegefachmann (Art. 49 KVV) in Zusammenarbeit mit dem behandelnden Arzt sowie der Patientin oder dem Patienten oder deren Angehörigen.
Spitex Kanton Bern	Art. 8a Abs. 2	Die Bedarfsermittlung erfasst die Beurteilung der Gesamtsituation des Patienten oder der Patientin sowie die Abklärung des Umfelds. Dies steht im Einklang mit dem in der Spitex verwendeten Abklärungsinstrument RAI Home Care (RAI HomeCare kommt in ca. 85% der Spitexorganisationen zum Einsatz).	
Spitex Kanton Bern	Art. 8a Abs. 3	Gemäss Kommentar bezieht sich Art. 8a auf die Bedarfsermittlung im Allgemeinen (Kommentar S. 27), also auf Spitex-Organisationen, selbstständige Pflegefachkräfte und Pflegeheime. Abs. 3 verlangt einheitliche Kriterien vielmehr aber noch ein einheitliches Formular. Spitex Kanton Bern erachtet eine gleiche Ausgestaltung der Bedarfsmeldung (aus der Bedarfsermittlung ermittelte Pflegeleistungen, dargestellt in einem Formular) im ambulanten und stationären Bereich nicht als zielführend. Die Situationen sind nicht vergleichbar und es stehen für die jeweiligen Settings unterschiedliche Instrumente für die Bedarfsermittlung zur Verfügung (vgl. z.B. interRAI). Die einheitliche Ausgestaltung der Bedarfsmeldung innerhalb der Spitex wird von Spitex Kanton Bern unterstützt – diese sollte zwingend elektronisch verarbeitet werden können. Wir machen auf entsprechende aktuelle Bestrebungen im Bereich der Spitex in Zusammenarbeit mit Krankenversicherern aufmerksam. Diese werden jedoch nicht bis zur vorgesehenen Inkraftsetzung im Juli 2019 eingeführt werden können. Entsprechend wird für eine realistische Einführung eine Übergangsregelung gefordert (vgl. weiter unten).	3 Die Bedarfsermittlung erfolgt im stationären und ambulanten Bereich jeweils aufgrund einheitlicher Kriterien. ...

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

Spitex Kanton Bern	Übergangs- bestimmungen	Wie bereits in den Bemerkungen zu Art. 8 Abs. 3 aufgeführt, kann die Einführung eines (elektronischen) einheitlichen Bedarfsmeldung nicht auf Juli 2019 abgeschlossen werden.	Die Bedarfsermittlung in Pflegeheimen darf bis Ende 2020 noch nach bisherigem Recht durchgeführt werden.
Spitex Kanton Bern	Art. 20 KLV	Die KLV ist auf den 1. Januar 2019 dahingehend abzuändern, dass die Leistungserbringer nach Art. 7 Abs. 1 KLV Pflegematerialien der OKP in Rechnung stellen können, unabhängig davon, ob es sich um eine Abgabe zur Selbstanwendung (gemäss MiGeL) oder der Anwendung durch eine Pflegefachperson handelt. Eventualantrag: Sollte dies aus juristischen Gründen nicht direkt über eine KLV-Änderung möglich sein, ist die Änderung raschestmöglich im übergeordneten Recht vorzunehmen.	Die Versicherung leistet eine Vergütung an Mittel und Gegenstände, die der Behandlung oder der Untersuchung im Sinne einer Überwachung der Behandlung einer Krankheit und ihrer Folgen dienen, die auf ärztliche Anordnung von einer Abgabestelle nach Artikel 55 KVV abgegeben werden und von der versicherten Person selbst oder mit Hilfe einer nichtberuflich an der Untersuchung oder der Behandlung mitwirkenden Person angewendet werden.

Per E-Mail

Bundesamt für Gesundheit
Abteilung Leistungen

abteilung-leistungen@bag.admin.ch
gever@bag.admin.ch

Basel, 26. Oktober 2018

Stellungnahme zur Änderung der Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Kostenneutralität und Bedarfsermittlung)

Sehr geehrte Damen und Herren

SPITEX BASEL zählt gesamtschweizerisch zu den grössten Spitexorganisationen mit Versorgungsauftrag. In der Beilage erhalten Sie unsere Stellungnahme zum Entwurf der Änderung der Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung.

Wir danken für die Möglichkeit zur Stellungnahme sowie für die Berücksichtigung unserer Anliegen. Bei Fragen stehen wir gerne zur Verfügung.

Freundliche Grüsse



Ursula Lehmann
Stiftungsratspräsidentin



Stefan Schütz
Geschäftsführer

Beilage erwähnt

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation / Kanton : SPITEX BASEL

Abkürzung der Firma / Organisation : SXBS

Adresse : Feierabendstr. 44

Kontaktperson : Stefan Schütz, Geschäftsführer

Telefon : 061 686 96 00

E-Mail : stefan.schuetz@spitexbasel.ch

Datum : 26.10.2018

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen!
2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen möchten, so können Sie unter "Extras/Dokumentenschutz aufheben" den Schreibschutz aufheben.
3. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **bis am 26. Oktober 2018** an folgende E-mail Adressen: abteilung-leistungen@bag.admin.ch
gever@bag.admin.ch

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV)

Name / Firma (bitte auf der ersten Seite angegebene Abkürzung verwenden)	Allgemeine Bemerkungen
SXBS	<u>SPITEX BASEL lehnt die vorgeschlagene Senkung der OKP-Beiträge in der ambulanten Pflege um 3.6% entschieden ab und fordert stattdessen eine substantielle Erhöhung dieser Beiträge.</u> Die Erhöhung ist aus den folgenden Gründen unumgänglich: • Die zur Berechnung herangezogene Datengrundlage ist ungenügend. Die Spitex-Statistik erlaubt gemäss Experten keine entsprechenden Vergleiche vor und nach 2010. Zahlreiche Argumente sind nicht nachvollziehbar – beispielsweise im Bereich der Lohnentwicklung oder des Pflegematerials. • Die zentrale Annahme, die Leistungen der ambulanten Pflege müssten im Zeitraum 2010-2014 konstant bleiben, ist falsch. In der gleichen Zeit wurde das DRG-Pauschalen-System eingeführt, was zu komplexeren Pflegesituationen und insbesondere auch zu einem Anstieg der höher entschädigten Leistungen führte (Massnahmen der Abklärung, Beratung und Koordination, Massnahmen der Untersuchung und der Behandlung). Im gleichen Zeitraum wurde der Grundsatz «ambulant vor stationär» konsequent weiterverfolgt. In diesem Zusammenhang wurden – auch in Kongruenz zu den verschiedenen nationalen Gesundheitsstrategien – spezialisierte Leistungen im Bereich der ambulanten Pflege eingeführt, so beispielsweise im Bereich der Demenzpflege, Palliativpflege, Psychiatriepflege, Wochenend- und Nachtdienste. Diese Leistungen sind teurer als «herkömmliche, einfache» Pflegeleistungen. Die Spitex ist zu einem zentralen und koordinierenden Akteur der Grundversorgung geworden. • Im betrachteten Zeitraum wurde die obligatorische Krankenpflegeversicherung im Verhältnis zu den anderen Zahlern entlastet: Dies ging in zahlreichen Kantonen insbesondere auch zulasten der Patientinnen und Patienten. • Aufgrund der ungenügenden Regelung der Restfinanzierung wurden zulasten der Spitexorganisationen auch finanzpolitisch motivierte Entscheide in Kantonen und Gemeinden getroffen. Es ist dringend zu definieren, was in den Beiträgen und der Restfinanzierung alles enthalten sein muss bzw. was separat vergütet wird. Sonst ist die Finanzierungssicherheit der Spitexorganisationen längerfristig nicht gewährleistet, worunter letztlich die Patienten leiden. Zudem führen die Auswirkungen der Urteile des Bundesverwaltungsgerichts 2017 zu einem riesigen Chaos im Bereich der Anwendung und Abrechnung von Pflegematerial. Dieser Entscheid ist in der Praxis so nicht umsetzbar und ruft dringend nach Lösungen. SPITEX BASEL fordert die Legalisierung der vormaligen, gut funktionierenden Praxis betreffend Verrechnung von Pflegematerial (vgl. nachfolgend Detailbemerkungen zu Kap. 3.1.2) auf den 1. Januar 2019.

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

SPITEX BASEL begrüsst den Willen des Bundesrates, den administrativen Aufwand zu verringern und die Pflege besser zu anerkennen. Die dazu vorgeschlagenen Massnahmen werden jedoch als praxisfern und unausgegoren erachtet. Wir schlagen deshalb verschiedene Änderungen vor, die zu einer sinnvollen Umsetzung führen.

Mit Eröffnung der Vernehmlassung hat der Bundesrat auch den umfassenden externen Evaluationsbericht von INFRAS zur Neuordnung der Pflegefinanzierung veröffentlicht. Für uns ist es unverständlich, warum der Bericht in der ganzen Vorlage nicht erwähnt wird und seine Erkenntnisse nicht eingeflossen sind. Der Evaluationsbericht von INFRAS zeigt sehr wohl verschiedene Lücken der Neuordnung der Pflegefinanzierung auf. Wir betrachten die aus dem Evaluationsbericht von INFRAS gezogenen Konklusionen als ungenügend und damit als verpasste Chance, Verbesserungen an der Pflegefinanzierung vorzunehmen. Die systematische Nicht-Berücksichtigung der Erkenntnisse des Berichts und die getroffenen Annahmen insbesondere zur Veränderung der Beiträge in der ambulanten Pflege sind aus unserer Sicht nicht nachvollziehbar.

Detailbemerkungen zum Berichtsteil «Kostenneutralität der Pflegebeiträge»

Legitimation der Kostenneutralität (1.1)

Aus Sicht SPITEX BASEL fehlt die Grundlage, um aufzuzeigen, dass die Regelung im ersten Jahr nach Inkrafttreten dieser Gesetzesänderung nicht eingehalten worden ist. Die Evaluation erklärt zur Erreichung des Hauptziels der NPF (**Hervorhebungen SPITEX BASEL**): *«Die Vermeidung einer zusätzlichen finanziellen Belastung der OKP konnte – bedingt durch mit der NPF [Neue Pflegefinanzierung] festgelegten fixen Beiträgen an die Pflegeleistungen – voll erreicht werden.»* Gerne sei an dieser Stelle darauf hingewiesen, dass selbst Versicherer sich im Rahmen der Evaluation Pflegefinanzierung geäussert haben, die OKP sei entlastet worden.

Statistische Grundlagen (3.1)

Wir weisen auf eine Problematik in der Spitex-Statistik hin, welche auf S. 57 des Evaluationsberichts von INFRAS wie folgt beschrieben wird (**Hervorhebungen SPITEX BASEL**): *«Dieser Bruch in den Daten der Spitex-Statistik verunmöglicht einerseits einen direkten Vergleich der Gesamtkosten vor und nach dem Jahr 2010. Eine Einschätzung zur Grössenordnung der Verzerrung der Daten ist mit den vorliegenden Daten nicht möglich.»* Unseres Erachtens kann aus diesem Grund die Spitex-Statistik nicht für einen «vorher-nachher-Vergleich» beigezogen werden.

Pflegeheime (2)

SPITEX BASEL äussert sich nicht zu den Erläuterungen und Berechnungen im Bereich der Heime. Wir unterstützen jedoch eine Erhöhung der OKP-Beiträge in diesem Bereich (vgl. auch Stellungnahme der IG Pflegefinanzierung [\[Link\]](#)).

Nebenleistungen (3.1.2)

Das Kapitel 3.1.2 dreht sich wesentlich auch um die Kostenübernahme des Pflegematerials. Wie bereits mehrfach in Gesprächen mit dem BAG festgehalten und von diesem auch anerkannt, sind die Kosten für Pflegematerial nicht oder nur ungenügend in die Berechnungen zur NPF eingeflossen. Weiter wurde das eingesetzte Material seit Einführung der NPF weiterentwickelt und hat sich entsprechend verteuert. So können z.B. moderne (und teurere) Wundverbände länger aufgelegt werden und benötigen dagegen weniger Pflegeleistungen durch eine Pflegefachperson. Aber auch wenn man annehmen würde, die Kalkulation sei auf das Jahr 2011 korrekt gemacht worden, geht die Argumentation im Bericht (S. 13f) nicht auf: Es wird festgehalten, dass die Spitex-Organisationen auch aus Effizienzgründen im Verlauf der letzten Jahre das Materialmanagement immer mehr

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

an Dritte ausgelagert haben (Apotheken, Ärzte, Materialzulieferer). Daraus schliesst das zuständige Amt, dass die KLV-Beiträge nun zu hoch wären (und in der Konsequenz eigentlich noch stärker gekürzt werden müssten). Dabei werden die beiden Urteile des Bundesverwaltungsgerichts aus dem Jahr 2017 nicht berücksichtigt, welche besagen, dass die im Rahmen der Pflegehandlung verwendeten Materialien nicht separat verrechnet werden dürfen. Wie weitherum bekannt ist, verursachen diese beiden Gerichtsurteile grosse Probleme und administrativen Zusatzaufwand. Eine Lösung ist dringend erforderlich.

Wir gehen weiter unten auf diesen Punkt deshalb noch gesondert ein (Änderungsantrag zu KLV Art. 20 per 1. Januar 2019) und beantragen, dass die Leistungserbringer der Pflege gemäss Art. 7 Abs. 1 KLV das Pflegematerial der OKP in Rechnung stellen können. Auf die Trennung des Materials zwischen Selbstanwendung und Anwendung durch eine Pflegefachperson ist dabei zu verzichten. Damit soll die in den vergangenen Jahren funktionierende Praxis legalisiert werden. Aufgrund der je nach Pflegeleistung sehr unterschiedlich anfallenden Kosten ist eine pauschalisierte Einrechnung in den OKP-Beiträgen der ambulanten Pflege nicht sinnvoll. Damit würden materialintensive Leistungen (z.B. Wundpflege) zu tief abgegolten. Entsprechend muss Pflegematerial separat (und nicht pauschalisiert) in Rechnung gestellt werden können. *[Eventualantrag: Sollte dies aus juristischen Gründen nicht direkt über eine KLV-Änderung möglich sein, ist die Änderung raschestmöglich im übergeordneten Recht vorzunehmen.]*

Akut- und Übergangspflege (3.1.3)

Wir bitten hier um eine sorgfältige Analyse des Evaluationsberichts von INFRAS. Dieser zeigt auf, dass die derzeitige Ausgestaltung der AÜP nicht genügt.

Die Annahme, dass neu mehr Leistungen in der Pflege dank der AÜP erbracht würden, kann anhand der Spitex-Statistik nicht belegt werden. Das Suggestieren, wonach mit der AÜP das Stundentotal (unbegründet) ausgeweitet werden soll, weisen wir entschieden zurück. Eine AÜP basiert auf einer Verordnung durch einen Spitalarzt/eine Spitalärztin und kann entsprechend nicht willkürlich ausgeweitet werden.

Entwicklung der Leistungsstruktur nach Behandlungstyp (3.1.6)

Es ist für uns nicht nachvollziehbar, wie man zur Annahme gelangt, dass die Leistungsstruktur nach Behandlungstyp 2010-2014 konstant geblieben sei. Mit der Einführung der DRG in den Spitälern, mit der Umsetzung des Konzepts «ambulant vor stationär» sind in den vergangenen Jahren immer komplexere Fälle in die ambulante Pflege eingetreten. So hatten beispielsweise auch die Palliativpflege, Onkologiepflege, Psychiatriepflege und weitere spezialisierte Pflegeleistungen ihrerseits eine Erhöhung des Anteils A- und B-Leistungen zur Folge. Darauf wird selbst in Berichten des BAG entsprechend hingewiesen (vgl. beispielsweise den Bericht «Abgeltung von Leistungen im Rahmen der koordinierten Versorgung», 2018). Logischerweise gehen im Gegenzug die C-Leistungen anteilmässig zurück. Graphik 2 und Graphik 3 auf Seite 15 verdeutlichen dies sehr gut. Dennoch wird aus den Zahlen geschlossen, dass diese «relativ konstant» seien. Vielmehr aber erklären diese (gewollten) Verschiebungen im Leistungsmix auch wesentlich die Verteuerung des Stundenkostensatzes.

Löhne und allgemeine Teuerung (3.1.7)

Die Löhne im Pflegebereich sind in den letzten Jahren sehr wohl angestiegen. Fachkräftebedarf, Nacht- und Wochenendeinsätze, Spezialisierungen führten zu höheren Personalkosten. Entsprechend erachten wir die Berücksichtigung der Löhne als Kostenfaktor als zentral und weisen die Nicht-Berücksichtigung dieses Faktors zurück.

Berechnung des Kostenfaktors der Pflegebeiträge (3.2)

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

Ziel der Kostenkorrektur ist die Gewährleistung, dass die Einführung der KLV-Beiträge im Jahr des Übergangs 2010/2011 kostenneutral für die OKP erfolgte. Die Gegenüberstellung der Zahlen von 2010 bis 2014 ist problematisch. Bereits im Evaluationsbericht von INFRAS wird erklärt, dass der Bruch in den Daten in der Spitex-Statistik einen direkten Vergleich der Gesamtkosten vor und nach dem Jahr 2010 nicht zulässt (vgl. auch oben). Im Bericht wird an verschiedenen Stellen (s. Kap. 3.1.1) darauf hingewiesen, dass die Konsistenz der vorhandenen Daten aus verschiedenen Gründen zu wünschen übriglässt. So wird festgehalten, dass Einnahmen aus Leistungen nach KLV 7 unter verschiedenen Rubriken erfasst wurden, dass die erwerbswirtschaftlichen Organisationen erst ab 2010 (und auch dann noch nicht alle) in der Statistik erfasst wurden und dass die selbstständigen Pflegefachpersonen von Zürich und Genf im Jahr 2010 noch nicht in der Statistik erfasst wurden, etc. Für SPITEX BASEL stellt sich prinzipiell die Frage, ob man angesichts der Unsicherheiten in den Daten überhaupt die Kostenneutralität bei Einführung 2011 so detailliert überprüfen kann, wie es die Formel und deren Ergebnis 3.6 Prozent suggerieren. SPITEX BASEL erachtet die Schlussfolgerungen bzw. die Senkung der Beiträge auf dieser «morschen» Datenbasis als unseriös und willkürlich.

Aus Sicht SPITEX BASEL sind die Pflegebeiträge umgekehrt zwingend zu erhöhen. Verschiedene Faktoren zeigen auf, dass die Berechnungsgrundlage nach nahezu 15 Jahren dringend überarbeitet werden muss:

- Die Datengrundlage von 2004 berücksichtigte verschiedene Faktoren ungenügend. So beispielsweise die Kosten des Pflegematerials oder die Wegzeiten.
- Seit Einführung der neuen Pflegefinanzierung hat aufgrund der Strategie der Kantone «ambulant vor stationär» und bedingt durch gesellschaftliche Entwicklungen (mehr Single-Haushalte, Individualität etc.) die Nachfrage nach ambulanten Pflegeleistungen stark zugenommen.
- Parallel dazu ist auch der Bedarf an speziellen Pflegeangeboten weiter stark gewachsen: Palliative Care, Demenzpflege, Psychiatriepflege, Onkologiepflege, Kinder-Spitex gehören heute vielerorts zum Angebot einer Spitex-Organisation (vgl. auch die diesbezüglichen Strategien des Bundes und der Kantone). Es ist auch künftig mit einer Zunahme dieser Entwicklung zu rechnen (vgl. etwa Nationales Forschungsprogramm «Lebensende», NFP 67, oder das Postulat 18.3384 der SGK-SR «Bessere Betreuung und Behandlung von Menschen am Lebensende»). Für diese Leistungen müssen Personal mit Zusatzausbildung eingesetzt und spezielle Hilfsmittel verwendet werden. Nicht zuletzt aufgrund dieser Entwicklung kommt es zu einer Kostenverschiebung vom stationären zum ambulanten Bereich.
- Stark zunehmend ist seit 2011 ebenfalls der Bedarf an 24h-Dienstleistungen und Notfalldiensten. Teilweise ist dieser ebenfalls an spezialisierte Angebote gekoppelt (Palliative Care, Kinder-Spitex). Andererseits führen aber auch sich verändernde Betreuungssituationen zu diesem Mehrbedarf.

Trotz diesen augenscheinlichen Faktoren war für die OKP in den letzten Jahren keine Erhöhung der Beiträge in Sicht bzw. von den zuständigen Stellen geplant.

Diese Mehrbelastung musste fast ausschliesslich von der öffentlichen Hand oder über Anpassungen/Erhöhungen der Patientenbeitragssätze von den Betroffenen selbst getragen werden (vgl. Evaluationsbericht INFRAS S. 8, 9, 60, 63). Die Restfinanzierer versuchten diese Mehrausgaben zu vermeiden (z.B. durch Sparmassnahmen), abzuwälzen (durch eine stärkere Belastung der Patientinnen und Patienten) oder aufzuschieben. Dagegen wurde die OKP im Bereich der ambulanten Pflege sogar entlastet – und damit das Ziel der Vermeidung einer Mehrbelastung «übertroffen».

Fazit: Die Leistungen im Bereich der Pflege sind in den vergangenen Jahren anspruchsvoller und kostenintensiver und die Pflegesituationen komplexer geworden. Eine zunehmende Spezialisierung führte auch zu neuen, höheren Anforderungen. Auch der Fachkräftemangel befeuert die Lohndiskussion. In der gleichen Zeit reduzierte sich der Anteil der OKP an den Kosten der ambulanten Pflege zum Nachteil der öffentlichen Hand und der Patienten. Diese Entwicklung kann sich nicht so fortsetzen. Es braucht eine regelmässige Anpassung der Beiträge an die Kostenentwicklung. Mit einer Erhöhung der KLV-Beiträge in der ambulanten Pflege wird der frühere Anteil der OKP an den

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

Pflegekosten wieder erreicht und fehlende Elemente (Pfleagematerial, Wegzeiten, Löhne) einbezogen. Dies würde zudem den Grundsatz «ambulant vor stationär» stärken, was aus einer volkswirtschaftlichen und gesundheitspolitischen Gesamtopitik dringend notwendig ist.

Abschliessend möchten wir noch darauf hinweisen, dass eine unterjährige Einführung angepasster OKP-Beiträge u.E. nicht praktikabel ist, da die Akteure aufgrund der Beitragsänderungen für ein Kalenderjahr zwei verschiedene Patientenbeteiligungen und zwei verschiedene Restfinanzierungen vorgeben müssten, was zu einem unverhältnismässigen administrativen Mehraufwand bei den Leistungserbringern führen würde. Da zudem ein grosser Teil der Leistungsbezogener Ergänzungsleistungen (EL) bezieht, müssten schweizweit mehrere zehntausend EL-Verfügungen zusätzlich Mitte Jahr statt wie üblich nur per Jahresanfang angepasst werden, was zu einem enormen Zusatzaufwand führen würde. Wir regen deshalb an, den Einführungszeitpunkt auf einen Jahresanfang zu legen.

Unsere zentralen Anliegen halten wir nachstehend wie folgt kurz fest:

- Es ist zwingend, dass die jetzige Anpassung der Beiträge nach Art. 7a Abs. 1 und 3 KLV die Kostenentwicklung der Pflege der letzten Jahre, insbesondere ab 2014 bis zum Zeitpunkt des Inkrafttretens der angepassten Beiträge, berücksichtigt;
- Es ist zudem vorzukehren, dass in der KLV festgehalten wird, dass die Beiträge nach Art. 7a Abs. 1 und 3 KLV mindestens alle drei Jahre an die Kostenentwicklung in der Pflege angepasst werden;
- Zudem ist zu berücksichtigen, dass die KLV dahingehend zu ändern ist, dass Leistungserbringer nach Art. 7 Abs. 1 KLV (freiberufliche Pflegefachpersonen, Spitex und Pflegeheime) Pflegematerialien der OKP in Rechnung stellen können, unabhängig davon, ob es sich um eine Abgabe im Sinne der MiGeL oder um Pflegematerial handelt, welches in der Pflege angewendet wird. Die bisherige Finanzierung soll legalisiert und weitergeführt werden. Spitex und freiberufliche Pflegefachpersonen müssen die Möglichkeit erhalten, das Pflegematerial separat abzurechnen. Die Anpassungen bezüglich der Pflegematerialien ist in einem beschleunigten Verfahren auf den 1.1.2019 in Kraft zu setzen.

Detailbemerkungen zum Berichtsteil «Bedarfsermittlung»

Die vorgeschlagenen Änderungen der Prozesse der Bedarfsermittlung im Bereich der ambulanten Pflege sind u.E. noch zu wenig durchdacht. Wir haben zahlreiche Vorschläge zur Optimierung des Prozesses. Insbesondere ist eine Begriffsklärung notwendig: Die Bedarfsermittlung in der Spitex erfolgt umfassend (gemäss Art. 8a Abs. 2) vielerorts mit dem Instrument RAI Home Care. Aus der Bedarfsermittlung wird die Pflegeplanung

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

abgeleitet und die nötigen Pflegeleistungen werden bestimmt. Die Zusammenfassung der Pflegeleistungen wird in einem Formular (Bedarfsmeldung, siehe Art. 8a, Abs. 3) dargestellt. Fazit: Wir verweisen auf unsere Verbesserungsvorschläge, die wir direkt bei den Kommentaren zu den einzelnen Bestimmungen weiter unten festgehalten haben.			
Name / Firma	Artikel	Kommentar / Bemerkungen	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
SXBS	Art. 7a Abs. 1	Die Senkung der Beiträge aus der OKP für die Pflege zu Hause erachten wir als nicht sachgerecht und unzureichend hergeleitet sowie absolut nicht nachvollziehbar. Wir verweisen auf die vorstehenden diesbezüglichen allgemeinen Bemerkungen und unterstreichen daraus Folgendes: • Der Expertenbericht kommt zum Schluss, dass die anteilmässige Belastung der OKP im Betrachtungszeitraum von 72% auf 70% gesunken und somit das Ziel, die Kostenneutralität einzuhalten, mehr als erreicht worden ist. • Ebenso bleibt unbeachtet, dass die Lohnkosten deutlich angestiegen sind und aufgrund des Bedarfs an Pflegefachpersonal wohl weiter steigen wird. • Weiter hatten und haben die konsequente Verfolgung der Strategie «ambulant vor stationär» zur Folge, dass spezialisierte (und damit teurere) Dienstleistungen (z.B. Palliativpflege, Onkologiepflege, Psychiatriepflege) verstärkt Eingang in die ambulante Pflege gefunden haben (vgl. dazu diverse Strategien des Bundes). Ein Weiterführen der bisherigen Beiträge führt laufenden Überwälzung der steigenden Kosten auf die öffentliche Hand sowie die Kundinnen und Kunden, was nicht weiter hingenommen werden kann.	SPITEX BASEL fordert eine substantielle Erhöhung der Beiträge.

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

SXBS	Art. 8 Abs. 1	Aus Sicht SPITEX BASEL ist der neu vorgeschlagene Anordnungsprozess nicht genügend durchdacht. Heute ordnet der Arzt/die Ärztin Pflegeleistungen an. Teilweise werden gleichzeitig spezifische Massnahmen aufgrund der medizinischen Indikation angeordnet (z.B. Stützstrümpfe, Vitalzeichenmessung, Injektionen). Die abklärende Pflegefachperson stellt fest, welche Leistungen konkret benötigt werden. Diese werden im Nachgang durch den Arzt/die Ärztin (meist im Schnellverfahren ohne detaillierte Prüfung) unterschrieben. Es besteht in Fachkreisen Einigkeit, dass diese Schlussbestätigung pro forma erfolgt. Vorgeschlagene Regelung: Neu soll der Arzt/die Ärztin in einem ersten Schritt die Notwendigkeit der Pflege feststellen (Abs. 1 Bst. a) und zugleich auch festlegen, ob A-, B-, C-Leistungen benötigt werden (Abs. 1 Bst. b). Die Bedarfsermittlung erfolgt im Anschluss durch eine Pflegefachperson gemäss Art. 8a umfassend (dies entspricht auch den internationalen Standards, insbesondere dem in der Spitex fast flächendeckend eingesetzte RAI Home Care). Die Durchführung der Bedarfsermittlung stellt in der Praxis immer eine A-Leistung dar, d.h. der Arzt/die Ärztin muss in jedem Fall «A» ankreuzen, um die Abgeltung der Bedarfsermittlung zu ermöglichen. Ordnet ein Arzt/eine Ärztin Pflegeleistungen A und B an, und die Bedarfsermittlung (Beurteilung der Gesamtsituation und Abklärung des Umfelds) ergibt, dass der Klient auch C-Leistungen benötigt, braucht es nochmals eine Rücksprache mit dem Arzt/der Ärztin. Dies generiert zusätzliche Kosten und produziert unnötigen administrativen Aufwand. Zudem widerspricht es der bereits heute gängigen Praxis, wonach die Pflegefachpersonen Art und Umfang der Leistungen abklären. SPITEX BASEL ist der Ansicht, dass die künstliche Trennung zwischen A/C-Leistungen und B-Leistungen nicht sinnvoll ist. Die Pflegefachpersonen sind in der Lage, fachlich zu beurteilen, welche Leistungen notwendig sind – auch im Bereich der Behandlungspflege (z.B. Messung der Vitalwerte, Messung Blutzucker, Wundversorgung). Der Arzt/die Ärztin wird über die aus der Bedarfsermittlung resultierenden Pflegeleistungen informiert. Im Gegenzug ist es auch wichtig, dass die Spitex die Informationen des Arztes/der Ärztin ebenfalls erhält, um so ihre Pflegeplanung bei Bedarf anpassen zu können.	Abs. 1 b. Der Arzt oder die Ärztin kann spezifische Leistungen anordnen.
------	------------------	--	--

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

		Im Grundsatz unterstützen wir den Vorschlag des Bundesrates, die Kompetenzen der Pflege besser zu anerkennen und den Prozess der Bedarfsmeldung (ohne Einholen der ärztlichen Unterschrift) zu vereinfachen.	
SXBS	Art. 8 Abs. 2 Bst. a+b	SPITEX BASEL unterstützt eine Verlängerung der ärztlichen Anordnung. Dies reduziert administrative Aufwände. Die unterschiedliche Terminierung von B-Leistungen (6 Monate) und A-/C-Leistungen (12 Monate) führt in der Praxis zu einer umständlichen und unlogischen Situation und zu Mehrkosten: Sobald eine Klientin mehrere Leistungen benötigt, ist die Dauer der Anordnung zu harmonisieren. Beispiel: Läuft, wie vorgeschlagen, die Anordnung von B-Leistungen nach 6 Monaten ab (und angeordnete C-Leistungen erst nach 12 Monaten) muss nach 6 Monaten erneut eine Bedarfsermittlung erfolgen, aber nicht für die A- und C-Leistungen, die sie gleichzeitig bezieht, sondern nur für B-Leistungen. Gemäss internationalen Standards und auch gemäss Art. 8a, Abs. 2 ist die Beurteilung der Gesamtsituation und die Abklärung des Umfelds Bestandteil der Bedarfsermittlung, eine «Teil-Bedarfsermittlung», die nur mögliche B-Leistungen vorsieht widerspräche Art. 8a, Abs. 2 sowie der Logik des in der Spitex überwiegend zur Anwendung kommenden Bedarfsabklärungsinstrumentes RAI Home Care. Der beschriebene Prozess, wonach der Bedarf ausgehend von der Art der Leistung (A, B oder C) ermittelt wird, ist falsch. Anhand der umfassenden Bedarfsermittlung wird die Situation des Kunden erfasst und aus der daraus folgenden Pflegeplanung die konkreten Pflegeleistungen abgeleitet und nicht umgekehrt. Aus Gründen der Qualitätssicherung schlagen wir eine einheitliche Dauer von maximal 9 Monaten vor.	2 Der Arzt oder die Ärztin kann den Auftrag oder die Anordnung erteilen: a) für maximal 9 Monate bei Leistungen nach Artikel 7 Absatz 2 Buchstaben a, b und c. b) streichen
SXBS	Art. 8 Abs. 2 Bst. c	Die maximal 2 Wochen Akut- und Übergangspflege (AÜP) sind nicht ausreichend. Die bisherige Regelung zur AÜP ist ungenügend. Wir verweisen damit auf die Eingaben der IG Pflegefinanzierung (Link) und den Evaluationsbericht zur Neuordnung der Pflegefinanzierung von INFRAS. In diesen Dokumenten werden die Unzulänglichkeiten der AÜP klar aufgezeigt. Eine grundlegende Änderung ist anzustreben. Sie kann jedoch nur durch eine entsprechende vorgängige KVG-Anpassung vorgenommen werden.	

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

		Wir betonen somit die Notwendigkeit einer Anpassung der AÜP, verzichten aber aus obgenannten Gründen darauf, an dieser Stelle eine Änderung vorzuschlagen.	
SXBS	Art. 8a Abs. 1	Der Vorschlag des Bundesrates sieht eine Einschränkung der Bedarfsermittlung auf Pflegefachpersonen vor. SPITEX BASEL unterstützt diese Gleichstellung der verschiedenen Pflegebereiche. Als problematisch erachten wird den Verweis auf Art. 49 KVV. Dieser verlangt zwei Nachweise: Ein Diplom (Bst. a) sowie eine zweijährige praktische Tätigkeit (Bst. b). Letztere Einschränkung ist aus Sicht SPITEX BASEL klar zurückzuweisen. Die Ausbildungscurricula für diplomierte Pflegefachpersonen sehen die Tätigkeiten der Bedarfsermittlung explizit vor. Ausgebildetes diplomiertes Personal ist entsprechend in der Lage, die Bedarfsermittlung mit Abschluss der Ausbildung vorzunehmen. Um die Bedarfsermittlung RAI Home Care durchführen zu dürfen, absolvieren die Pflegefachpersonen zusätzlich eine mehrtägige Schulung. Die Einräumung einer zweijährigen Frist zur Durchführung einer Bedarfsermittlung wäre eine massive Einschränkung der heutigen Praxis in den Spitex-Betrieben und würde sich negativ auf die Attraktivität der Spitex als Arbeitgeberin auswirken. Aus unserer Sicht bestimmt Art. 49 KVV die Voraussetzungen, die erfüllt sein müssen, um selbstständig als Pflegefachperson tätig zu sein. Ferner schlagen wir vor, gemäss unseren Ausführungen zu Art. 8 auf die künstliche Trennung zwischen A/C und B-Leistungen zu verzichten und entsprechend Bst. b zu streichen.	1 Die Bedarfsermittlung zur Umsetzung des ärztlichen Auftrages oder der ärztlichen Anordnung erfolgt: a. für Leistungen nach Artikel 7 Absatz 2 Buchstabe a, b und c: durch eine diplomierte Pflegefachfrau oder einen diplomierten Pflegefachmann (Art. 49 KVV) in Zusammenarbeit mit der Patientin oder dem Patienten oder deren Angehörigen; das Ergebnis der Ermittlung ist dem behandelnden Arzt zur Information weiterzugeben; b. für Leistungen nach Artikel 7 Absatz 2 Buchstabe b oder bei Akut- und Übergangspflege: durch eine diplomierte Pflegefachfrau oder einen diplomierten Pflegefachmann (Art. 49 KVV) in Zusammenarbeit mit dem behandelnden Arzt sowie der Patientin oder dem Patienten oder deren Angehörigen.
SXBS	Art. 8a Abs. 2	Die Bedarfsermittlung erfasst die Beurteilung der Gesamtsituation des Patienten oder der Patientin sowie die Abklärung des Umfelds. Dies steht im Einklang mit dem in der Spitex verwendeten Abklärungsinstrument RAI Home Care (RAI HomeCare kommt in ca. 85% der Spitexorganisationen zum Einsatz).	
SXBS	Art. 8a Abs. 3	Gemäss Kommentar bezieht sich Art. 8a auf die Bedarfsermittlung im Allgemeinen (Kommentar S. 27), also auf Spitex-Organisationen, selbstständige Pflegefachkräfte und Pflegeheime. Abs. 3 verlangt einheitliche Kriterien vielmehr aber noch ein einheitliches Formular.	3 Die Bedarfsermittlung erfolgt im stationären und ambulanten Bereich jeweils aufgrund einheitlicher Kriterien. ...

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

		Wir erachten eine gleiche Ausgestaltung der Bedarfsmeldung (aus der Bedarfsermittlung ermittelte Pflegeleistungen, dargestellt in einem Formular) im ambulanten und stationären Bereich nicht als zielführend. Die Situationen sind nicht vergleichbar und es stehen für die jeweiligen Settings unterschiedliche Instrumente zur Verfügung (vgl. z.B. interRAI). Die einheitliche Ausgestaltung der Bedarfsmeldung innerhalb der Spitex wird von uns unterstützt. Diese sollte zwingend elektronisch verarbeitet werden können. Wir machen auf entsprechende aktuelle Bestrebungen im Bereich der Spitex in Zusammenarbeit mit Krankenversicherern aufmerksam. Diese werden jedoch nicht bis zur vorgesehenen Inkraftsetzung im Juli 2019 eingeführt werden können. Entsprechend wird für eine realistische Einführung eine Übergangsregelung gefordert (vgl. weiter unten).	
SXBS	Übergangsbestimmungen	Wie bereits in den Bemerkungen zu Art. 8 Abs. 3 aufgeführt, kann die Einführung eines (elektronischen) einheitlichen Bedarfsmeldung nicht auf Juli 2019 abgeschlossen werden.	Die Bedarfsermittlung in Pflegeheimen darf bis Ende 2020 noch nach bisherigem Recht durchgeführt werden.
SXBS	Art. 20 KLV	Die KLV ist auf den 1. Januar 2019 dahingehend abzuändern, dass die Leistungserbringer nach Art. 7 Abs. 1 KLV Pflegematerialien der OKP in Rechnung stellen können, unabhängig davon, ob es sich um eine Abgabe zur Selbstanwendung (gemäss MiGeL) oder der Anwendung durch eine Pflegefachperson handelt. Eventualantrag: Sollte dies aus juristischen Gründen nicht direkt über eine KLV-Änderung möglich sein, ist die Änderung raschestmöglich im übergeordneten Recht vorzunehmen.	Die Versicherung leistet eine Vergütung an Mittel und Gegenstände, die der Behandlung oder der Untersuchung im Sinne einer Überwachung der Behandlung einer Krankheit und ihrer Folgen dienen, die auf ärztliche Anordnung von einer Abgabestelle nach Artikel 55 KVV abgegeben werden und von der versicherten Person selbst oder mit Hilfe einer nichtberuflich an der Untersuchung oder der Behandlung mitwirkenden Person angewendet werden.

Versand per Email
Bundesamt für Gesundheit
Abteilung Leistungen

abteilung-leistungen@bag.admin.ch
gever@bag.admin.ch

Liestal, 15. Oktober 2018 / Ro

Stellungnahme zur Änderung der Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Kostenneutralität und Bedarfsermittlung)

Sehr geehrte Damen und Herren

Wir danken Ihnen für die Möglichkeit, zum Entwurf der Änderung der Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Kostenneutralität und Bedarfsermittlung) Stellung nehmen zu können. Der Spitex-Verband Baselland (SVBL) hat sich mit dieser Vorlage intensiv auseinandergesetzt und nimmt dazu gerne Stellung. Unsere Bemerkungen haben wir im dafür vorgesehenen Formular (vgl. Beilage) detailliert festgehalten.

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

Freundliche Grüsse

sign. Eglin *sign. Roth*

Sabine Eglin, Urs Roth,
Präsidentin Geschäftsführer

Kopie z.K.

RR Thomas Weber, Vorsteher VGD BL

Jürg Sommer / Gabriele Marty, Amt für Gesundheit BL

Bianca Maag / Ueli O. Kräuchi, Präsidentin und Geschäftsführer VBLG

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation / Kanton : Spitex-Verband Baselland

Abkürzung der Firma / Organisation : SVBL

Adresse : Schützenstrasse 4, 4410 Liestal

Kontaktperson : Urs Roth, Geschäftsführer

Telefon : 061 903 00 50 / 079 348 21 12

E-Mail : urs.roth@spitexbl.ch

Datum : 15.10.2018

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen!
2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen möchten, so können Sie unter "Extras/Dokumentenschutz aufheben" den Schreibschutz aufheben.
3. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **bis am 26. Oktober 2018** an folgende E-mail Adressen: abteilung-leistungen@bag.admin.ch
gever@bag.admin.ch

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV)

Name / Firma (bitte auf der ersten Seite angegebene Abkürzung verwenden)	Allgemeine Bemerkungen
SVBL	<u>Der SVBL lehnt die vorgeschlagene Senkung der OKP-Beiträge in der ambulanten Pflege um 3.6% entschieden ab und fordert stattdessen eine substantielle Erhöhung dieser Beiträge.</u> Die Erhöhung ist aus den folgenden Gründen unumgänglich: • Die zur Berechnung herangezogene Datengrundlage ist ungenügend. Die Spitex-Statistik erlaubt gemäss Experten keine entsprechenden Vergleiche vor und nach 2010. Zahlreiche Argumente sind nicht nachvollziehbar – beispielsweise im Bereich der Lohnentwicklung oder des Pflegematerials. • Die zentrale Annahme, die Leistungen der ambulanten Pflege müssten im Zeitraum 2010-2014 konstant bleiben, ist falsch. In der gleichen Zeit wurde das DRG-Pauschalen-System eingeführt, was zu komplexeren Pflegesituationen und insbesondere auch zu einem Anstieg der höher entschädigten Leistungen führte (Massnahmen der Abklärung, Beratung und Koordination, Massnahmen der Untersuchung und der Behandlung). Im gleichen Zeitraum wurde der Grundsatz «ambulant vor stationär» konsequent weiterverfolgt. In diesem Zusammenhang wurden – auch in Kongruenz zu den verschiedenen nationalen Gesundheitsstrategien – spezialisierte Leistungen im Bereich der ambulanten Pflege eingeführt, so beispielsweise im Bereich der Demenzpflege, Palliativpflege, Psychiatriepflege, Wochenend- und Nachtdienste. Diese Leistungen sind teurer als «herkömmliche, einfache» Pflegeleistungen. Die Spitex ist zu einem zentralen und koordinierenden Akteur der Grundversorgung geworden. • Im betrachteten Zeitraum wurde die obligatorische Krankenpflegeversicherung im Verhältnis zu den anderen Zahlern entlastet: Dies ging in zahlreichen Kantonen insbesondere auch zulasten der Patientinnen und Patienten. • Aufgrund der ungenügenden Regelung der Restfinanzierung wurden zulasten der Spitexorganisationen auch finanzpolitisch motivierte Entscheide in Kantonen und Gemeinden getroffen. Es ist dringend zu definieren, was in den Beiträgen und der Restfinanzierung alles enthalten sein muss bzw. was separat vergütet wird. Sonst ist die Finanzierungssicherheit der Spitexorganisationen längerfristig nicht gewährleistet, worunter letztlich die Patienten leiden. Zudem führen die Auswirkungen der Urteile des Bundesverwaltungsgerichts 2017 zu einem riesigen Chaos im Bereich der Anwendung und Abrechnung von Pflegematerial. Dieser Entscheid ist in der Praxis so nicht umsetzbar und ruft dringend nach Lösungen. Der SVBL fordert die Legalisierung der vormaligen, gut funktionierenden Praxis betreffend Verrechnung von Pflegematerial (vgl. nachfolgend Detailbemerkungen zu Kap. 3.1.2) auf den 1. Januar 2019.

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

Der SVBL begrüsst den Willen des Bundesrates, den administrativen Aufwand zu verringern und die Pflege besser zu anerkennen. Die dazu vorgeschlagenen Massnahmen werden jedoch als praxisfern und unausgegoren erachtet. Wir schlagen deshalb verschiedene Änderungen vor, die zu einer sinnvollen Umsetzung führen.

Mit Eröffnung der Vernehmlassung hat der Bundesrat auch den umfassenden externen Evaluationsbericht von INFRAS zur Neuordnung der Pflegefinanzierung veröffentlicht. Für uns ist es unverständlich, warum der Bericht in der ganzen Vorlage nicht erwähnt wird und seine Erkenntnisse nicht eingeflossen sind. Der Evaluationsbericht von INFRAS zeigt sehr wohl verschiedene Lücken der Neuordnung der Pflegefinanzierung auf. Wir betrachten die aus dem Evaluationsbericht von INFRAS gezogenen Konklusionen als ungenügend und damit als verpasste Chance, Verbesserungen an der Pflegefinanzierung vorzunehmen. Die systematische Nicht-Berücksichtigung der Erkenntnisse des Berichts und die getroffenen Annahmen insbesondere zur Veränderung der Beiträge in der ambulanten Pflege sind aus unserer Sicht nicht nachvollziehbar.

Detailbemerkungen zum Berichtsteil «Kostenneutralität der Pflegebeiträge»

Legitimation der Kostenneutralität (1.1)

Aus Sicht des SVBL fehlt die Grundlage, um aufzuzeigen, dass die Regelung im ersten Jahr nach Inkrafttreten dieser Gesetzesänderung nicht eingehalten worden ist. Die Evaluation erklärt zur Erreichung des Hauptziels der NPF (**Hervorhebungen SVBL**): *«Die Vermeidung einer zusätzlichen finanziellen Belastung der OKP konnte – bedingt durch mit der NPF [Neue Pflegefinanzierung] festgelegten fixen Beiträgen an die Pflegeleistungen – voll erreicht werden.»* Gerne sei an dieser Stelle darauf hingewiesen, dass selbst Versicherer sich im Rahmen der Evaluation Pflegefinanzierung geäussert haben, die OKP sei entlastet worden.

Statistische Grundlagen (3.1)

Wir weisen auf eine Problematik in der Spitex-Statistik hin, welche auf S. 57 des Evaluationsberichts von INFRAS wie folgt beschrieben wird (**Hervorhebungen SVBL**): *«Dieser Bruch in den Daten der Spitex-Statistik verunmöglicht einerseits einen direkten Vergleich der Gesamtkosten vor und nach dem Jahr 2010. Eine Einschätzung zur Grössenordnung der Verzerrung der Daten ist mit den vorliegenden Daten nicht möglich.»* Unseres Erachtens kann aus diesem Grund die Spitex-Statistik nicht für einen «vorher-nachher-Vergleich» beigezogen werden.

Pflegeheime (2)

Der SVBL äussert sich nicht zu den Erläuterungen und Berechnungen im Bereich der Heime. Wir unterstützen jedoch eine Erhöhung der OKP-Beiträge in diesem Bereich (vgl. auch Stellungnahme der IG Pflegefinanzierung [\[Link\]](#)).

Nebenleistungen (3.1.2)

Das Kapitel 3.1.2 dreht sich wesentlich auch um die Kostenübernahme des Pflegematerials. Wie bereits mehrfach in Gesprächen mit dem BAG festgehalten und von diesem auch anerkannt, sind die Kosten für Pflegematerial nicht oder nur ungenügend in die Berechnungen zur NPF eingeflossen. Weiter wurde das eingesetzte Material seit Einführung der NPF weiterentwickelt und hat sich entsprechend verteuert. So können z.B. moderne (und teurere) Wundverbände länger aufgelegt werden und benötigen dagegen weniger Pflegeleistungen durch eine Pflegefachperson. Aber auch wenn man annehmen würde, die Kalkulation sei auf das Jahr 2011 korrekt gemacht worden, geht die Argumentation im Bericht (S. 13f) nicht auf: Es wird festgehalten, dass die Spitex-Organisationen auch aus Effizienzgründen im Verlauf der letzten Jahre das Materialmanagement immer mehr an Dritte

Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung) Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018

ausgelagert haben (Apotheken, Ärzte, Materialzulieferer). Daraus schliesst das zuständige Amt, dass die KLV-Beiträge nun zu hoch wären (und in der Konsequenz eigentlich noch stärker gekürzt werden müssten). Dabei werden die beiden Urteile des Bundesverwaltungsgerichts aus dem Jahr 2017 nicht berücksichtigt, welche besagen, dass die im Rahmen der Pflegehandlung verwendeten Materialien nicht separat verrechnet werden dürfen. Wie weitherum bekannt ist, verursachen diese beiden Gerichtsurteile grosse Probleme und administrativen Zusatzaufwand. Eine Lösung ist dringend erforderlich.

Wir gehen weiter unten auf diesen Punkt deshalb noch gesondert ein (Änderungsantrag zu KLV Art. 20 per 1. Januar 2019) und beantragen, dass die Leistungserbringer der Pflege gemäss Art. 7 Abs. 1 KLV das Pflegematerial der OKP in Rechnung stellen können. Auf die Trennung des Materials zwischen Selbstanwendung und Anwendung durch eine Pflegefachperson ist dabei zu verzichten. Damit soll die in den vergangenen Jahren funktionierende Praxis legalisiert werden. Aufgrund der je nach Pflegeleistung sehr unterschiedlich anfallenden Kosten ist eine pauschalisierte Einrechnung in den OKP-Beiträgen der ambulanten Pflege nicht sinnvoll. Damit würden materialintensive Leistungen (z.B. Wundpflege) zu tief abgegolten. Entsprechend muss Pflegematerial separat (und nicht pauschalisiert) in Rechnung gestellt werden können. *[Eventualantrag: Sollte dies aus juristischen Gründen nicht direkt über eine KLV-Änderung möglich sein, ist die Änderung raschestmöglich im übergeordneten Recht vorzunehmen.]*

Akut- und Übergangspflege (3.1.3)

Wir bitten hier um eine sorgfältige Analyse des Evaluationsberichts von INFRAS. Dieser zeigt auf, dass die derzeitige Ausgestaltung der AÜP nicht genügt.

Die Annahme, dass neu mehr Leistungen in der Pflege dank der AÜP erbracht würden, kann anhand der Spitex-Statistik nicht belegt werden. Das Suggestieren, wonach mit der AÜP das Stundentotal (unbegründet) ausgeweitet werden soll, weisen wir entschieden zurück. Eine AÜP basiert auf einer Verordnung durch einen Spitalarzt/eine Spitalärztin und kann entsprechend nicht willkürlich ausgeweitet werden.

Entwicklung der Leistungsstruktur nach Behandlungstyp (3.1.6)

Es ist für uns nicht nachvollziehbar, wie man zur Annahme gelangt, dass die Leistungsstruktur nach Behandlungstyp 2010-2014 konstant geblieben sei. Mit der Einführung der DRG in den Spitälern, mit der Umsetzung des Konzepts «ambulant vor stationär» sind in den vergangenen Jahren immer komplexere Fälle in die ambulante Pflege eingetreten. So hatten beispielsweise auch die Palliativpflege, Onkologiepflege, Psychiatriepflege und weitere spezialisierte Pflegeleistungen ihrerseits eine Erhöhung des Anteils A- und B-Leistungen zur Folge. Darauf wird selbst in Berichten des BAG entsprechend hingewiesen (vgl. beispielsweise den Bericht «Abgeltung von Leistungen im Rahmen der koordinierten Versorgung», 2018). Logischerweise gehen im Gegenzug die C-Leistungen anteilmässig zurück. Graphik 2 und Graphik 3 auf Seite 15 verdeutlichen dies sehr gut. Dennoch wird aus den Zahlen geschlossen, dass diese «relativ konstant» seien. Vielmehr aber erklären diese (gewollten) Verschiebungen im Leistungsmix auch wesentlich die Verteuerung des Stundenkostensatzes.

Löhne und allgemeine Teuerung (3.1.7)

Die Löhne im Pflegebereich sind in den letzten Jahren sehr wohl angestiegen. Fachkräftebedarf, Nacht- und Wochenendeinsätze, Spezialisierungen führten zu Lohn-zunahmen. Entsprechend erachten wir die Berücksichtigung der Löhne als Kostenfaktor als zentral und weisen die Nicht-Berücksichtigung dieses Faktors zurück.

Berechnung des Kostenfaktors der Pflegebeiträge (3.2)

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

Ziel der Kostenkorrektur ist die Gewährleistung, dass die Einführung der KLV-Beiträge im Jahr des Übergangs 2010/2011 kostenneutral für die OKP erfolgte. Die Gegenüberstellung der Zahlen von 2010 bis 2014 ist problematisch. Bereits im Evaluationsbericht von INFRAS wird erklärt, dass der Bruch in den Daten in der Spitex-Statistik einen direkten Vergleich der Gesamtkosten vor und nach dem Jahr 2010 nicht zulässt (vgl. auch oben). Im Bericht wird an verschiedenen Stellen (s. Kap. 3.1.1) darauf hingewiesen, dass die Konsistenz der vorhandenen Daten aus verschiedenen Gründen zu wünschen übriglässt. So wird festgehalten, dass Einnahmen aus Leistungen nach KLV 7 unter verschiedenen Rubriken erfasst wurden, dass die erwerbswirtschaftlichen Organisationen erst ab 2010 (und auch dann noch nicht alle) in der Statistik erfasst wurden und dass die selbstständigen Pflegefachpersonen von Zürich und Genf im Jahr 2010 noch nicht in der Statistik erfasst wurden, etc. Für den SVBL stellt sich prinzipiell die Frage, ob man angesichts der Unsicherheiten in den Daten überhaupt die Kostenneutralität bei Einführung 2011 so detailliert überprüfen kann, wie es die Formel und deren Ergebnis 3.6 Prozent suggerieren. Der SVBL erachtet die Schlussfolgerungen bzw. die Senkung der Beiträge auf dieser «morschen» Datenbasis als unseriös und willkürlich.

Aus Sicht des SVBL sind die Pflegebeiträge umgekehrt zwingend zu erhöhen. Verschiedene Faktoren zeigen auf, dass die Berechnungsgrundlage nach nahezu 15 Jahren dringend überarbeitet werden muss:

- Die Datengrundlage von 2004 berücksichtigte verschiedene Faktoren ungenügend. So beispielsweise die Kosten des Pflegematerials oder die Wegzeiten.
- Seit Einführung der neuen Pflegefinanzierung hat aufgrund der Strategie der Kantone «ambulant vor stationär» und bedingt durch gesellschaftliche Entwicklungen (mehr Single-Haushalte, Individualität etc.) die Nachfrage nach ambulanten Pflegeleistungen stark zugenommen.
- Parallel dazu ist auch der Bedarf an speziellen Pflegeangeboten weiter stark gewachsen: Palliative Care, Demenzpflege, Psychiatriepflege, Onkologiepflege, Kinderspitex gehören heute vielerorts zum Angebot einer Spitex-Organisation (vgl. auch die diesbezüglichen Strategien des Bundes und der Kantone). Es ist auch künftig mit einer Zunahme dieser Entwicklung zu rechnen (vgl. etwa Nationales Forschungsprogramm «Lebensende», NFP 67, oder das Postulat 18.3384 der SGK-SR «Bessere Betreuung und Behandlung von Menschen am Lebensende»). Für diese Leistungen müssen Personal mit Zusatzausbildung eingesetzt und spezielle Hilfsmittel verwendet werden. Nicht zuletzt aufgrund dieser Entwicklung kommt es zu einer Kostenverschiebung vom stationären zum ambulanten Bereich.
- Stark zunehmend ist seit 2011 ebenfalls der Bedarf an 24h-Dienstleistungen und Notfalldiensten. Teilweise ist dieser ebenfalls an spezialisierte Angebote gekoppelt (Palliative Care, Kinderspitex). Andererseits führen aber auch sich verändernde Betreuungssituationen zu diesem Mehrbedarf.

Trotz diesen augenscheinlichen Faktoren war für die OKP in den letzten Jahren keine Erhöhung der Beiträge in Sicht bzw. von den zuständigen Stellen geplant.

Diese Mehrbelastung musste fast ausschliesslich von der öffentlichen Hand (in unserem Kanton von den Gemeinden) oder über Anpassungen/Erhöhungen der Patientenbeitragssätze von den Betroffenen selbst getragen werden (vgl. Evaluationsbericht INFRAS S. 8, 9, 60, 63). Die Restfinanzierer versuchten diese Mehrausgaben zu vermeiden (z.B. durch Sparmassnahmen), abzuwälzen (durch eine stärkere Belastung der Patientinnen und Patienten) oder aufzuschieben. Dagegen wurde die OKP im Bereich der ambulanten Pflege sogar entlastet – und damit das Ziel der Vermeidung einer Mehrbelastung «übertroffen».

Fazit: Die Leistungen im Bereich der Pflege sind in den vergangenen Jahren anspruchsvoller und kostenintensiver und die Pflegesituationen komplexer geworden. Eine zunehmende Spezialisierung führte auch zu neuen, höheren Anforderungen. Auch der Fachkräftemangel befeuert die Lohndiskussion. In der gleichen Zeit reduzierte sich der Anteil der OKP an den Kosten der ambulanten Pflege zum Nachteil der öffentlichen Hand und der Patienten. Diese Entwicklung kann sich nicht so fortsetzen. Es braucht eine regelmässige Anpassung der Beiträge

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

an die Kostenentwicklung. Mit einer Erhöhung der KLV-Beiträge in der ambulanten Pflege wird der frühere Anteil der OKP an den Pflegekosten wieder erreicht und fehlende Elemente (Pfleagematerial, Wegzeiten, Löhne) einbezogen. Dies würde zudem den Grundsatz «ambulant vor stationär» stärken, was aus einer volkswirtschaftlichen und gesundheitspolitischen Gesamtopitik dringend notwendig ist.

Abschliessend möchten wir noch darauf hinweisen, dass eine unterjährige Einführung angepasster OKP-Beiträge u.E. nicht praktikabel ist, da die Akteure aufgrund der Beitragsänderungen für ein Kalenderjahr zwei verschiedene Patientenbeteiligungen und zwei verschiedene Restfinanzierungen vorgeben müssten, was zu einem unverhältnismässigen administrativen Mehraufwand bei den Leistungserbringern führen würde. Da zudem ein grosser Teil der Leistungsbezogener Ergänzungsleistungen (EL) bezieht, müssten schweizweit mehrere zehntausend EL-Verfügungen zusätzlich Mitte Jahr statt wie üblich nur per Jahresanfang angepasst werden, was zu einem enormen Zusatzaufwand für die Gemeinden führen würde. Wir regen deshalb an, den Einführungszeitpunkt auf einen Jahresanfang zu legen.

Unsere zentralen Anliegen halten wir nachstehend wie folgt kurz fest:

- Es ist zwingend, dass die jetzige Anpassung der Beiträge nach Art. 7a Abs. 1 und 3 KLV die Kostenentwicklung der Pflege der letzten Jahre, insbesondere ab 2014 bis zum Zeitpunkt des Inkrafttretens der angepassten Beiträge, berücksichtigt;
- Es ist zudem vorzukehren, dass in der KLV festgehalten wird, dass die Beiträge nach Art. 7a Abs. 1 und 3 KLV mindestens alle drei Jahre an die Kostenentwicklung in der Pflege angepasst werden;
- Zudem ist zu berücksichtigen, dass die KLV dahingehend zu ändern ist, dass Leistungserbringer nach Art. 7 Abs. 1 KLV (freiberufliche Pflegefachpersonen, Spitex und Pflegeheime) Pflegematerialien der OKP in Rechnung stellen können, unabhängig davon, ob es sich um eine Abgabe im Sinne der MiGeL oder um Pflegematerial handelt, welches in der Pflege angewendet wird. Die bisherige Finanzierung soll legalisiert und weitergeführt werden. Spitex und freiberufliche Pflegefachpersonen müssen die Möglichkeit erhalten, das Pflegematerial separat abzurechnen. Die Anpassungen bezüglich der Pflegematerialien ist in einem beschleunigten Verfahren auf den 1.1.2019 in Kraft zu setzen.

Detailbemerkungen zum Berichtsteil «Bedarfsermittlung»

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

Die vorgeschlagenen Änderungen der Prozesse der Bedarfsermittlung im Bereich der ambulanten Pflege sind u.E. noch zu wenig durchdacht. Wir haben zahlreiche Vorschläge zur Optimierung des Prozesses. Insbesondere ist eine Begriffsklärung notwendig: Die Bedarfsermittlung in der Spitex erfolgt umfassend (gemäss Art. 8a Abs. 2) vielerorts mit dem Instrument RAI Home Care. Aus der Bedarfsermittlung wird die Pflegeplanung abgeleitet und die nötigen Pflegeleistungen werden bestimmt. Die Zusammenfassung der Pflegeleistungen wird in einem Formular (Bedarfsmeldung, siehe Art. 8a, Abs. 3) dargestellt. Fazit: Wir verweisen auf unsere Verbesserungsvorschläge, die wir direkt bei den Kommentaren zu den einzelnen Bestimmungen weiter unten festgehalten haben.			
Name / Firma	Artikel	Kommentar / Bemerkungen	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
SVBL	Art. 7a Abs. 1	Die Senkung der Beiträge aus der OKP für die Pflege zu Hause erachten wir als nicht sachgerecht und unzureichend hergeleitet sowie absolut nicht nachvollziehbar. Wir verweisen auf die vorstehenden diesbezüglichen allgemeinen Bemerkungen und unterstreichen daraus Folgendes: • Der Expertenbericht kommt zum Schluss, dass die anteilmässige Belastung der OKP im Betrachtungszeitraum von 72% auf 70% gesunken und somit das Ziel, die Kostenneutralität einzuhalten, mehr als erreicht worden ist. • Ebenso bleibt unbeachtet, dass die Lohnkosten deutlich angestiegen sind und aufgrund des Bedarfs an Pflegefachpersonal wohl weiter steigen wird. • Weiter hatten und haben die konsequente Verfolgung der Strategie «ambulant vor stationär» zur Folge, dass spezialisierte (und damit teurere) Dienstleistungen (z.B. Palliativpflege, Onkologiepflege, Psychiatriepflege) verstärkt Eingang in die ambulante Pflege gefunden haben (vgl. dazu diverse Strategien des Bundes).	Der SVBL fordert eine substantielle Erhöhung der Beiträge.

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

		Ein Weiterführen der bisherigen Beiträge führt in unserem Kanton zu einer laufenden Überwälzung der steigenden Kosten auf die Gemeinden sowie die Klientinnen und Klienten, was nicht weiter hingenommen werden kann.	
SVBL	Art. 8 Abs. 1	Aus Sicht des SVBL ist der neu vorgeschlagene Anordnungsprozess nicht genügend durchdacht. Heute ordnet der Arzt/die Ärztin Pflegeleistungen an. Teilweise werden gleichzeitig spezifische Massnahmen aufgrund der medizinischen Indikation angeordnet (z.B. Stützstrümpfe, Vitalzeichenmessung, Injektionen). Die abklärende Pflegefachperson stellt fest, welche Leistungen konkret benötigt werden. Diese werden im Nachgang durch den Arzt/die Ärztin (meist im Schnellverfahren ohne detaillierte Prüfung) unterschrieben. Es besteht in Fachkreisen Einigkeit, dass diese Schlussbestätigung pro forma erfolgt. Vorgeschlagene Regelung: Neu soll der Arzt/die Ärztin in einem ersten Schritt die Notwendigkeit der Pflege feststellen (Abs. 1 Bst. a) und zugleich auch festlegen, ob A-, B-, C-Leistungen benötigt werden (Abs. 1 Bst. b). Die Bedarfsermittlung erfolgt im Anschluss durch eine Pflegefachperson gemäss Art. 8a umfassend (dies entspricht auch den internationalen Standards, insbesondere dem in der Spitex fast flächendeckend eingesetzte RAI Home Care). Die Durchführung der Bedarfsermittlung stellt in der Praxis immer eine A-Leistung dar, d.h. der Arzt/die Ärztin muss in jedem Fall «A» ankreuzen, um die Abgeltung der Bedarfsermittlung zu ermöglichen. Ordnet ein Arzt/eine Ärztin Pflegeleistungen A und B an, und die Bedarfsermittlung (Beurteilung der Gesamtsituation und Abklärung des Umfelds) ergibt, dass der Klient auch C-Leistungen benötigt, braucht es nochmals eine Rücksprache mit dem Arzt/der Ärztin. Dies generiert zusätzliche Kosten und produziert unnötigen administrativen Aufwand. Zudem widerspricht es der bereits heute gängigen Praxis, wonach die Pflegefachpersonen Art und Umfang der Leistungen abklären. Der SVBL ist der Ansicht, dass die künstliche Trennung zwischen A/C-Leistungen und B-Leistungen nicht sinnvoll ist. Die Pflegefachpersonen sind in der Lage, fachlich zu beurteilen, welche Leistungen notwendig sind – auch im Bereich der Behandlungspflege (z.B. Messung der Vitalwerte, Messung Blutzucker, Wundversorgung). Der Arzt/die Ärztin	Abs. 1 b. Der Arzt oder die Ärztin kann spezifische Leistungen anordnen.

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

		wird über die aus der Bedarfsermittlung resultierenden Pflegeleistungen informiert. Im Gegenzug ist es auch wichtig, dass die Spitex die Informationen des Arztes/der Ärztin ebenfalls erhält, um so ihre Pflegeplanung bei Bedarf anpassen zu können. Im Grundsatz unterstützen wir den Vorschlag des Bundesrates, die Kompetenzen der Pflege besser zu anerkennen und den Prozess der Bedarfsmeldung (ohne Einholen der ärztlichen Unterschrift) zu vereinfachen.	
SVBL	Art. 8 Abs. 2 Bst. a+b	Der SVBL unterstützt eine Verlängerung der ärztlichen Anordnung. Dies reduziert administrative Aufwände. Die unterschiedliche Terminierung von B-Leistungen (6 Monate) und A-/C-Leistungen (12 Monate) führt in der Praxis zu einer umständlichen und unlogischen Situation und zu Mehrkosten: Sobald eine Klientin mehrere Leistungen benötigt, ist die Dauer der Anordnung zu harmonisieren. Beispiel: Läuft, wie vorgeschlagen, die Anordnung von B-Leistungen nach 6 Monaten ab (und angeordnete C-Leistungen erst nach 12 Monaten) muss nach 6 Monaten erneut eine Bedarfsermittlung erfolgen, aber nicht für die A- und C-Leistungen, die sie gleichzeitig bezieht, sondern nur für B-Leistungen. Gemäss internationalen Standards und auch gemäss Art. 8a, Abs. 2 ist die Beurteilung der Gesamtsituation und die Abklärung des Umfelds Bestandteil der Bedarfsermittlung, eine «Teil-Bedarfsermittlung», die nur mögliche B-Leistungen vorsieht widerspräche Art. 8a, Abs. 2 sowie der Logik des in der Spitex überwiegend zur Anwendung kommenden Bedarfsabklärungsinstrumentes RAI Home Care. Der beschriebene Prozess, wonach der Bedarf ausgehend von der Art der Leistung (A, B oder C) ermittelt wird, ist falsch. Anhand der umfassenden Bedarfsermittlung wird die Situation des Klienten erfasst und aus der daraus folgenden Pflegeplanung die konkreten Pflegeleistungen abgeleitet und nicht umgekehrt. Aus Gründen der Qualitätssicherung schlagen wir eine einheitliche Dauer von maximal 9 Monaten vor.	2 Der Arzt oder die Ärztin kann den Auftrag oder die Anordnung erteilen: a) für maximal 9 Monate bei Leistungen nach Artikel 7 Absatz 2 Buchstaben a, b und c. b) streichen
SVBL	Art. 8 Abs. 2 Bst. c	Die maximal 2 Wochen Akut- und Übergangspflege (AÜP) sind nicht ausreichend. Die bisherige Regelung zur AÜP ist ungenügend. Wir verweisen damit auf die Eingaben der IG Pflegefinanzierung (Link) und den Evaluationsbericht zur Neuordnung der	

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

		Pflegefinanzierung von INFRAS. In diesen Dokumenten werden die Unzulänglichkeiten der AÜP klar aufgezeigt. Eine grundlegende Änderung ist anzustreben. Sie kann jedoch nur durch eine entsprechende vorgängige KVG-Anpassung vorgenommen werden. Wir betonen somit die Notwendigkeit einer Anpassung der AÜP, verzichten aber aus obgenannten Gründen darauf, an dieser Stelle eine Änderung vorzuschlagen.	
SVBL	Art. 8a Abs. 1	Der Vorschlag des Bundesrates sieht eine Einschränkung der Bedarfsermittlung auf Pflegefachpersonen vor. Der SVBL unterstützt diese Gleichstellung der verschiedenen Pflegebereiche. Als problematisch erachten wird den Verweis auf Art. 49 KVV. Dieser verlangt zwei Nachweise: Ein Diplom (Bst. a) sowie eine zweijährige praktische Tätigkeit (Bst. b). Letztere Einschränkung ist aus Sicht des SVBL klar zurückzuweisen. Die Ausbildungscurricula für diplomierte Pflegefachpersonen sehen die Tätigkeiten der Bedarfsermittlung explizit vor. Ausgebildetes diplomiertes Personal ist entsprechend in der Lage, die Bedarfsermittlung mit Abschluss der Ausbildung vorzunehmen. Um die Bedarfsermittlung RAI Home Care durchführen zu dürfen, absolvieren die Pflegefachpersonen zusätzlich eine mehrtägige Schulung. Die Einräumung einer zweijährigen Frist zur Durchführung einer Bedarfsermittlung wäre eine massive Einschränkung der heutigen Praxis in den Spitex-Betrieben und würde sich negativ auf die Attraktivität der Spitex als Arbeitgeberin auswirken. Aus unserer Sicht bestimmt Art. 49 KVV die Voraussetzungen, die erfüllt sein müssen, um selbstständig als Pflegefachperson tätig zu sein. Ferner schlagen wir vor, gemäss unseren Ausführungen zu Art. 8 auf die künstliche Trennung zwischen A/C und B-Leistungen zu verzichten und entsprechend Bst. b zu streichen.	1 Die Bedarfsermittlung zur Umsetzung des ärztlichen Auftrages oder der ärztlichen Anordnung erfolgt: a. für Leistungen nach Artikel 7 Absatz 2 Buchstabe a, b und c: durch eine diplomierte Pflegefachfrau oder einen diplomierten Pflegefachmann (Art. 49 KVV) in Zusammenarbeit mit der Patientin oder dem Patienten oder deren Angehörigen; das Ergebnis der Ermittlung ist dem behandelnden Arzt zur Information weiterzugeben; b. für Leistungen nach Artikel 7 Absatz 2 Buchstabe b oder bei Akut- und Übergangspflege: durch eine diplomierte Pflegefachfrau oder einen diplomierten Pflegefachmann (Art. 49 KVV) in Zusammenarbeit mit dem behandelnden Arzt sowie der Patientin oder dem Patienten oder deren Angehörigen.
SVBL	Art. 8a Abs. 2	Die Bedarfsermittlung erfasst die Beurteilung der Gesamtsituation des Patienten oder der Patientin sowie die Abklärung des Umfelds. Dies steht im Einklang mit dem in der Spitex verwendeten Abklärungsinstrument RAI Home Care (RAI HomeCare kommt in ca. 85% der Spitexorganisationen zum Einsatz).	

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

SVBL	Art. 8a Abs. 3	Gemäss Kommentar bezieht sich Art. 8a auf die Bedarfsermittlung im Allgemeinen (Kommentar S. 27), also auf Spitex-Organisationen, selbstständige Pflegefachkräfte und Pflegeheime. Abs. 3 verlangt einheitliche Kriterien vielmehr aber noch ein einheitliches Formular. Wir erachten eine gleiche Ausgestaltung der Bedarfsmeldung (aus der Bedarfsermittlung ermittelte Pflegeleistungen, dargestellt in einem Formular) im ambulanten und stationären Bereich nicht als zielführend. Die Situationen sind nicht vergleichbar und es stehen für die jeweiligen Settings unterschiedliche Instrumente zur Verfügung (vgl. z.B. interRAI). Die einheitliche Ausgestaltung der Bedarfsmeldung innerhalb der Spitex wird von uns unterstützt. Diese sollte zwingend elektronisch verarbeitet werden können. Wir machen auf entsprechende aktuelle Bestrebungen im Bereich der Spitex in Zusammenarbeit mit Krankenversicherern aufmerksam. Diese werden jedoch nicht bis zur vorgesehenen Inkraftsetzung im Juli 2019 eingeführt werden können. Entsprechend wird für eine realistische Einführung eine Übergangsregelung gefordert (vgl. weiter unten).	3 Die Bedarfsermittlung erfolgt im stationären und ambulanten Bereich jeweils aufgrund einheitlicher Kriterien. ...
SVBL	Übergangsbestimmungen	Wie bereits in den Bemerkungen zu Art. 8 Abs. 3 aufgeführt, kann die Einführung eines (elektronischen) einheitlichen Bedarfsmeldung nicht auf Juli 2019 abgeschlossen werden.	Die Bedarfsermittlung in Pflegeheimen darf bis Ende 2020 noch nach bisherigem Recht durchgeführt werden.
SVBL	Art. 20 KLV	Die KLV ist auf den 1. Januar 2019 dahingehend abzuändern, dass die Leistungserbringer nach Art. 7 Abs. 1 KLV Pflegematerialien der OKP in Rechnung stellen können, unabhängig davon, ob es sich um eine Abgabe zur Selbstanwendung (gemäss MiGeL) oder der Anwendung durch eine Pflegefachperson handelt. Eventualantrag: Sollte dies aus juristischen Gründen nicht direkt über eine KLV-Änderung möglich sein, ist die Änderung raschestmöglich im übergeordneten Recht vorzunehmen.	Die Versicherung leistet eine Vergütung an Mittel und Gegenstände, die der Behandlung oder der Untersuchung im Sinne einer Überwachung der Behandlung einer Krankheit und ihrer Folgen dienen, die auf ärztliche Anordnung von einer Abgabestelle nach Artikel 55 KVV abgegeben werden und von der versicherten Person selbst oder mit Hilfe einer nichtberuflich an der Untersuchung oder der Behandlung mitwirkenden Person angewendet werden.

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation / Kanton : Centro Sanitario Bregaglia
Spitex

Abkürzung der Firma / Organisation : Spitex Bregaglia

Adresse : Flin, 7606 Promontogno

Kontaktperson : Alain Vetterli, Direktor Centro Sanitario Bregaglia
Marina Giacometti, verantwortliche Spitex Bregaglia

Telefon : 081 822 18 04

E-Mail : spitex@csbregaglia.ch

Datum : 25.10.2018

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen!
2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen möchten, so können Sie unter "Extras/Dokumentenschutz aufheben" den Schreibschutz aufheben.
3. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **bis am 26. Oktober 2018** an folgende E-mail Adressen: abteilung-leistungen@bag.admin.ch
gever@bag.admin.ch

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV)	
Name / Firma (bitte auf der ersten Seite angegebene Abkürzung verwenden)	Allgemeine Bemerkungen
Spitex Bregaglia	Spitex Bregaglia lehnt die vorgeschlagene Senkung der OKP-Beiträge in der ambulanten Pflege um 3.6% entschieden ab und fordert stattdessen eine <u>substantielle</u> Erhöhung dieser Beiträge. Die Erhöhung ist aus folgenden Gründen unumgänglich: - Die zur Berechnung herangezogene Datengrundlage ist ungenügend. Die Spitex Statistik erlaubt gemäss Experten keine entsprechenden Vergleiche vor und nach 2010. Zahlreiche Argumente sind nicht nachvollziehbar – beispielsweise im Bereich der Lohnentwicklung oder des Pflegematerials. - Die zentrale Annahme, die Leistungen der ambulanten Pflege müssten im Zeitraum 2010-2014 konstant bleiben, ist falsch. In der gleichen Zeit wurde das DRG-Pauschalen-System eingeführt, was zu komplexeren Pflegesituationen und insbesondere auch zu einem Anstieg der höher entschädigten Leistungen führte (Massnahmen der Abklärung, Beratung und Koordination, Massnahmen der Untersuchung und der Behandlung). Im gleichen Zeitraum wurde der Grundsatz «ambulant vor stationär» konsequent weiterverfolgt. In diesem Zusammenhang wurden –auch in Kongruenz zu den verschiedenen nationalen Gesundheitsstrategien – spezialisierte Leistungen im Bereich der ambulanten Pflege eingeführt, so beispielsweise im Bereich der Demenzpflege, Palliativpflege, Psychiatriepflege, Wochenend- und Nachtdienste. Diese Leistungen sind teurer als «herkömmliche, einfache» Pflegeleistungen. Die Spitex ist zu einem zentralen und koordinierenden Akteur der Grundversorgung geworden. - Im betrachteten Zeitraum wurde die obligatorische Krankenpflegeversicherung im Verhältnis zu den anderen Zahlern entlastet: Dies ging in zahlreichen Kantonen insbesondere zulasten der Patientinnen und Patienten. - Aufgrund der ungenügenden Regelung der Restfinanzierung wurden zulasten der Spitexorganisationen auch finanzpolitisch motivierte Entscheide in Kantonen und Gemeinden getroffen. Es ist dringend zu definieren, was in den Beiträgen und der Restfinanzierung alles enthalten sein muss oder was separat vergütet wird – z.B. Wegzeiten, Pflegematerial. Sonst ist die Finanzierungssicherheit der Spitexorganisationen längerfristig nicht gewährleistet, worunter schlussendlich die Patienten leiden. Zudem führen die Auswirkungen der Urteile des Bundesverwaltungsgerichts 2017 zu einem riesigen Chaos im Bereich der Anwendung und Abrechnung von Pflegematerial. Dieser Entscheid ist so in der Praxis nicht umsetzbar und ruft dringend nach Lösungen. Spitex Bregaglia fordert die Legalisierung der bisherigen, gut funktionierenden Praxis betreffend Verrechnung von Pflegematerial (vgl. nachfolgend Detailbemerkungen zu Kap. 3.1.2) auf den 1. Januar 2019.

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

Spitex Bregaglia begrüsst den Willen des Bundesrates, den administrativen Aufwand zu verringern und die Pflege besser zu anerkennen. Die dazu vorgeschlagenen Massnahmen werden jedoch als praxisfern und unausgegoren erachtet. Spitex Bregaglia schlägt deshalb verschiedene Änderungen vor, die zu einer sinnvollen Umsetzung führen.

Mit Eröffnung der Vernehmlassung hat der Bundesrat auch den umfassenden externen Evaluationsbericht von INFRAS zur Neuordnung der Pflegefinanzierung veröffentlicht. Für Spitex Bregaglia ist es unverständlich, warum der Bericht in der ganzen Vorlage nicht erwähnt wird und seine Erkenntnisse nicht eingeflossen sind. Der Evaluationsbericht von INFRAS zeigt sehr wohl verschiedene Lücken der Neuordnung der Pflegefinanzierung auf. Wir betrachten die aus dem Evaluationsbericht von INFRAS gezogenen Konklusionen als ungenügend und damit als verpasste Chance, Verbesserungen an der Pflegefinanzierung vorzunehmen.

Die systematische Nicht-Berücksichtigung der Erkenntnisse des Berichts und die getroffenen Annahmen insbesondere zur Veränderung der Beiträge in der ambulanten Pflege sind aus unserer Sicht nicht nachvollziehbar.

Bevor wir auf die Bemerkungen und Änderungsvorschläge zu den konkreten KLV-Artikeln kommen, möchten wir auf verschiedene Punkte des Vernehmlassungsberichts eingehen:

Generelle Bemerkungen zum Vernehmlassungsbericht

Der Bericht und die vorgeschlagenen Bestimmungen wirken nicht abgestimmt. Der Bericht ist kompliziert geschrieben, hat Lücken und ist nicht leserfreundlich. Einige Beispiele:

- S. 13, 3.1.2 Nebenleistungen und Leistungen anderer Sozialversicherer: zu letzteren findet sich kein Wort in diesem Kapitel
- S. 15, 3.1.6 Graphik 2 und 3: Hier wird fälschlicherweise von der Verteilung der Pflegeintensität gesprochen. Vielmehr bildet die Graphik jedoch die Verteilung der Leistungskategorien der Pflege ab.
- S. 16, 3.2 Berechnung des Korrekturfaktors der Pflegebeiträge: In der Berechnungsformel werden «Pflegetage» und «Bruttoleistungen» erwähnt: Diese spielen in der ambulanten Pflege keine Rolle. Vielmehr müsste von «Pflegestunden» und «Einnahmen» gesprochen werden.
- S. 21, 1.3 Dauer der ärztlichen Anordnung – Anpassungsvorschlag: der Anpassungsvorschlag wird nicht beschrieben.

Detailbemerkungen zum Berichtsteil Kostenneutralität der Pflegebeiträge

Legitimation der Kostenneutralität (1.1)

Aus Sicht von Spitex Bregaglia fehlt die Grundlage um aufzuzeigen, dass die Regelung im ersten Jahr nach Inkrafttreten dieser Gesetzesänderung nicht eingehalten worden ist. Die Evaluation erklärt zur Erreichung des Hauptziels der NPF (**Hervorhebungen Spitex Bregaglia**): *«Die Vermeidung einer zusätzlichen finanziellen Belastung der OKP konnte – bedingt durch mit der NPF [Neue Pflegefinanzierung] festgelegten fixen Beiträgen an die Pflegeleistungen – voll erreicht werden.»* Spitex Bregaglia weist daraufhin, dass selbst Versicherer sich im Rahmen der Evaluation Pflegefinanzierung geäußert haben, die OKP sei entlastet worden.

Statistische Grundlagen (3.1)

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

Wir weisen auf eine Problematik in der Spitex-Statistik hin, welche auf S. 57 des Evaluationsberichts von INFRAS wie folgt beschrieben wird (**Hervorhebungen Spitex Bregaglia**): «**Dieser Bruch in den Daten der Spitex-Statistik verunmöglicht einerseits einen direkten Vergleich der Gesamtkosten vor und nach dem Jahr 2010. Eine Einschätzung zur Grössenordnung der Verzerrung der Daten ist mit den vorliegenden Daten nicht möglich.**» Unseres Erachtens kann aus diesem Grund die Spitex Statistik nicht für einen Vorher-nachher-Vergleich beigezogen werden.

Pflegeheime (2)

Spitex Bregaglia äussert sich nicht zu den Erläuterungen und Berechnungen im Bereich der Heime. Wir unterstützen jedoch eine Erhöhung der OKP-Beiträge in diesem Bereich (vgl. auch Stellungnahme der IG Pflegefinanzierung [\[Link\]](#)).

Nebenleistungen (3.1.2)

Das Kapitel 3.1.2 dreht sich wesentlich auch um die Kostenübernahme des Pflegematerials. Wie bereits mehrfach in Gesprächen mit dem BAG festgehalten und von diesem auch anerkannt sind die Kosten für Pflegematerial nicht oder nur ungenügend in die Berechnungen zur NPF eingeflossen. Weiter wurde das eingesetzte Material seit Einführung der NPF weiterentwickelt und hat sich entsprechend verteuert. So können z.B. moderne (und teurere) Wundverbände länger aufgelegt werden und benötigen dagegen weniger Pflegeleistungen durch eine Pflegefachperson. Spitex Bregaglia ist nach wie vor der Ansicht, dass die OKP-Beiträge alleine aus diesen Gründen substantiell angehoben werden müssten.

Aber auch wenn man annehmen würde, die Kalkulation sei auf das Jahr 2011 korrekt gemacht worden, geht die Argumentation im Bericht (S. 13f) nicht auf: Es wird festgehalten, dass die Spitex-Organisationen auch aus Effizienzgründen im Verlauf der letzten Jahre das Materialmanagement immer mehr an Dritte ausgelagert haben (Apotheken, Ärzte, Materialzulieferer). Daraus schliesst das zuständige Amt, dass die KLV-Beiträge nun zu hoch wären (und in der Konsequenz eigentlich noch stärker gekürzt werden müssten). Dabei werden die beiden Urteile des Bundesverwaltungsgerichts aus dem Jahr 2017 nicht berücksichtigt, welche besagen, dass die im Rahmen der Pflegehandlung verwendeten Materialien nicht separat verrechnet werden dürfen. Wie weitherum bekannt ist, verursachen diese beiden Gerichtsurteile grosse Probleme und administrativen Zusatzaufwand und führen dazu, dass die Spitex-Organisationen, die für diese Materialien bis auf Zustandekommen einer Lösung mit den Restfinanzierern vorläufig vollumfänglich übernehmen müssen. Die OKP wird auch weiterhin einen Beitrag daran leisten. Wir verweisen aber primär auf unseren ersten Einwand: Das Material ist in der NPF nicht genügend berücksichtigt worden.

Weiter weisen wir darauf hin, dass die Grundlagen und Belege besonders in diesem Kapitel äusserst lückenhaft sind. Formulierungen wie «dürfte berücksichtigt haben», «es ist möglich, dass», «unklar ist», «dürften verrechnet haben», «kann von ausgegangen werden», «kann aber nicht beziffert werden», «es ist anzunehmen», «dürften etwas zu hoch sein» finden sich alleine auf den ¾-Seiten zu diesem Kapitel.

Spitex Bregaglia beantragt überdies die KLV auf den 1. Januar 2019 dahingehend zu ändern, dass die Leistungserbringer der Pflege gemäss Art. 7 Abs. 1 KLV das Pflegematerial der OKP in Rechnung stellen können, beispielsweise durch eine Änderung von Art. 20 KLV. Auf die Trennung des Materials zwischen Selbstanwendung und Anwendung durch eine Pflegefachperson ist zu verzichten. Damit soll die in den vergangenen Jahren funktionierende Praxis legalisiert werden. Aufgrund der je nach Pflegeleistung sehr unterschiedlich anfallenden Kosten ist eine pauschalisierte Einrechnung in den OKP-Beiträgen der ambulanten Pflege nicht sinnvoll. Damit würden materialintensive Leistungen (z.B. Wundpflege) zu tief abgegolten. Entsprechend muss Pflegematerial separat (und nicht pauschalisiert) in Rechnung gestellt werden können.

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

Eventualantrag: Sollte dies aus juristischen Gründen nicht direkt über eine KLV-Änderung möglich sein, ist die Änderung raschestmöglich im übergeordneten Recht vorzunehmen.

Akut- und Übergangspflege (3.1.3)

Wir bitten hier um sorgfältige Analyse des Evaluationsberichts von INFRAS. Dieser zeigt auf, dass die derzeitige Ausgestaltung der AÜP nicht genügt. Die Annahme, dass neu mehr Leistungen in der Pflege dank der AÜP erbracht würden, kann anhand der Spitex-Statistik nicht belegt werden. Das Suggestieren, wonach mit der AÜP das Stundentotal (unbegründet) ausgeweitet werden soll weisen wir entschieden zurück. Eine AÜP basiert auf einer Verordnung durch einen Spitalarzt/eine Spitalärztin und kann entsprechend nicht willkürlich ausgeweitet werden.

Entwicklung der Leistungsstruktur nach Behandlungstyp (3.1.6)

Es ist für uns nicht nachvollziehbar, wie man zur Annahme gelangt, dass die Leistungsstruktur nach Behandlungstyp 2010-2014 konstant geblieben sei (wie bereits oben beschrieben ist der Begriff «Pflegeintensität» falsch). Mit der Einführung der DRG in den Spitälern, mit der Umsetzung des Konzepts «ambulant vor stationär» sind in den vergangenen Jahren immer komplexere Fälle in die ambulante Pflege eingetreten. So hatten beispielsweise auch die Palliativpflege, Onkologiepflege, Psychiatriepflege und weitere spezialisierte Pflegeleistungen ihrerseits eine Erhöhung des Anteils A- und B-Leistungen zur Folge. Darauf wird selbst in Berichten des BAG entsprechend hingewiesen (vgl. beispielsweise den Bericht «Abgeltung von Leistungen im Rahmen der koordinierten Versorgung», 2018). Logischerweise gehen im Gegenzug die C-Leistungen anteilmässig zurück. Graphik 2 und Graphik 3 auf Seite 15 verdeutlichen dies sehr gut – dennoch wird aus den Zahlen geschlossen, dass diese «relativ konstant» seien. Vielmehr aber erklären diese (gewollten) Verschiebungen im Leistungsmix auch wesentlich die Verteuerung des Stundenkostensatzes.

Löhne und allgemeine Teuerung (3.1.7)

Die Löhne im Pflegebereich sind in den letzten Jahren sehr wohl angestiegen. Fachkräftebedarf, Nacht- und Wochenendeinsätze, Spezialisierungen führten zu Lohnzunahmen. Entsprechend erachten wir die Berücksichtigung der Löhne als Kostenfaktor als zentral und weisen die Nicht-Berücksichtigung dieser Argumentation zurück.

Berechnung des Kostenfaktors der Pflegebeiträge (3.2)

Ziel der Kostenkorrektur ist die Gewährleistung, dass die Einführung der KLV-Beiträge im Jahr des Übergangs 2010/2011 kostenneutral für die OKP erfolgte. Die Gegenüberstellung der Zahlen von 2010 bis 2014 ist problematisch. Bereits im Evaluationsbericht von INFRAS wird erklärt, dass der Bruch in den Daten in der Spitex-Statistik einen direkten Vergleich der Gesamtkosten vor und nach dem Jahr 2010 nicht zulässt (vgl. auch oben). Im Bericht wird an verschiedenen Stellen (s. Kap. 3.1.1) darauf hingewiesen, dass die Konsistenz der vorhandenen Daten aus verschiedenen Gründen zu wünschen übriglässt. So wird festgehalten, dass Einnahmen aus Leistungen nach KLV 7 unter verschiedenen Rubriken erfasst wurden, dass die erwerbswirtschaftlichen Organisationen erst ab 2010 (und auch dann noch nicht alle) in der Statistik erfasst wurden und dass die selbstständigen Pflegefachpersonen von Zürich und Genf im Jahr 2010 noch nicht in der Statistik erfasst wurden etc. Für Spitex Bregaglia stellt sich prinzipiell die Frage, ob man angesichts der Unsicherheiten in den Daten überhaupt die Kostenneutralität bei Einführung 2011 so detailliert überprüfen kann, wie es die Formel und deren Ergebnis 3.6 Prozent suggerieren. Spitex Bregaglia erachtet die Schlussfolgerungen bzw. die Senkung der Beiträge auf einer unsicheren Datenbasis als unseriös und willkürlich.

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

Aus Sicht von Spitex Bregaglia sind die Pflegebeiträge zwingend zu erhöhen. Verschiedene Faktoren zeigen auf, dass die Berechnungsgrundlage nach nahezu 15 Jahren dringend überarbeitet werden muss:

- Die Datengrundlage von 2004 berücksichtigte verschiedene Faktoren ungenügend. So beispielsweise die Kosten des Pflegematerials oder die Wegzeiten.
- Seit Einführung der neuen Pflegefinanzierung hat aufgrund der Strategie der Kantone «ambulant vor stationär» und bedingt durch gesellschaftliche Entwicklungen (mehr Single-Haushalte, Individualität etc.) die Nachfrage nach ambulanten Pflegeleistungen stark zugenommen.
- Parallel dazu ist auch der Bedarf an speziellen Pflegeangeboten weiter stark gewachsen: Palliative Care, Demenzpflege, Psychiatriepflege, Onkologiepflege, Kinderspitex gehören heute vielerorts zum Angebot einer Spitex-Organisation (vgl. auch die diesbezüglichen Strategien des Bundes und der Kantone). Es ist auch künftig mit einer Zunahme dieser Entwicklung zu rechnen (vgl. etwa Nationales Forschungsprogramm «Lebensende», NFP 67, oder das Postulat 18.3384 der SGK-SR «Bessere Betreuung und Behandlung von Menschen am Lebensende»). Für diese Leistungen müssen Personal mit Zusatzausbildung eingesetzt und spezielle Hilfsmittel verwendet werden. Nicht zuletzt aufgrund dieser Entwicklung kommt es zu einer Kostenverschiebung vom stationären zum ambulanten Bereich.
- Stark zunehmend ist seit 2011 ebenfalls der Bedarf an 24h-Dienstleistungen und Notfalldiensten. Teilweise ist dieser ebenfalls an spezialisierte Angebote gekoppelt (Palliative Care, Kinderspitex). Andererseits führen aber auch sich verändernde Betreuungssituationen zu diesem Mehrbedarf.

Trotz diesen augenscheinlichen Faktoren war für die OKP in den letzten Jahren keine Erhöhung der Beiträge in Sicht bzw. von den zuständigen Stellen geplant.

Diese Mehrbelastung musste fast ausschliesslich von den Kantonen und Gemeinden oder über Anpassungen/Erhöhungen der Patientenbeitragssätze von den Betroffenen selbst getragen werden (vgl. Evaluationsbericht INFRAS S. 8, 9, 60, 63). Die Restfinanzierer versuchten diese Mehrausgaben zu vermeiden (z.B. durch Sparmassnahmen), abzuwälzen (durch eine stärkere Belastung der Patientinnen und Patienten) oder aufzuschieben (z.T. um 3-4 Jahre verzögerte Aktualisierung der Restfinanzierungsbeiträge).

Dagegen wurde die OKP im Bereich der ambulanten Pflege sogar entlastet – und damit das Ziel der Vermeidung einer Mehrbelastung «übertroffen».

Fazit: Die Leistungen im Bereich der Pflege sind in den vergangenen Jahren anspruchsvoller und kostenintensiver und die Pflegesituationen komplexer geworden. Eine zunehmende Spezialisierung führte auch zu neuen, höheren Anforderungen. Auch der Fachkräftemangel befeuert die Lohndiskussion. In der gleichen Zeit reduzierte sich der Anteil der OKP an den Kosten der ambulanten Pflege zum Nachteil der Kantone, Gemeinden und Patienten. Diese Entwicklung kann sich nicht so fortsetzen. Es braucht eine regelmässige Anpassung der Beiträge an die Kostenentwicklung.

Mit einer Erhöhung der KLV-Beiträge in der ambulanten Pflege wird der frühere Anteil der OKP an den Pflegekosten wieder erreicht und fehlende Elemente (Pflegematerial, Wegzeiten, Löhne) einbezogen. Dies würde unseres Erachtens den Grundsatz «ambulant vor stationär» stärken.

Detailbemerkungen zum Berichtsteil «Bedarfsermittlung»

Die vorgeschlagenen Änderungen der Prozesse der Bedarfsermittlung im Bereich in der ambulanten Pflege sind u.E. aber noch zu wenig durchdacht. Wir haben zahlreiche Vorschläge zur Optimierung des Prozesses. Insbesondere ist eine Begriffsklärung notwendig: Die Bedarfsermittlung in der Spitex erfolgt umfassend (gemäss Art. 8a Abs. 2) vielerorts mit dem Instrument RAI Home Care. Aus der Bedarfsermittlung wird die Pflegeplanung abgeleitet

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

und die nötigen Pflegeleistungen werden bestimmt. Die Zusammenfassung der Pflegeleistungen wird in einem Formular (Bedarfsmeldung, siehe Art. 8a, Abs. 3) dargestellt. Gerne sind wir bereit, den interessierten Personen die Bedarfsermittlungsprozesse bei einer Spitex-Organisation aufzuzeigen.			
Name / Firma	Artikel	Kommentar / Bemerkungen	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
Spitex Bregaglia	Art. 7a Abs. 1	Die Senkung der Beiträge aus der OKP für die Pflege zu Hause erachten wir als nicht sachgerecht und unzureichend hergeleitet sowie absolut nicht nachvollziehbar. Wir verweisen auf die vorstehenden diesbezüglichen allgemeinen Bemerkungen und unterstreichen daraus folgendes: Der Expertenbericht kommt zum Schluss, dass die anteilmässige Belastung der OKP im Betrachtungszeitraum von 72% auf 70% gesunken und somit das Ziel die Kostenneutralität einzuhalten mehr als erreicht worden ist. Ebenso bleibt unbeachtet, dass die Lohnkosten deutlich angestiegen sind und aufgrund des Bedarfs an Pflegefachpersonal wohl weiter steigen wird. Weiter hatten und haben die konsequente Verfolgung der Strategie «ambulant vor stationär» zur Folge, dass spezialisierte (und damit teurere) Dienstleistungen (z.B. Palliativpflege, Onkologiepflege, Psychiatriepflege) verstärkt Eingang in die ambulante Pflege gefunden haben (vgl. dazu diverse Nationale Strategien des Bundes). Ein Weiterführen der bisherigen Beiträge führt zur laufenden Überwälzung der steigenden Kosten auf Kantone und Gemeinden (je nach kantonaler Regelung der Restfinanzierung) und die Klienten und Klientinnen.	Spitex Bregaglia fordert eine substantielle Erhöhung der Beiträge.
Spitex Bregaglia	Art. 8 Abs. 1	Aus Sicht von Spitex Bregaglia ist der neu vorgeschlagene Anordnungsprozess nicht genügend durchdacht. Heute ordnet der Arzt/die Ärztin Pflegeleistungen an. Teilweise werden gleichzeitig spezifische Massnahmen aufgrund der medizinischen Indikation angeordnet (z.B. Stützstrümpfe, Vitalzeichenmessung, Injektionen). Die abklärende Pflegefachperson stellt fest, welche Leistungen konkret benötigt werden. Diese werden im Nachgang durch den Arzt/die Ärztin (meist im Schnellverfahren ohne detaillierte Prüfung) unterschrieben. Es besteht in Fachkreisen Einigkeit, dass diese Schlussbestätigung pro forma erfolgt. Vorgeschlagene Regelung:	Abs. 1 b. Der Arzt oder die Ärztin kann spezifische Leistungen anordnen.

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

		Neu soll der Arzt/die Ärztin in einem ersten Schritt die Notwendigkeit der Pflege feststellen (Abs. 1 Bst. a) und zugleich auch festlegen, ob A-, B-, C-Leistungen benötigt werden (Abs. 1 Bst. b). Die Bedarfsermittlung erfolgt im Anschluss durch eine Pflegefachperson gemäss Art. 8a umfassend (dies entspricht auch den internationalen Standards, insbesondere dem in der Spitex fast flächendeckend eingesetzte RAI Home Care). Die Durchführung der Bedarfsermittlung stellt in der Praxis immer eine A-Leistung dar, d.h. der Arzt/die Ärztin muss in jedem Fall «A» ankreuzen, um die Abgeltung der Bedarfsermittlung zu ermöglichen. Ordnet ein Arzt/eine Ärztin Pflegeleistungen A und B an, und die Bedarfsermittlung (Beurteilung der Gesamtsituation und Abklärung des Umfelds) ergibt, dass der Klient auch C-Leistungen benötigt, braucht es nochmals eine Rücksprache mit dem Arzt/der Ärztin. Dies generiert zusätzliche Kosten und produziert unnötigen administrativen Aufwand. Zudem widerspricht es der bereits heute gängigen Praxis, wonach die Pflegefachpersonen Art und Umfang der Leistungen abklären. Spitex Bregaglia ist der Ansicht, dass die künstliche Trennung zwischen A/C-Leistungen und B-Leistungen nicht sinnvoll ist. Die Pflegefachpersonen sind in der Lage fachlich zu beurteilen, welche Leistungen notwendig sind – auch im Bereich der Behandlungspflege (z.B. Messung der Vitalwerte, Messung Blutzucker, Wundversorgung). Der Arzt/die Ärztin wird über die aus der Bedarfsermittlung resultierenden benötigten Pflegeleistungen informiert. Im Gegenzug ist es auch wichtig, dass die Spitex die Informationen des Arztes/der Ärztin ebenfalls erhält, um so ihre Pflegeplanung bei Bedarf anpassen zu können. Im Grundsatz unterstützt Spitex Bregaglia den Vorschlag des Bundesrates, die Kompetenzen der Pflege besser zu anerkennen und den Prozess der Bedarfsmeldung (ohne Einholen der ärztlichen Unterschrift) zu vereinfachen.	
Spitex Bregaglia	Art. 8 Abs. 2 Bst. a + b	Spitex Bregaglia unterstützt eine Verlängerung der ärztlichen Anordnung. Dies reduziert administrative Aufwände. Die unterschiedliche Terminierung von B-Leistungen (6 Monate) und A-/C-Leistungen (12 Monate) führt in der Praxis zu einer umständlichen und unlogischen Situation und zu Mehrkosten: Sobald eine Klientin mehrere Leistungen benötigt, ist die Dauer der Anordnung zu harmonisieren.	2 Der Arzt oder die Ärztin kann den Auftrag oder die Anordnung erteilen: a) für maximal 9 Monate bei Leistungen nach Artikel 7 Absatz 2 Buchstaben a, b und c. b) streichen

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

		Beispiel: Läuft, wie vorgeschlagen, die Anordnung von B-Leistungen nach 6 Monaten ab (und angeordnete C-Leistungen erst nach 12 Monaten) muss nach 6 Monaten erneut eine Bedarfsermittlung erfolgen, aber nicht für die A- und C-Leistungen, die sie gleichzeitig bezieht, sondern nur für B-Leistungen. Gemäss internationalen Standards und auch gemäss Art. 8a, Abs. 2 ist die Beurteilung der Gesamtsituation und die Abklärung des Umfelds Bestandteil der Bedarfsermittlung, eine «Teil-Bedarfsermittlung», die nur mögliche B-Leistungen vorsieht widerspräche Art. 8a, Abs. 2 sowie der Logik des in der Spitex überwiegend zur Anwendung kommenden Bedarfsabklärungsinstrumentes RAI Home Care. Der beschriebene Prozess, wonach der Bedarf ausgehend von der Art der Leistung (A, B oder C) ermittelt wird ist falsch. Anhand der umfassenden Bedarfsermittlung wird die Situation des Klienten erfasst und aus der daraus folgenden Pflegeplanung die konkreten Pflegeleistungen abgeleitet und nicht umgekehrt. Aus Gründen der Qualitätssicherung schlägt Spitex Bregaglia eine einheitliche Dauer von maximal 9 Monaten vor.	
Spitex Bregaglia	Art. 8 Abs. 2 Bst. c	Die maximal 2 Wochen Akut- und Übergangspflege (AÜP) sind nicht ausreichend. Die bisherige Regelung zur AÜP ist ungenügend. Wir verweisen damit auf die Eingaben der IG Pflegefinanzierung (Link) und den Evaluationsbericht zur Neuordnung der Pflegefinanzierung von INFRAS. In diesen Dokumenten werden die Unzulänglichkeiten der AÜP klar aufgezeigt. Eine grundlegende Änderung ist anzustreben. Sie kann jedoch nur durch eine entsprechende vorgängige KVG-Anpassung vorgenommen werden. Spitex Bregaglia betont die Notwendigkeit einer Anpassung der AÜP verzichtet aber aus obgenannten Gründen darauf, an dieser Stelle eine Änderung vorzuschlagen.	
Spitex Bregaglia	Art. 8a° Abs. 1	Der Vorschlag des Bundesrates sieht eine Einschränkung der Bedarfsermittlung auf Pflegefachpersonen vor. Spitex Bregaglia unterstützt diese Gleichstellung der verschiedenen Pflegebereiche. Als problematisch erachten wird den Verweis auf Art. 49 KVV, dieser verlangt zwei Nachweise: Ein Diplom (Bst. a) sowie eine zweijährige praktische Tätigkeit (Bst. b). Letztere Einschränkung ist aus Sicht Spitex Bregaglia klar zurückzuweisen. Die Ausbildungscurricula für diplomierte Pflegefachpersonen sehen die Tätigkeiten der Bedarfsermittlung explizit vor. Ausgebildetes diplomiertes Personal ist entsprechend in der Lage die Bedarfsermittlung mit Abschluss der Ausbildung vorzunehmen. Um die	1 Die Bedarfsermittlung zur Umsetzung des ärztlichen Auftrages oder der ärztlichen Anordnung erfolgt: a. für Leistungen nach Artikel 7 Absatz 2 Buchstabe a, b und c: durch eine diplomierte Pflegefachfrau oder einen diplomierten Pflegefachmann (Art. 49 KVV) in Zusammenarbeit mit der Patientin oder dem Patienten oder deren Angehörigen; das

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

		Bedarfsermittlung RAI Home Care durchführen zu dürfen, absolvieren die Pflegefachpersonen zusätzlich eine mehrtägige Schulung. Die Einräumung einer zweijährigen Frist zur Durchführung einer Bedarfsermittlung wäre eine massive Einschränkung der heutigen Praxis in den Spitex-Betrieben und würde sich negativ auf die Attraktivität der Spitex als Arbeitgeberin auswirken. Aus unserer Sicht bestimmt Art. 49 KVV die Voraussetzungen, die erfüllt sein müssen, um selbstständig als Pflegefachperson tätig zu sein. Ferner schlagen wir vor, gemäss unseren Ausführungen zu Art. 8 auf die künstliche Trennung zwischen A/C und B-Leistungen zu verzichten und entsprechend Bst. b zu streichen.	Ergebnis der Ermittlung ist dem behandelnden Arzt zur Information weiterzugeben; b. für Leistungen nach Artikel 7 Absatz 2 Buchstabe b oder bei Akut- und Übergangspflege durch eine diplomierte Pflegefachfrau oder einen diplomierten Pflegefachmann (Art. 49 KVV) in Zusammenarbeit mit dem behandelnden Arzt sowie der Patientin oder dem Patienten oder deren Angehörigen.
Spitex Bregaglia	Art. 8a Abs. 2	Die Bedarfsermittlung erfasst die Beurteilung der Gesamtsituation des Patienten oder der Patientin sowie die Abklärung des Umfelds. Dies steht im Einklang mit dem in der Spitex verwendeten Abklärungsinstrument RAI Home Care (RAI HomeCare kommt in ca. 85% der Spitexorganisationen zum Einsatz).	
Spitex Bregaglia	Art. 8a Abs. 3	Gemäss Kommentar bezieht sich Art. 8a auf die Bedarfsermittlung im Allgemeinen (Kommentar S. 27), also auf Spitex-Organisationen, selbstständige Pflegefachkräfte und Pflegeheime. Abs. 3 verlangt einheitliche Kriterien vielmehr aber noch ein einheitliches Formular. Spitex Bregaglia erachtet eine gleiche Ausgestaltung der Bedarfsmeldung (aus der Bedarfsermittlung ermittelte Pflegeleistungen, dargestellt in einem Formular) im ambulanten und stationären Bereich nicht als zielführend. Die Situationen sind nicht vergleichbar und es stehen für die jeweiligen Settings unterschiedliche Instrumente für die Bedarfsermittlung zur Verfügung (vgl. z.B. interRAI). Die einheitliche Ausgestaltung der Bedarfsmeldung innerhalb der Spitex wird von Spitex Bregaglia unterstützt – diese sollte zwingend elektronisch verarbeitet werden können. Wir machen auf entsprechende aktuelle Bestrebungen im Bereich der Spitex in Zusammenarbeit mit Krankenversicherern aufmerksam. Diese werden jedoch nicht bis zur vorgesehenen Inkraftsetzung im Juli 2019 eingeführt werden können. Entsprechend wird für eine realistische Einführung eine Übergangsregelung gefordert (vgl. weiter unten).	3 Die Bedarfsermittlung erfolgt im stationären und ambulanten Bereich jeweils aufgrund einheitlicher Kriterien. ...

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

Spitex Bregaglia	Übergangs- bestimmungen	Wie bereits in den Bemerkungen zu Art. 8 Abs. 3 aufgeführt, kann die Einführung eines (elektronischen) einheitlichen Bedarfsmeldung nicht auf Juli 2019 abgeschlossen werden.	Die Bedarfsermittlung in Pflegeheimen darf bis Ende 2020 noch nach bisherigem Recht durchgeführt werden.
Spitex Bregaglia	Art. 20 KLV	Die KLV ist auf den 1. Januar 2019 dahingehend abzuändern, dass die Leistungserbringer nach Art. 7 Abs. 1 KLV Pflegematerialien der OKP in Rechnung stellen können, unabhängig davon, ob es sich um eine Abgabe zur Selbstanwendung (gemäss MiGeL) oder der Anwendung durch eine Pflegefachperson handelt. Eventualantrag: Sollte dies aus juristischen Gründen nicht direkt über eine KLV-Änderung möglich sein, ist die Änderung raschestmöglich im übergeordneten Recht vorzunehmen.	Die Versicherung leistet eine Vergütung an Mittel und Gegenstände, die der Behandlung oder der Untersuchung im Sinne einer Überwachung der Behandlung einer Krankheit und ihrer Folgen dienen, die auf ärztliche Anordnung von einer Abgabestelle nach Artikel 55 KVV abgegeben werden und von der versicherten Person selbst oder mit Hilfe einer nichtberuflich an der Untersuchung oder der Behandlung mitwirkenden Person angewendet werden.

Bundesamt für Gesundheit
Abteilung Leistungen

abteilung-leistungen@bag.admin.ch
gever@bag.admin.ch

Einsiedeln, 19. Oktober 2018

Stellungnahme der Spitex Region Einsiedeln Ybrig Alpthal zur Änderung der Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Kostenneutralität und Bedarfsermittlung)

Sehr geehrte Damen und Herren

Der Spitex Region Einsiedeln Ybrig Alpthal nimmt nachstehend zum Entwurf der Änderung der Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Kostenneutralität und Bedarfsermittlung) Stellung.

1. Prioritäre Anliegen der Spitex Region Einsiedeln Ybrig Alpthal

Die Spitex Region Einsiedeln Ybrig Alpthal lehnt die vom Bundesrat vorgeschlagene Senkung der OKP-Beiträge in der ambulanten Pflege um 3.6% entschieden ab und fordert stattdessen eine substantielle Erhöhung dieser Beiträge. Eine Änderung der Beiträge gemäss Art. 7 KLV, welche einerseits die Entwicklung der Pflege nicht berücksichtigt und andererseits auf ungenügenden Daten basiert, wird entschieden zurückgewiesen.

Die Spitex Region Einsiedeln Ybrig Alpthal fordert die zur Legalisierung der Finanzierung der Pflegematerialien, sowohl zur Abgabe zur Selbstanwendung wie auch zur Applikation durch Pflegefachpersonen, die erforderliche Anpassung der Rechtsgrundlagen im dringlichen Verfahren (Inkraftsetzung per 01.01.2019).

Die Spitex Region Einsiedeln Ybrig Alpthal lehnt die Änderung ab, wonach für Pflegefachpersonen, welche die Bedarfsermittlung nach Art. 8a KLV durchführen, nebst dem Nachweis des Diploms ihrer Ausbildung auch eine zweijährige praktische Tätigkeit im Pflegeberuf verlangt wird.

Nachdem diplomierte Pflegefachkräfte (sowohl mit HF-Diplom als auch mit Bachelor FH) aufgrund ihrer Ausbildung ausdrücklich in der Lage sein müssen, selbstständig eine Pflegediagnose zu stellen, den Pflegebedarf zu beurteilen und die erforderlichen Massnahmen zu treffen, ist auf die Voraussetzung der zweijährigen praktischen Tätigkeit zu verzichten.

Die Spitex Region Einsiedeln Ybrig Alpthal lehnt eine unterjährige Anpassung der KLV-Beiträge entschieden ab. Er würde einen unverhältnismässigen administrativen Mehraufwand auslösen. Der Einführungszeitpunkt ist auf einen Jahresanfang zu legen.

2. Grundsätzliche Unterstützung der Stellungnahme von Spitex Schweiz

Im Übrigen unterstützt die Spitex Region Einsiedeln Ybrig Alpthal die Stellungnahme von Spitex Schweiz, Effingerstrasse 33, 3008 Bern.

Wir danken für Ihnen für die Berücksichtigung unserer Stellungnahme und stehen Ihnen für weiter Auskünfte gerne zur Verfügung.

Freundliche Grüsse

Spitex Region Einsiedeln Ybrig Alpthal

Der Präsident:

Thomas Bingisser

Die Geschäftsführerin:

Bernadette Deuber

Kopie an:

- Spitex Kantonalverbands Schwyz
- Spitex Schweiz, Effingerstrasse 33, 3008 Bern
- Departement des Innern des Kantons Schwyz

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation / Kanton : Spitex Obwalden

Abkürzung der Firma / Organisation : Spitex OW

Adresse : Kägswilerstrasse 29, 6060 Sarnen

Kontaktperson : Hans Wallimann, Präsident | Irène Röttger, Geschäftsführerin

Telefon : 041 662 90 90

E-Mail : irene.roettger@spitexow.ch

Datum : 01.10.2018

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen!
2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen möchten, so können Sie unter "Extras/Dokumentenschutz aufheben" den Schreibschutz aufheben.
3. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **bis am 26. Oktober 2018** an folgende E-mail Adressen: abteilung-leistung@bag.admin.ch
gever@bag.admin.ch

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV)

Name / Firma (bitte auf der ersten Seite angegebene Abkürzung verwenden)	Allgemeine Bemerkungen
Spitex OW	Spitex Obwalden lehnt die vorgeschlagene Senkung der OKP-Beiträge in der ambulanten Pflege um 3.6% entschieden ab und fordert stattdessen eine <u>substantielle</u> Erhöhung dieser Beiträge. Die Erhöhung ist aus folgenden Gründen unumgänglich: - Die zur Berechnung herangezogene Datengrundlage ist ungenügend. Die Spitex Statistik erlaubt gemäss Experten keine entsprechenden Vergleiche vor und nach 2010. Zahlreiche Argumente sind nicht nachvollziehbar – beispielsweise im Bereich der Lohnentwicklung oder des Pflegematerials. - Die zentrale Annahme, die Leistungen der ambulanten Pflege müssten im Zeitraum 2010-2014 konstant bleiben, ist falsch. In der gleichen Zeit wurde das DRG-Pauschalen-System eingeführt, was zu komplexeren Pflegesituationen und insbesondere auch zu einem Anstieg der höher entschädigten Leistungen führte (Massnahmen der Abklärung, Beratung und Koordination, Massnahmen der Untersuchung und der Behandlung). Im gleichen Zeitraum wurde der Grundsatz «ambulant vor stationär» konsequent weiterverfolgt. In diesem Zusammenhang wurden –auch in Kongruenz zu den verschiedenen nationalen Gesundheitsstrategien – spezialisierte Leistungen im Bereich der ambulanten Pflege eingeführt, so beispielsweise im Bereich der Demenzzpflege, Palliativpflege, Psychiatriepflege, Wochenend- und Nachtdienste. Diese Leistungen sind teurer als «herkömmliche, einfache» Pflegeleistungen. Die Spitex ist zu einem zentralen und koordinierenden Akteur der Grundversorgung geworden. - Im betrachteten Zeitraum wurde die obligatorische Krankenpflegeversicherung im Verhältnis zu den anderen Zahlern entlastet: Dies ging in zahlreichen Kantonen insbesondere zulasten der Patientinnen und Patienten. - Aufgrund der ungenügenden Regelung der Restfinanzierung wurden zulasten der Spitexorganisationen auch finanzpolitisch motivierte Entscheide in Kantonen und Gemeinden getroffen. Es ist dringend zu definieren, was in den Beiträgen und der Restfinanzierung alles enthalten sein muss oder was separat vergütet wird – z.B. Wegzeiten, Pflegematerial. Sonst ist die Finanzierungssicherheit der Spitexorganisationen längerfristig nicht gewährleistet, worunter schlussendlich die Patienten leiden. Zudem führen die Auswirkungen der Urteile des Bundesverwaltungsgerichts 2017 zu einem riesigen Chaos im Bereich der Anwendung und Abrechnung von Pflegematerial. Dieser Entscheid ist so in der Praxis nicht umsetzbar und ruft dringend nach Lösungen. Spitex Obwalden fordert die Legalisierung der bisherigen, gut funktionierenden Praxis betreffend Verrechnung von Pflegematerial (vgl. nachfolgend Detailbemerkungen zu Kap. 3.1.2) auf den 1. Januar 2019. Spitex Obwalden begrüsst den Willen des Bundesrates, den administrativen Aufwand zu verringern und die Pflege besser zu anerkennen. Die dazu vorgeschlagenen Massnahmen werden jedoch als praxisfern und unausgegoren erachtet. Spitex Schweiz schlägt deshalb verschiedene Änderungen vor, die zu einer sinnvollen Umsetzung führen. Spitex Obwalden schliesst sich den Aussagen von Spitex Schweiz an.

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

Mit Eröffnung der Vernehmlassung hat der Bundesrat auch den umfassenden externen Evaluationsbericht von INFRAS zur Neuordnung der Pflegefinanzierung veröffentlicht. Für Spitex Schweiz ist es unverständlich, warum der Bericht in der ganzen Vorlage nicht erwähnt wird und seine Erkenntnisse nicht eingeflossen sind. Der Evaluationsbericht von INFRAS zeigt sehr wohl verschiedene Lücken der Neuordnung der Pflegefinanzierung auf. Wir betrachten die aus dem Evaluationsbericht von INFRAS gezogenen Konklusionen als ungenügend und damit als verpasste Chance, Verbesserungen an der Pflegefinanzierung vorzunehmen. Die systematische Nicht-Berücksichtigung der Erkenntnisse des Berichts und die getroffenen Annahmen insbesondere zur Veränderung der Beiträge in der ambulanten Pflege sind aus unserer Sicht nicht nachvollziehbar.

Bevor wir auf die Bemerkungen und Änderungsvorschläge zu den konkreten KLV-Artikeln kommen, möchten wir auf verschiedene Punkte des Vernehmlassungsberichts eingehen:

Generelle Bemerkungen zum Vernehmlassungsbericht

Der Bericht und die vorgeschlagenen Bestimmungen wirken nicht abgestimmt. Der Bericht ist kompliziert geschrieben, hat Lücken und ist nicht leserfreundlich. Einige Beispiele:

- S. 13, 3.1.2 Nebenleistungen und Leistungen anderer Sozialversicherer: zu letzteren findet sich kein Wort in diesem Kapitel
- S. 15, 3.1.6 Graphik 2 und 3: Hier wird fälschlicherweise von der Verteilung der Pflegeintensität gesprochen. Vielmehr bildet die Graphik jedoch die Verteilung der Leistungskategorien der Pflege ab.
- S. 16, 3.2 Berechnung des Korrekturfaktors der Pflegebeiträge: In der Berechnungsformel werden «Pflegetage» und «Bruttoleistungen» erwähnt: Diese spielen in der ambulanten Pflege keine Rolle. Vielmehr müsste von «Pflegestunden» und «Einnahmen» gesprochen werden.
- S. 21, 1.3 Dauer der ärztlichen Anordnung – Anpassungsvorschlag: der Anpassungsvorschlag wird nicht beschrieben.

Detailbemerkungen zum Berichtsteil Kostenneutralität der Pflegebeiträge

Legitimation der Kostenneutralität (1.1)

Aus Sicht von Spitex Schweiz fehlt die Grundlage um aufzuzeigen, dass die Regelung im ersten Jahr nach Inkrafttreten dieser Gesetzesänderung nicht eingehalten worden ist. Die Evaluation erklärt zur Erreichung des Hauptziels der NPF (**Hervorhebungen Spitex Schweiz**): **«Die Vermeidung einer zusätzlichen finanziellen Belastung der OKP konnte – bedingt durch mit der NPF [Neue Pflegefinanzierung] festgelegten fixen Beiträgen an die Pflegeleistungen – voll erreicht werden.»** Spitex Obwalden weist daraufhin, dass selbst Versicherer sich im Rahmen der Evaluation Pflegefinanzierung geäußert haben, die OKP sei entlastet worden.

Statistische Grundlagen (3.1)

Wir weisen auf eine Problematik in der Spitex-Statistik hin, welche auf S. 57 des Evaluationsberichts von INFRAS wie folgt beschrieben wird (**Hervorhebungen Spitex Schweiz**): **«Dieser Bruch in den Daten der Spitex-Statistik verunmöglicht einerseits einen direkten Vergleich der Gesamtkosten vor und nach dem Jahr 2010. Eine Einschätzung zur Grössenordnung der Verzerrung der Daten ist mit den vorliegenden Daten nicht möglich.»** Unseres Erachtens kann aus diesem Grund die Spitex Statistik nicht für einen Vorher-nachher-Vergleich beigezogen werden.

Pflegeheime (2)

Spitex Obwalden äussert sich nicht zu den Erläuterungen und Berechnungen im Bereich der Heime.

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

Nebenleistungen (3.1.2)

Das Kapitel 3.1.2 dreht sich wesentlich auch um die Kostenübernahme des Pflegematerials. Wie bereits mehrfach in Gesprächen mit dem BAG festgehalten und von diesem auch anerkannt sind die Kosten für Pflegematerial nicht oder nur ungenügend in die Berechnungen zur NPF eingeflossen. Weiter wurde das eingesetzte Material seit Einführung der NPF weiterentwickelt und hat sich entsprechend verteuert. So können z.B. moderne (und teurere) Wundverbände länger aufgelegt werden und benötigen dagegen weniger Pflegeleistungen durch eine Pflegefachperson. Spitex Obwalden ist nach wie vor der Ansicht, dass die OKP-Beiträge alleine aus diesen Gründen substantiell angehoben werden müssten.

Aber auch wenn man annehmen würde, die Kalkulation sei auf das Jahr 2011 korrekt gemacht worden, geht die Argumentation im Bericht (S. 13f) nicht auf: Es wird festgehalten, dass die Spitex-Organisationen auch aus Effizienzgründen im Verlauf der letzten Jahre das Materialmanagement immer mehr an Dritte ausgelagert haben (Apotheken, Ärzte, Materialzulieferer). Daraus schliesst das zuständige Amt, dass die KLV-Beiträge nun zu hoch wären (und in der Konsequenz eigentlich noch stärker gekürzt werden müssten). Dabei werden die beiden Urteile des Bundesverwaltungsgerichts aus dem Jahr 2017 nicht berücksichtigt, welche besagen, dass die im Rahmen der Pflegehandlung verwendeten Materialien nicht separat verrechnet werden dürfen.

Wie weitherum bekannt ist, verursachen diese beiden Gerichtsurteile grosse Probleme und administrativen Zusatzaufwand und führen dazu, dass die Spitex-Organisationen, die für diese Materialien bis auf Zustandekommen einer Lösung mit den Restfinanzierern vorläufig vollumfänglich übernehmen müssen. Die OKP wird auch weiterhin einen Beitrag daran leisten. Wir verweisen aber primär auf unseren ersten Einwand: Das Material ist in der NPF nicht genügend berücksichtigt worden.

Weiter weisen wir darauf hin, dass die Grundlagen und Belege besonders in diesem Kapitel äusserst lückenhaft sind. Formulierungen wie «dürfte berücksichtigt haben», «es ist möglich, dass», «unklar ist», «dürften verrechnet haben», «kann von ausgegangen werden», «kann aber nicht beziffert werden», «es ist anzunehmen», «dürften etwas zu hoch sein» finden sich alleine auf den ¾-Seiten zu diesem Kapitel.

Spitex Obwalden beantragt überdies die KLV auf den 1. Januar 2019 dahingehend zu ändern, dass die Leistungserbringer der Pflege gemäss Art. 7 Abs. 1 KLV das Pflegematerial der OKP in Rechnung stellen können, beispielsweise durch eine Änderung von Art. 20 KLV. Auf die Trennung des Materials zwischen Selbstanwendung und Anwendung durch eine Pflegefachperson ist zu verzichten. Damit soll die in den vergangenen Jahren funktionierende Praxis legalisiert werden. Aufgrund der je nach Pflegeleistung sehr unterschiedlich anfallenden Kosten ist eine pauschalisierte Einrechnung in den OKP-Beiträgen der ambulanten Pflege nicht sinnvoll. Damit würden materialintensive Leistungen (z.B. Wundpflege) zu tief abgegolten. Entsprechend muss Pflegematerial separat (und nicht pauschalisiert) in Rechnung gestellt werden können.

Eventualantrag: Sollte dies aus juristischen Gründen nicht direkt über eine KLV-Änderung möglich sein, ist die Änderung raschestmöglich im übergeordneten Recht vorzunehmen.

Akut- und Übergangspflege (3.1.3)

Wir bitten hier um sorgfältige Analyse des Evaluationsberichts von INFRAS. Dieser zeigt auf, dass die derzeitige Ausgestaltung der AÜP nicht genügt.

Die Annahme, dass neu mehr Leistungen in der Pflege dank der AÜP erbracht würden, kann anhand der Spitex-Statistik nicht belegt werden. Das Suggestieren, wonach mit der AÜP das Stundentotal (unbegründet) ausgeweitet werden soll weisen wir entschieden zurück. Eine AÜP basiert auf einer Verordnung durch einen Spitalarzt/eine Spitalärztin und kann entsprechend nicht willkürlich ausgeweitet werden.

Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung) Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018

Entwicklung der Leistungsstruktur nach Behandlungstyp (3.1.6)

Es ist für uns nicht nachvollziehbar, wie man zur Annahme gelangt, dass die Leistungsstruktur nach Behandlungstyp 2010-2014 konstant geblieben sei (wie bereits oben beschrieben ist der Begriff «Pflegeintensität» falsch). Mit der Einführung der DRG in den Spitälern, mit der Umsetzung des Konzepts «ambulant vor stationär» sind in den vergangenen Jahren immer komplexere Fälle in die ambulante Pflege eingetreten. So hatten beispielsweise auch die Palliativpflege, Onkologiepflege, Psychiatriepflege und weitere spezialisierte Pflegeleistungen ihrerseits eine Erhöhung des Anteils A- und B-Leistungen zur Folge. Darauf wird selbst in Berichten des BAG entsprechend hingewiesen (vgl. beispielsweise den Bericht «Abgeltung von Leistungen im Rahmen der koordinierten Versorgung», 2018). Logischerweise gehen im Gegenzug die C-Leistungen anteilmässig zurück. Graphik 2 und Graphik 3 auf Seite 15 verdeutlichen dies sehr gut – dennoch wird aus den Zahlen geschlossen, dass diese «relativ konstant» seien. Vielmehr aber erklären diese (gewollten) Verschiebungen im Leistungsmix auch wesentlich die Verteuerung des Stundenkostensatzes.

Löhne und allgemeine Teuerung (3.1.7)

Die Löhne im Pflegebereich sind in den letzten Jahren sehr wohl angestiegen. Fachkräftebedarf, Nacht- und Wochenendeinsätze, Spezialisierungen führten zu Lohnzunahmen. Entsprechend erachten wir die Berücksichtigung der Löhne als Kostenfaktor als zentral und weisen die Nicht-Berücksichtigung dieser Argumentation zurück.

Berechnung des Kostenfaktors der Pflegebeiträge (3.2)

Ziel der Kostenkorrektur ist die Gewährleistung, dass die Einführung der KLV-Beiträge im Jahr des Übergangs 2010/2011 kostenneutral für die OKP erfolgte. Die Gegenüberstellung der Zahlen von 2010 bis 2014 ist problematisch. Bereits im Evaluationsbericht von INFRAS wird erklärt, dass der Bruch in den Daten in der Spitex-Statistik einen direkten Vergleich der Gesamtkosten vor und nach dem Jahr 2010 nicht zulässt (vgl. auch oben).

Im Bericht wird an verschiedenen Stellen (s. Kap. 3.1.1) darauf hingewiesen, dass die Konsistenz der vorhandenen Daten aus verschiedenen Gründen zu wünschen übriglässt. So wird festgehalten, dass Einnahmen aus Leistungen nach KLV 7 unter verschiedenen Rubriken erfasst wurden, dass die erwerbswirtschaftlichen Organisationen erst ab 2010 (und auch dann noch nicht alle) in der Statistik erfasst wurden und dass die selbstständigen Pflegefachpersonen von Zürich und Genf im Jahr 2010 noch nicht in der Statistik erfasst wurden etc. Für Spitex Obwalden stellt sich prinzipiell die Frage, ob man angesichts der Unsicherheiten in den Daten überhaupt die Kostenneutralität bei Einführung 2011 so detailliert überprüfen kann, wie es die Formel und deren Ergebnis 3.6 Prozent suggerieren. Spitex Obwalden erachtet die Schlussfolgerungen bzw. die Senkung der Beiträge auf einer unsicheren Datenbasis als unseriös und willkürlich.

Aus Sicht von Obwalden sind die Pflegebeiträge zwingend zu erhöhen. Verschiedene Faktoren zeigen auf, dass die Berechnungsgrundlage nach nahezu 15 Jahren dringend überarbeitet werden muss:

- Die Datengrundlage von 2004 berücksichtigte verschiedene Faktoren ungenügend. So beispielsweise die Kosten des Pflegematerials oder die Wegzeiten.
- Seit Einführung der neuen Pflegefinanzierung hat aufgrund der Strategie der Kantone «ambulant vor stationär» und bedingt durch gesellschaftliche Entwicklungen (mehr Single-Haushalte, Individualität etc.) die Nachfrage nach ambulanten Pflegeleistungen stark zugenommen.
- Parallel dazu ist auch der Bedarf an speziellen Pflegeangeboten weiter stark gewachsen: Palliative Care, Demenzpflege, Psychiatriepflege, Onkologiepflege, Kinderspitex gehören heute vielerorts zum Angebot einer Spitex-Organisation (vgl. auch die diesbezüglichen Strategien des Bundes und der Kantone). Es ist auch künftig mit einer Zunahme dieser Entwicklung zu rechnen (vgl. etwa Nationales Forschungsprogramm «Lebensende», NFP 67, oder das Postulat 18.3384 der SGK-SR «Bessere Betreuung und Behandlung von Menschen am Lebensende»). Für diese Leistungen müssen Personal mit Zusatzausbildung eingesetzt und spezielle Hilfsmittel verwendet werden. Nicht zuletzt aufgrund dieser Entwicklung kommt es zu einer Kostenverschiebung vom stationären zum ambulanten Bereich.
- Stark zunehmend ist seit 2011 ebenfalls der Bedarf an 24h-Dienstleistungen und Notfalldiensten. Teilweise ist dieser ebenfalls an spezialisierte Angebote gekoppelt (Palliative Care, Kinderspitex). Andererseits führen aber auch sich verändernde Betreuungssituationen zu diesem Mehrbedarf.

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

	Trotz diesen augenscheinlichen Faktoren war für die OKP in den letzten Jahren keine Erhöhung der Beiträge in Sicht bzw. von den zuständigen Stellen geplant. Diese Mehrbelastung musste fast ausschliesslich von den Kantonen und Gemeinden oder über Anpassungen/Erhöhungen der Patientenbeitragssätze von den Betroffenen selbst getragen werden (vgl. Evaluationsbericht INFRAS S. 8, 9, 60, 63). Die Restfinanzierer versuchten diese Mehrausgaben zu vermeiden (z.B. durch Sparmassnahmen), abzuwälzen (durch eine stärkere Belastung der Patientinnen und Patienten) oder aufzuschieben (z.T. um 3-4 Jahre verzögerte Aktualisierung der Restfinanzierungsbeiträge). Dagegen wurde die OKP im Bereich der ambulanten Pflege sogar entlastet – und damit das Ziel der Vermeidung einer Mehrbelastung «übertroffen». Fazit: Die Leistungen im Bereich der Pflege sind in den vergangenen Jahren anspruchsvoller und kostenintensiver und die Pflegesituationen komplexer geworden. Eine zunehmende Spezialisierung führte auch zu neuen, höheren Anforderungen. Auch der Fachkräftemangel befeuert die Lohndiskussion. In der gleichen Zeit reduzierte sich der Anteil der OKP an den Kosten der ambulanten Pflege zum Nachteil der Kantone, Gemeinden und Patienten. Diese Entwicklung kann sich nicht so fortsetzen. Es braucht eine regelmässige Anpassung der Beiträge an die Kostenentwicklung. Mit einer Erhöhung der KLV-Beiträge in der ambulanten Pflege wird der frühere Anteil der OKP an den Pflegekosten wieder erreicht und fehlende Elemente (Pflegematerial, Wegzeiten, Löhne) einbezogen. Dies würde unseres Erachtens den Grundsatz «ambulant vor stationär» stärken. <u>Detailbemerkungen zum Berichtsteil «Bedarfsermittlung»</u> Die vorgeschlagenen Änderungen der Prozesse der Bedarfsermittlung im Bereich in der ambulanten Pflege sind u.E. aber noch zu wenig durchdacht. Wir haben zahlreiche Vorschläge zur Optimierung des Prozesses. Insbesondere ist eine Begriffsklärung notwendig: Die Bedarfsermittlung in der Spitex erfolgt umfassend (gemäss Art. 8a Abs. 2) vielerorts mit dem Instrument RAI Home Care. Aus der Bedarfsermittlung wird die Pflegeplanung abgeleitet und die nötigen Pflegeleistungen werden bestimmt. Die Zusammenfassung der Pflegeleistungen wird in einem Formular (Bedarfsmeldung, siehe Art. 8a, Abs. 3) dargestellt. Gerne sind wir bereit, den interessierten Personen die Bedarfsermittlungsprozesse bei einer Spitex-Organisation aufzuzeigen.		
Name / Firma	Artikel	Kommentar / Bemerkungen	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
Spitex OW	Art. 7a Abs. 1	Die Senkung der Beiträge aus der OKP für die Pflege zu Hause erachten wir als nicht sachgerecht und unzureichend hergeleitet sowie absolut nicht nachvollziehbar. Wir verweisen auf die vorstehenden diesbezüglichen allgemeinen Bemerkungen und unterstreichen daraus folgendes: Der Expertenbericht kommt zum Schluss, dass die anteilmässige Belastung der OKP im Betrachtungszeitraum von 72% auf 70% gesunken und somit das Ziel die Kostenneutralität einzuhalten mehr als erreicht worden ist. Ebenso bleibt unbeachtet, dass die Lohnkosten deutlich angestiegen sind und aufgrund des Bedarfs an Pflegefachpersonal wohl weiter steigen wird. Weiter hatten und haben die konsequente Verfolgung der Strategie «ambulant vor stationär» zur Folge, dass spezialisierte (und damit teurere) Dienstleistungen (z.B. Palliativpflege,	Spitex Obwalden fordert eine substantielle Erhöhung der Beiträge.

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

		Onkologiepflege, Psychiatriepflege) verstärkt Eingang in die ambulante Pflege gefunden haben (vgl. dazu diverse Nationale Strategien des Bundes). Ein Weiterführen der bisherigen Beiträge führt zur laufenden Überwälzung der steigenden Kosten auf Kantone und Gemeinden (je nach kantonaler Regelung der Restfinanzierung) und die Klienten und Klientinnen.	
Spitex OW	Art. 8 Abs. 1	Aus Sicht von Spitex Obwalden ist der neu vorgeschlagene Anordnungsprozess nicht genügend durchdacht. Heute ordnet der Arzt/die Ärztin Pflegeleistungen an. Teilweise werden gleichzeitig spezifische Massnahmen aufgrund der medizinischen Indikation angeordnet (z.B. Stützstrümpfe, Vitalzeichenmessung, Injektionen). Die abklärende Pflegefachperson stellt fest, welche Leistungen konkret benötigt werden. Diese werden im Nachgang durch den Arzt/die Ärztin (meist im Schnellverfahren ohne detaillierte Prüfung) unterschrieben. Es besteht in Fachkreisen Einigkeit, dass diese Schlussbestätigung pro forma erfolgt. Vorgeschlagene Regelung: Neu soll der Arzt/die Ärztin in einem ersten Schritt die Notwendigkeit der Pflege feststellen (Abs. 1 Bst. a) und zugleich auch festlegen, ob A-, B-, C-Leistungen benötigt werden (Abs. 1 Bst. b). Die Bedarfsermittlung erfolgt im Anschluss durch eine Pflegefachperson gemäss Art. 8a umfassend (dies entspricht auch den internationalen Standards, insbesondere dem in der Spitex fast flächendeckend eingesetzte RAI Home Care). Die Durchführung der Bedarfsermittlung stellt in der Praxis immer eine A-Leistung dar, d.h. der Arzt/die Ärztin muss in jedem Fall «A» ankreuzen, um die Abgeltung der Bedarfsermittlung zu ermöglichen. Ordnet ein Arzt/eine Ärztin Pflegeleistungen A und B an, und die Bedarfsermittlung (Beurteilung der Gesamtsituation und Abklärung des Umfelds) ergibt, dass der Klient auch C-Leistungen benötigt, braucht es nochmals eine Rücksprache mit dem Arzt/der Ärztin. Dies generiert zusätzliche Kosten und produziert unnötigen administrativen Aufwand. Zudem widerspricht es der bereits heute gängigen Praxis, wonach die Pflegefachpersonen Art und Umfang der Leistungen abklären. Spitex Obwalden ist der Ansicht, dass die künstliche Trennung zwischen A/C-Leistungen und B-Leistungen nicht sinnvoll ist. Die Pflegefachpersonen sind in der Lage fachlich zu beurteilen, welche Leistungen notwendig sind – auch im Bereich der Behandlungspflege (z.B. Messung der Vitalwerte, Messung Blutzucker, Wundversorgung).	Abs. 1 b. Der Arzt oder die Ärztin kann spezifische Leistungen anordnen.

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

		Der Arzt/die Ärztin wird über die aus der Bedarfsermittlung resultierenden benötigten Pflegeleistungen informiert. Im Gegenzug ist es auch wichtig, dass die Spitex die Informationen des Arztes/der Ärztin ebenfalls erhält, um so ihre Pflegeplanung bei Bedarf anpassen zu können. Im Grundsatz unterstützt Spitex Obwalden den Vorschlag des Bundesrates, die Kompetenzen der Pflege besser zu anerkennen und den Prozess der Bedarfsmeldung (ohne Einholen der ärztlichen Unterschrift) zu vereinfachen.	
Spitex OW	Art. 8 Abs. 2 Bst. a + b	Spitex Obwalden unterstützt eine Verlängerung der ärztlichen Anordnung. Dies reduziert administrative Aufwände. Die unterschiedliche Terminierung von B-Leistungen (6 Monate) und A-/C-Leistungen (12 Monate) führt in der Praxis zu einer umständlichen und unlogischen Situation und zu Mehrkosten: Sobald eine Klientin mehrere Leistungen benötigt, ist die Dauer der Anordnung zu harmonisieren. Beispiel: Läuft, wie vorgeschlagen, die Anordnung von B-Leistungen nach 6 Monaten ab (und angeordnete C-Leistungen erst nach 12 Monaten) muss nach 6 Monaten erneut eine Bedarfsermittlung erfolgen, aber nicht für die A- und C-Leistungen, die sie gleichzeitig bezieht, sondern nur für B-Leistungen. Gemäss internationalen Standards und auch gemäss Art. 8a, Abs. 2 ist die Beurteilung der Gesamtsituation und die Abklärung des Umfelds Bestandteil der Bedarfsermittlung, eine «Teil-Bedarfsermittlung», die nur mögliche B-Leistungen vorsieht widerspräche Art. 8a, Abs. 2 sowie der Logik des in der Spitex überwiegend zur Anwendung kommenden Bedarfsabklärungsinstrumentes RAI Home Care. Der beschriebene Prozess, wonach der Bedarf ausgehend von der Art der Leistung (A, B oder C) ermittelt wird ist falsch. Anhand der umfassenden Bedarfsermittlung wird die Situation des Klienten erfasst und aus der daraus folgenden Pflegeplanung die konkreten Pflegeleistungen abgeleitet und nicht umgekehrt. Aus Gründen der Qualitätssicherung schlägt Spitex Obwalden eine einheitliche Dauer von maximal 9 Monaten vor.	2 Der Arzt oder die Ärztin kann den Auftrag oder die Anordnung erteilen: a) für maximal 9 Monate bei Leistungen nach Artikel 7 Absatz 2 Buchstaben a, b und c. b) streichen
Spitex OW	Art. 8 Abs. 2 Bst. c	Die maximal 2 Wochen Akut- und Übergangspflege (AÜP) sind nicht ausreichend. Die bisherige Regelung zur AÜP ist ungenügend. Spitex Schweiz verweist damit auf die Eingaben der IG Pflegefinanzierung (Link) und den Evaluationsbericht zur Neuordnung der Pflegefinanzierung von INFRAS. In diesen Dokumenten werden die Unzulänglichkeiten der AÜP klar aufgezeigt. Eine grundlegende Änderung ist anzustreben. Sie kann jedoch nur durch eine entsprechende vorgängige KVG-Anpassung vorgenommen werden.	

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

		Spitex Schweiz betont die Notwendigkeit einer Anpassung der AÜP verzichtet aber aus obgenannten Gründen darauf, an dieser Stelle eine Änderung vorzuschlagen.	
Spitex OW	Art. 8a° Abs. 1	Der Vorschlag des Bundesrates sieht eine Einschränkung der Bedarfsermittlung auf Pflegefachpersonen vor. Spitex Obwalden unterstützt diese Gleichstellung der verschiedenen Pflegebereiche. Als problematisch erachten wird den Verweis auf Art. 49 KVV, dieser verlangt zwei Nachweise: Ein Diplom (Bst. a) sowie eine zweijährige praktische Tätigkeit (Bst. b). Letztere Einschränkung ist aus Sicht Spitex Obwalden klar zurückzuweisen. Die Ausbildungscurricula für diplomierte Pflegefachpersonen sehen die Tätigkeiten der Bedarfsermittlung explizit vor. Ausgebildetes diplomiertes Personal ist entsprechend in der Lage die Bedarfsermittlung mit Abschluss der Ausbildung vorzunehmen. Um die Bedarfsermittlung RAI Home Care durchführen zu dürfen, absolvieren die Pflegefachpersonen zusätzlich eine mehrtägige Schulung. Die Einräumung einer zweijährigen Frist zur Durchführung einer Bedarfsermittlung wäre eine massive Einschränkung der heutigen Praxis in den Spitex-Betrieben und würde sich negativ auf die Attraktivität der Spitex als Arbeitgeberin auswirken. Aus unserer Sicht bestimmt Art. 49 KVV die Voraussetzungen, die erfüllt sein müssen, um selbstständig als Pflegefachperson tätig zu sein. Ferner schlagen wir vor, gemäss unseren Ausführungen zu Art. 8 auf die künstliche Trennung zwischen A/C und B-Leistungen zu verzichten und entsprechend Bst. b zu streichen.	1 Die Bedarfsermittlung zur Umsetzung des ärztlichen Auftrages oder der ärztlichen Anordnung erfolgt: a. für Leistungen nach Artikel 7 Absatz 2 Buchstabe a, b und c: durch eine diplomierte Pflegefachfrau oder einen diplomierten Pflegefachmann (Art. 49 KVV) in Zusammenarbeit mit der Patientin oder dem Patienten oder deren Angehörigen; das Ergebnis der Ermittlung ist dem behandelnden Arzt zur Information weiterzugeben; b. für Leistungen nach Artikel 7 Absatz 2 Buchstabe b oder bei Akut- und Übergangspflege: durch eine diplomierte Pflegefachfrau oder einen diplomierten Pflegefachmann (Art. 49 KVV) in Zusammenarbeit mit dem behandelnden Arzt sowie der Patientin oder dem Patienten oder deren Angehörigen.
Spitex OW	Art. 8a Abs. 2	Die Bedarfsermittlung erfasst die Beurteilung der Gesamtsituation des Patienten oder der Patientin sowie die Abklärung des Umfelds. Dies steht im Einklang mit dem in der Spitex verwendeten Abklärungsinstrument RAI Home Care (RAI HomeCare kommt in ca. 85% der Spitexorganisationen zum Einsatz).	
Spitex OW	Art. 8a Abs. 3	Gemäss Kommentar bezieht sich Art. 8a auf die Bedarfsermittlung im Allgemeinen (Kommentar S. 27), also auf Spitex-Organisationen, selbstständige Pflegefachkräfte und Pflegeheime. Abs. 3 verlangt einheitliche Kriterien vielmehr aber noch ein einheitliches Formular. Spitex Obwalden erachtet eine gleiche Ausgestaltung der Bedarfsmeldung (aus der Bedarfsermittlung ermittelte Pflegeleistungen, dargestellt in einem Formular) im ambulanten und stationären Bereich nicht als zielführend. Die Situationen sind nicht vergleichbar und es stehen für	3 Die Bedarfsermittlung erfolgt im stationären und ambulanten Bereich jeweils aufgrund einheitlicher Kriterien. ...

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

		die jeweiligen Settings unterschiedliche Instrumente für die Bedarfsermittlung zur Verfügung (vgl. z.B. interRAI). Die einheitliche Ausgestaltung der Bedarfsmeldung innerhalb der Spitex wird von Spitex Obwalden unterstützt – diese sollte zwingend elektronisch verarbeitet werden können. Wir machen auf entsprechende aktuelle Bestrebungen im Bereich der Spitex in Zusammenarbeit mit Krankenversicherern aufmerksam. Diese werden jedoch nicht bis zur vorgesehenen Inkraftsetzung im Juli 2019 eingeführt werden können. Entsprechend wird für eine realistische Einführung eine Übergangsregelung gefordert (vgl. weiter unten).	
Spitex OW	Übergangsbestimmungen	Wie bereits in den Bemerkungen zu Art. 8 Abs. 3 aufgeführt, kann die Einführung eines (elektronischen) einheitlichen Bedarfsmeldung nicht auf Juli 2019 abgeschlossen werden.	Die Bedarfsermittlung in Pflegeheimen darf bis Ende 2020 noch nach bisherigem Recht durchgeführt werden.
Spitex OW	Art. 20 KLV	Die KLV ist auf den 1. Januar 2019 dahingehend abzuändern, dass die Leistungserbringer nach Art. 7 Abs. 1 KLV Pflegematerialien der OKP in Rechnung stellen können, unabhängig davon, ob es sich um eine Abgabe zur Selbstanwendung (gemäss MiGeL) oder der Anwendung durch eine Pflegefachperson handelt. Eventualantrag: Sollte dies aus juristischen Gründen nicht direkt über eine KLV-Änderung möglich sein, ist die Änderung raschestmöglich im übergeordneten Recht vorzunehmen.	Die Versicherung leistet eine Vergütung an Mittel und Gegenstände, die der Behandlung oder der Untersuchung im Sinne einer Überwachung der Behandlung einer Krankheit und ihrer Folgen dienen, die auf ärztliche Anordnung von einer Abgabestelle nach Artikel 55 KVV abgegeben werden und von der versicherten Person selbst oder mit Hilfe einer nichtberuflich an der Untersuchung oder der Behandlung mitwirkenden Person angewendet werden.

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation / Kanton : Spitex RuLa

Abkürzung der Firma / Organisation : -

Adresse : Alpenweg 40 3284 Fräschels

Kontaktperson : Ruth Landolt

Telefon : 079 772 48 74

E-Mail : spitex-rula@sunrise.ch

Datum : 26.10.2018

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV)	
Name / Firma (bitte auf der ersten Seite angegebene Abkürzung verwenden)	Allgemeine Bemerkungen
Spitex RuLa	Spitex RuLa bedankt sich für die Gelegenheit, sich zu den vorgesehenen Änderungen der Leistungsverordnung zum KVG zu äussern. Dies betrifft die freiberuflichen Leistungserbringer unmittelbar. Zudem äussert sich Spitex RuLa zu Punkten, welche die pflegerische Versorgung oder die Pflegefachpersonen tiefgreifend betreffen. Zudem unterstützt Spitex RuLa die Argumente der IG Pflegefinanzierung: https://www.spitex.ch/files/9G0FLTJ/2018_04_26_argumentarium_igpf_d.pdf Als privates Einzelunternehmen leiste ich einen wichtigen Beitrag, die öffentliche Spitexorganisation zu entlasten. Ich erhalte keine Finanzierungshilfe von den Gemeinden und bin für das finanzielle Überleben des Unternehmens selbst verantwortlich. Die geplante Revision beschlägt einesteils die Höhe der Beiträge der OKP, anderenteils die Modalitäten der Bedarfsabklärung (neu: Bedarfsermittlung). Spitex RuLa lehnt den ersten Teil der Revision rundum und entschieden ab und erachtet den zweiten Teil im Hinblick auf die Anerkennung der Autonomie der Pflege als absolut ungenügend. Letzterer kann zu höheren Kosten bei den freiberuflichen Leistungserbringern führen, falls sie noch nicht über ein entsprechendes Tool verfügen. Die Senkung der Beiträge an die ambulante Krankenpflege ist sachlich unbegründet und deren Berechnung nicht nachvollziehbar; ausserdem torpediert sie die Bemühungen um den Aufbau einer wirksamen, zweckmässigen, wirtschaftlichen und nachhaltigen ambulanten pflegerischen Versorgung; sie widerspricht diametral der gesundheitspolitischen Strategie der Förderung der ambulanten vor der stationären Versorgung. Im Gegensatz zur vorliegenden Änderung kommt der Expertenbericht von INFRAS zum Schluss, dass die anteilmässige Belastung der OKP im Betrachtungszeitraum von 72% auf 70% gesunken und somit das Ziel die Kostenneutralität einzuhalten mehr als erreicht worden ist. Auch basierend auf dieser Grundlage ist die vorgeschlagene Senkung der OKP Beiträge unverständlich. Die vorgebliche Stärkung der Autonomie der Pflegefachpersonen punkto Bedarfsermittlung stellt aus Sicht von Spitex RuLa nichts Weiteres als den bemühten und vor allem untauglichen Versuch dar, der hängigen Volksinitiative „Für eine starke Pflege“ Wind aus den Segeln zu nehmen. Der Widerspruch zwischen der rechtlich gegebenen Teilautonomie des Pflegeberufs und der Abrechnungskompetenz laut KVG besteht auf gesetzlicher Ebene und lässt sich nicht durch Kosmetik auf Verordnungsebene auflösen. Detailbemerkungen zum Berichtsteil Kostenneutralität der Pflegebeiträge Pflege zu Hause (3.)

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

Einleitend muss festgestellt werden, dass die Berechnungen, mit denen eine Senkung der OKP-Beiträge an die ambulante Krankenpflege um sehr präzise 3.6% begründet werden, auf eine seitenlange Aneinanderreihung von – teilweise erst noch im Widerspruch zu vom Bundesrat selbst bestellten Grundlagen wie dem im Bericht mit keinem Wort erwähnten Infrass-Evaluationsbericht - Mutmassungen, Hypothesen, Konditionalsätzen und Approximationen basiert. Die vorhandenen statistischen Grundlagen sind eingestandenermassen mager und lückenhaft. Drei Beispiele unter vielen: unberücksichtigt bleibt der Umstand, dass 2010 in Zeiteinheiten von 10, in 2014 von 5 Minuten fakturiert wurde. Oder: Es wird gemutmasst, die Aufnahme neuer Leistungen wie der Koordinationsmassnahmen und des Richtens von Medikamenten habe keine Kostenfolgen gezeitigt, was so pauschal wie unsubstanziert damit begründet wird, diese Leistungen seien wohl auch früher „unter anderem Namen“ fakturiert und abgegolten worden. Oder: die im Bericht ausgewiesenen Einnahmen sind um einiges höher, als die aufgrund der geleisteten Pflegestunden errechneten, realen Kosten. Schliesslich und schlussendlich bildet die vorgeschlagene Senkung das Ergebnis eines doch recht kruden Kalküls: die Zunahme der Kosten der ambulanten Pflege wird durch die – geringere - Zunahme der erbrachten Pflegestunden dividiert, woraus geschlossen wird, dass die Stundenkosten gestiegen sind, weshalb die Stundenkosten im entsprechenden Mass gesenkt werden – mit Hinweis auf das vom Gesetzgeber angeblich vorgegebene Ziel der Kostenneutralität. Für Spitex RuLa stellt sich prinzipiell die Frage, ob man angesichts der Unsicherheiten in den Daten überhaupt die Kostenneutralität bei Einführung 2011 so detailliert überprüfen kann, wie es die Formel und deren Ergebnis 3.6 Prozent suggerieren.

Dass die absolute Anzahl erbrachter Pflegestunden steigt, sollte angesichts hinlänglich bekannter demographischer Faktoren niemanden mehr überraschen. Dass – entgegen der Behauptungen im erläuternden Bericht – auch die Pflegeintensität steigt, sollte angesichts ebenso hinlänglich bekannter Faktoren nicht nur demographischer, sondern auch gesundheitspolitischer Art (sinkende Dauer der durchschnittlichen Krankenhausaufenthaltsdauer, N.B. bei dauernd zunehmender Komplexität der Krankheitsbilder) ebenso wenig überraschen. Dies lässt sich in aller wünschbaren Deutlichkeit aus den Graphiken 2 und 3 ablesen, die einen proportional sinkenden Anteil der Grundpflege und dafür einen wachsenden Anteil Abklärung, Beratung, Untersuchung und Behandlungspflege aufweisen. Zum Nachweis der steigenden Pflegeintensität bedürfte es allerdings präziserer Indikatoren, auch angesichts der Aufgabe der Unterscheidung zwischen einfacher und komplexer Grundpflege im Rahmen der Einführung der neuen Pflegefinanzierung. Im Ergebnis lässt die der Beitragssenkung zugrunde gelegte Berechnung nicht nur jede Stringenz, sondern auch jeden Realitätsbezug vermissen: die Tendenz der vorliegenden Revision – wenn jede Zunahme der Pflegeintensität im ambulanten Bereich mit einer entsprechenden Senkung der OKP-Beiträge quittiert bzw. sanktioniert wird - weist auf ein absolut inakzeptables Desengagement der Krankenversicherung auf dem gesamten Gebiet der ambulanten Gesundheitsversorgung hin. Diese fundamentalistische Interpretation von Kostenneutralität, verbunden mit der Ausgestaltung der Pflegefinanzierung, verletzt auch fraglos den verfassungsmässigen Grundsatz der fiskalischen Äquivalenz, demgemäss es demjenigen Gemeinwesen, das die Kosten einer staatlichen Leistung trägt, zusteht, über diese Leistung zu bestimmen. Damit wäre wiederum der Nachweis erbracht, dass die von der Volksinitiative „Für eine starke Pflege“ verlangte „angemessene Abgeltung der Pflegeleistungen“ absolut unumgänglich ist.

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

(Keinen anderen Schluss lässt übrigens auch die im erläuternden Bericht schwarz auf weiss bestätigte, negative Entwicklung der Löhne des Pflegepersonals zu).

Spitex RuLa beantragt, dass die Beiträge nach Art. 7a Abs. 1 KLV regelmässig, aber mindestens alle drei Jahre, an die Kostenentwicklung in der ambulanten Pflege angepasst werden.

Subsidiär

Sollte die geplante Senkung der OKP-Beiträge an die ambulanten Pflegeleistungen tatsächlich in Kraft gesetzt werden, ist eine genügende Übergangsfrist vorzusehen. Gemäss geltendem System der Pflegefinanzierung tragen die Kantone die Verantwortung für die Restfinanzierung. Sinkt der Anteil der OKP (und dementsprechend auch der danach berechnete maximale Patientenanteil), geht die entsprechend höhere Differenz zu den Vollkosten der Pflege zulasten der Restfinanzierer. Bereits jetzt bzw. seit Einführung der neuen Pflegefinanzierung im Jahr 2011 ist festzustellen, dass die Restfinanzierung praktisch nirgends in der Schweiz zufriedenstellend geregelt ist, wie der Verband SBK anlässlich jeder Evaluation vorgebracht und bemängelt hatte – ohne dass sich je etwas verbessert hätte. Wie zuletzt die Erfahrung im Zusammenhang mit der chaotischen Umsetzung (bzw. Nichtumsetzung) der oben erwähnten Urteile des Bundesverwaltungsgerichts vom Herbst 2017 zur Abgeltung der Pflegematerialkosten zeigt, ist keine Eile der Kantone (und/oder Gemeinden) bei der Anhebung der Restfinanzierungsbeiträge zu erwarten. Wollen sich die Bundesbehörden nicht dem qualifizierten Vorwurf aussetzen, die Abgeltung der ambulanten Pflege auf dem Altar kantonaler Sparpolitik zu opfern oder opfern zu lassen, müssen sie ihre Verantwortung wahrnehmen und mindestens durch die Gewährung einer nützlichen Übergangsfrist dafür sorgen, dass keine Finanzierungslücke entsteht.

Unsere Befürchtung ist aber vielmehr, dass die geplante Senkung der OKP-Beiträge eine absolute Senkung der Abgeltung der ambulanten Pflegeleistungen induzieren wird. Auf die pflegerische Versorgung der Bevölkerung wird sich dies dahingehend auswirken, dass einzelne Leistungserbringer ihre Tätigkeit werden aufgeben, die anderen mit Einsparungen beim Personalbestand und bei der Personalqualifikation werden reagieren müssen. Das Ergebnis: verzögerte Spitalaustritte, vermehrte unnötige Komplikationen und Rehospitalisationen.

Auf jeden Fall ist eine Einführung auf Mitte Jahr aufgrund des damit verbundenen unverhältnismässigen administrativen Aufwandes abzulehnen; wie verweisen diesbezüglich auf die Stellungnahme der GDK.

Eventualanträge:

- 1. Der Zeitpunkt der Inkraftsetzung ist auf Anfang Jahr zu setzen; den Kantonen ist eine angemessene Frist zur Anpassung der Restfinanzierung zu gewähren.*
- 2. Den Kantonen ist vor Inkrafttreten der Beitragsanpassung eine genügende Übergangsfrist zu gewähren.*
- 3. Der Bundesrat erlässt zuhanden der Kantone einheitliche Kriterien zur Erhebung, Berechnung und Festsetzung der Vollkosten sowie ergänzend zur Finanzierung der Versorgungspflicht in der ambulanten Pflege.*

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

Nebenleistungen (3.1.2)

Abgesehen davon, dass als erstellt gilt, dass die Kosten des Pflegematerials bei der Einführung der geltenden Pflegefinanzierung unzureichend berücksichtigt worden sind, ist Spitex RuLa nicht der Meinung, dass die Beiträge nach Art. 7a KLV die Kosten jenes Materials 1:1 abzubilden haben; die äusserst unterschiedliche Materialintensität je nach Art der erbrachten Pflege (von der Psychiatriepflege mit praktisch unbedeutendem bis zur ambulanten Wund- und Intensivpflege mit sehr hohem Materialbedarf) verunmöglicht jede Pauschalisierung. Diese Kosten sind separat von der OKP abzugelten und die unsinnige, sachfremde und unpraktikable Unterscheidung zwischen Selbst- und Fremdanwendung aufzuheben. Angesichts des Umstandes, dass diese Kosten bis Herbst 2017 restlos von der OKP übernommen worden sind, wäre die Umsetzung dieser Forderung kostenneutral. Abgesehen davon sind auch nur die Versicherer fachlich in der Lage, den Materialbedarf an den KVG-Kriterien der Wirtschaftlichkeit, Zweckmässigkeit und Wirksamkeit zu messen.

Spitex RuLa beantragt bezüglich der Abgeltung des Pflegematerials, dass die Unterscheidung zwischen Selbst- und Fremdanwendung in dem Sinn aufzuheben ist, dass die entsprechenden Kosten wie vor den Bundesverwaltungsgerichtsurteilen vom Herbst 2017 nach MiGeL separat von der OKP abzugelten sind.

Akut- und Übergangspflege (3.1.3)

Ich erwarte hier eine sorgfältige Analyse des Evaluationsberichts von INFRAS. Dieser zeigt auf, dass die derzeitige Ausgestaltung der AÜP nicht genügt.

Die Annahme, dass neu mehr Leistungen in der Pflege dank der AÜP erbracht würden, kann anhand der Spitex-Statistik nicht belegt werden. Das Suggestieren, wonach mit der AÜP das Stundentotal (unbegründet) ausgeweitet werden soll, weise ich entschieden zurück. Eine AÜP basiert auf einer Verordnung durch einen Spitalarzt/eine Spitalärztin und kann entsprechend nicht willkürlich ausgeweitet werden.

Bedarfsermittlung und Mindestanforderungen an Pflegebedarfsermittlungssysteme

Begrifflichkeit

Im Sinne einer Vorbemerkung stelle ich fest, dass der herkömmliche, fachlich abgestützte und bewährte Begriff der Bedarfsabklärung durch den Begriff der Bedarfsermittlung ersetzt worden ist. Da dies im erläuternden Bericht beim Punkt 1.6 zwar erwähnt aber die Auswirkungen mit keinem Wort erläutert werden, kann ich über die Gründe nur Vermutungen anstellen. Damit soll wohl eine kalte Leistungskürzung erreicht werden: während die Bedarfsabklärung im Sinne einer laufenden Beobachtung des Zustandes der Patientin und der Ergebnisse der Pflege laufender Teil des Pflegeprozesses ist und entsprechend verrechnet werden kann, scheint die Bedarfsermittlung auf die Ermittlung des Pflegebedarfs bei Übernahme des Patienten bzw. zu Beginn einer Verordnungsperiode begrenzt. Spitex RuLa lehnt diesen unbegründeten Terminologiewechsel entschieden ab.

Zur Stärkung der Autonomie der Pflegefachpersonen

Der erläuternde Bericht geht ausführlich auf die – vom Bundesrat damals dezidiert abgelehnte – parlamentarische Initiative

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

11.418 (Joder) ein. Indessen scheint nach wie vor Verwirrung bezüglich des von jener Initiative verfolgten – und nun von der hängigen Volksinitiative mitverfolgten – Zwecks zu herrschen. Anders als im Kommentar auf Seite 22 dritter Absatz fälschlicherweise behauptet, regelt das KVG keine Kompetenzen; das KVG regelt die Abgeltung von Pflegeleistungen und deren Voraussetzungen. Die beruflichen Kompetenzen der Pflegefachpersonen sind Sache der kantonalen Gesundheitsgesetzgebung (und in absehbarer Zukunft zu einem bestimmten Mass des Bundesgesetzes über die Gesundheitsberufe). Von Rechts wegen sind die Pflegefachpersonen autonom, ausser auf diagnostischem und therapeutischem Gebiet, wo sie auf ärztliche Delegation tätig sind. Daran kann das KVG von Verfassungswegen nichts ändern. Das KVG kann indessen die Autonomie der Pflegefachpersonen – und damit die kantonale Kompetenzordnung – vereiteln und ins Leere laufen lassen, indem die Abgeltung von Pflegeleistungen, die dem autonomen Bereich der Pflege zugeordnet sind, vom Vorliegen einer diesbezüglichen ärztlichen Verordnung abhängig gemacht wird. Die parlamentarische Initiative Joder bezweckte einzig und alleine die Angleichung der Abgeltungsregeln des KVG an die kantonalrechtliche Kompetenzordnung – u.a. um den Anschein, dass es sich bei der Gesundheits- und Krankenpflege um einen ärztlichen Hilfsberuf handelt, zu beseitigen. Die vorliegende Verordnungsrevision tut nichts, um diesen Eingriff in die Kompetenzen der Pflegefachleute zu beseitigen; ist der Übergriff im KVG angelegt – indem es die Pflegefachpersonen nicht als (teil)eigenständige Leistungserbringer anerkennt – so muss beim KVG angesetzt werden. Dieser Weg ist mit dem Nichteintretensentscheid des Nationalrates auf die parlamentarische Initiative Joder gescheitert.

Die im Bericht vielfach bemühte sog. „Scharnierfunktion“ des Arztes hat **im Hinblick auf den autonomen Bereich** der Pflege keinerlei Daseinsberechtigung. Die dem Arzt – wenn nun auch nur noch mehr oder weniger der Form halber – zugedachte „Gatekeeper“-Funktion bei diesen typischen Pflegeleistungen ist eine Fiktion. Bezüglich des autonomen Bereiches der Pflege sind die Ärzte fachlich nicht ausgebildet und können somit keinerlei Aufsichts- oder Kontrollfunktion übernehmen. Diese Aufgabe wird vielmehr (äusserst wirksam) von der Krankenversicherung übernommen. Wie die Leistungserbringer sehr wohl wissen, stellt das Vorliegen einer ärztlichen Verordnung für eine bestimmte – auch ärztlich-delegierte! – pflegerische Verrichtung nicht die geringste Garantie dar, dass diese von der Versicherung als WZW-konform und damit als abgeltungsfähig eingestuft wird. Damit ist auch die abermals vorgeschobene Befürchtung vor einer Mengenausweitung entkräftet, wie bereits anlässlich der Debatten über die parlamentarische Initiative Joder zur Übergenüge dargelegt. Wie sollen Ärzte der Ausweitung einer Menge von Pflegeleistungen vorbeugen, deren Indikation sie nicht zu beurteilen in der Lage sind? Unverständlich sind diesbezüglich die Ausführungen im Bericht zur angeblichen „dreifachen Kontrolle der Verrechnung“: weder von den PatientInnen noch von den kantonalen (geschweige denn kommunalen) Behörden kann ernsthaft angenommen werden, dass sie diese Aufgabe auch nur im Entferntesten zu erfüllen in der Lage sind (wie dies die Kantone selber deklarieren, vgl. Vernehmlassungsstellungnahme der GDK).

Hinsichtlich der Versorgungsqualität führt die Vermengung abrechnungs- und kompetenzrechtlicher Gesichtspunkte eben nicht zu einer Verbesserung, sondern zu einer gefährlichen Rechtsunsicherheit. Die nach wie vor dem Arzt vorbehaltene Entscheidungsbefugnis hinsichtlich von Pflegemassnahmen, die sich ausserhalb seiner Kompetenzsphäre befinden, belastet

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

die interdisziplinäre Zusammenarbeit, gefährdet die PatientInnen und schafft erhebliche Rechtsunsicherheit hinsichtlich der Frage, wer im Schadenfall haftet.

Dem Anliegen der Pflege um Anerkennung ihrer Autonomie gibt die Vorlage dadurch vor entgegenzukommen, dass unterschieden wird zwischen einer ärztlichen Grundsatzentscheidung, ob eine Patientin allgemein auf Pflege angewiesen ist einerseits, und andererseits, bejahendenfalls, einer der Pflege zugestandenen Entscheidung hinsichtlich des Masses an spezifischen Pflegeleistungen. **De facto kodifiziert die Vorlage die bestehende Praxis und es kann nichts dagegen einzuwenden sein – nur dass, wie bereits wiederholt dargelegt, dies der auf Gesetzesstufe angelegten Diskriminierung der Pflegefachpersonen als autonome Leistungserbringer in keiner Weise abhilft.**

Die Unterscheidung zwischen Massnahmen der Abklärung, Beratung, Koordination und Grundpflege einerseits und Massnahmen der Untersuchung und Behandlung andererseits ist eine Selbstverständlichkeit; bei letzteren handelt es sich immerhin um originär ärztliche Verrichtungen, die vom Arzt nur explizit und unter Beachtung der obligationen-, insb. haftungsrechtlichen Delegationsgrundsätzen, an die Pflegefachpersonen übertragen werden können.

Einschränkung bei der Bedarfsermittlung

Der Vorschlag des Bundesrates sieht eine Einschränkung der Bedarfsermittlung auf Pflegefachpersonen gemäss Art. 49 KVV vor. Freiberufliche Pflegefachpersonen erfüllen diese Bedingung bereits. Allerdings würde die Änderung bedeuten, dass auch angestellte Pflegefachpersonen in einer Spitexorganisation oder einem Pflegeheim eine zweijährige praktische Tätigkeit nachzuweisen haben. Diese Einschränkung würde sich negativ auf die Attraktivität des Spitex- und Heimbereiches auswirken und den Fachkräftemangel in diesen Bereichen zusätzlich verschärfen. Diplomierte Pflegefachpersonen sind nach ihrer HF oder FH Ausbildung vollumfänglich in der Lage, eine Bedarfsabklärung vorzunehmen. Sollte sich diese Massnahme mit der aus Sicht des BAG erhöhten Autonomie rechtfertigen, erinnern wir daran, dass der SBK die zweijährige Erfahrung im Rahmen der parlamentarischen Initiative 11.418 ausschliesslich im Zusammenhang mit einer Gesetzesanpassung vorgeschlagen hat.

Antrag

Erfolgt die Bedarfsermittlung durch angestellte Pflegefachpersonen, reicht es, wenn diese im Besitz eines Diploms in Gesundheits- und Krankenpflege sind; den Nachweis von zwei Jahren Berufserfahrung gem. Art. 49 KVV müssen einzig die freiberuflich tätigen Pflegefachpersonen erbringen.

Name / Firma	Artikel	Kommentar / Bemerkungen	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
Spitex RuLa	Art. 7 Abs. 2 Bst. a Ziff. 1	Spitex RuLa lehnt diesen unbegründeten Terminologiewechsel entschieden ab	<i>Art. 7 Abs. 2 Bst. a Ziff. 1</i> 2 Leistungen im Sinne von Absatz 1 sind: a. Massnahmen der Ermittlung, Abklärung , Beratung und Koordination: 1. Ermittlung Abklärung des

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

			Pflegebedarfs und des Umfeldes des Patienten oder der Patientin und Planung der notwendigen Massnahmen
Spitex RuLa	Art. 7a Abs. 1 und 3	Ich lehne die Senkung der OKP Beiträge kategorisch ab und verweisen auf die obigen Ausführungen.	
Spitex RuLa	Art. 8 Abs. 1	De facto kodifiziert die Vorlage die bestehende Praxis und es kann nichts dagegen einzuwenden sein – nur dass, wie bereits wiederholt dargelegt, dies der auf Gesetzesstufe angelegten Diskriminierung der Pflegefachpersonen als autonome Leistungserbringer in keiner Weise abhilft.	Analog meines Einwandes bezüglich Begrifflichkeit, muss der Begriff „Ermittlung“ mit „Abklärung“ ersetzt werden.
Spitex RuLa	Art. 8 Abs. 2 Bst. c	Die maximal 2 Wochen Akut- und Übergangspflege (AÜP) sind nicht ausreichend. Die bisherige Regelung zur AÜP ist ungenügend. Wir verweisen damit auf die Eingaben der IG Pflegefinanzierung und den Evaluationsbericht zur Neuordnung der Pflegefinanzierung von INFRAS. In diesen Dokumenten werden die Unzulänglichkeiten der AÜP klar aufgezeigt. Eine grundlegende Änderung ist anzustreben. Sie kann jedoch nur durch eine entsprechende vorgängige KVG-Anpassung vorgenommen werden. Spitex RuLa betont die Notwendigkeit einer Anpassung der AÜP verzichtet aber aus obgenannten Gründen darauf, an dieser Stelle eine Änderung vorzuschlagen.	
Spitex RuLa	Art. 8a Abs. 1	Die Einschränkung bei der Bedarfsermittlung auf Pflegefachpersonen, welche Art. 49 KVV erfüllen, lehne ich ab, siehe Antrag weiter oben.	

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

Spitex RuLa	Art. 20 KLV	Die KLV ist auf den 1. Januar 2019 dahingehend abzuändern, dass die Leistungserbringer nach Art. 7 Abs. 1 KLV Pflegematerialien der OKP in Rechnung stellen können, unabhängig davon, ob es sich um eine Abgabe zur Selbstanwendung (gemäss MiGeL) oder der Anwendung durch eine Pflegefachperson handelt. Eventualantrag: Sollte dies aus juristischen Gründen nicht direkt über eine KLV-Änderung möglich sein, ist die Änderung raschestmöglich im übergeordneten Recht vorzunehmen.	Die Versicherung leistet eine Vergütung an Mittel und Gegenstände, die der Behandlung oder der Untersuchung im Sinne einer Überwachung der Behandlung einer Krankheit und ihrer Folgen dienen, die auf ärztliche Anordnung von einer Abgabestelle nach Artikel 55 KVV abgegeben werden und von der versicherten Person selbst oder mit Hilfe einer nichtberuflich an der Untersuchung oder der Behandlung mitwirkenden Person angewendet werden.
-------------	----------------	---	--

Bundesamt für Gesundheit
Abteilung Leistungen

abteilung-leistungen@bag.admin.ch
gever@bag.admin.ch

Sattel, 24. Oktober 2018

Stellungnahme der Spitex Sattel-Rothenthurm zur Änderung der Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Kostenneutralität und Bedarfsermittlung)

Sehr geehrte Damen und Herren

Die Spitex Sattel-Rothenthurm nimmt nachstehend zum Entwurf der Änderung der Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Kostenneutralität und Bedarfsermittlung) Stellung.

1. Prioritäre Anliegen der Spitex Sattel-Rothenthurm

Die Spitex Sattel-Rothenthurm lehnt die vom Bundesrat vorgeschlagene Senkung der OKP-Beiträge in der ambulanten Pflege um 3.6% entschieden ab und fordert stattdessen eine substantielle Erhöhung dieser Beiträge. Eine Änderung der Beiträge gemäss Art. 7 KLV, welche einerseits die Entwicklung der Pflege nicht berücksichtigt und andererseits auf ungenügenden Daten basiert, wird entschieden zurückgewiesen.

Die Spitex Sattel-Rothenthurm fordert die zur Legalisierung der Finanzierung der Pflegematerialien, sowohl zur Abgabe zur Selbstanwendung wie auch zur Applikation durch Pflegefachpersonen, die erforderliche Anpassung der Rechtsgrundlagen im dringlichen Verfahren (Inkraftsetzung per 01.01.2019).

Die Spitex Sattel-Rothenthurm lehnt die Änderung ab, wonach für Pflegefachpersonen, welche die Bedarfsermittlung nach Art. 8a KLV durchführen, nebst dem Nachweis des Diploms ihrer Ausbildung auch eine zweijährige praktische Tätigkeit im Pflegeberuf verlangt wird. Nachdem diplomierte Pflegefachkräfte (sowohl mit HF-Diplom als auch mit Bachelor FH) aufgrund ihrer Ausbildung ausdrücklich in der Lage sein müssen, selbstständig eine Pflegediagnose zu stellen, den Pflegebedarf zu beurteilen und die erforderlichen Massnahmen zu treffen, ist auf die Voraussetzung der zweijährigen praktischen Tätigkeit zu verzichten.

Die Spitex Sattel-Rothenthurm lehnt eine unterjährige Anpassung der KLV-Beiträge entschieden ab. Er würde einen unverhältnismässigen administrativen Mehraufwand auslösen. Der Einführungszeitpunkt ist auf einen Jahresanfang zu legen.

2. Grundsätzliche Unterstützung der Stellungnahme von Spitex Schweiz

Im Übrigen unterstützt die Spitex Sattel-Rothenthurm die Stellungnahme von Spitex Schweiz,
Effingerstrasse 33, 3008 Bern

Wir danken Ihnen für die Berücksichtigung unserer Stellungnahme und stehen Ihnen für weiter
Auskünfte gerne zur Verfügung.

Freundliche Grüsse

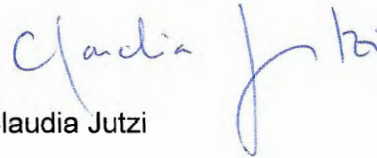
Spitex Sattel-Rothenthurm

Der Präsident



Patrick Baumann

Die Geschäftsleiterin



Claudia Jutzi

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation / Kanton : Spitex Verband der Kantone St. Gallen, Appenzell Ausserrhoden und Appenzell Innerrhoden

Abkürzung der Firma / Organisation : Spitex Verband SG|AR|AI

Adresse : Engelgasse 2, 9000 St. Gallen

Kontaktperson : Dominik Weber-Rutishauser

Telefon : 071 222 87 54

E-Mail : info@spitex.sg

Datum : 27.09.2018

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen!
2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen möchten, so können Sie unter "Extras/Dokumentenschutz aufheben" den Schreibschutz aufheben.
3. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **bis am 26. Oktober 2018** an folgende E-mail Adressen: abteilung-leistung@bag.admin.ch
gever@bag.admin.ch

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV)

Name / Firma (bitte auf der ersten Seite angegebene Abkürzung verwenden)	Allgemeine Bemerkungen
Spitex Verband SG AR AI	Spitex Verband SG AR AI lehnt die vorgeschlagene Senkung der OKP-Beiträge in der ambulanten Pflege um 3.6% entschieden ab und fordert stattdessen eine <u>substantielle</u> Erhöhung dieser Beiträge. Die Erhöhung ist aus folgenden Gründen unumgänglich: - Die zur Berechnung herangezogene Datengrundlage ist ungenügend. Die Spitex Statistik erlaubt gemäss Experten keine entsprechenden Vergleiche vor und nach 2010. Zahlreiche Argumente sind nicht nachvollziehbar – beispielsweise im Bereich der Lohnentwicklung oder des Pflegematerials. - Die zentrale Annahme, die Leistungen der ambulanten Pflege müssten im Zeitraum 2010-2014 konstant bleiben, ist falsch. In der gleichen Zeit wurde das DRG-Pauschalen-System eingeführt, was zu komplexeren Pflegesituationen und insbesondere auch zu einem Anstieg der höher entschädigten Leistungen führte (Massnahmen der Abklärung, Beratung und Koordination, Massnahmen der Untersuchung und der Behandlung). Im gleichen Zeitraum wurde der Grundsatz «ambulant vor stationär» konsequent weiterverfolgt. In diesem Zusammenhang wurden – auch in Kongruenz zu den verschiedenen nationalen Gesundheitsstrategien – spezialisierte Leistungen im Bereich der ambulanten Pflege eingeführt, so beispielsweise im Bereich der Demenzpflege, Palliativpflege, Psychiatriepflege, Wochenend- und Nachtdienste. Diese Leistungen sind teurer als «herkömmliche, einfache» Pflegeleistungen. Die Spitex ist zu einem zentralen und koordinierenden Akteur der Grundversorgung geworden. - Im betrachteten Zeitraum wurde die obligatorische Krankenpflegeversicherung im Verhältnis zu den anderen Zahlern entlastet: Dies ging in zahlreichen Kantonen insbesondere zulasten der Patientinnen und Patienten. - Aufgrund der ungenügenden Regelung der Restfinanzierung wurden zulasten der Spitexorganisationen auch finanzpolitisch motivierte Entscheide in Kantonen und Gemeinden getroffen. Es ist dringend zu definieren, was in den Beiträgen und der Restfinanzierung alles enthalten sein muss oder was separat vergütet wird – z.B. Wegzeiten, Pflegematerial. Sonst ist die Finanzierungssicherheit der Spitexorganisationen längerfristig nicht gewährleistet, worunter schlussendlich die Patienten leiden. Zudem führen die Auswirkungen der Urteile des Bundesverwaltungsgerichts 2017 zu einem riesigen Chaos im Bereich der Anwendung und Abrechnung von Pflegematerial. Dieser Entscheid ist so in der Praxis nicht umsetzbar und ruft dringend nach Lösungen. Spitex Verband SG AR AI fordert die Legalisierung der bisherigen, gut funktionierenden Praxis betreffend Verrechnung von Pflegematerial (vgl. nachfolgend Detailbemerkungen zu Kap. 3.1.2) auf den 1. Januar 2019. Spitex Verband SG AR AI begrüsst den Willen des Bundesrates, den administrativen Aufwand zu verringern und die Pflege besser zu anerkennen. Die dazu vorgeschlagenen Massnahmen werden jedoch als praxisfern und unausgegoren erachtet. Spitex Verband SG AR AI schlägt deshalb verschiedene Änderungen vor, die zu einer sinnvollen Umsetzung führen.

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

Mit Eröffnung der Vernehmlassung hat der Bundesrat auch den umfassenden externen Evaluationsbericht von INFRAS zur Neuordnung der Pflegefinanzierung veröffentlicht. Für den Spitex Verband SG|AR|AI ist es unverständlich, warum der Bericht in der ganzen Vorlage nicht erwähnt wird und seine Erkenntnisse nicht eingeflossen sind. Der Evaluationsbericht von INFRAS zeigt sehr wohl verschiedene Lücken der Neuordnung der Pflegefinanzierung auf. Wir betrachten die aus dem Evaluationsbericht von INFRAS gezogenen Konklusionen als ungenügend und damit als verpasste Chance, Verbesserungen an der Pflegefinanzierung vorzunehmen. Die systematische Nicht-Berücksichtigung der Erkenntnisse des Berichts und die getroffenen Annahmen insbesondere zur Veränderung der Beiträge in der ambulanten Pflege sind aus unserer Sicht nicht nachvollziehbar.

Bevor wir auf die Bemerkungen und Änderungsvorschläge zu den konkreten KLV-Artikeln kommen, möchten wir auf verschiedene Punkte des Vernehmlassungsberichts eingehen:

Generelle Bemerkungen zum Vernehmlassungsbericht

Der Bericht und die vorgeschlagenen Bestimmungen wirken nicht abgestimmt. Der Bericht ist kompliziert geschrieben, hat Lücken und ist nicht leserfreundlich. Einige Beispiele:

- S. 13, 3.1.2 Nebenleistungen und Leistungen anderer Sozialversicherer: zu letzteren findet sich kein Wort in diesem Kapitel
- S. 15, 3.1.6 Graphik 2 und 3: Hier wird fälschlicherweise von der Verteilung der Pflegeintensität gesprochen. Vielmehr bildet die Graphik jedoch die Verteilung der Leistungskategorien der Pflege ab.
- S. 16, 3.2 Berechnung des Korrekturfaktors der Pflegebeiträge: In der Berechnungsformel werden «Pflegetage» und «Bruttoleistungen» erwähnt: Diese spielen in der ambulanten Pflege keine Rolle. Vielmehr müsste von «Pflegestunden» und «Einnahmen» gesprochen werden.
- S. 21, 1.3 Dauer der ärztlichen Anordnung – Anpassungsvorschlag: der Anpassungsvorschlag wird nicht beschrieben.

Detailbemerkungen zum Berichtsteil Kostenneutralität der Pflegebeiträge

Legitimation der Kostenneutralität (1.1)

Aus Sicht unseres Verbandes fehlt die Grundlage um aufzuzeigen, dass die Regelung im ersten Jahr nach Inkrafttreten dieser Gesetzesänderung nicht eingehalten worden ist. Die Evaluation erklärt zur Erreichung des Hauptziels der NPF (**Hervorhebungen Spitex Verband SG|AR|AI**): **«Die Vermeidung einer zusätzlichen finanziellen Belastung der OKP konnte – bedingt durch mit der NPF [Neue Pflegefinanzierung] festgelegten fixen Beiträgen an die Pflegeleistungen – voll erreicht werden.»** Spitex Verband SG|AR|AI weist daraufhin, dass selbst Versicherer sich im Rahmen der Evaluation Pflegefinanzierung geäußert haben, die OKP sei entlastet worden.

Statistische Grundlagen (3.1)

Wir weisen auf eine Problematik in der Spitex-Statistik hin, welche auf S. 57 des Evaluationsberichts von INFRAS wie folgt beschrieben wird (**Hervorhebungen Spitex Verband SG|AR|AI**): **«Dieser Bruch in den Daten der Spitex-Statistik verunmöglicht einerseits einen direkten Vergleich der Gesamtkosten vor und nach dem Jahr 2010. Eine Einschätzung zur Grössenordnung der Verzerrung der Daten ist mit den vorliegenden Daten nicht möglich.»** Unseres Erachtens kann aus diesem Grund die Spitex Statistik nicht für einen Vorher-nachher-Vergleich beigezogen werden.

Pflegeheime (2)

Spitex Verband SG|AR|AI äussert sich nicht zu den Erläuterungen und Berechnungen im Bereich der Heime. Wir unterstützen jedoch eine Erhöhung der OKP-Beiträge in diesem Bereich (vgl. auch Stellungnahme der IG Pflegefinanzierung [\[Link\]](#)).

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

Nebenleistungen (3.1.2)

Das Kapitel 3.1.2 dreht sich wesentlich auch um die Kostenübernahme des Pflegematerials. Wie bereits mehrfach in Gesprächen mit dem BAG festgehalten und von diesem auch anerkannt sind die Kosten für Pflegematerial nicht oder nur ungenügend in die Berechnungen zur NPF eingeflossen. Weiter wurde das eingesetzte Material seit Einführung der NPF weiterentwickelt und hat sich entsprechend verteuert. So können z.B. moderne (und teurere) Wundverbände länger aufgelegt werden und benötigen dagegen weniger Pflegeleistungen durch eine Pflegefachperson. Spitex Verband SG|AR|AI ist nach wie vor der Ansicht, dass die OKP-Beiträge alleine aus diesen Gründen substantiell angehoben werden müssten.

Aber auch wenn man annehmen würde, die Kalkulation sei auf das Jahr 2011 korrekt gemacht worden, geht die Argumentation im Bericht (S. 13f) nicht auf: Es wird festgehalten, dass die Spitex-Organisationen auch aus Effizienzgründen im Verlauf der letzten Jahre das Materialmanagement immer mehr an Dritte ausgelagert haben (Apotheken, Ärzte, Materialzulieferer). Daraus schliesst das zuständige Amt, dass die KLV-Beiträge nun zu hoch wären (und in der Konsequenz eigentlich noch stärker gekürzt werden müssten). Dabei werden die beiden Urteile des Bundesverwaltungsgerichts aus dem Jahr 2017 nicht berücksichtigt, welche besagen, dass die im Rahmen der Pflegehandlung verwendeten Materialien nicht separat verrechnet werden dürfen.

Wie weitherum bekannt ist, verursachen diese beiden Gerichtsurteile grosse Probleme und administrativen Zusatzaufwand und führen dazu, dass die Spitex-Organisationen, die für diese Materialien bis auf Zustandekommen einer Lösung mit den Restfinanzierern vorläufig vollumfänglich übernehmen müssen. Die OKP wird auch weiterhin einen Beitrag daran leisten. Wir verweisen aber primär auf unseren ersten Einwand: Das Material ist in der NPF nicht genügend berücksichtigt worden.

Weiter weisen wir darauf hin, dass die Grundlagen und Belege besonders in diesem Kapitel äusserst lückenhaft sind. Formulierungen wie «dürfte berücksichtigt haben», «es ist möglich, dass», «unklar ist», «dürften verrechnet haben», «kann von ausgegangen werden», «kann aber nicht beziffert werden», «es ist anzunehmen», «dürften etwas zu hoch sein» finden sich alleine auf den ¾-Seiten zu diesem Kapitel.

Spitex Verband SG|AR|AI beantragt überdies die KLV auf den 1. Januar 2019 dahingehend zu ändern, dass die Leistungserbringer der Pflege gemäss Art. 7 Abs. 1 KLV das Pflegematerial der OKP in Rechnung stellen können, beispielsweise durch eine Änderung von Art. 20 KLV. Auf die Trennung des Materials zwischen Selbstanwendung und Anwendung durch eine Pflegefachperson ist zu verzichten. Damit soll die in den vergangenen Jahren funktionierende Praxis legalisiert werden. Aufgrund der je nach Pflegeleistung sehr unterschiedlich anfallenden Kosten ist eine pauschalisierte Einrechnung in den OKP-Beiträgen der ambulanten Pflege nicht sinnvoll. Damit würden materialintensive Leistungen (z.B. Wundpflege) zu tief abgegolten. Entsprechend muss Pflegematerial separat (und nicht pauschalisiert) in Rechnung gestellt werden können.

Eventualantrag: Sollte dies aus juristischen Gründen nicht direkt über eine KLV-Änderung möglich sein, ist die Änderung raschestmöglich im übergeordneten Recht vorzunehmen.

Akut- und Übergangspflege (3.1.3)

Wir bitten hier um sorgfältige Analyse des Evaluationsberichts von INFRAS. Dieser zeigt auf, dass die derzeitige Ausgestaltung der AÜP nicht genügt.

Die Annahme, dass neu mehr Leistungen in der Pflege dank der AÜP erbracht würden, kann anhand der Spitex-Statistik nicht belegt werden. Das Suggestieren, wonach mit der AÜP das Stundentotal (unbegründet) ausgeweitet werden soll weisen wir entschieden zurück. Eine AÜP basiert auf einer Verordnung durch einen Spitalarzt/eine Spitalärztin und kann entsprechend nicht willkürlich ausgeweitet werden.

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

Entwicklung der Leistungsstruktur nach Behandlungstyp (3.1.6)

Es ist für uns nicht nachvollziehbar, wie man zur Annahme gelangt, dass die Leistungsstruktur nach Behandlungstyp 2010-2014 konstant geblieben sei (wie bereits oben beschrieben ist der Begriff «Pflegeintensität» falsch). Mit der Einführung der DRG in den Spitälern, mit der Umsetzung des Konzepts «ambulant vor stationär» sind in den vergangenen Jahren immer komplexere Fälle in die ambulante Pflege eingetreten. So hatten beispielsweise auch die Palliativpflege, Onkologiepflege, Psychiatriepflege und weitere spezialisierte Pflegeleistungen ihrerseits eine Erhöhung des Anteils A- und B-Leistungen zur Folge. Darauf wird selbst in Berichten des BAG entsprechend hingewiesen (vgl. beispielsweise den Bericht «Abgeltung von Leistungen im Rahmen der koordinierten Versorgung», 2018). Logischerweise gehen im Gegenzug die C-Leistungen anteilmässig zurück. Graphik 2 und Graphik 3 auf Seite 15 verdeutlichen dies sehr gut – dennoch wird aus den Zahlen geschlossen, dass diese «relativ konstant» seien. Vielmehr aber erklären diese (gewollten) Verschiebungen im Leistungsmix auch wesentlich die Verteuerung des Stundenkostensatzes.

Löhne und allgemeine Teuerung (3.1.7)

Die Löhne im Pflegebereich sind in den letzten Jahren sehr wohl angestiegen. Fachkräftebedarf, Nacht- und Wochenendeinsätze, Spezialisierungen führten zu Lohnzunahmen. Entsprechend erachten wir die Berücksichtigung der Löhne als Kostenfaktor als zentral und weisen die Nicht-Berücksichtigung dieser Argumentation zurück.

Berechnung des Kostenfaktors der Pflegebeiträge (3.2)

Ziel der Kostenkorrektur ist die Gewährleistung, dass die Einführung der KLV-Beiträge im Jahr des Übergangs 2010/2011 kostenneutral für die OKP erfolgte. Die Gegenüberstellung der Zahlen von 2010 bis 2014 ist problematisch. Bereits im Evaluationsbericht von INFRAS wird erklärt, dass der Bruch in den Daten in der Spitex-Statistik einen direkten Vergleich der Gesamtkosten vor und nach dem Jahr 2010 nicht zulässt (vgl. auch oben).

Im Bericht wird an verschiedenen Stellen (s. Kap. 3.1.1) darauf hingewiesen, dass die Konsistenz der vorhandenen Daten aus verschiedenen Gründen zu wünschen übriglässt. So wird festgehalten, dass Einnahmen aus Leistungen nach KLV 7 unter verschiedenen Rubriken erfasst wurden, dass die erwerbswirtschaftlichen Organisationen erst ab 2010 (und auch dann noch nicht alle) in der Statistik erfasst wurden und dass die selbstständigen Pflegefachpersonen von Zürich und Genf im Jahr 2010 noch nicht in der Statistik erfasst wurden etc. Für den Spitex Verband SG|AR|AI stellt sich prinzipiell die Frage, ob man angesichts der Unsicherheiten in den Daten überhaupt die Kostenneutralität bei Einführung 2011 so detailliert überprüfen kann, wie es die Formel und deren Ergebnis 3.6 Prozent suggerieren. Unser Verband erachtet die Schlussfolgerungen bzw. die Senkung der Beiträge auf einer unsicheren Datenbasis als unseriös und willkürlich.

Aus Sicht des Spitex Verbands SG|AR|AI sind die Pflegebeiträge zwingend zu erhöhen. Verschiedene Faktoren zeigen auf, dass die Berechnungsgrundlage nach nahezu 15 Jahren dringend überarbeitet werden muss:

- Die Datengrundlage von 2004 berücksichtigte verschiedene Faktoren ungenügend. So beispielsweise die Kosten des Pflegematerials oder die Wegzeiten.
- Seit Einführung der neuen Pflegefinanzierung hat aufgrund der Strategie der Kantone «ambulant vor stationär» und bedingt durch gesellschaftliche Entwicklungen (mehr Single-Haushalte, Individualität etc.) die Nachfrage nach ambulanten Pflegeleistungen stark zugenommen.
- Parallel dazu ist auch der Bedarf an speziellen Pflegeangeboten weiter stark gewachsen: Palliative Care, Demenzpflege, Psychiatriepflege, Onkologiepflege, Kinderspitex gehören heute vielerorts zum Angebot einer Spitex-Organisation (vgl. auch die diesbezüglichen Strategien des Bundes und der Kantone). Es ist auch künftig mit einer Zunahme dieser Entwicklung zu rechnen (vgl. etwa Nationales Forschungsprogramm «Lebensende», NFP 67, oder das Postulat 18.3384 der SGK-SR «Bessere Betreuung und Behandlung von Menschen am Lebensende»). Für diese Leistungen müssen Personal mit Zusatzausbildung eingesetzt und spezielle Hilfsmittel verwendet werden. Nicht zuletzt aufgrund dieser Entwicklung kommt es zu einer Kostenverschiebung vom stationären zum ambulanten Bereich.

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

- Stark zunehmend ist seit 2011 ebenfalls der Bedarf an 24h-Dienstleistungen und Notfalldiensten. Teilweise ist dieser ebenfalls an spezialisierte Angebote gekoppelt (Palliative Care, Kinderspitex). Andererseits führen aber auch sich verändernde Betreuungssituationen zu diesem Mehrbedarf. Trotz diesen augenscheinlichen Faktoren war für die OKP in den letzten Jahren keine Erhöhung der Beiträge in Sicht bzw. von den zuständigen Stellen geplant. Diese Mehrbelastung musste fast ausschliesslich von den Kantonen und Gemeinden oder über Anpassungen/Erhöhungen der Patientenbeitragssätze von den Betroffenen selbst getragen werden (vgl. Evaluationsbericht INFRAS S. 8, 9, 60, 63). Die Restfinanzierer versuchten diese Mehrausgaben zu vermeiden (z.B. durch Sparmassnahmen), abzuwälzen (durch eine stärkere Belastung der Patientinnen und Patienten) oder aufzuschieben (z.T. um 3-4 Jahre verzögerte Aktualisierung der Restfinanzierungsbeiträge). Dagegen wurde die OKP im Bereich der ambulanten Pflege sogar entlastet – und damit das Ziel der Vermeidung einer Mehrbelastung «übertroffen». Fazit: Die Leistungen im Bereich der Pflege sind in den vergangenen Jahren anspruchsvoller und kostenintensiver und die Pflegesituationen komplexer geworden. Eine zunehmende Spezialisierung führte auch zu neuen, höheren Anforderungen. Auch der Fachkräftemangel befeuert die Lohndiskussion. In der gleichen Zeit reduzierte sich der Anteil der OKP an den Kosten der ambulanten Pflege zum Nachteil der Kantone, Gemeinden und Patienten. Diese Entwicklung kann sich nicht so fortsetzen. Es braucht eine regelmässige Anpassung der Beiträge an die Kostenentwicklung. Mit einer Erhöhung der KLV-Beiträge in der ambulanten Pflege wird der frühere Anteil der OKP an den Pflegekosten wieder erreicht und fehlende Elemente (Pflegematerial, Wegzeiten, Löhne) einbezogen. Dies würde unseres Erachtens den Grundsatz «ambulant vor stationär» stärken. <u>Detailbemerkungen zum Berichtsteil «Bedarfsermittlung»</u> Die vorgeschlagenen Änderungen der Prozesse der Bedarfsermittlung im Bereich in der ambulanten Pflege sind u.E. aber noch zu wenig durchdacht. Wir haben zahlreiche Vorschläge zur Optimierung des Prozesses. Insbesondere ist eine Begriffsklärung notwendig: Die Bedarfsermittlung in der Spitex erfolgt umfassend (gemäss Art. 8a Abs. 2) vielerorts mit dem Instrument RAI Home Care. Aus der Bedarfsermittlung wird die Pflegeplanung abgeleitet und die nötigen Pflegeleistungen werden bestimmt. Die Zusammenfassung der Pflegeleistungen wird in einem Formular (Bedarfsmeldung, siehe Art. 8a, Abs. 3) dargestellt. Gerne sind wir bereit, den interessierten Personen die Bedarfsermittlungsprozesse bei einer Spitex-Organisation aufzuzeigen.			
Name / Firma	Artikel	Kommentar / Bemerkungen	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
Spitex Verband SG AR AI	Art. 7a Abs. 1	Die Senkung der Beiträge aus der OKP für die Pflege zu Hause erachten wir als nicht sachgerecht und unzureichend hergeleitet sowie absolut nicht nachvollziehbar. Wir verweisen auf die vorstehenden diesbezüglichen allgemeinen Bemerkungen und unterstreichen daraus folgendes: Der Expertenbericht kommt zum Schluss, dass die anteilmässige Belastung der OKP im Betrachtungszeitraum von 72% auf 70% gesunken und somit das Ziel die Kostenneutralität einzuhalten mehr als erreicht worden ist. Ebenso bleibt unbeachtet, dass die Lohnkosten deutlich angestiegen sind und aufgrund des Bedarfs an Pflegefachpersonal wohl weiter steigen wird.	Spitex Verband SG AR AI fordert eine substantielle Erhöhung der Beiträge.

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

		Weiter hatten und haben die konsequente Verfolgung der Strategie «ambulant vor stationär» zur Folge, dass spezialisierte (und damit teurere) Dienstleistungen (z.B. Palliativpflege, Onkologiepflege, Psychiatriepflege) verstärkt Eingang in die ambulante Pflege gefunden haben (vgl. dazu diverse Nationale Strategien des Bundes). Ein Weiterführen der bisherigen Beiträge führt zur laufenden Überwälzung der steigenden Kosten auf Kantone und Gemeinden (je nach kantonaler Regelung der Restfinanzierung) und die Klienten und Klientinnen.	
Spitex Verband SG AR AI	Art. 8 Abs. 1	Aus Sicht des Spitex Verbands SG AR AI ist der neu vorgeschlagene Anordnungsprozess nicht genügend durchdacht. Heute ordnet der Arzt/die Ärztin Pflegeleistungen an. Teilweise werden gleichzeitig spezifische Massnahmen aufgrund der medizinischen Indikation angeordnet (z.B. Stützstrümpfe, Vitalzeichenmessung, Injektionen). Die abklärende Pflegefachperson stellt fest, welche Leistungen konkret benötigt werden. Diese werden im Nachgang durch den Arzt/die Ärztin (meist im Schnellverfahren ohne detaillierte Prüfung) unterschrieben. Es besteht in Fachkreisen Einigkeit, dass diese Schlussbestätigung pro forma erfolgt. Vorgeschlagene Regelung: Neu soll der Arzt/die Ärztin in einem ersten Schritt die Notwendigkeit der Pflege feststellen (Abs. 1 Bst. a) und zugleich auch festlegen, ob A-, B-, C-Leistungen benötigt werden (Abs. 1 Bst. b). Die Bedarfsermittlung erfolgt im Anschluss durch eine Pflegefachperson gemäss Art. 8a umfassend (dies entspricht auch den internationalen Standards, insbesondere dem in der Spitex fast flächendeckend eingesetzte RAI Home Care). Die Durchführung der Bedarfsermittlung stellt in der Praxis immer eine A-Leistung dar, d.h. der Arzt/die Ärztin muss in jedem Fall «A» ankreuzen, um die Abgeltung der Bedarfsermittlung zu ermöglichen. Ordnet ein Arzt/eine Ärztin Pflegeleistungen A und B an, und die Bedarfsermittlung (Beurteilung der Gesamtsituation und Abklärung des Umfelds) ergibt, dass der Klient auch C-Leistungen benötigt, braucht es nochmals eine Rücksprache mit dem Arzt/der Ärztin. Dies generiert zusätzliche Kosten und produziert unnötigen administrativen Aufwand. Zudem widerspricht es der bereits heute gängigen Praxis, wonach die Pflegefachpersonen Art und Umfang der Leistungen abklären. Unser Verband ist der Ansicht, dass die künstliche Trennung zwischen A/C-Leistungen und B-Leistungen nicht sinnvoll ist. Die Pflegefachpersonen sind in der Lage fachlich zu beurteilen, welche	Abs. 1 b. Der Arzt oder die Ärztin kann spezifische Leistungen anordnen.

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

		Leistungen notwendig sind – auch im Bereich der Behandlungspflege (z.B. Messung der Vitalwerte, Messung Blutzucker, Wundversorgung). Der Arzt/die Ärztin wird über die aus der Bedarfsermittlung resultierenden benötigten Pflegeleistungen informiert. Im Gegenzug ist es auch wichtig, dass die Spitex die Informationen des Arztes/der Ärztin ebenfalls erhält, um so ihre Pflegeplanung bei Bedarf anpassen zu können. Im Grundsatz unterstützt unser Verband den Vorschlag des Bundesrates, die Kompetenzen der Pflege besser zu anerkennen und den Prozess der Bedarfsmeldung (ohne Einholen der ärztlichen Unterschrift) zu vereinfachen.	
Spitex Verband SG AR AI	Art. 8 Abs. 2 Bst. a + b	Spitex Verband SG AR AI unterstützt eine Verlängerung der ärztlichen Anordnung. Dies reduziert administrative Aufwände. Die unterschiedliche Terminierung von B-Leistungen (6 Monate) und A-/C-Leistungen (12 Monate) führt in der Praxis zu einer umständlichen und unlogischen Situation und zu Mehrkosten: Sobald eine Klientin mehrere Leistungen benötigt, ist die Dauer der Anordnung zu harmonisieren. Beispiel: Läuft, wie vorgeschlagen, die Anordnung von B-Leistungen nach 6 Monaten ab (und angeordnete C-Leistungen erst nach 12 Monaten) muss nach 6 Monaten erneut eine Bedarfsermittlung erfolgen, aber nicht für die A- und C-Leistungen, die sie gleichzeitig bezieht, sondern nur für B-Leistungen. Gemäss internationalen Standards und auch gemäss Art. 8a, Abs. 2 ist die Beurteilung der Gesamtsituation und die Abklärung des Umfelds Bestandteil der Bedarfsermittlung, eine «Teil-Bedarfsermittlung», die nur mögliche B-Leistungen vorsieht widerspräche Art. 8a, Abs. 2 sowie der Logik des in der Spitex überwiegend zur Anwendung kommenden Bedarfsabklärungsinstrumentes RAI Home Care. Der beschriebene Prozess, wonach der Bedarf ausgehend von der Art der Leistung (A, B oder C) ermittelt wird ist falsch. Anhand der umfassenden Bedarfsermittlung wird die Situation des Klienten erfasst und aus der daraus folgenden Pflegeplanung die konkreten Pflegeleistungen abgeleitet und nicht umgekehrt. Aus Gründen der Qualitätssicherung schlägt unser Verband eine einheitliche Dauer von maximal 9 Monaten vor.	2 Der Arzt oder die Ärztin kann den Auftrag oder die Anordnung erteilen: a) für maximal 9 Monate bei Leistungen nach Artikel 7 Absatz 2 Buchstaben a, b und c. b) streichen
Spitex Verband SG AR AI	Art. 8 Abs. 2 Bst. c	Die maximal 2 Wochen Akut- und Übergangspflege (AÜP) sind nicht ausreichend. Die bisherige Regelung zur AÜP ist ungenügend. Wir verweisen damit auf die Eingaben der IG Pflegefinanzierung (Link) und den Evaluationsbericht zur Neuordnung der Pflegefinanzierung von INFRAS. In diesen Dokumenten werden die Unzulänglichkeiten der AÜP klar aufgezeigt. Eine grundlegende Änderung	

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

		ist anzustreben. Sie kann jedoch nur durch eine entsprechende vorgängige KVG-Anpassung vorgenommen werden. Spitex Verband SG AR AI betont die Notwendigkeit einer Anpassung der AÜP verzichtet aber aus obgenannten Gründen darauf, an dieser Stelle eine Änderung vorzuschlagen.	
Spitex Verband SG AR AI	Art. 8a° Abs. 1	Der Vorschlag des Bundesrates sieht eine Einschränkung der Bedarfsermittlung auf Pflegefachpersonen vor. Spitex Verband SG AR AI unterstützt diese Gleichstellung der verschiedenen Pflegebereiche. Als problematisch erachten wird den Verweis auf Art. 49 KVV, dieser verlangt zwei Nachweise: Ein Diplom (Bst. a) sowie eine zweijährige praktische Tätigkeit (Bst. b). Letztere Einschränkung ist aus Sicht unseres Verbands klar zurückzuweisen. Die Ausbildungscurricula für diplomierte Pflegefachpersonen sehen die Tätigkeiten der Bedarfsermittlung explizit vor. Ausgebildetes diplomiertes Personal ist entsprechend in der Lage die Bedarfsermittlung mit Abschluss der Ausbildung vorzunehmen. Um die Bedarfsermittlung RAI Home Care durchführen zu dürfen, absolvieren die Pflegefachpersonen zusätzlich eine mehrtägige Schulung. Die Einräumung einer zweijährigen Frist zur Durchführung einer Bedarfsermittlung wäre eine massive Einschränkung der heutigen Praxis in den Spitex-Betrieben und würde sich negativ auf die Attraktivität der Spitex als Arbeitgeberin auswirken. Aus unserer Sicht bestimmt Art. 49 KVV die Voraussetzungen, die erfüllt sein müssen, um selbstständig als Pflegefachperson tätig zu sein. Ferner schlagen wir vor, gemäss unseren Ausführungen zu Art. 8 auf die künstliche Trennung zwischen A/C und B-Leistungen zu verzichten und entsprechend Bst. b zu streichen.	1 Die Bedarfsermittlung zur Umsetzung des ärztlichen Auftrages oder der ärztlichen Anordnung erfolgt: a. für Leistungen nach Artikel 7 Absatz 2 Buchstabe a, b und c: durch eine diplomierte Pflegefachfrau oder einen diplomierten Pflegefachmann (Art. 49 KVV) in Zusammenarbeit mit der Patientin oder dem Patienten oder deren Angehörigen; das Ergebnis der Ermittlung ist dem behandelnden Arzt zur Information weiterzugeben; b. für Leistungen nach Artikel 7 Absatz 2 Buchstabe b oder bei Akut- und Übergangspflege: durch eine diplomierte Pflegefachfrau oder einen diplomierten Pflegefachmann (Art. 49 KVV) in Zusammenarbeit mit dem behandelnden Arzt sowie der Patientin oder dem Patienten oder deren Angehörigen.
Spitex Verband SG AR AI	Art. 8a Abs. 2	Die Bedarfsermittlung erfasst die Beurteilung der Gesamtsituation des Patienten oder der Patientin sowie die Abklärung des Umfelds. Dies steht im Einklang mit dem in der Spitex verwendeten Abklärungsinstrument RAI Home Care (RAI HomeCare kommt in ca. 85% der Spitexorganisationen zum Einsatz).	
Spitex Verband SG AR AI	Art. 8a Abs. 3	Gemäss Kommentar bezieht sich Art. 8a auf die Bedarfsermittlung im Allgemeinen (Kommentar S. 27), also auf Spitex-Organisationen, selbstständige Pflegefachkräfte und Pflegeheime. Abs. 3 verlangt einheitliche Kriterien vielmehr aber noch ein einheitliches Formular.	3 Die Bedarfsermittlung erfolgt im stationären und ambulanten Bereich jeweils aufgrund einheitlicher Kriterien. ...

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

		Spitex Verband SG AR AI erachtet eine gleiche Ausgestaltung der Bedarfsmeldung (aus der Bedarfsermittlung ermittelte Pflegeleistungen, dargestellt in einem Formular) im ambulanten und stationären Bereich nicht als zielführend. Die Situationen sind nicht vergleichbar und es stehen für die jeweiligen Settings unterschiedliche Instrumente für die Bedarfsermittlung zur Verfügung (vgl. z.B. interRAI). Die einheitliche Ausgestaltung der Bedarfsmeldung innerhalb der Spitex wird von unserem Verband unterstützt – diese sollte zwingend elektronisch verarbeitet werden können. Wir machen auf entsprechende aktuelle Bestrebungen im Bereich der Spitex in Zusammenarbeit mit Krankenversicherern aufmerksam. Diese werden jedoch nicht bis zur vorgesehenen Inkraftsetzung im Juli 2019 eingeführt werden können. Entsprechend wird für eine realistische Einführung eine Übergangsregelung gefordert (vgl. weiter unten).	
Spitex Verband SG AR AI	Übergangsbestimmungen	Wie bereits in den Bemerkungen zu Art. 8 Abs. 3 aufgeführt, kann die Einführung eines (elektronischen) einheitlichen Bedarfsmeldung nicht auf Juli 2019 abgeschlossen werden.	Die Bedarfsermittlung in Pflegeheimen darf bis Ende 2020 noch nach bisherigem Recht durchgeführt werden.
Spitex Verband SG AR AI	Art. 20 KLV	Die KLV ist auf den 1. Januar 2019 dahingehend abzuändern, dass die Leistungserbringer nach Art. 7 Abs. 1 KLV Pflegematerialien der OKP in Rechnung stellen können, unabhängig davon, ob es sich um eine Abgabe zur Selbstanwendung (gemäss MiGeL) oder der Anwendung durch eine Pflegefachperson handelt. Eventualantrag: Sollte dies aus juristischen Gründen nicht direkt über eine KLV-Änderung möglich sein, ist die Änderung raschestmöglich im übergeordneten Recht vorzunehmen.	Die Versicherung leistet eine Vergütung an Mittel und Gegenstände, die der Behandlung oder der Untersuchung im Sinne einer Überwachung der Behandlung einer Krankheit und ihrer Folgen dienen, die auf ärztliche Anordnung von einer Abgabestelle nach Artikel 55 KVV abgegeben werden und von der versicherten Person selbst oder mit Hilfe einer nichtberuflich an der Untersuchung oder der Behandlung mitwirkenden Person angewendet werden.

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation / Kanton : Spitex Verband Thurgau

Abkürzung der Firma / Organisation : Spitex Verband Thurgau

Adresse : Freiestr. 6, 8570 Weinfelden

Kontaktperson : Christa Lanzicher, Geschäftsführerin

Telefon : 071 622 81 31

E-Mail : christa.lanzicher@spitextg.ch

Datum : 3.10.2018

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen!
2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen möchten, so können Sie unter "Extras/Dokumentenschutz aufheben" den Schreibschutz aufheben.
3. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **bis am 26. Oktober 2018** an folgende E-mail Adressen: abteilung-leistung@bag.admin.ch
gever@bag.admin.ch

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV)

Name / Firma (bitte auf der ersten Seite angegebene Abkürzung verwenden)	Allgemeine Bemerkungen
Spitex Verband Thurgau	Der Spitex Verband Thurgau lehnt die vorgeschlagene Senkung der OKP-Beiträge in der ambulanten Pflege um 3.6% entschieden ab und fordert stattdessen eine <u>substantielle</u> Erhöhung dieser Beiträge. Die Erhöhung ist aus folgenden Gründen unumgänglich: - Die zur Berechnung herangezogene Datengrundlage ist ungenügend. Die Spitex Statistik erlaubt gemäss Experten keine entsprechenden Vergleiche vor und nach 2010. Zahlreiche Argumente sind nicht nachvollziehbar – beispielsweise im Bereich der Lohnentwicklung oder des Pflegematerials. - Die zentrale Annahme, die Leistungen der ambulanten Pflege müssten im Zeitraum 2010-2014 konstant bleiben, ist falsch. In der gleichen Zeit wurde das DRG-Pauschalen-System eingeführt, was zu komplexeren Pflegesituationen und insbesondere auch zu einem Anstieg der höher entschädigten Leistungen führte (Massnahmen der Abklärung, Beratung und Koordination, Massnahmen der Untersuchung und der Behandlung). Im gleichen Zeitraum wurde der Grundsatz «ambulant vor stationär» konsequent weiterverfolgt. In diesem Zusammenhang wurden –auch in Kongruenz zu den verschiedenen nationalen Gesundheitsstrategien – spezialisierte Leistungen im Bereich der ambulanten Pflege eingeführt, so beispielsweise im Bereich der Demenzpflege, Palliativpflege, Psychiatriepflege, Wochenend- und Nachtdienste. Diese Leistungen sind teurer als «herkömmliche, einfache» Pflegeleistungen. Die Spitex ist zu einem zentralen und koordinierenden Akteur der Grundversorgung geworden. - Im betrachteten Zeitraum wurde die obligatorische Krankenpflegeversicherung im Verhältnis zu den anderen Zahlern entlastet: Dies ging in zahlreichen Kantonen insbesondere zulasten der Patientinnen und Patienten. - Aufgrund der ungenügenden Regelung der Restfinanzierung wurden zulasten der Spitexorganisationen auch finanzpolitisch motivierte Entscheide in Kantonen und Gemeinden getroffen. Es ist dringend zu definieren, was in den Beiträgen und der Restfinanzierung alles enthalten sein muss oder was separat vergütet wird – z.B. Wegzeiten, Pflegematerial. Sonst ist die Finanzierungssicherheit der Spitexorganisationen längerfristig nicht gewährleistet, worunter schlussendlich die Patienten leiden. Zudem führen die Auswirkungen der Urteile des Bundesverwaltungsgerichts 2017 zu einem riesigen Chaos im Bereich der Anwendung und Abrechnung von Pflegematerial. Dieser Entscheid ist so in der Praxis nicht umsetzbar und ruft dringend nach Lösungen. Der Spitex Verband Thurgau fordert die Legalisierung der bisherigen, gut funktionierenden Praxis betreffend Verrechnung von Pflegematerial (vgl. nachfolgend Detailbemerkungen zu Kap. 3.1.2) auf den 1. Januar 2019. Spitex Verband Thurgau begrüsst den Willen des Bundesrates, den administrativen Aufwand zu verringern und die Pflege besser zu anerkennen. Die dazu vorgeschlagenen Massnahmen werden jedoch als praxisfern und unausgegoren erachtet. Der Spitex Verband Thurgau schlägt deshalb verschiedene Änderungen vor, die zu einer sinnvollen Umsetzung führen.

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

Mit Eröffnung der Vernehmlassung hat der Bundesrat auch den umfassenden externen Evaluationsbericht von INFRAS zur Neuordnung der Pflegefinanzierung veröffentlicht. Für den Spitex Verband Thurgau ist es unverständlich, warum der Bericht in der ganzen Vorlage nicht erwähnt wird und seine Erkenntnisse nicht eingeflossen sind. Der Evaluationsbericht von INFRAS zeigt sehr wohl verschiedene Lücken der Neuordnung der Pflegefinanzierung auf. Wir betrachten die aus dem Evaluationsbericht von INFRAS gezogenen Konklusionen als ungenügend und damit als verpasste Chance, Verbesserungen an der Pflegefinanzierung vorzunehmen. Die systematische Nicht-Berücksichtigung der Erkenntnisse des Berichts und die getroffenen Annahmen insbesondere zur Veränderung der Beiträge in der ambulanten Pflege sind aus unserer Sicht nicht nachvollziehbar.

Bevor wir auf die Bemerkungen und Änderungsvorschläge zu den konkreten KLV-Artikeln kommen, möchten wir auf verschiedene Punkte des Vernehmlassungsberichts eingehen:

Generelle Bemerkungen zum Vernehmlassungsbericht

Der Bericht und die vorgeschlagenen Bestimmungen wirken nicht abgestimmt. Der Bericht ist kompliziert geschrieben, hat Lücken und ist nicht leserfreundlich. Einige Beispiele:

- S. 13, 3.1.2 Nebenleistungen und Leistungen anderer Sozialversicherer: zu letzteren findet sich kein Wort in diesem Kapitel
- S. 15, 3.1.6 Graphik 2 und 3: Hier wird fälschlicherweise von der Verteilung der Pflegeintensität gesprochen. Vielmehr bildet die Graphik jedoch die Verteilung der Leistungskategorien der Pflege ab.
- S. 16, 3.2 Berechnung des Korrekturfaktors der Pflegebeiträge: In der Berechnungsformel werden «Pflegetage» und «Bruttoleistungen» erwähnt: Diese spielen in der ambulanten Pflege keine Rolle. Vielmehr müsste von «Pflegestunden» und «Einnahmen» gesprochen werden.
- S. 21, 1.3 Dauer der ärztlichen Anordnung – Anpassungsvorschlag: der Anpassungsvorschlag wird nicht beschrieben.

Detailbemerkungen zum Berichtsteil Kostenneutralität der Pflegebeiträge

Legitimation der Kostenneutralität (1.1)

Aus Sicht des Spitex Verbandes Thurgau fehlt die Grundlage um aufzuzeigen, dass die Regelung im ersten Jahr nach Inkrafttreten dieser Gesetzesänderung nicht eingehalten worden ist. Die Evaluation erklärt zur Erreichung des Hauptziels der NPF (**Hervorhebungen Spitex Verband Thurgau**): **«Die Vermeidung einer zusätzlichen finanziellen Belastung der OKP konnte – bedingt durch mit der NPF [Neue Pflegefinanzierung] festgelegten fixen Beiträgen an die Pflegeleistungen – voll erreicht werden.»** Der Spitex Verband Thurgau weist daraufhin, dass selbst Versicherer sich im Rahmen der Evaluation Pflegefinanzierung geäußert haben, die OKP sei entlastet worden.

Statistische Grundlagen (3.1)

Wir weisen auf eine Problematik in der Spitex-Statistik hin, welche auf S. 57 des Evaluationsberichts von INFRAS wie folgt beschrieben wird (**Hervorhebungen Spitex Verband Thurgau**): **«Dieser Bruch in den Daten der Spitex-Statistik verunmöglicht einerseits einen direkten Vergleich der Gesamtkosten vor und nach dem Jahr 2010. Eine Einschätzung zur Grössenordnung der Verzerrung der Daten ist mit den vorliegenden Daten nicht möglich.»** Unseres Erachtens kann aus diesem Grund die Spitex Statistik nicht für einen Vorher-nachher-Vergleich beigezogen werden.

Pflegeheime (2)

Der Spitex Verband Thurgau äussert sich nicht zu den Erläuterungen und Berechnungen im Bereich der Heime. Wir unterstützen jedoch eine Erhöhung der OKP-Beiträge in diesem Bereich (vgl. auch Stellungnahme der IG Pflegefinanzierung [\[Link\]](#)).

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

Nebenleistungen (3.1.2)

Das Kapitel 3.1.2 dreht sich wesentlich auch um die Kostenübernahme des Pflegematerials. Wie bereits mehrfach in Gesprächen mit dem BAG festgehalten und von diesem auch anerkannt sind die Kosten für Pflegematerial nicht oder nur ungenügend in die Berechnungen zur NPF eingeflossen. Weiter wurde das eingesetzte Material seit Einführung der NPF weiterentwickelt und hat sich entsprechend verteuert. So können z.B. moderne (und teurere) Wundverbände länger aufgelegt werden und benötigen dagegen weniger Pflegeleistungen durch eine Pflegefachperson. Der Spitex Verband Thurgau ist nach wie vor der Ansicht, dass die OKP-Beiträge alleine aus diesen Gründen substantiell angehoben werden müssten.

Aber auch wenn man annehmen würde, die Kalkulation sei auf das Jahr 2011 korrekt gemacht worden, geht die Argumentation im Bericht (S. 13f) nicht auf: Es wird festgehalten, dass die Spitex-Organisationen auch aus Effizienzgründen im Verlauf der letzten Jahre das Materialmanagement immer mehr an Dritte ausgelagert haben (Apotheken, Ärzte, Materialzulieferer). Daraus schliesst das zuständige Amt, dass die KLV-Beiträge nun zu hoch wären (und in der Konsequenz eigentlich noch stärker gekürzt werden müssten). Dabei werden die beiden Urteile des Bundesverwaltungsgerichts aus dem Jahr 2017 nicht berücksichtigt, welche besagen, dass die im Rahmen der Pflegehandlung verwendeten Materialien nicht separat verrechnet werden dürfen.

Wie weitherum bekannt ist, verursachen diese beiden Gerichtsurteile grosse Probleme und administrativen Zusatzaufwand und führen dazu, dass die Spitex-Organisationen, die für diese Materialien bis auf Zustandekommen einer Lösung mit den Restfinanzierern vorläufig vollumfänglich übernehmen müssen. Die OKP wird auch weiterhin einen Beitrag daran leisten. Wir verweisen aber primär auf unseren ersten Einwand: Das Material ist in der NPF nicht genügend berücksichtigt worden.

Weiter weisen wir darauf hin, dass die Grundlagen und Belege besonders in diesem Kapitel äusserst lückenhaft sind. Formulierungen wie «dürfte berücksichtigt haben», «es ist möglich, dass», «unklar ist», «dürften verrechnet haben», «kann von ausgegangen werden», «kann aber nicht beziffert werden», «es ist anzunehmen», «dürften etwas zu hoch sein» finden sich alleine auf den ¾-Seiten zu diesem Kapitel.

Der Spitex Verband Thurgau beantragt überdies die KLV auf den 1. Januar 2019 dahingehend zu ändern, dass die Leistungserbringer der Pflege gemäss Art. 7 Abs. 1 KLV das Pflegematerial der OKP in Rechnung stellen können, beispielsweise durch eine Änderung von Art. 20 KLV. Auf die Trennung des Materials zwischen Selbstanwendung und Anwendung durch eine Pflegefachperson ist zu verzichten. Damit soll die in den vergangenen Jahren funktionierende Praxis legalisiert werden. Aufgrund der je nach Pflegeleistung sehr unterschiedlich anfallenden Kosten ist eine pauschalisierte Einrechnung in den OKP-Beiträgen der ambulanten Pflege nicht sinnvoll. Damit würden materialintensive Leistungen (z.B. Wundpflege) zu tief abgegolten. Entsprechend muss Pflegematerial separat (und nicht pauschalisiert) in Rechnung gestellt werden können.

Eventualantrag: Sollte dies aus juristischen Gründen nicht direkt über eine KLV-Änderung möglich sein, ist die Änderung raschestmöglich im übergeordneten Recht vorzunehmen.

Akut- und Übergangspflege (3.1.3)

Wir bitten hier um sorgfältige Analyse des Evaluationsberichts von INFRAS. Dieser zeigt auf, dass die derzeitige Ausgestaltung der AÜP nicht genügt.

Die Annahme, dass neu mehr Leistungen in der Pflege dank der AÜP erbracht würden, kann anhand der Spitex-Statistik nicht belegt werden. Das Suggestieren, wonach mit der AÜP das Stundentotal (unbegründet) ausgeweitet werden soll weisen wir entschieden zurück. Eine AÜP basiert auf einer Verordnung durch einen Spitalarzt/eine Spitalärztin und kann entsprechend nicht willkürlich ausgeweitet werden.

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

Entwicklung der Leistungsstruktur nach Behandlungstyp (3.1.6)

Es ist für uns nicht nachvollziehbar, wie man zur Annahme gelangt, dass die Leistungsstruktur nach Behandlungstyp 2010-2014 konstant geblieben sei (wie bereits oben beschrieben ist der Begriff «Pflegeintensität» falsch). Mit der Einführung der DRG in den Spitälern, mit der Umsetzung des Konzepts «ambulant vor stationär» sind in den vergangenen Jahren immer komplexere Fälle in die ambulante Pflege eingetreten. So hatten beispielsweise auch die Palliativpflege, Onkologiepflege, Psychiatriepflege und weitere spezialisierte Pflegeleistungen ihrerseits eine Erhöhung des Anteils A- und B-Leistungen zur Folge. Darauf wird selbst in Berichten des BAG entsprechend hingewiesen (vgl. beispielsweise den Bericht «Abgeltung von Leistungen im Rahmen der koordinierten Versorgung», 2018) und **auch im Kanton Thurgau insbesondere seit 2014 zunehmend festgestellt. Grund dafür sind einerseits die Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben in der Psychiatriepflege und Palliative Care und andererseits das Geriatrie- und Demenzkonzept Thurgau.** Logischerweise gehen im Gegenzug die C-Leistungen anteilmässig zurück. Graphik 2 und Graphik 3 auf Seite 15 verdeutlichen dies sehr gut – dennoch wird aus den Zahlen geschlossen, dass diese «relativ konstant» seien. Vielmehr aber erklären diese (gewollten) Verschiebungen im Leistungsmix auch wesentlich die Verteuerung des Stundenkostensatzes.

Löhne und allgemeine Teuerung (3.1.7)

Die Löhne im Pflegebereich sind in den letzten Jahren sehr wohl angestiegen. Fachkräftebedarf, Nacht- und Wochenendeinsätze, Spezialisierungen **sowie die Erhaltung der Konkurrenzfähigkeit gegenüber den Mitbewerbern führten zu Lohnzunahmen. Insbesondere die Gemeinden als Restkostenfinanzierer im Kanton Thurgau spürten diese Anpassungen ganz direkt.** Entsprechend erachten wir die Berücksichtigung der Löhne als Kostenfaktor als zentral und weisen die Nicht-Berücksichtigung dieser Argumentation zurück.

Berechnung des Kostenfaktors der Pflegebeiträge (3.2)

Ziel der Kostenkorrektur ist die Gewährleistung, dass die Einführung der KLV-Beiträge im Jahr des Übergangs 2010/2011 kostenneutral für die OKP erfolgte. Die Gegenüberstellung der Zahlen von 2010 bis 2014 ist problematisch. Bereits im Evaluationsbericht von INFRAS wird erklärt, dass der Bruch in den Daten in der Spitex-Statistik einen direkten Vergleich der Gesamtkosten vor und nach dem Jahr 2010 nicht zulässt (vgl. auch oben).

Im Bericht wird an verschiedenen Stellen (s. Kap. 3.1.1) darauf hingewiesen, dass die Konsistenz der vorhandenen Daten aus verschiedenen Gründen zu wünschen übriglässt. So wird festgehalten, dass Einnahmen aus Leistungen nach KLV 7 unter verschiedenen Rubriken erfasst wurden, dass die erwerbswirtschaftlichen Organisationen erst ab 2010 (und auch dann noch nicht alle) in der Statistik erfasst wurden und dass die selbstständigen Pflegefachpersonen von Zürich und Genf im Jahr 2010 noch nicht in der Statistik erfasst wurden etc. Für den Spitex Verband Thurgau stellt sich prinzipiell die Frage, ob man angesichts der Unsicherheiten in den Daten überhaupt die Kostenneutralität bei Einführung 2011 so detailliert überprüfen kann, wie es die Formel und deren Ergebnis 3.6 Prozent suggerieren. Der Spitex Verband Thurgau erachtet die Schlussfolgerungen bzw. die Senkung der Beiträge auf einer unsicheren Datenbasis als unseriös und willkürlich.

Aus Sicht des Spitex Verbandes Thurgau sind die Pflegebeiträge zwingend zu erhöhen. Verschiedene Faktoren zeigen auf, dass die Berechnungsgrundlage nach nahezu 15 Jahren dringend überarbeitet werden muss:

- Die Datengrundlage von 2004 berücksichtigte verschiedene Faktoren ungenügend. So beispielsweise die Kosten des Pflegematerials oder die Wegzeiten.
- Seit Einführung der neuen Pflegefinanzierung hat aufgrund der Strategie der Kantone «ambulant vor stationär» und bedingt durch gesellschaftliche Entwicklungen (mehr Single-Haushalte, Individualität etc.) die Nachfrage nach ambulanten Pflegeleistungen stark zugenommen. **Der Kanton Thurgau postuliert diese Haltung in seiner Pflegeheimplanung von 2016 ausdrücklich und hält als Zielsetzung fest, KlientInnen mit tiefen Pflegeeinstufungen vermehrt im ambulanten Setting betreuen zu lassen und die Zahl der Pflegeheimbetten entsprechend darauf auszurichten.**

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

- Parallel dazu ist auch der Bedarf an speziellen Pflegeangeboten weiter stark gewachsen: Palliative Care, Demenzpflege, Psychiatriepflege, Onkologiepflege, Kinderspitex gehören heute vielerorts zum Angebot einer Spitex-Organisation und sind in unserem Kanton gesetzlich verankert. (vgl. auch die diesbezüglichen Strategien des Bundes und der Kantone). Es ist auch künftig mit einer Zunahme dieser Entwicklung zu rechnen (vgl. etwa Nationales Forschungsprogramm «Lebensende», NFP 67, oder das Postulat 18.3384 der SGK-SR «Bessere Betreuung und Behandlung von Menschen am Lebensende»). Für diese Leistungen müssen Personal mit Zusatzausbildung eingesetzt und spezielle Hilfsmittel verwendet werden. Nicht zuletzt aufgrund dieser Entwicklung kommt es zu einer Kostenverschiebung vom stationären zum ambulanten Bereich.
- Stark zunehmend ist seit 2011 ebenfalls der Bedarf an 24h-Dienstleistungen und Notfalldiensten. Teilweise ist dieser ebenfalls an spezialisierte Angebote gekoppelt (Palliative Care, Kinderspitex). Andererseits führen aber auch sich verändernde Betreuungssituationen zu diesem Mehrbedarf.

Trotz diesen augenscheinlichen Faktoren war für die OKP in den letzten Jahren keine Erhöhung der Beiträge in Sicht bzw. von den zuständigen Stellen geplant. Diese Mehrbelastung musste fast ausschliesslich von den Kantonen und Gemeinden oder über Anpassungen/Erhöhungen der Patientenbeitragssätze von den Betroffenen selbst getragen werden (vgl. Evaluationsbericht INFRAS S. 8, 9, 60, 63). Die Restfinanzierer versuchten diese Mehrausgaben zu vermeiden (z.B. durch Sparmassnahmen), abzuwälzen (durch eine stärkere Belastung der Patientinnen und Patienten) oder aufzuschieben (z.T. um 3-4 Jahre verzögerte Aktualisierung der Restfinanzierungsbeiträge). **Nicht zuletzt leiden auch die SpitexmitarbeiterInnen unter dieser Situation, werden sie doch von ihren Auftraggebern ungerechtfertigterweise indirekt auch als KostenverursacherInnen wahrgenommen, obwohl sie lediglich den Versorgungsauftrag erfüllen und auf die ständig steigende Menge der zu leistenden Arbeit keinen Einfluss haben. Diese Situation trägt nicht gerade zur Zufriedenheit und damit einer längeren Verweildauer im Beruf bei.**

Dagegen wurde die OKP im Bereich der ambulanten Pflege sogar entlastet – und damit das Ziel der Vermeidung einer Mehrbelastung «übertroffen».

Fazit: Die Leistungen im Bereich der Pflege sind in den vergangenen Jahren anspruchsvoller und kostenintensiver und die Pflegesituationen komplexer geworden. Eine zunehmende Spezialisierung führte auch zu neuen, höheren Anforderungen. Auch der Fachkräftemangel befeuert die Lohndiskussion. In der gleichen Zeit reduzierte sich der Anteil der OKP an den Kosten der ambulanten Pflege zum Nachteil der Kantone, Gemeinden und Patienten. Diese Entwicklung kann sich nicht so fortsetzen. Es braucht eine regelmässige Anpassung der Beiträge an die Kostenentwicklung.

Mit einer Erhöhung der KLV-Beiträge in der ambulanten Pflege wird der frühere Anteil der OKP an den Pflegekosten wieder erreicht und fehlende Elemente (Pflegematerial, Wegzeiten, Löhne) einbezogen. Dies würde unseres Erachtens den Grundsatz «ambulant vor stationär» stärken.

Detailbemerkungen zum Berichtsteil «Bedarfsermittlung»

Die vorgeschlagenen Änderungen der Prozesse der Bedarfsermittlung im Bereich in der ambulanten Pflege sind u.E. aber noch zu wenig durchdacht. Wir haben zahlreiche Vorschläge zur Optimierung des Prozesses. Insbesondere ist eine Begriffsklärung notwendig: Die Bedarfsermittlung in der Spitex erfolgt umfassend (gemäss Art. 8a Abs. 2) vielerorts mit dem Instrument RAI Home Care. Aus der Bedarfsermittlung wird die Pflegeplanung abgeleitet und die nötigen Pflegeleistungen werden bestimmt. Die Zusammenfassung der Pflegeleistungen wird in einem Formular (Bedarfsmeldung, siehe Art. 8a, Abs. 3) dargestellt.

Gerne sind wir bereit, den interessierten Personen die Bedarfsermittlungsprozesse bei einer Spitex-Organisation aufzuzeigen.

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

Name / Firma	Artikel	Kommentar / Bemerkungen	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
Spitex Verband Thurgau	Art. 7a Abs. 1	Die Senkung der Beiträge aus der OKP für die Pflege zu Hause erachten wir als nicht sachgerecht und unzureichend hergeleitet sowie absolut nicht nachvollziehbar. Wir verweisen auf die vorstehenden diesbezüglichen allgemeinen Bemerkungen und unterstreichen daraus folgendes: Der Expertenbericht kommt zum Schluss, dass die anteilmässige Belastung der OKP im Betrachtungszeitraum von 72% auf 70% gesunken und somit das Ziel die Kostenneutralität einzuhalten mehr als erreicht worden ist. Ebenso bleibt unbeachtet, dass die Lohnkosten deutlich angestiegen sind und aufgrund des Bedarfs an Pflegefachpersonal wohl weiter steigen wird. Weiter hatten und haben die konsequente Verfolgung der Strategie «ambulant vor stationär» zur Folge, dass spezialisierte (und damit teurere) Dienstleistungen (z.B. Palliativpflege, Onkologiepflege, Psychiatriepflege) verstärkt Eingang in die ambulante Pflege gefunden haben (vgl. dazu diverse Nationale Strategien des Bundes). Ein Weiterführen der bisherigen Beiträge führt zur laufenden Überwälzung der steigenden Kosten auf Kantone und Gemeinden (je nach kantonaler Regelung der Restfinanzierung) und die Klienten und Klientinnen.	Der Spitex Verband Thurgau fordert eine substantielle Erhöhung der Beiträge.
Spitex Verband Thurgau	Art. 8 Abs. 1	Aus Sicht des Spitex Verbandes Thurgau ist der neu vorgeschlagene Anordnungsprozess nicht genügend durchdacht. Heute ordnet der Arzt/die Ärztin Pflegeleistungen an. Teilweise werden gleichzeitig spezifische Massnahmen aufgrund der medizinischen Indikation angeordnet (z.B. Stützstrümpfe, Vitalzeichenmessung, Injektionen). Die abklärende Pflegefachperson stellt fest, welche Leistungen konkret benötigt werden. Diese werden im Nachgang durch den Arzt/die Ärztin (meist im Schnellverfahren ohne detaillierte Prüfung) unterschrieben. Es besteht in Fachkreisen Einigkeit, dass diese Schlussbestätigung pro forma erfolgt. Vorgeschlagene Regelung: Neu soll der Arzt/die Ärztin in einem ersten Schritt die Notwendigkeit der Pflege feststellen (Abs. 1 Bst. a) und zugleich auch festlegen, ob A-, B-, C-Leistungen benötigt werden (Abs. 1 Bst. b). Die Bedarfsermittlung erfolgt im Anschluss durch eine Pflegefachperson gemäss Art. 8a umfassend (dies entspricht auch den internationalen Standards, insbesondere dem in der Spitex fast flächendeckend eingesetzte RAI Home Care). Die Durchführung der Bedarfsermittlung stellt in der Praxis immer eine A-Leistung dar, d.h. der Arzt/die Ärztin muss in jedem Fall «A» ankreuzen, um die Abgeltung der Bedarfsermittlung zu ermöglichen. Ordnet ein Arzt/eine Ärztin Pflegeleistungen A und B an, und die Bedarfsermittlung (Beurteilung	Abs. 1 b. Der Arzt oder die Ärztin kann spezifische Leistungen anordnen.

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

		der Gesamtsituation und Abklärung des Umfelds) ergibt, dass der Klient auch C-Leistungen benötigt, braucht es nochmals eine Rücksprache mit dem Arzt/der Ärztin. Dies generiert zusätzliche Kosten und produziert unnötigen administrativen Aufwand. Zudem widerspricht es der bereits heute gängigen Praxis, wonach die Pflegefachpersonen Art und Umfang der Leistungen abklären. Der Spitex Verband Thurgau ist der Ansicht, dass die künstliche Trennung zwischen A/C-Leistungen und B-Leistungen nicht sinnvoll ist. Die Pflegefachpersonen sind in der Lage fachlich zu beurteilen, welche Leistungen notwendig sind – auch im Bereich der Behandlungspflege (z.B. Messung der Vitalwerte, Messung Blutzucker, Wundversorgung). Der Arzt/die Ärztin wird über die aus der Bedarfsermittlung resultierenden benötigten Pflegeleistungen informiert. Im Gegenzug ist es auch wichtig, dass die Spitex die Informationen des Arztes/der Ärztin ebenfalls erhält, um so ihre Pflegeplanung bei Bedarf anpassen zu können. Im Grundsatz unterstützt der Spitex Verband Thurgau den Vorschlag des Bundesrates, die Kompetenzen der Pflege besser zu anerkennen und den Prozess der Bedarfsmeldung (ohne Einholen der ärztlichen Unterschrift) zu vereinfachen.	
Spitex Verband Thurgau	Art. 8 Abs. 2 Bst. a + b	Der Spitex Verband Thurgau unterstützt eine Verlängerung der ärztlichen Anordnung. Dies reduziert administrative Aufwände. Die unterschiedliche Terminierung von B-Leistungen (6 Monate) und A-/C-Leistungen (12 Monate) führt in der Praxis zu einer umständlichen und unlogischen Situation und zu Mehrkosten: Sobald eine Klientin mehrere Leistungen benötigt, ist die Dauer der Anordnung zu harmonisieren. Beispiel: Läuft, wie vorgeschlagen, die Anordnung von B-Leistungen nach 6 Monaten ab (und angeordnete C-Leistungen erst nach 12 Monaten) muss nach 6 Monaten erneut eine Bedarfsermittlung erfolgen, aber nicht für die A- und C-Leistungen, die sie gleichzeitig bezieht, sondern nur für B-Leistungen. Gemäss internationalen Standards und auch gemäss Art. 8a, Abs. 2 ist die Beurteilung der Gesamtsituation und die Abklärung des Umfelds Bestandteil der Bedarfsermittlung, eine «Teil-Bedarfsermittlung», die nur mögliche B-Leistungen vorsieht widerspräche Art. 8a, Abs. 2 sowie der Logik des in der Spitex überwiegend zur Anwendung kommenden Bedarfsabklärungsinstrumentes RAI Home Care. Der beschriebene Prozess, wonach der Bedarf ausgehend von der Art der Leistung (A, B oder C) ermittelt wird ist falsch. Anhand der umfassenden Bedarfsermittlung wird die Situation des Klienten erfasst und aus der daraus folgenden Pflegeplanung die konkreten Pflegeleistungen abgeleitet und nicht umgekehrt.	2 Der Arzt oder die Ärztin kann den Auftrag oder die Anordnung erteilen: a) für maximal 9 Monate bei Leistungen nach Artikel 7 Absatz 2 Buchstaben a, b und c. b) streichen

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

		Aus Gründen der Qualitätssicherung schlägt der Spitex Verband Thurgau eine einheitliche Dauer von maximal 9 Monaten vor.	
Spitex Verband Thurgau	Art. 8 Abs. 2 Bst. c	Die maximal 2 Wochen Akut- und Übergangspflege (AÜP) sind nicht ausreichend. Die bisherige Regelung zur AÜP ist ungenügend. Wir verweisen damit auf die Eingaben der IG Pflegefinanzierung (Link) und den Evaluationsbericht zur Neuordnung der Pflegefinanzierung von INFRAS. In diesen Dokumenten werden die Unzulänglichkeiten der AÜP klar aufgezeigt. Eine grundlegende Änderung ist anzustreben. Sie kann jedoch nur durch eine entsprechende vorgängige KVG-Anpassung vorgenommen werden. Der Spitex Verband Thurgau betont die Notwendigkeit einer Anpassung der AÜP verzichtet aber aus obgenannten Gründen darauf, an dieser Stelle eine Änderung vorzuschlagen.	
Spitex Verband Thurgau	Art. 8a° Abs. 1	Der Vorschlag des Bundesrates sieht eine Einschränkung der Bedarfsermittlung auf Pflegefachpersonen vor. Der Spitex Verband Thurgau unterstützt diese Gleichstellung der verschiedenen Pflegebereiche. Als problematisch erachten wird den Verweis auf Art. 49 KVV, dieser verlangt zwei Nachweise: Ein Diplom (Bst. a) sowie eine zweijährige praktische Tätigkeit (Bst. b). Letztere Einschränkung ist aus Sicht des Spitex Verbandes Thurgau nicht nachvollziehbar und klar zurückzuweisen. Die Ausbildungscurricula für diplomierte Pflegefachpersonen sehen die Tätigkeiten der Bedarfsermittlung explizit vor. Ausgebildetes diplomiertes Personal ist entsprechend in der Lage, die Bedarfsermittlung mit Abschluss der Ausbildung vorzunehmen. Um die Bedarfsermittlung RAI Home Care durchführen zu dürfen, absolvieren die Pflegefachpersonen zusätzlich eine mehrtägige Schulung. Die Einräumung einer zweijährigen Frist zur Durchführung einer Bedarfsermittlung wäre eine massive Einschränkung der heutigen Praxis in den Spitex-Betrieben und würde sich negativ auf die Attraktivität der Spitex als Arbeitgeberin auswirken. Eine solche Entwicklung kann sich die Branche in Zeiten des steigenden Personalmangels und der Rekrutierungsschwierigkeiten gar nicht leisten. Aus unserer Sicht bestimmt Art. 49 KVV die Voraussetzungen, die erfüllt sein müssen, um selbstständig als Pflegefachperson tätig zu sein. Ferner schlagen wir vor, gemäss unseren Ausführungen zu Art. 8 auf die künstliche Trennung zwischen A/C und B-Leistungen zu verzichten und entsprechend Bst. b zu streichen.	1 Die Bedarfsermittlung zur Umsetzung des ärztlichen Auftrages oder der ärztlichen Anordnung erfolgt: a. für Leistungen nach Artikel 7 Absatz 2 Buchstabe a, b und c: durch eine diplomierte Pflegefachfrau oder einen diplomierten Pflegefachmann (Art. 49 KVV) in Zusammenarbeit mit der Patientin oder dem Patienten oder deren Angehörigen; das Ergebnis der Ermittlung ist dem behandelnden Arzt zur Information weiterzugeben; b. für Leistungen nach Artikel 7 Absatz 2 Buchstabe b oder bei Akut- und Übergangspflege: durch eine diplomierte Pflegefachfrau oder einen diplomierten Pflegefachmann (Art. 49 KVV) in Zusammenarbeit mit dem behandelnden Arzt sowie der Patientin oder dem Patienten oder deren Angehörigen.
Spitex Verband Thurgau	Art. 8a Abs. 2	Die Bedarfsermittlung erfasst die Beurteilung der Gesamtsituation des Patienten oder der Patientin sowie die Abklärung des Umfelds. Dies steht im Einklang mit dem in der Spitex	

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

		verwendeten Abklärungsinstrument RAI Home Care (RAI HomeCare kommt in ca. 85% der Spitexorganisationen zum Einsatz).	
Spitex Verband Thurgau	Art. 8a Abs. 3	Gemäss Kommentar bezieht sich Art. 8a auf die Bedarfsermittlung im Allgemeinen (Kommentar S. 27), also auf Spitex-Organisationen, selbstständige Pflegefachkräfte und Pflegeheime. Abs. 3 verlangt einheitliche Kriterien vielmehr aber noch ein einheitliches Formular. Der Spitex Verband Thurgau erachtet eine gleiche Ausgestaltung der Bedarfsmeldung (aus der Bedarfsermittlung ermittelte Pflegeleistungen, dargestellt in einem Formular) im ambulanten und stationären Bereich nicht als zielführend. Die Situationen sind nicht vergleichbar und es stehen für die jeweiligen Settings unterschiedliche Instrumente für die Bedarfsermittlung zur Verfügung (vgl. z.B. interRAI). Die einheitliche Ausgestaltung der Bedarfsmeldung innerhalb der Spitex wird vom Spitex Verband Thurgau unterstützt – diese sollte zwingend elektronisch verarbeitet werden können. Wir machen auf entsprechende aktuelle Bestrebungen im Bereich der Spitex in Zusammenarbeit mit Krankenversicherern aufmerksam. Diese werden jedoch nicht bis zur vorgesehenen Inkraftsetzung im Juli 2019 eingeführt werden können. Entsprechend wird für eine realistische Einführung eine Übergangsregelung gefordert (vgl. weiter unten).	3 Die Bedarfsermittlung erfolgt im stationären und ambulanten Bereich jeweils aufgrund einheitlicher Kriterien. ...
Spitex Verband Thurgau	Übergangsbestimmungen	Wie bereits in den Bemerkungen zu Art. 8 Abs. 3 aufgeführt, kann die Einführung eines (elektronischen) einheitlichen Bedarfsmeldung nicht auf Juli 2019 abgeschlossen werden.	Die Bedarfsermittlung in Pflegeheimen darf bis Ende 2020 noch nach bisherigem Recht durchgeführt werden.
Spitex Verband Thurgau	Art. 20 KLV	Die KLV ist auf den 1. Januar 2019 dahingehend abzuändern, dass die Leistungserbringer nach Art. 7 Abs. 1 KLV Pflegematerialien der OKP in Rechnung stellen können, unabhängig davon, ob es sich um eine Abgabe zur Selbstanwendung (gemäss MiGeL) oder der Anwendung durch eine Pflegefachperson handelt. Eventualantrag: Sollte dies aus juristischen Gründen nicht direkt über eine KLV-Änderung möglich sein, ist die Änderung raschestmöglich im übergeordneten Recht vorzunehmen.	Die Versicherung leistet eine Vergütung an Mittel und Gegenstände, die der Behandlung oder der Untersuchung im Sinne einer Überwachung der Behandlung einer Krankheit und ihrer Folgen dienen, die auf ärztliche Anordnung von einer Abgabestelle nach Artikel 55 KVV abgegeben werden und von der versicherten Person selbst oder mit Hilfe einer nichtberuflich an der Untersuchung oder der Behandlung mitwirkenden Person angewendet werden.

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation / Kanton : Spitex Uri

Abkürzung der Firma / Organisation : Spitex Uri

Adresse : Rüttistrasse 71

Kontaktperson : Fleur Tresch, Mitglied der Geschäftsleitung

Telefon : 041 874 77 66

E-Mail : fleur.tresch@spitexuri.ch

Datum : 11.10.2018

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV)	
Name / Firma	Allgemeine Bemerkungen
Spitex Uri	Spitex Uri lehnt die vorgeschlagene Senkung der OKP-Beiträge in der ambulanten Pflege um 3.6% entschieden ab und fordert stattdessen eine <u>substantielle</u> Erhöhung dieser Beiträge. Die Erhöhung ist aus folgenden Gründen unumgänglich: - Die zur Berechnung herangezogene Datengrundlage ist ungenügend. Die Spitex Statistik erlaubt gemäss Experten keine entsprechenden Vergleiche vor und nach 2010. Zahlreiche Argumente sind nicht nachvollziehbar – beispielsweise im Bereich der Lohnentwicklung oder des Pflegematerials. - Die zentrale Annahme, die Leistungen der ambulanten Pflege müssten im Zeitraum 2010-2014 konstant bleiben, ist falsch. In der gleichen Zeit wurde das DRG-Pauschalen-System eingeführt, was zu komplexeren Pflegesituationen und insbesondere auch zu einem Anstieg der höher entschädigten Leistungen führte (Massnahmen der Abklärung, Beratung und Koordination, Massnahmen der Untersuchung und der Behandlung). Im gleichen Zeitraum wurde der Grundsatz «ambulant vor stationär» konsequent weiterverfolgt. In diesem Zusammenhang wurden –auch in Kongruenz zu den verschiedenen nationalen Gesundheitsstrategien – spezialisierte Leistungen im Bereich der ambulanten Pflege eingeführt, so beispielsweise im Bereich der Demenzpflege, Palliativpflege, Psychiatriepflege, Wochenend- und Nachtdienste. Diese Leistungen sind teurer als «herkömmliche, einfache» Pflegeleistungen. Die Spitex ist zu einem zentralen und koordinierenden Akteur der Grundversorgung geworden. - Im betrachteten Zeitraum wurde die obligatorische Krankenpflegeversicherung im Verhältnis zu den anderen Zahlern entlastet: Dies ging in zahlreichen Kantonen insbesondere zulasten der Patientinnen und Patienten. - Aufgrund der ungenügenden Regelung der Restfinanzierung wurden zulasten der Spitexorganisationen auch finanzpolitisch motivierte Entscheide in Kantonen und Gemeinden getroffen. Es ist dringend zu definieren, was in den Beiträgen und der Restfinanzierung alles enthalten sein muss oder was separat vergütet wird – z.B. Wegzeiten, Pflegematerial. Sonst ist die Finanzierungssicherheit der Spitexorganisationen längerfristig nicht gewährleistet, worunter schlussendlich die Patienten leiden. Zudem führen die Auswirkungen der Urteile des Bundesverwaltungsgerichts 2017 zu einem riesigen Chaos im Bereich der Anwendung und Abrechnung von Pflegematerial. Dieser Entscheid ist so in der Praxis nicht umsetzbar und ruft dringend nach Lösungen. Spitex Uri fordert die Legalisierung der bisherigen, gut funktionierenden Praxis betreffend Verrechnung von Pflegematerial (vgl. nachfolgend Detailbemerkungen zu Kap. 3.1.2) auf den 1. Januar 2019. Spitex Uri begrüsst den Willen des Bundesrates, den administrativen Aufwand zu verringern und die Pflege besser zu anerkennen. Die dazu vorgeschlagenen Massnahmen werden jedoch als praxisfern und unausgegoren erachtet. Spitex Schweiz schlägt deshalb verschiedene Änderungen vor, die zu einer sinnvollen Umsetzung führen. Spitex Uri schliesst sich den Aussagen von Spitex Schweiz an.

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

Mit Eröffnung der Vernehmlassung hat der Bundesrat auch den umfassenden externen Evaluationsbericht von INFRAS zur Neuordnung der Pflegefinanzierung veröffentlicht. Für Spitex Schweiz ist es unverständlich, warum der Bericht in der ganzen Vorlage nicht erwähnt wird und seine Erkenntnisse nicht eingeflossen sind. Der Evaluationsbericht von INFRAS zeigt sehr wohl verschiedene Lücken der Neuordnung der Pflegefinanzierung auf. Wir betrachten die aus dem Evaluationsbericht von INFRAS gezogenen Konklusionen als ungenügend und damit als verpasste Chance, Verbesserungen an der Pflegefinanzierung vorzunehmen.

Die systematische Nicht-Berücksichtigung der Erkenntnisse des Berichts und die getroffenen Annahmen insbesondere zur Veränderung der Beiträge in der ambulanten Pflege sind aus unserer Sicht nicht nachvollziehbar.

Bevor wir auf die Bemerkungen und Änderungsvorschläge zu den konkreten KLV-Artikeln kommen, möchten wir auf verschiedene Punkte des Vernehmlassungsberichts eingehen:

Generelle Bemerkungen zum Vernehmlassungsbericht

Der Bericht und die vorgeschlagenen Bestimmungen wirken nicht abgestimmt. Der Bericht ist kompliziert geschrieben, hat Lücken und ist nicht leserfreundlich. Einige Beispiele:

- S. 13, 3.1.2 Nebenleistungen und Leistungen anderer Sozialversicherer: zu letzteren findet sich kein Wort in diesem Kapitel
- S. 15, 3.1.6 Graphik 2 und 3: Hier wird fälschlicherweise von der Verteilung der Pflegeintensität gesprochen. Vielmehr bildet die Graphik jedoch die Verteilung der Leistungskategorien der Pflege ab.
- S. 16, 3.2 Berechnung des Korrekturfaktors der Pflegebeiträge: In der Berechnungsformel werden «Pflegetage» und «Bruttoleistungen» erwähnt: Diese spielen in der ambulanten Pflege keine Rolle. Vielmehr müsste von «Pflegestunden» und «Einnahmen» gesprochen werden.
- S. 21, 1.3 Dauer der ärztlichen Anordnung – Anpassungsvorschlag: der Anpassungsvorschlag wird nicht beschrieben.

Detailbemerkungen zum Berichtsteil Kostenneutralität der Pflegebeiträge

Legitimation der Kostenneutralität (1.1)

Aus Sicht von Spitex Schweiz fehlt die Grundlage um aufzuzeigen, dass die Regelung im ersten Jahr nach Inkrafttreten dieser Gesetzesänderung nicht eingehalten worden ist. Die Evaluation erklärt zur Erreichung des Hauptziels der NPF (**Hervorhebungen Spitex Schweiz**): *«Die Vermeidung einer zusätzlichen finanziellen Belastung der OKP konnte – bedingt durch mit der NPF [Neue Pflegefinanzierung] festgelegten fixen Beiträgen an die Pflegeleistungen – voll erreicht werden.»* Spitex Uri weist daraufhin, dass selbst Versicherer sich im Rahmen der Evaluation Pflegefinanzierung geäußert haben, die OKP sei entlastet worden.

Statistische Grundlagen (3.1)

Wir weisen auf eine Problematik in der Spitex-Statistik hin, welche auf S. 57 des Evaluationsberichts von INFRAS wie folgt beschrieben wird (**Hervorhebungen Spitex Schweiz**): *«Dieser Bruch in den Daten der Spitex-Statistik verunmöglicht einerseits einen direkten Vergleich der Gesamtkosten vor und nach dem Jahr 2010. Eine Einschätzung zur Grössenordnung der Verzerrung der Daten ist mit den vorliegenden Daten nicht möglich.»* Unseres Erachtens kann aus diesem Grund die Spitex Statistik nicht für einen Vorher-nachher-Vergleich beigezogen werden.

Pflegeheime (2)

Spitex Uri äussert sich nicht zu den Erläuterungen und Berechnungen im Bereich der Heime.

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

Nebenleistungen (3.1.2)

Das Kapitel 3.1.2 dreht sich wesentlich auch um die Kostenübernahme des Pflegematerials. Wie bereits mehrfach in Gesprächen mit dem BAG festgehalten und von diesem auch anerkannt sind die Kosten für Pflegematerial nicht oder nur ungenügend in die Berechnungen zur NPF eingeflossen. Weiter wurde das eingesetzte Material seit Einführung der NPF weiterentwickelt und hat sich entsprechend verteuert. So können z.B. moderne (und teurere) Wundverbände länger aufgelegt werden und benötigen dagegen weniger Pflegeleistungen durch eine Pflegefachperson. Spitex Uri ist nach wie vor der Ansicht, dass die OKP-Beiträge alleine aus diesen Gründen substantiell angehoben werden müssten.

Aber auch wenn man annehmen würde, die Kalkulation sei auf das Jahr 2011 korrekt gemacht worden, geht die Argumentation im Bericht (S. 13f) nicht auf: Es wird festgehalten, dass die Spitex-Organisationen auch aus Effizienzgründen im Verlauf der letzten Jahre das Materialmanagement immer mehr an Dritte ausgelagert haben (Apotheken, Ärzte, Materialzulieferer). Daraus schliesst das zuständige Amt, dass die KLV-Beiträge nun zu hoch wären (und in der Konsequenz eigentlich noch stärker gekürzt werden müssten). Dabei werden die beiden Urteile des Bundesverwaltungsgerichts aus dem Jahr 2017 nicht berücksichtigt, welche besagen, dass die im Rahmen der Pflegehandlung verwendeten Materialien nicht separat verrechnet werden dürfen. Wie weitherum bekannt ist, verursachen diese beiden Gerichtsurteile grosse Probleme und administrativen Zusatzaufwand und führen dazu, dass die Spitex-Organisationen, die für diese Materialien bis auf Zustandekommen einer Lösung mit den Restfinanzierern vorläufig vollumfänglich übernehmen müssen. Die OKP wird auch weiterhin einen Beitrag daran leisten. Wir verweisen aber primär auf unseren ersten Einwand: Das Material ist in der NPF nicht genügend berücksichtigt worden.

Weiter weisen wir darauf hin, dass die Grundlagen und Belege besonders in diesem Kapitel äusserst lückenhaft sind. Formulierungen wie «dürfte berücksichtigt haben», «es ist möglich, dass», «unklar ist», «dürften verrechnet haben», «kann von ausgegangen werden», «kann aber nicht beziffert werden», «es ist anzunehmen», «dürften etwas zu hoch sein» finden sich alleine auf den ¾-Seiten zu diesem Kapitel.

Spitex Uri beantragt überdies die KLV auf den 1. Januar 2019 dahingehend zu ändern, dass die Leistungserbringer der Pflege gemäss Art. 7 Abs. 1 KLV das Pflegematerial der OKP in Rechnung stellen können, beispielsweise durch eine Änderung von Art. 20 KLV. Auf die Trennung des Materials zwischen Selbstanwendung und Anwendung durch eine Pflegefachperson ist zu verzichten. Damit soll die in den vergangenen Jahren funktionierende Praxis legalisiert werden. Aufgrund der je nach Pflegeleistung sehr unterschiedlich anfallenden Kosten ist eine pauschalisierte Einrechnung in den OKP-Beiträgen der ambulanten Pflege nicht sinnvoll. Damit würden materialintensive Leistungen (z.B. Wundpflege) zu tief abgegolten. Entsprechend muss Pflegematerial separat (und nicht pauschalisiert) in Rechnung gestellt werden können.

Eventualantrag: Sollte dies aus juristischen Gründen nicht direkt über eine KLV-Änderung möglich sein, ist die Änderung raschestmöglich im übergeordneten Recht vorzunehmen.

Akut- und Übergangspflege (3.1.3)

Wir bitten hier um sorgfältige Analyse des Evaluationsberichts von INFRAS. Dieser zeigt auf, dass die derzeitige Ausgestaltung der AÜP nicht genügt. Die Annahme, dass neu mehr Leistungen in der Pflege dank der AÜP erbracht würden, kann anhand der Spitex-Statistik nicht belegt werden. Das Suggestieren, wonach mit der AÜP das Stundentotal (unbegründet) ausgeweitet werden soll weisen wir entschieden zurück. Eine AÜP basiert auf einer Verordnung durch einen Spitalarzt/eine Spitalärztin und kann entsprechend nicht willkürlich ausgeweitet werden.

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

Entwicklung der Leistungsstruktur nach Behandlungstyp (3.1.6)

Es ist für uns nicht nachvollziehbar, wie man zur Annahme gelangt, dass die Leistungsstruktur nach Behandlungstyp 2010-2014 konstant geblieben sei (wie bereits oben beschrieben ist der Begriff «Pflegeintensität» falsch). Mit der Einführung der DRG in den Spitälern, mit der Umsetzung des Konzepts «ambulant vor stationär» sind in den vergangenen Jahren immer komplexere Fälle in die ambulante Pflege eingetreten. So hatten beispielsweise auch die Palliativpflege, Onkologiepflege, Psychiatriepflege und weitere spezialisierte Pflegeleistungen ihrerseits eine Erhöhung des Anteils A- und B-Leistungen zur Folge. Darauf wird selbst in Berichten des BAG entsprechend hingewiesen (vgl. beispielsweise den Bericht «Abgeltung von Leistungen im Rahmen der koordinierten Versorgung», 2018). Logischerweise gehen im Gegenzug die C-Leistungen anteilmässig zurück. Graphik 2 und Graphik 3 auf Seite 15 verdeutlichen dies sehr gut – dennoch wird aus den Zahlen geschlossen, dass diese «relativ konstant» seien. Vielmehr aber erklären diese (gewollten) Verschiebungen im Leistungsmix auch wesentlich die Verteuerung des Stundenkostensatzes.

Löhne und allgemeine Teuerung (3.1.7)

Die Löhne im Pflegebereich sind in den letzten Jahren sehr wohl angestiegen. Fachkräftebedarf, Nacht- und Wochenendeinsätze, Spezialisierungen führten zu Lohnzunahmen. Entsprechend erachten wir die Berücksichtigung der Löhne als Kostenfaktor als zentral und weisen die Nicht-Berücksichtigung dieser Argumentation zurück.

Berechnung des Kostenfaktors der Pflegebeiträge (3.2)

Ziel der Kostenkorrektur ist die Gewährleistung, dass die Einführung der KLV-Beiträge im Jahr des Übergangs 2010/2011 kostenneutral für die OKP erfolgte. Die Gegenüberstellung der Zahlen von 2010 bis 2014 ist problematisch. Bereits im Evaluationsbericht von INFRAS wird erklärt, dass der Bruch in den Daten in der Spitex-Statistik einen direkten Vergleich der Gesamtkosten vor und nach dem Jahr 2010 nicht zulässt (vgl. auch oben). Im Bericht wird an verschiedenen Stellen (s. Kap. 3.1.1) darauf hingewiesen, dass die Konsistenz der vorhandenen Daten aus verschiedenen Gründen zu wünschen übriglässt. So wird festgehalten, dass Einnahmen aus Leistungen nach KLV 7 unter verschiedenen Rubriken erfasst wurden, dass die erwerbswirtschaftlichen Organisationen erst ab 2010 (und auch dann noch nicht alle) in der Statistik erfasst wurden und dass die selbstständigen Pflegefachpersonen von Zürich und Genf im Jahr 2010 noch nicht in der Statistik erfasst wurden etc. Für Spitex Uri stellt sich prinzipiell die Frage, ob man angesichts der Unsicherheiten in den Daten überhaupt die Kostenneutralität bei Einführung 2011 so detailliert überprüfen kann, wie es die Formel und deren Ergebnis 3.6 Prozent suggerieren. Spitex Uri erachtet die Schlussfolgerungen bzw. die Senkung der Beiträge auf einer unsicheren Datenbasis als unseriös und willkürlich.

Aus Sicht von Spitex Uri sind die Pflegebeiträge zwingend zu erhöhen. Verschiedene Faktoren zeigen auf, dass die Berechnungsgrundlage nach nahezu 15 Jahren dringend überarbeitet werden muss:

- Die Datengrundlage von 2004 berücksichtigte verschiedene Faktoren ungenügend. So beispielsweise die Kosten des Pflegematerials oder die Wegzeiten.
- Seit Einführung der neuen Pflegefinanzierung hat aufgrund der Strategie der Kantone «ambulant vor stationär» und bedingt durch gesellschaftliche Entwicklungen (mehr Single-Haushalte, Individualität etc.) die Nachfrage nach ambulanten Pflegeleistungen stark zugenommen.
- Parallel dazu ist auch der Bedarf an speziellen Pflegeangeboten weiter stark gewachsen: Palliative Care, Demenzpflege, Psychiatriepflege, Onkologiepflege, Kinderspitex gehören heute vielerorts zum Angebot einer Spitex-Organisation (vgl. auch die diesbezüglichen Strategien des Bundes und der Kantone). Es ist auch künftig mit einer Zunahme dieser Entwicklung zu rechnen (vgl. etwa Nationales Forschungsprogramm «Lebensende», NFP 67, oder das Postulat 18.3384 der SGK-SR «Bessere Betreuung und Behandlung von Menschen am Lebensende»). Für diese Leistungen

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

	müssen Personal mit Zusatzausbildung eingesetzt und spezielle Hilfsmittel verwendet werden. Nicht zuletzt aufgrund dieser Entwicklung kommt es zu einer Kostenverschiebung vom stationären zum ambulanten Bereich. - Stark zunehmend ist seit 2011 ebenfalls der Bedarf an 24h-Dienstleistungen und Notfalldiensten. Teilweise ist dieser ebenfalls an spezialisierte Angebote gekoppelt (Palliative Care, Kinderspitex). Andererseits führen aber auch sich verändernde Betreuungssituationen zu diesem Mehrbedarf. Trotz diesen augenscheinlichen Faktoren war für die OKP in den letzten Jahren keine Erhöhung der Beiträge in Sicht bzw. von den zuständigen Stellen geplant. Diese Mehrbelastung musste fast ausschliesslich von den Kantonen und Gemeinden oder über Anpassungen/Erhöhungen der Patientenbeitragssätze von den Betroffenen selbst getragen werden (vgl. Evaluationsbericht INFRAS S. 8, 9, 60, 63). Die Restfinanzierer versuchten diese Mehrausgaben zu vermeiden (z.B. durch Sparmassnahmen), abzuwälzen (durch eine stärkere Belastung der Patientinnen und Patienten) oder aufzuschieben (z.T. um 3-4 Jahre verzögerte Aktualisierung der Restfinanzierungsbeiträge). Dagegen wurde die OKP im Bereich der ambulanten Pflege sogar entlastet – und damit das Ziel der Vermeidung einer Mehrbelastung «übertroffen». Fazit: Die Leistungen im Bereich der Pflege sind in den vergangenen Jahren anspruchsvoller und kostenintensiver und die Pflegesituationen komplexer geworden. Eine zunehmende Spezialisierung führte auch zu neuen, höheren Anforderungen. Auch der Fachkräftemangel befeuert die Lohndiskussion. In der gleichen Zeit reduzierte sich der Anteil der OKP an den Kosten der ambulanten Pflege zum Nachteil der Kantone, Gemeinden und Patienten. Diese Entwicklung kann sich nicht so fortsetzen. Es braucht eine regelmässige Anpassung der Beiträge an die Kostenentwicklung. Mit einer Erhöhung der KLV-Beiträge in der ambulanten Pflege wird der frühere Anteil der OKP an den Pflegekosten wieder erreicht und fehlende Elemente (Pflegematerial, Wegzeiten, Löhne) einbezogen. Dies würde unseres Erachtens den Grundsatz «ambulant vor stationär» stärken. <u>Detailbemerkungen zum Berichtsteil «Bedarfsermittlung»</u> Die vorgeschlagenen Änderungen der Prozesse der Bedarfsermittlung im Bereich in der ambulanten Pflege sind u.E. aber noch zu wenig durchdacht. Wir haben zahlreiche Vorschläge zur Optimierung des Prozesses. Insbesondere ist eine Begriffsklärung notwendig: Die Bedarfsermittlung in der Spitex erfolgt umfassend (gemäss Art. 8a Abs. 2) vielerorts mit dem Instrument RAI Home Care. Aus der Bedarfsermittlung wird die Pflegeplanung abgeleitet und die nötigen Pflegeleistungen werden bestimmt. Die Zusammenfassung der Pflegeleistungen wird in einem Formular (Bedarfsmeldung, siehe Art. 8a, Abs. 3) dargestellt. Gerne sind wir bereit, den interessierten Personen die Bedarfsermittlungsprozesse bei einer Spitex-Organisation aufzuzeigen.		
Name / Firma	Artikel	Kommentar / Bemerkungen	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
Spitex Uri	Art. 7a Abs. 1	Die Senkung der Beiträge aus der OKP für die Pflege zu Hause erachten wir als nicht sachgerecht und unzureichend hergeleitet sowie absolut nicht nachvollziehbar. Wir verweisen auf die vorstehenden diesbezüglichen allgemeinen Bemerkungen und unterstreichen daraus folgendes:	Spitex Uri fordert eine substantielle Erhöhung der Beiträge.

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

		Der Expertenbericht kommt zum Schluss, dass die anteilmässige Belastung der OKP im Betrachtungszeitraum von 72% auf 70% gesunken und somit das Ziel die Kostenneutralität einzuhalten mehr als erreicht worden ist. Ebenso bleibt unbeachtet, dass die Lohnkosten deutlich angestiegen sind und aufgrund des Bedarfs an Pflegefachpersonal wohl weiter steigen wird. Weiter hatten und haben die konsequente Verfolgung der Strategie «ambulant vor stationär» zur Folge, dass spezialisierte (und damit teurere) Dienstleistungen (z.B. Palliativpflege, Onkologiepflege, Psychiatriepflege) verstärkt Eingang in die ambulante Pflege gefunden haben (vgl. dazu diverse Nationale Strategien des Bundes). Ein Weiterführen der bisherigen Beiträge führt zur laufenden Überwälzung der steigenden Kosten auf Kantone und Gemeinden (je nach kantonaler Regelung der Restfinanzierung) und die Klienten und Klientinnen.	
Spitex Uri	Art. 8 Abs. 1	Aus Sicht von Spitex Uri ist der neu vorgeschlagene Anordnungsprozess nicht genügend durchdacht. Heute ordnet der Arzt/die Ärztin Pflegeleistungen an. Teilweise werden gleichzeitig spezifische Massnahmen aufgrund der medizinischen Indikation angeordnet (z.B. Stützstrümpfe, Vitalzeichenmessung, Injektionen). Die abklärende Pflegefachperson stellt fest, welche Leistungen konkret benötigt werden. Diese werden im Nachgang durch den Arzt/die Ärztin (meist im Schnellverfahren ohne detaillierte Prüfung) unterschrieben. Es besteht in Fachkreisen Einigkeit, dass diese Schlussbestätigung pro forma erfolgt. Vorgeschlagene Regelung: Neu soll der Arzt/die Ärztin in einem ersten Schritt die Notwendigkeit der Pflege feststellen (Abs. 1 Bst. a) und zugleich auch festlegen, ob A-, B-, C-Leistungen benötigt werden (Abs. 1 Bst. b). Die Bedarfsermittlung erfolgt im Anschluss durch eine Pflegefachperson gemäss Art. 8a umfassend (dies entspricht auch den internationalen Standards, insbesondere dem in der Spitex fast flächendeckend eingesetzte RAI Home Care). Die Durchführung der Bedarfsermittlung stellt in der Praxis immer eine A-Leistung dar, d.h. der Arzt/die Ärztin muss in jedem Fall «A» ankreuzen, um die Abgeltung der Bedarfsermittlung zu ermöglichen. Ordnet ein Arzt/eine Ärztin Pflegeleistungen A und B an, und die Bedarfsermittlung (Beurteilung der Gesamtsituation und Abklärung des Umfelds) ergibt, dass der Klient auch C-Leistungen benötigt, braucht es nochmals eine Rücksprache mit dem Arzt/der Ärztin.	Abs. 1 b. Der Arzt oder die Ärztin kann spezifische Leistungen anordnen.

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

		Dies generiert zusätzliche Kosten und produziert unnötigen administrativen Aufwand. Zudem widerspricht es der bereits heute gängigen Praxis, wonach die Pflegefachpersonen Art und Umfang der Leistungen abklären. Spitex Uri ist der Ansicht, dass die künstliche Trennung zwischen A/C-Leistungen und B-Leistungen nicht sinnvoll ist. Die Pflegefachpersonen sind in der Lage fachlich zu beurteilen, welche Leistungen notwendig sind – auch im Bereich der Behandlungspflege (z.B. Messung der Vitalwerte, Messung Blutzucker, Wundversorgung). Der Arzt/die Ärztin wird über die aus der Bedarfsermittlung resultierenden benötigten Pflegeleistungen informiert. Im Gegenzug ist es auch wichtig, dass die Spitex die Informationen des Arztes/der Ärztin ebenfalls erhält, um so ihre Pflegeplanung bei Bedarf anpassen zu können. Im Grundsatz unterstützt Spitex Uri den Vorschlag des Bundesrates, die Kompetenzen der Pflege besser zu anerkennen und den Prozess der Bedarfsmeldung (ohne Einholen der ärztlichen Unterschrift) zu vereinfachen.	
Spitex Uri	Art. 8 Abs. 2 Bst. a + b	Spitex Uri unterstützt eine Verlängerung der ärztlichen Anordnung. Dies reduziert administrative Aufwände. Die unterschiedliche Terminierung von B-Leistungen (6 Monate) und A/C-Leistungen (12 Monate) führt in der Praxis zu einer umständlichen und unlogischen Situation und zu Mehrkosten: Sobald eine Klientin mehrere Leistungen benötigt, ist die Dauer der Anordnung zu harmonisieren. Beispiel: Läuft, wie vorgeschlagen, die Anordnung von B-Leistungen nach 6 Monaten ab (und angeordnete C-Leistungen erst nach 12 Monaten) muss nach 6 Monaten erneut eine Bedarfsermittlung erfolgen, aber nicht für die A- und C-Leistungen, die sie gleichzeitig bezieht, sondern nur für B-Leistungen. Gemäss internationalen Standards und auch gemäss Art. 8a, Abs. 2 ist die Beurteilung der Gesamtsituation und die Abklärung des Umfelds Bestandteil der Bedarfsermittlung, eine «Teil-Bedarfsermittlung», die nur mögliche B-Leistungen vorsieht widerspräche Art. 8a, Abs. 2 sowie der Logik des in der Spitex überwiegend zur Anwendung kommenden Bedarfsabklärungsinstrumentes RAI Home Care. Der beschriebene Prozess, wonach der Bedarf ausgehend von der Art der Leistung (A, B oder C) ermittelt wird ist falsch. Anhand der umfassenden Bedarfsermittlung wird die Situation des Klienten erfasst und aus der daraus folgenden Pflegeplanung die konkreten Pflegeleistungen abgeleitet und nicht umgekehrt.	2 Der Arzt oder die Ärztin kann den Auftrag oder die Anordnung erteilen: a) für maximal 9 Monate bei Leistungen nach Artikel 7 Absatz 2 Buchstaben a, b und c. b) streichen

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

		Aus Gründen der Qualitätssicherung schlägt Spitex Uri eine einheitliche Dauer von maximal 9 Monaten vor.	
Spitex Uri	Art. 8 Abs. 2 Bst. c	Die maximal 2 Wochen Akut- und Übergangspflege (AÜP) sind nicht ausreichend. Die bisherige Regelung zur AÜP ist ungenügend. Spitex Schweiz verweist damit auf die Eingaben der IG Pflegefinanzierung (Link) und den Evaluationsbericht zur Neuordnung der Pflegefinanzierung von INFRAS. In diesen Dokumenten werden die Unzulänglichkeiten der AÜP klar aufgezeigt. Eine grundlegende Änderung ist anzustreben. Sie kann jedoch nur durch eine entsprechende vorgängige KVG-Anpassung vorgenommen werden. Spitex Schweiz betont die Notwendigkeit einer Anpassung der AÜP verzichtet aber aus obgenannten Gründen darauf, an dieser Stelle eine Änderung vorzuschlagen.	
Spitex Uri	Art. 8a° Abs. 1	Der Vorschlag des Bundesrates sieht eine Einschränkung der Bedarfsermittlung auf Pflegefachpersonen vor. Spitex Uri unterstützt diese Gleichstellung der verschiedenen Pflegebereiche. Als problematisch erachten wird den Verweis auf Art. 49 KVV, dieser verlangt zwei Nachweise: Ein Diplom (Bst. a) sowie eine zweijährige praktische Tätigkeit (Bst. b). Letztere Einschränkung ist aus Sicht Spitex Uri klar zurückzuweisen. Die Ausbildungscurricula für diplomierte Pflegefachpersonen sehen die Tätigkeiten der Bedarfsermittlung explizit vor. Ausgebildetes diplomiertes Personal ist entsprechend in der Lage die Bedarfsermittlung mit Abschluss der Ausbildung vorzunehmen. Um die Bedarfsermittlung RAI Home Care durchführen zu dürfen, absolvieren die Pflegefachpersonen zusätzlich eine mehrtägige Schulung. Die Einräumung einer zweijährigen Frist zur Durchführung einer Bedarfsermittlung wäre eine massive Einschränkung der heutigen Praxis in den Spitex-Betrieben und würde sich negativ auf die Attraktivität der Spitex als Arbeitgeberin auswirken. Aus unserer Sicht bestimmt Art. 49 KVV die Voraussetzungen, die erfüllt sein müssen, um selbstständig als Pflegefachperson tätig zu sein. Ferner schlagen wir vor, gemäss unseren Ausführungen zu Art. 8 auf die künstliche Trennung zwischen A/C und B-Leistungen zu verzichten und entsprechend Bst. b zu streichen.	1 Die Bedarfsermittlung zur Umsetzung des ärztlichen Auftrages oder der ärztlichen Anordnung erfolgt: a. für Leistungen nach Artikel 7 Absatz 2 Buchstabe a, b und c: durch eine diplomierte Pflegefachfrau oder einen diplomierten Pflegefachmann (Art. 49 KVV) in Zusammenarbeit mit der Patientin oder dem Patienten oder deren Angehörigen; das Ergebnis der Ermittlung ist dem behandelnden Arzt zur Information weiterzugeben; b. für Leistungen nach Artikel 7 Absatz 2 Buchstabe b oder bei Akut- und Übergangspflege: durch eine diplomierte Pflegefachfrau oder einen diplomierten Pflegefachmann (Art. 49 KVV) in Zusammenarbeit mit dem behandelnden Arzt sowie der Patientin oder dem Patienten oder deren Angehörigen.
Spitex Uri	Art. 8a		

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

	Abs. 2	Die Bedarfsermittlung erfasst die Beurteilung der Gesamtsituation des Patienten oder der Patientin sowie die Abklärung des Umfelds. Dies steht im Einklang mit dem in der Spitex verwendeten Abklärungsinstrument RAI Home Care (RAI HomeCare kommt in ca. 85% der Spitexorganisationen zum Einsatz).	
Spitex Uri	Art. 8a Abs. 3	Gemäss Kommentar bezieht sich Art. 8a auf die Bedarfsermittlung im Allgemeinen (Kommentar S. 27), also auf Spitex-Organisationen, selbstständige Pflegefachkräfte und Pflegeheime. Abs. 3 verlangt einheitliche Kriterien vielmehr aber noch ein einheitliches Formular. Spitex Uri erachtet eine gleiche Ausgestaltung der Bedarfsmeldung (aus der Bedarfsermittlung ermittelte Pflegeleistungen, dargestellt in einem Formular) im ambulanten und stationären Bereich nicht als zielführend. Die Situationen sind nicht vergleichbar und es stehen für die jeweiligen Settings unterschiedliche Instrumente für die Bedarfsermittlung zur Verfügung (vgl. z.B. interRAI). Die einheitliche Ausgestaltung der Bedarfsmeldung innerhalb der Spitex wird von Spitex Uri unterstützt – diese sollte zwingend elektronisch verarbeitet werden können. Wir machen auf entsprechende aktuelle Bestrebungen im Bereich der Spitex in Zusammenarbeit mit Krankenversicherern aufmerksam. Diese werden jedoch nicht bis zur vorgesehenen Inkraftsetzung im Juli 2019 eingeführt werden können. Entsprechend wird für eine realistische Einführung eine Übergangsregelung gefordert (vgl. weiter unten).	3 Die Bedarfsermittlung erfolgt im stationären und ambulanten Bereich jeweils aufgrund einheitlicher Kriterien. ...
Spitex Uri	Übergangsbestimmungen	Wie bereits in den Bemerkungen zu Art. 8 Abs. 3 aufgeführt, kann die Einführung eines (elektronischen) einheitlichen Bedarfsmeldung nicht auf Juli 2019 abgeschlossen werden.	Die Bedarfsermittlung in Pflegeheimen darf bis Ende 2020 noch nach bisherigem Recht durchgeführt werden.
Spitex Uri	Art. 20 KLV	Die KLV ist auf den 1. Januar 2019 dahingehend abzuändern, dass die Leistungserbringer nach Art. 7 Abs. 1 KLV Pflegematerialien der OKP in Rechnung stellen können, unabhängig davon, ob es sich um eine Abgabe zur Selbstanwendung (gemäss MiGeL) oder der Anwendung durch eine Pflegefachperson handelt. Eventualantrag: Sollte dies aus juristischen Gründen nicht direkt über eine KLV-Änderung möglich sein, ist die Änderung raschestmöglich im übergeordneten Recht vorzunehmen.	Die Versicherung leistet eine Vergütung an Mittel und Gegenstände, die der Behandlung oder der Untersuchung im Sinne einer Überwachung der Behandlung einer Krankheit und ihrer Folgen dienen, die auf ärztliche Anordnung von einer Abgabestelle nach Artikel 55 KVV abgegeben werden und von der versicherten Person selbst oder mit Hilfe einer nichtberuflich an der

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

			Untersuchung oder der Behandlung mitwirkenden Person angewendet werden.
--	--	--	--

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation / Kanton : Spitex Verband Kanton Solothurn SVKS

Abkürzung der Firma / Organisation : SVKS

Adresse : Zuchwilerstrasse 21, 4500 Solothurn

Kontaktperson : Beatrice Grolimund, Geschäftsleiterin

Telefon : 032 623 00 33

E-Mail : beatrice.grolimund@spitexso.ch

Datum : 24.10.2018

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen!
2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen möchten, so können Sie unter "Extras/Dokumentenschutz aufheben" den Schreibschutz aufheben.
3. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **bis am 26. Oktober 2018** an folgende E-mail Adressen: abteilung-leistungen@bag.admin.ch
gever@bag.admin.ch

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV)	
Name / Firma (bitte auf der ersten Seite angegebene Abkürzung verwenden)	Allgemeine Bemerkungen
SVKS	Der SVKS lehnt die vorgeschlagene Senkung der OKP-Beiträge in der ambulanten Pflege um 3.6% entschieden ab und fordert stattdessen eine <u>substantielle</u> Erhöhung dieser Beiträge. Die Erhöhung ist aus folgenden Gründen unumgänglich: - Die zur Berechnung herangezogene Datengrundlage ist ungenügend. Die Spitex Statistik erlaubt gemäss Experten keine entsprechenden Vergleiche vor und nach 2010. Zahlreiche Argumente sind nicht nachvollziehbar – beispielsweise im Bereich der Lohnentwicklung oder des Pflegematerials. - Die zentrale Annahme, die Leistungen der ambulanten Pflege müssten im Zeitraum 2010-2014 konstant bleiben, ist falsch. In der gleichen Zeit wurde das DRG-Pauschalen-System eingeführt, was zu komplexeren Pflegesituationen und insbesondere auch zu einem Anstieg der höher entschädigten Leistungen führte (Massnahmen der Abklärung, Beratung und Koordination, Massnahmen der Untersuchung und der Behandlung). Im gleichen Zeitraum wurde der Grundsatz «ambulant vor stationär» konsequent weiterverfolgt. In diesem Zusammenhang wurden – auch in Kongruenz zu den verschiedenen nationalen Gesundheitsstrategien – spezialisierte Leistungen im Bereich der ambulanten Pflege eingeführt, so beispielsweise im Bereich der Demenzpflege, Palliativpflege, Psychiatriepflege, Wochenend- und Nachtdienste. Diese Leistungen sind teurer als «herkömmliche, einfache» Pflegeleistungen. Die Spitex ist zu einem zentralen und koordinierenden Akteur der Grundversorgung geworden. - Im betrachteten Zeitraum wurde die obligatorische Krankenpflegeversicherung im Verhältnis zu den anderen Zahlern entlastet: Dies ging in zahlreichen Kantonen insbesondere zulasten der Patientinnen und Patienten. - Aufgrund der ungenügenden Regelung der Restfinanzierung wurden zulasten der Spitexorganisationen auch finanzpolitisch motivierte Entscheide in Kantonen und Gemeinden getroffen. Es ist dringend zu definieren, was in den Beiträgen und der Restfinanzierung alles enthalten sein muss oder was separat vergütet wird – z.B. Wegzeiten, Pflegematerial. Sonst ist die Finanzierungssicherheit der Spitexorganisationen längerfristig nicht gewährleistet, worunter schlussendlich die Patienten leiden. Zudem führen die Auswirkungen der Urteile des Bundesverwaltungsgerichts 2017 zu einem riesigen Chaos im Bereich der Anwendung und Abrechnung von Pflegematerial. Dieser Entscheid ist so in der Praxis nicht umsetzbar und ruft dringend nach Lösungen. Der SVKS fordert die Legalisierung der bisherigen, gut funktionierenden Praxis betreffend Verrechnung von Pflegematerial (vgl. nachfolgend Detailbemerkungen zu Kap. 3.1.2) auf den 1. Januar 2019.

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

Der SVKS begrüsst den Willen des Bundesrates, den administrativen Aufwand zu verringern und die Pflege besser zu anerkennen. Die dazu vorgeschlagenen Massnahmen werden jedoch als praxisfern und unausgegoren erachtet. Der SVKS schlägt deshalb verschiedene Änderungen vor, die zu einer sinnvollen Umsetzung führen.

Mit Eröffnung der Vernehmlassung hat der Bundesrat auch den umfassenden externen Evaluationsbericht von INFRAS zur Neuordnung der Pflegefinanzierung veröffentlicht. Für den SVKS ist es unverständlich, warum der Bericht in der ganzen Vorlage nicht erwähnt wird und seine Erkenntnisse nicht eingeflossen sind. Der Evaluationsbericht von INFRAS zeigt sehr wohl verschiedene Lücken der Neuordnung der Pflegefinanzierung auf. Wir betrachten die aus dem Evaluationsbericht von INFRAS gezogenen Konklusionen als ungenügend und damit als verpasste Chance, Verbesserungen an der Pflegefinanzierung vorzunehmen.

Die systematische Nicht-Berücksichtigung der Erkenntnisse des Berichts und die getroffenen Annahmen insbesondere zur Veränderung der Beiträge in der ambulanten Pflege sind aus unserer Sicht nicht nachvollziehbar.

Bevor wir auf die Bemerkungen und Änderungsvorschläge zu den konkreten KLV-Artikeln kommen, möchten wir auf verschiedene Punkte des Vernehmlassungsberichts eingehen:

Generelle Bemerkungen zum Vernehmlassungsbericht

Der Bericht und die vorgeschlagenen Bestimmungen wirken nicht abgestimmt. Der Bericht ist kompliziert geschrieben, hat Lücken und ist nicht leserfreundlich. Einige Beispiele:

- S. 13, 3.1.2 Nebenleistungen und Leistungen anderer Sozialversicherer: zu letzteren findet sich kein Wort in diesem Kapitel
- S. 15, 3.1.6 Graphik 2 und 3: Hier wird fälschlicherweise von der Verteilung der Pflegeintensität gesprochen. Vielmehr bildet die Graphik jedoch die Verteilung der Leistungskategorien der Pflege ab.
- S. 16, 3.2 Berechnung des Korrekturfaktors der Pflegebeiträge: In der Berechnungsformel werden «Pflegetage» und «Bruttoleistungen» erwähnt: Diese spielen in der ambulanten Pflege keine Rolle. Vielmehr müsste von «Pflegestunden» und «Einnahmen» gesprochen werden.
- S. 21, 1.3 Dauer der ärztlichen Anordnung – Anpassungsvorschlag: der Anpassungsvorschlag wird nicht beschrieben.

Detailbemerkungen zum Berichtsteil Kostenneutralität der Pflegebeiträge

Legitimation der Kostenneutralität (1.1)

Aus Sicht des SVKS fehlt die Grundlage um aufzuzeigen, dass die Regelung im ersten Jahr nach Inkrafttreten dieser Gesetzesänderung nicht eingehalten worden ist. Die Evaluation erklärt zur Erreichung des Hauptziels der NPF (**Hervorhebungen SVKS**): *«Die Vermeidung einer zusätzlichen finanziellen Belastung der OKP konnte – bedingt durch mit der NPF [Neue Pflegefinanzierung] festgelegten fixen Beiträgen an die Pflegeleistungen – voll erreicht werden.»* Der SVKS weist daraufhin, dass selbst Versicherer sich im Rahmen der Evaluation Pflegefinanzierung geäußert haben, die OKP sei entlastet worden.

Statistische Grundlagen (3.1)

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

Wir weisen auf eine Problematik in der Spitex-Statistik hin, welche auf S. 57 des Evaluationsberichts von INFRAS wie folgt beschrieben wird (**Hervorhebungen SVKS**): **«Dieser Bruch in den Daten der Spitex-Statistik verunmöglicht einerseits einen direkten Vergleich der Gesamtkosten vor und nach dem Jahr 2010. Eine Einschätzung zur Grössenordnung der Verzerrung der Daten ist mit den vorliegenden Daten nicht möglich.»** Unseres Erachtens kann aus diesem Grund die Spitex Statistik nicht für einen Vorher-nachher-Vergleich beigezogen werden.

Pflegeheime (2)

Der SVKS äussert sich nicht zu den Erläuterungen und Berechnungen im Bereich der Heime. Wir unterstützen jedoch eine Erhöhung der OKP-Beiträge in diesem Bereich (vgl. auch Stellungnahme der IG Pflegefinanzierung [\[Link\]](#)).

Nebenleistungen (3.1.2)

Das Kapitel 3.1.2 dreht sich wesentlich auch um die Kostenübernahme des Pflegematerials. Wie bereits mehrfach in Gesprächen mit dem BAG festgehalten und von diesem auch anerkannt sind die Kosten für Pflegematerial nicht oder nur ungenügend in die Berechnungen zur NPF eingeflossen. Weiter wurde das eingesetzte Material seit Einführung der NPF weiterentwickelt und hat sich entsprechend verteuert. So können z.B. moderne (und teurere) Wundverbände länger aufgelegt werden und benötigen dagegen weniger Pflegeleistungen durch eine Pflegefachperson. Der SVKS ist nach wie vor der Ansicht, dass die OKP-Beiträge alleine aus diesen Gründen substantiell angehoben werden müssten.

Aber auch wenn man annehmen würde, die Kalkulation sei auf das Jahr 2011 korrekt gemacht worden, geht die Argumentation im Bericht (S. 13f) nicht auf: Es wird festgehalten, dass die Spitex-Organisationen auch aus Effizienzgründen im Verlauf der letzten Jahre das Materialmanagement immer mehr an Dritte ausgelagert haben (Apotheken, Ärzte, Materialzulieferer). Daraus schliesst das zuständige Amt, dass die KLV-Beiträge nun zu hoch wären (und in der Konsequenz eigentlich noch stärker gekürzt werden müssten). Dabei werden die beiden Urteile des Bundesverwaltungsgerichts aus dem Jahr 2017 nicht berücksichtigt, welche besagen, dass die im Rahmen der Pflegehandlung verwendeten Materialien nicht separat verrechnet werden dürfen. Wie weitherum bekannt ist, verursachen diese beiden Gerichtsurteile grosse Probleme und administrativen Zusatzaufwand und führen dazu, dass die Spitex-Organisationen, die für diese Materialien bis auf Zustandekommen einer Lösung mit den Restfinanzierern vorläufig vollumfänglich übernehmen müssen. Die OKP wird auch weiterhin einen Beitrag daran leisten. Wir verweisen aber primär auf unseren ersten Einwand: Das Material ist in der NPF nicht genügend berücksichtigt worden.

Weiter weisen wir darauf hin, dass die Grundlagen und Belege besonders in diesem Kapitel äusserst lückenhaft sind. Formulierungen wie «dürfte berücksichtigt haben», «es ist möglich, dass», «unklar ist», «dürften verrechnet haben», «kann von ausgegangen werden», «kann aber nicht beziffert werden», «es ist anzunehmen», «dürften etwas zu hoch sein» finden sich alleine auf den ¾-Seiten zu diesem Kapitel.

Der SVKS beantragt überdies die KLV auf den 1. Januar 2019 dahingehend zu ändern, dass die Leistungserbringer der Pflege gemäss Art. 7 Abs. 1 KLV das Pflegematerial der OKP in Rechnung stellen können, beispielsweise durch eine Änderung von Art. 20 KLV. Auf die Trennung des Materials zwischen Selbstanwendung und Anwendung durch eine Pflegefachperson ist zu verzichten. Damit soll die in den vergangenen Jahren funktionierende Praxis legalisiert werden. Aufgrund der je nach Pflegeleistung sehr unterschiedlich anfallenden Kosten ist eine pauschalisierte Einrechnung in den OKP-Beiträgen der ambulanten Pflege nicht sinnvoll. Damit würden materialintensive Leistungen (z.B. Wundpflege) zu tief abgegolten. Entsprechend muss Pflegematerial separat (und nicht pauschalisiert) in Rechnung gestellt werden können.

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

Eventualantrag: Sollte dies aus juristischen Gründen nicht direkt über eine KLV-Änderung möglich sein, ist die Änderung raschestmöglich im übergeordneten Recht vorzunehmen.

Akut- und Übergangspflege (3.1.3)

Wir bitten hier um sorgfältige Analyse des Evaluationsberichts von INFRAS. Dieser zeigt auf, dass die derzeitige Ausgestaltung der AÜP nicht genügt. Die Annahme, dass neu mehr Leistungen in der Pflege dank der AÜP erbracht würden, kann anhand der Spitex-Statistik nicht belegt werden. Das Suggestieren, wonach mit der AÜP das Stundentotal (unbegründet) ausgeweitet werden soll weisen wir entschieden zurück. Eine AÜP basiert auf einer Verordnung durch einen Spitalarzt/eine Spitalärztin und kann entsprechend nicht willkürlich ausgeweitet werden.

Entwicklung der Leistungsstruktur nach Behandlungstyp (3.1.6)

Es ist für uns nicht nachvollziehbar, wie man zur Annahme gelangt, dass die Leistungsstruktur nach Behandlungstyp 2010-2014 konstant geblieben sei (wie bereits oben beschrieben ist der Begriff «Pflegeintensität» falsch). Mit der Einführung der DRG in den Spitälern, mit der Umsetzung des Konzepts «ambulant vor stationär» sind in den vergangenen Jahren immer komplexere Fälle in die ambulante Pflege eingetreten. So hatten beispielsweise auch die Palliativpflege, Onkologiepflege, Psychiatriepflege und weitere spezialisierte Pflegeleistungen ihrerseits eine Erhöhung des Anteils A- und B-Leistungen zur Folge. Darauf wird selbst in Berichten des BAG entsprechend hingewiesen (vgl. beispielsweise den Bericht «Abgeltung von Leistungen im Rahmen der koordinierten Versorgung», 2018). Logischerweise gehen im Gegenzug die C-Leistungen anteilmässig zurück. Graphik 2 und Graphik 3 auf Seite 15 verdeutlichen dies sehr gut – dennoch wird aus den Zahlen geschlossen, dass diese «relativ konstant» seien. Vielmehr aber erklären diese (gewollten) Verschiebungen im Leistungsmix auch wesentlich die Verteuerung des Stundenkostensatzes.

Löhne und allgemeine Teuerung (3.1.7)

Die Löhne im Pflegebereich sind in den letzten Jahren sehr wohl angestiegen. Fachkräftebedarf, Nacht- und Wochenendeinsätze, Spezialisierungen führten zu Lohnzunahmen. Entsprechend erachten wir die Berücksichtigung der Löhne als Kostenfaktor als zentral und weisen die Nicht-Berücksichtigung dieser Argumentation zurück.

Berechnung des Kostenfaktors der Pflegebeiträge (3.2)

Ziel der Kostenkorrektur ist die Gewährleistung, dass die Einführung der KLV-Beiträge im Jahr des Übergangs 2010/2011 kostenneutral für die OKP erfolgte. Die Gegenüberstellung der Zahlen von 2010 bis 2014 ist problematisch. Bereits im Evaluationsbericht von INFRAS wird erklärt, dass der Bruch in den Daten in der Spitex-Statistik einen direkten Vergleich der Gesamtkosten vor und nach dem Jahr 2010 nicht zulässt (vgl. auch oben). Im Bericht wird an verschiedenen Stellen (s. Kap. 3.1.1) darauf hingewiesen, dass die Konsistenz der vorhandenen Daten aus verschiedenen Gründen zu wünschen übriglässt. So wird festgehalten, dass Einnahmen aus Leistungen nach KLV 7 unter verschiedenen Rubriken erfasst wurden, dass die erwerbswirtschaftlichen Organisationen erst ab 2010 (und auch dann noch nicht alle) in der Statistik erfasst wurden und dass die selbstständigen Pflegefachpersonen von Zürich und Genf im Jahr 2010 noch nicht in der Statistik erfasst wurden etc. Für den SVKS stellt sich prinzipiell die Frage, ob man angesichts der Unsicherheiten in den Daten überhaupt die Kostenneutralität bei Einführung 2011 so detailliert überprüfen kann, wie es die Formel und deren Ergebnis 3.6 Prozent suggerieren. Der SVKS erachtet die Schlussfolgerungen bzw. die Senkung der Beiträge auf einer unsicheren Datenbasis als unseriös und willkürlich.

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

Aus Sicht des SVKS sind die Pflegebeiträge zwingend zu erhöhen. Verschiedene Faktoren zeigen auf, dass die Berechnungsgrundlage nach nahezu 15 Jahren dringend überarbeitet werden muss:

- Die Datengrundlage von 2004 berücksichtigte verschiedene Faktoren ungenügend. So beispielsweise die Kosten des Pflegematerials oder die Wegzeiten.
- Seit Einführung der neuen Pflegefinanzierung hat aufgrund der Strategie der Kantone «ambulant vor stationär» und bedingt durch gesellschaftliche Entwicklungen (mehr Single-Haushalte, Individualität etc.) die Nachfrage nach ambulanten Pflegeleistungen stark zugenommen.
- Parallel dazu ist auch der Bedarf an speziellen Pflegeangeboten weiter stark gewachsen: Palliative Care, Demenzpflege, Psychiatriepflege, Onkologiepflege, Kinderspitex gehören heute vielerorts zum Angebot einer Spitex-Organisation (vgl. auch die diesbezüglichen Strategien des Bundes und der Kantone). Es ist auch künftig mit einer Zunahme dieser Entwicklung zu rechnen (vgl. etwa Nationales Forschungsprogramm «Lebensende», NFP 67, oder das Postulat 18.3384 der SGK-SR «Bessere Betreuung und Behandlung von Menschen am Lebensende»). Für diese Leistungen müssen Personal mit Zusatzausbildung eingesetzt und spezielle Hilfsmittel verwendet werden. Nicht zuletzt aufgrund dieser Entwicklung kommt es zu einer Kostenverschiebung vom stationären zum ambulanten Bereich.
- Stark zunehmend ist seit 2011 ebenfalls der Bedarf an 24h-Dienstleistungen und Notfalldiensten. Teilweise ist dieser ebenfalls an spezialisierte Angebote gekoppelt (Palliative Care, Kinderspitex). Andererseits führen aber auch sich verändernde Betreuungssituationen zu diesem Mehrbedarf.

Trotz diesen augenscheinlichen Faktoren war für die OKP in den letzten Jahren keine Erhöhung der Beiträge in Sicht bzw. von den zuständigen Stellen geplant.

Diese Mehrbelastung musste fast ausschliesslich von den Kantonen und Gemeinden oder über Anpassungen/Erhöhungen der Patientenbeitragssätze von den Betroffenen selbst getragen werden (vgl. Evaluationsbericht INFRAS S. 8, 9, 60, 63). Die Restfinanzierer versuchten diese Mehrausgaben zu vermeiden (z.B. durch Sparmassnahmen), abzuwälzen (durch eine stärkere Belastung der Patientinnen und Patienten) oder aufzuschieben (z.T. um 3-4 Jahre verzögerte Aktualisierung der Restfinanzierungsbeiträge).

Dagegen wurde die OKP im Bereich der ambulanten Pflege sogar entlastet – und damit das Ziel der Vermeidung einer Mehrbelastung «übertroffen».

Fazit: Die Leistungen im Bereich der Pflege sind in den vergangenen Jahren anspruchsvoller und kostenintensiver und die Pflegesituationen komplexer geworden. Eine zunehmende Spezialisierung führte auch zu neuen, höheren Anforderungen. Auch der Fachkräftemangel befeuert die Lohndiskussion. In der gleichen Zeit reduzierte sich der Anteil der OKP an den Kosten der ambulanten Pflege zum Nachteil der Kantone, Gemeinden und Patienten. Diese Entwicklung kann sich nicht so fortsetzen. Es braucht eine regelmässige Anpassung der Beiträge an die Kostenentwicklung.

Mit einer Erhöhung der KLV-Beiträge in der ambulanten Pflege wird der frühere Anteil der OKP an den Pflegekosten wieder erreicht und fehlende Elemente (Pflegematerial, Wegzeiten, Löhne) einbezogen. Dies würde unseres Erachtens den Grundsatz «ambulant vor stationär» stärken.

Detailbemerkungen zum Berichtsteil «Bedarfsermittlung und Mindestanforderungen an Pflegebedarfsermittlungssysteme»

Begrifflichkeit

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

Im Sinne einer Vorbemerkung stellen wir fest, dass der herkömmliche, fachlich abgestützte und bewährte Begriff der Bedarfsabklärung durch den Begriff der Bedarfsermittlung ersetzt worden ist. Da dies im erläuternden Bericht beim Punkt 1.6 zwar erwähnt aber die Auswirkungen mit keinem Wort erläutert werden, können wir über die Gründe nur Vermutungen anstellen. Damit soll wohl eine kalte Leistungskürzung erreicht werden: während die Bedarfsabklärung im Sinne einer laufenden Beobachtung des Zustandes der Patientin und der Ergebnisse der Pflege laufender Teil des Pflegeprozesses ist und entsprechend verrechnet werden kann, scheint die Bedarfsermittlung auf die Ermittlung des Pflegebedarfs bei Übernahme des Patienten bzw. zu Beginn einer Verordnungsperiode begrenzt. Der SBK lehnt diesen unbegründeten Terminologiewechsel entschieden ab. Prozess Bedarfsabklärung Die vorgeschlagenen Änderungen der Prozesse der Bedarfsabklärung im Bereich in der ambulanten Pflege sind u.E. noch zu wenig durchdacht; der Prozess muss optimiert werden und insbesondere ist eine Begriffsklärung notwendig: Die Bedarfsabklärung in der Spitex erfolgt umfassend (gemäss Art. 8a Abs. 2) vielerorts mit dem Instrument RAI Home Care. Aus der Bedarfsabklärung wird die Pflegeplanung abgeleitet und die nötigen Pflegeleistungen werden bestimmt. Die Zusammenfassung der Pflegeleistungen wird in einem Formular (Bedarfsmeldung, siehe Art. 8a, Abs. 3) dargestellt.			
Name / Firma	Artikel	Kommentar / Bemerkungen	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
SVKS	Art. 7 Abs. 2 Bst a Ziff. 1	Der SVKS lehnt diesen unbegründeten Terminologiewechsel entschieden ab.	Art. 7 Abs. 2 Bst. A Ziff. 1 ² Leistungen im Sinne von Absatz 1 sind: a. Massnahmen der Ermittlung Abklärung, Beratung und Koordination: 1. Ermittlung Abklärung des Pflegebedarfs und des Umfeldes des Patienten oder der Patientin und Planung der notwendigen Massnahmen,
SVKS	Art. 7a Abs. 1	Die Senkung der Beiträge aus der OKP für die Pflege zu Hause erachten wir als nicht sachgerecht und unzureichend hergeleitet sowie absolut nicht nachvollziehbar. Wir verweisen auf die vorstehenden diesbezüglichen allgemeinen Bemerkungen und unterstreichen daraus folgendes: Der Expertenbericht kommt zum Schluss, dass die anteilmässige Belastung der OKP im Betrachtungszeitraum von 72% auf 70% gesunken und somit das Ziel die Kostenneutralität einzuhalten mehr als erreicht worden ist. Ebenso bleibt unbeachtet, dass die Lohnkosten deutlich angestiegen sind und aufgrund des Bedarfs an Pflegefachpersonal wohl weiter steigen wird.	Der SVKS fordert eine substantielle Erhöhung der Beiträge.

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

		Weiter hatten und haben die konsequente Verfolgung der Strategie «ambulant vor stationär» zur Folge, dass spezialisierte (und damit teurere) Dienstleistungen (z.B. Palliativpflege, Onkologiepflege, Psychiatriepflege) verstärkt Eingang in die ambulante Pflege gefunden haben (vgl. dazu diverse Nationale Strategien des Bundes). Ein Weiterführen der bisherigen Beiträge führt zur laufenden Überwälzung der steigenden Kosten auf Kantone und Gemeinden (je nach kantonaler Regelung der Restfinanzierung) und die Klienten und Klientinnen.	
SVKS	Art. 8 Abs. 1	Aus Sicht des SVKS ist der neu vorgeschlagene Anordnungsprozess nicht genügend durchdacht. Heute ordnet der Arzt/die Ärztin Pflegeleistungen an. Teilweise werden gleichzeitig spezifische Massnahmen aufgrund der medizinischen Indikation angeordnet (z.B. Stützstrümpfe, Vitalzeichenmessung, Injektionen). Die abklärende Pflegefachperson stellt fest, welche Leistungen konkret benötigt werden. Diese werden im Nachgang durch den Arzt/die Ärztin (meist im Schnellverfahren ohne detaillierte Prüfung) unterschrieben. Es besteht in Fachkreisen Einigkeit, dass diese Schlussbestätigung pro forma erfolgt. Vorgeschlagene Regelung: Neu soll der Arzt/die Ärztin in einem ersten Schritt die Notwendigkeit der Pflege feststellen (Abs. 1 Bst. a) und zugleich auch festlegen, ob A-, B-, C-Leistungen benötigt werden (Abs. 1 Bst. b). Die Bedarfsabklärung erfolgt im Anschluss durch eine Pflegefachperson gemäss Art. 8a umfassend (dies entspricht auch den internationalen Standards, insbesondere dem in der Spitex fast flächendeckend eingesetzte RAI Home Care). Die Durchführung der Bedarfsabklärung stellt in der Praxis immer eine A-Leistung dar, d.h. der Arzt/die Ärztin muss in jedem Fall «A» ankreuzen, um die Abgeltung der Bedarfsabklärung zu ermöglichen. Ordnet ein Arzt/eine Ärztin Pflegeleistungen A und B an, und die Bedarfsabklärung (Beurteilung der Gesamtsituation und Abklärung des Umfelds) ergibt, dass der Klient auch C-Leistungen benötigt, braucht es nochmals eine Rücksprache mit dem Arzt/der Ärztin. Dies generiert zusätzliche Kosten und produziert unnötigen administrativen Aufwand. Zudem widerspricht es der bereits heute gängigen Praxis, wonach die Pflegefachpersonen Art und Umfang der Leistungen abklären.	Abs. 1 b. Der Arzt oder die Ärztin kann spezifische Leistungen anordnen. Analog unseres Einwandes bezüglich Begrifflichkeit, muss der Begriff "Ermittlung" durch "Abklärung" ersetzt werden.

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

		Der SVKS ist der Ansicht, dass die künstliche Trennung zwischen A/C-Leistungen und B-Leistungen nicht sinnvoll ist. Die Pflegefachpersonen sind in der Lage fachlich zu beurteilen, welche Leistungen notwendig sind – auch im Bereich der Behandlungspflege (z.B. Messung der Vitalwerte, Messung Blutzucker, Wundversorgung). Der Arzt/die Ärztin wird über die aus der Bedarfsabklärung resultierenden benötigten Pflegeleistungen informiert. Im Gegenzug ist es auch wichtig, dass die Spitex die Informationen des Arztes/der Ärztin ebenfalls erhält, um so ihre Pflegeplanung bei Bedarf anpassen zu können. Im Grundsatz unterstützt der SVKS den Vorschlag des Bundesrates, die Kompetenzen der Pflege besser zu anerkennen und den Prozess der Bedarfsmeldung (ohne Einholen der ärztlichen Unterschrift) zu vereinfachen.	
SVKS	Art. 8 Abs. 2 Bst. a + b	Der SVKS unterstützt eine Verlängerung der ärztlichen Anordnung. Dies reduziert administrative Aufwände. Die unterschiedliche Terminierung von B-Leistungen (6 Monate) und A-/C-Leistungen (12 Monate) führt in der Praxis zu einer umständlichen und unlogischen Situation und zu Mehrkosten: Sobald eine Klientin mehrere Leistungen benötigt, ist die Dauer der Anordnung zu harmonisieren. Beispiel: Läuft, wie vorgeschlagen, die Anordnung von B-Leistungen nach 6 Monaten ab (und angeordnete C-Leistungen erst nach 12 Monaten) muss nach 6 Monaten erneut eine Bedarfsabklärung erfolgen, aber nicht für die A- und C-Leistungen, die sie gleichzeitig bezieht, sondern nur für B-Leistungen. Gemäss internationalen Standards und auch gemäss Art. 8a, Abs. 2 ist die Beurteilung der Gesamtsituation und die Abklärung des Umfelds Bestandteil der Bedarfsabklärung, eine «Teil-Bedarfsabklärung», die nur mögliche B-Leistungen vorsieht widerspricht Art. 8a, Abs. 2 sowie der Logik des in der Spitex überwiegend zur Anwendung kommenden Bedarfsabklärungsinstrumentes RAI Home Care. Der beschriebene Prozess, wonach der Bedarf ausgehend von der Art der Leistung (A, B oder C) ermittelt wird ist falsch. Anhand der umfassenden Bedarfsabklärung wird die Situation des Klienten erfasst und aus der daraus folgenden Pflegeplanung die konkreten Pflegeleistungen abgeleitet und nicht umgekehrt. Aus Gründen der Qualitätssicherung schlägt der SVKS eine einheitliche Dauer von maximal 9 Monaten vor.	2 Der Arzt oder die Ärztin kann den Auftrag oder die Anordnung erteilen: a) für maximal 9 Monate bei Leistungen nach Artikel 7 Absatz 2 Buchstaben a, b und c. b) streichen

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

SVKS	Art. 8 Abs. 2 Bst. c	Die maximal 2 Wochen Akut- und Übergangspflege (AÜP) sind nicht ausreichend. Die bisherige Regelung zur AÜP ist ungenügend. Wir verweisen damit auf die Eingaben der IG Pflegefinanzierung (Link) und den Evaluationsbericht zur Neuordnung der Pflegefinanzierung von INFRAS. In diesen Dokumenten werden die Unzulänglichkeiten der AÜP klar aufgezeigt. Eine grundlegende Änderung ist anzustreben. Sie kann jedoch nur durch eine entsprechende vorgängige KVG-Anpassung vorgenommen werden. Der SVKS betont die Notwendigkeit einer Anpassung der AÜP verzichtet aber aus obgenannten Gründen darauf, an dieser Stelle eine Änderung vorzuschlagen.	
SVKS	Art. 8a° Abs. 1	Der Vorschlag des Bundesrates sieht eine Einschränkung der Bedarfsabklärung auf Pflegefachpersonen vor. Der SVKS unterstützt diese Gleichstellung der verschiedenen Pflegebereiche. Als problematisch erachten wird den Verweis auf Art. 49 KVV, dieser verlangt zwei Nachweise: Ein Diplom (Bst. a) sowie eine zweijährige praktische Tätigkeit (Bst. b). Letztere Einschränkung ist aus Sicht des SVKS klar zurückzuweisen. Die Ausbildungscurricula für diplomierte Pflegefachpersonen sehen die Tätigkeiten der Bedarfsabklärung explizit vor. Ausgebildetes diplomiertes Personal ist entsprechend in der Lage die Bedarfsabklärung mit Abschluss der Ausbildung vorzunehmen. Um die Bedarfsabklärung RAI Home Care durchführen zu dürfen, absolvieren die Pflegefachpersonen zusätzlich eine mehrtägige Schulung. Die Einräumung einer zweijährigen Frist zur Durchführung einer Bedarfsabklärung wäre eine massive Einschränkung der heutigen Praxis in den Spitex-Betrieben und würde sich negativ auf die Attraktivität der Spitex als Arbeitgeberin auswirken. Aus unserer Sicht bestimmt Art. 49 KVV die Voraussetzungen, die erfüllt sein müssen, um selbstständig als Pflegefachperson tätig zu sein. Ferner schlagen wir vor, gemäss unseren Ausführungen zu Art. 8 auf die künstliche Trennung zwischen A/C und B-Leistungen zu verzichten und entsprechend Bst. b zu streichen.	1 Die Bedarfsabklärung zur Umsetzung des ärztlichen Auftrages oder der ärztlichen Anordnung erfolgt: a. für Leistungen nach Artikel 7 Absatz 2 Buchstabe a, b und c: durch eine diplomierte Pflegefachfrau oder einen diplomierten Pflegefachmann (Art. 49 KVV) in Zusammenarbeit mit der Patientin oder dem Patienten oder deren Angehörigen; das Ergebnis der Ermittlung ist dem behandelnden Arzt zur Information weiterzugeben; b. für Leistungen nach Artikel 7 Absatz 2 Buchstabe b oder bei Akut- und Übergangspflege: durch eine diplomierte Pflegefachfrau oder einen diplomierten Pflegefachmann (Art. 49 KVV) in Zusammenarbeit mit dem behandelnden Arzt sowie der Patientin oder dem Patienten oder deren Angehörigen.
SVKS	Art. 8a Abs. 2	Die Bedarfsabklärung erfasst die Beurteilung der Gesamtsituation des Patienten oder der Patientin sowie die Abklärung des Umfelds. Dies steht im Einklang mit dem in der Spitex verwendeten Abklärungsinstrument RAI Home Care (RAI HomeCare kommt in ca. 85% der Spitexorganisationen zum Einsatz).	Analog unseres Einwandes bezüglich Begrifflichkeit, muss der Begriff "Ermittlung" durch "Abklärung" ersetzt werden.

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

SVKS	Art. 8a Abs. 3	Gemäss Kommentar bezieht sich Art. 8a auf die Bedarfsabklärung im Allgemeinen (Kommentar S. 27), also auf Spitex-Organisationen, selbstständige Pflegefachkräfte und Pflegeheime. Abs. 3 verlangt einheitliche Kriterien vielmehr aber noch ein einheitliches Formular. Der SVKS erachtet eine gleiche Ausgestaltung der Bedarfsmeldung (aus der Bedarfsabklärung ermittelte Pflegeleistungen, dargestellt in einem Formular) im ambulanten und stationären Bereich nicht als zielführend. Die Situationen sind nicht vergleichbar und es stehen für die jeweiligen Settings unterschiedliche Instrumente für die Bedarfsabklärung zur Verfügung (vgl. z.B. interRAI). Die einheitliche Ausgestaltung der Bedarfsmeldung innerhalb der Spitex wird vom SVKS unterstützt – diese sollte zwingend elektronisch verarbeitet werden können. Wir machen auf entsprechende aktuelle Bestrebungen im Bereich der Spitex in Zusammenarbeit mit Krankenversicherern aufmerksam. Diese werden jedoch nicht bis zur vorgesehenen Inkraftsetzung im Juli 2019 eingeführt werden können. Entsprechend wird für eine realistische Einführung eine Übergangsregelung gefordert (vgl. weiter unten).	3 Die Bedarfsabklärung Bedarfsabklärung erfolgt im stationären und ambulanten Bereich jeweils aufgrund einheitlicher Kriterien. ...
SVKS	Übergangsbestimmungen	Wie bereits in den Bemerkungen zu Art. 8 Abs. 3 aufgeführt, kann die Einführung eines (elektronischen) einheitlichen Bedarfsmeldung nicht auf Juli 2019 abgeschlossen werden.	Die Bedarfsabklärung in Pflegeheimen darf bis Ende 2020 noch nach bisherigem Recht durchgeführt werden.
SVKS	Art. 20 KLV	Die KLV ist auf den 1. Januar 2019 dahingehend abzuändern, dass die Leistungserbringer nach Art. 7 Abs. 1 KLV Pflegematerialien der OKP in Rechnung stellen können, unabhängig davon, ob es sich um eine Abgabe zur Selbstanwendung (gemäss MiGeL) oder der Anwendung durch eine Pflegefachperson handelt. Eventualantrag: Sollte dies aus juristischen Gründen nicht direkt über eine KLV-Änderung möglich sein, ist die Änderung raschestmöglich im übergeordneten Recht vorzunehmen.	Die Versicherung leistet eine Vergütung an Mittel und Gegenstände, die der Behandlung oder der Untersuchung im Sinne einer Überwachung der Behandlung einer Krankheit und ihrer Folgen dienen, die auf ärztliche Anordnung von einer Abgabestelle nach Artikel 55 KVV abgegeben werden und von der versicherten Person selbst oder mit Hilfe einer nichtberuflich an der Untersuchung oder der Behandlung mitwirkenden Person angewendet werden.

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation / Kanton : Spitex Kanton Zug

Abkürzung der Firma / Organisation : SPXZG

Adresse : Neuhofstrasse 21, 6340 Baar

Kontaktperson : Andreas Blank, Geschäftsleiter a.i.

Telefon : 041 729 29 29

E-Mail : andreas.blank@spitexzug.ch

Datum : 26.10.2018

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen!
2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen möchten, so können Sie unter "Extras/Dokumentenschutz aufheben" den Schreibschutz aufheben.
3. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **bis am 26. Oktober 2018** an folgende E-mail Adressen: abteilung-leistung@bag.admin.ch
gever@bag.admin.ch

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV)	
Name / Firma (bitte auf der ersten Seite angegebene Abkürzung verwenden)	Allgemeine Bemerkungen
SPXZG	Spitex Kanton Zug lehnt die vorgeschlagene Senkung der OKP-Beiträge in der ambulanten Pflege um 3.6% entschieden ab und fordert stattdessen eine <u>substantielle</u> Erhöhung dieser Beiträge. Die Erhöhung ist aus folgenden Gründen unumgänglich: - Die zur Berechnung herangezogene Datengrundlage ist ungenügend. Die Spitex Statistik erlaubt gemäss Experten keine entsprechenden Vergleiche vor und nach 2010. Zahlreiche Argumente sind nicht nachvollziehbar – beispielsweise im Bereich der Lohnentwicklung oder des Pflegematerials. - Die zentrale Annahme, die Leistungen der ambulanten Pflege müssten im Zeitraum 2010-2014 konstant bleiben, ist falsch. In der gleichen Zeit wurde das DRG-Pauschalen-System eingeführt, was zu komplexeren Pflegesituationen und insbesondere auch zu einem Anstieg der höher entschädigten Leistungen führte (Massnahmen der Abklärung, Beratung und Koordination, Massnahmen der Untersuchung und der Behandlung). Im gleichen Zeitraum wurde der Grundsatz «ambulant vor stationär» konsequent weiterverfolgt. In diesem Zusammenhang wurden –auch in Kongruenz zu den verschiedenen nationalen Gesundheitsstrategien – spezialisierte Leistungen im Bereich der ambulanten Pflege eingeführt, so beispielsweise im Bereich der Demenzpflege, Palliativpflege, Psychiatriepflege, Wochenend- und Nachtdienste. Diese Leistungen sind teurer als «herkömmliche, einfache» Pflegeleistungen. Die Spitex ist zu einem zentralen und koordinierenden Akteur der Grundversorgung geworden. - Zudem führen die Auswirkungen der Urteile des Bundesverwaltungsgerichts 2017 zu einem riesigen Chaos im Bereich der Anwendung und Abrechnung von Pflegematerial. Dieser Entscheid ist so in der Praxis nicht umsetzbar und ruft dringend nach Lösungen. Spitex Kanton Zug fordert die Legalisierung der bisherigen, gut funktionierenden Praxis betreffend Verrechnung von Pflegematerial (vgl. nachfolgend Detailbemerkungen zu Kap. 3.1.2) auf den 1. Januar 2019. Spitex Kanton Zug begrüsst den Willen des Bundesrates, den administrativen Aufwand zu verringern und die Pflege besser zu anerkennen. Die dazu vorgeschlagenen Massnahmen werden jedoch als praxisfern und unausgegoren erachtet. Spitex Kanton Zug schlägt deshalb verschiedene Änderungen vor, die zu einer sinnvollen Umsetzung führen.

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

Mit Eröffnung der Vernehmlassung hat der Bundesrat auch den umfassenden externen Evaluationsbericht von INFRAS zur Neuordnung der Pflegefinanzierung veröffentlicht. Für Spitex Kanton Zug ist es unverständlich, warum der Bericht in der ganzen Vorlage nicht erwähnt wird und seine Erkenntnisse nicht eingeflossen sind. Der Evaluationsbericht von INFRAS zeigt sehr wohl verschiedene Lücken der Neuordnung der Pflegefinanzierung auf. Wir betrachten die aus dem Evaluationsbericht von INFRAS gezogenen Konklusionen als ungenügend und damit als verpasste Chance, Verbesserungen an der Pflegefinanzierung vorzunehmen.

Die systematische Nicht-Berücksichtigung der Erkenntnisse des Berichts und die getroffenen Annahmen insbesondere zur Veränderung der Beiträge in der ambulanten Pflege sind aus unserer Sicht nicht nachvollziehbar.

Bevor wir auf die Bemerkungen und Änderungsvorschläge zu den konkreten KLV-Artikeln kommen, möchten wir auf verschiedene Punkte des Vernehmlassungsberichts eingehen:

Bemerkungen zum Berichtsteil Kostenneutralität der Pflegebeiträge

Legitimation der Kostenneutralität (1.1)

Aus Sicht von Spitex Kanton Zug fehlt die Grundlage um aufzuzeigen, dass die Regelung im ersten Jahr nach Inkrafttreten dieser Gesetzesänderung nicht eingehalten worden ist. Die Evaluation erklärt zur Erreichung des Hauptziels der NPF (**Hervorhebungen Spitex Kanton Zug**): *«Die Vermeidung einer zusätzlichen finanziellen Belastung der OKP konnte – bedingt durch mit der NPF [Neue Pflegefinanzierung] festgelegten fixen Beiträgen an die Pflegeleistungen – voll erreicht werden.»* Spitex Kanton Zug weist daraufhin, dass selbst Versicherte sich im Rahmen der Evaluation Pflegefinanzierung geäußert haben, die OKP sei entlastet worden.

Statistische Grundlagen (3.1)

Wir weisen auf eine Problematik in der Spitex-Statistik hin, welche auf S. 57 des Evaluationsberichts von INFRAS wie folgt beschrieben wird (**Hervorhebungen Spitex Kanton Zug**): *«Dieser Bruch in den Daten der Spitex-Statistik verunmöglicht einerseits einen direkten Vergleich der Gesamtkosten vor und nach dem Jahr 2010. Eine Einschätzung zur Grössenordnung der Verzerrung der Daten ist mit den vorliegenden Daten nicht möglich.»* Unseres Erachtens kann aus diesem Grund die Spitex Statistik nicht für einen Vorher-nachher-Vergleich beigezogen werden.

Pflegeheime (2)

Spitex Kanton Zug äussert sich nicht zu den Erläuterungen und Berechnungen im Bereich der Heime. Wir unterstützen jedoch eine Erhöhung der OKP-Beiträge in diesem Bereich (vgl. auch Stellungnahme der IG Pflegefinanzierung [\[Link\]](#)).

Nebenleistungen (3.1.2)

Das Kapitel 3.1.2 dreht sich wesentlich auch um die Kostenübernahme des Pflegematerials. Wie bereits mehrfach in Gesprächen zwischen Spitex Schweiz mit dem BAG festgehalten und von diesem auch anerkannt, sind die Kosten für Pflegematerial nicht oder nur ungenügend in die Berechnungen zur NPF eingeflossen. Weiter wurde das eingesetzte Material seit Einführung der NPF weiterentwickelt und hat sich entsprechend verteuert. So können z.B. moderne (und teurere) Wundverbände länger aufgelegt werden und benötigen dagegen weniger Pflegeleistungen durch eine Pflegefachperson.

Aber auch wenn man annehmen würde, die Kalkulation sei auf das Jahr 2011 korrekt gemacht worden, geht die Argumentation im Bericht (S. 13f) nicht auf: Es wird festgehalten, dass die Spitex-Organisationen auch aus Effizienzgründen im Verlauf der letzten Jahre das Materialmanagement immer mehr

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

an Dritte ausgelagert haben (Apotheken, Ärzte, Materialzulieferer). Daraus schliesst das zuständige Amt, dass die KLV-Beiträge nun zu hoch wären (und in der Konsequenz eigentlich noch stärker gekürzt werden müssten). Dabei werden die beiden Urteile des Bundesverwaltungsgerichts aus dem Jahr 2017 nicht berücksichtigt, welche besagen, dass die im Rahmen der Pflegehandlung verwendeten Materialien nicht separat verrechnet werden dürfen. Wie weitherum bekannt ist, verursachen diese beiden Gerichtsurteile grosse Probleme und administrativen Zusatzaufwand und führen dazu, dass die Spitex-Organisationen, die für diese Materialien bis auf Zustandekommen einer Lösung mit den Restfinanzierern vorläufig vollumfänglich übernehmen müssen. Die OKP wird auch weiterhin einen Beitrag daran leisten. Wir verweisen aber primär auf unseren ersten Einwand: Das Material ist in der NPF nicht genügend berücksichtigt worden.

Weiter weisen wir darauf hin, dass die Grundlagen und Belege besonders in diesem Kapitel äusserst lückenhaft sind. Formulierungen wie «dürfte berücksichtigt haben», «es ist möglich, dass», «unklar ist», «dürften verrechnet haben», «kann von ausgegangen werden», «kann aber nicht beziffert werden», «es ist anzunehmen», «dürften etwas zu hoch sein» finden sich alleine auf den ¾-Seiten zu diesem Kapitel.

Spitex Kanton Zug beantragt überdies die KLV auf den 1. Januar 2019 dahingehend zu ändern, dass die Leistungserbringer der Pflege gemäss Art. 7 Abs. 1 KLV das Pflegematerial der OKP in Rechnung stellen können, beispielsweise durch eine Änderung von Art. 20 KLV. Auf die Trennung des Materials zwischen Selbstanwendung und Anwendung durch eine Pflegefachperson ist zu verzichten. Damit soll die in den vergangenen Jahren funktionierende Praxis legalisiert werden. Aufgrund der je nach Pflegeleistung sehr unterschiedlich anfallenden Kosten ist eine pauschalisierte Einrechnung in den OKP-Beiträgen der ambulanten Pflege nicht sinnvoll. Damit würden materialintensive Leistungen (z.B. Wundpflege) zu tief abgegolten. Entsprechend muss Pflegematerial separat (und nicht pauschalisiert) in Rechnung gestellt werden können. Eventualantrag: Sollte dies aus juristischen Gründen nicht direkt über eine KLV-Änderung möglich sein, ist die Änderung raschestmöglich im übergeordneten Recht vorzunehmen.

Akut- und Übergangspflege (3.1.3)

Wir bitten hier um sorgfältige Analyse des Evaluationsberichts von INFRAS. Dieser zeigt auf, dass die derzeitige Ausgestaltung der AÜP nicht genügt. Die Annahme, dass neu mehr Leistungen in der Pflege dank der AÜP erbracht würden, trifft im Kanton Zug nicht zu. Das Suggestieren, wonach mit der AÜP das Stundentotal (unbegründet) ausgeweitet werden soll weisen wir entschieden zurück. Eine AÜP basiert auf einer Verordnung durch einen Spitalarzt/eine Spitalärztin und kann entsprechend nicht willkürlich ausgeweitet werden.

Entwicklung der Leistungsstruktur nach Behandlungstyp (3.1.6)

Es ist für uns nicht nachvollziehbar, wie man zur Annahme gelangt, dass die Leistungsstruktur nach Behandlungstyp 2010-2014 konstant geblieben sei (wie bereits oben beschrieben ist der Begriff «Pflegeintensität» falsch). Mit der Einführung der DRG in den Spitälern, mit der Umsetzung des Konzepts «ambulant vor stationär» sind in den vergangenen Jahren immer komplexere Fälle in die ambulante Pflege eingetreten. So hatten beispielsweise auch die Palliativpflege, Onkologiepflege, Psychiatriepflege und weitere spezialisierte Pflegeleistungen ihrerseits eine Erhöhung des Anteils A- und B-Leistungen zur Folge. Darauf wird selbst in Berichten des BAG entsprechend hingewiesen (vgl. beispielsweise den Bericht «Abgeltung von Leistungen im Rahmen der koordinierten Versorgung», 2018). Logischerweise gehen im Gegenzug die C-Leistungen anteilmässig zurück. Graphik 2 und Graphik 3

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

auf Seite 15 verdeutlichen dies sehr gut – dennoch wird aus den Zahlen geschlossen, dass diese «relativ konstant» seien. Vielmehr aber erklären diese (gewollten) Verschiebungen im Leistungsmix auch wesentlich die Verteuerung des Stundenkostensatzes.

Löhne und allgemeine Teuerung (3.1.7)

Die Löhne im Pflegebereich sind in den letzten Jahren sehr wohl angestiegen. Fachkräftebedarf, Nacht- und Wochenendeinsätze, Spezialisierungen führten zu Lohnzunahmen. Entsprechend erachten wir die Berücksichtigung der Löhne als Kostenfaktor als zentral und weisen die Nicht-Berücksichtigung dieser Argumentation zurück.

Berechnung des Kostenfaktors der Pflegebeiträge (3.2)

Ziel der Kostenkorrektur ist die Gewährleistung, dass die Einführung der KLV-Beiträge im Jahr des Übergangs 2010/2011 kostenneutral für die OKP erfolgte. Die Gegenüberstellung der Zahlen von 2010 bis 2014 ist problematisch. Bereits im Evaluationsbericht von INFRAS wird erklärt, dass der Bruch in den Daten in der Spitex-Statistik einen direkten Vergleich der Gesamtkosten vor und nach dem Jahr 2010 nicht zulässt (vgl. auch oben). Im Bericht wird an verschiedenen Stellen (s. Kap. 3.1.1) darauf hingewiesen, dass die Konsistenz der vorhandenen Daten aus verschiedenen Gründen zu wünschen übriglässt. So wird festgehalten, dass Einnahmen aus Leistungen nach KLV 7 unter verschiedenen Rubriken erfasst wurden, dass die erwerbswirtschaftlichen Organisationen erst ab 2010 (und auch dann noch nicht alle) in der Statistik erfasst wurden und dass die selbstständigen Pflegefachpersonen von Zürich und Genf im Jahr 2010 noch nicht in der Statistik erfasst wurden etc. Für Spitex Kanton Zug stellt sich prinzipiell die Frage, ob man angesichts der Unsicherheiten in den Daten überhaupt die Kostenneutralität bei Einführung 2011 so detailliert überprüfen kann, wie es die Formel und deren Ergebnis 3.6 Prozent suggerieren. Spitex Kanton Zug erachtet die Schlussfolgerungen bzw. die Senkung der Beiträge auf einer unsicheren Datenbasis als unseriös und willkürlich.

Aus Sicht von Spitex Kanton Zug sind die Pflegebeiträge zwingend zu erhöhen. Verschiedene Faktoren zeigen auf, dass die Berechnungsgrundlage nach nahezu 15 Jahren dringend überarbeitet werden muss:

- Die Datengrundlage von 2004 berücksichtigte verschiedene Faktoren ungenügend. So beispielsweise die Wegzeiten.
- Seit Einführung der neuen Pflegefinanzierung hat aufgrund der Strategie der Kantone «ambulant vor stationär» und bedingt durch gesellschaftliche Entwicklungen (mehr Single-Haushalte, Individualität etc.) die Nachfrage nach ambulanten Pflegeleistungen stark zugenommen.
- Parallel dazu ist auch der Bedarf an speziellen Pflegeangeboten weiter stark gewachsen: Palliative Care, Demenzpflege, Psychiatriepflege, Onkologiepflege, Kinderspitex gehören heute zu unserem Angebot (vgl. auch die diesbezüglichen Strategien des Bundes und der Kantone). Es ist auch künftig mit einer Zunahme dieser Entwicklung zu rechnen (vgl. etwa Nationales Forschungsprogramm «Lebensende», NFP 67, oder das Postulat 18.3384 der SGK-SR «Bessere Betreuung und Behandlung von Menschen am Lebensende»). Für diese Leistungen müssen Personal mit Zusatzausbildung eingesetzt und spezielle Hilfsmittel verwendet werden. Nicht zuletzt aufgrund dieser Entwicklung kommt es zu einer Kostenverschiebung vom stationären zum ambulanten Bereich.
- Stark zunehmend ist seit 2011 ebenfalls der Bedarf an 24h-Dienstleistungen und Notfalldiensten. Teilweise ist dieser ebenfalls an spezialisierte Angebote gekoppelt (Palliative Care, Kinderspitex). Andererseits führen aber auch sich verändernde Betreuungssituationen zu diesem Mehrbedarf.

Trotz diesen augenscheinlichen Faktoren war für die OKP in den letzten Jahren keine Erhöhung der Beiträge in Sicht bzw. von den zuständigen Stellen geplant.

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

Diese Mehrbelastung musste fast ausschliesslich von den Kantonen und Gemeinden oder über Anpassungen/Erhöhungen der Patientenbeitragssätze von den Betroffenen selbst getragen werden (vgl. Evaluationsbericht INFRAS S. 8, 9, 60, 63). Dagegen wurde die OKP im Bereich der ambulanten Pflege sogar entlastet – und damit das Ziel der Vermeidung einer Mehrbelastung «übertroffen». Fazit: Die Leistungen im Bereich der Pflege sind in den vergangenen Jahren anspruchsvoller und kostenintensiver und die Pflegesituationen komplexer geworden. Eine zunehmende Spezialisierung führte auch zu neuen, höheren Anforderungen. Auch der Fachkräftemangel befeuert die Lohndiskussion. In der gleichen Zeit reduzierte sich der Anteil der OKP an den Kosten der ambulanten Pflege zum Nachteil der Kantone, Gemeinden und Patienten. Diese Entwicklung kann sich nicht so fortsetzen. Es braucht eine regelmässige Anpassung der Beiträge an die Kostenentwicklung. Mit einer Erhöhung der KLV-Beiträge in der ambulanten Pflege wird der frühere Anteil der OKP an den Pflegekosten wieder erreicht und fehlende Elemente (Pfleagematerial, Wegzeiten, Löhne) einbezogen. Dies würde unseres Erachtens den Grundsatz «ambulant vor stationär» stärken. <u>Bemerkungen zum Berichtsteil «Bedarfsermittlung»</u> Die vorgeschlagenen Änderungen der Prozesse der Bedarfsermittlung im Bereich der ambulanten Pflege sind u.E. noch zu wenig durchdacht. Wir haben zahlreiche Vorschläge zur Optimierung des Prozesses. Insbesondere ist eine Begriffsklärung notwendig: Die Bedarfsermittlung erfolgt bei uns umfassend (gemäss Art. 8a Abs. 2) mit dem Instrument RAI Home Care. Aus der Bedarfsermittlung wird die Pflegeplanung abgeleitet und die nötigen Pflegeleistungen werden bestimmt. Die Zusammenfassung der Pflegeleistungen wird in einem Formular (Bedarfsmeldung, siehe Art. 8a, Abs. 3) dargestellt.			
Name / Firma	Artikel	Kommentar / Bemerkungen	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
SPXZG	Art. 7a Abs. 1	Die Senkung der Beiträge aus der OKP für die Pflege zu Hause erachten wir als nicht sachgerecht und unzureichend hergeleitet sowie absolut nicht nachvollziehbar. Wir verweisen auf die vorstehenden diesbezüglichen allgemeinen Bemerkungen und unterstreichen daraus folgendes: Der Expertenbericht kommt zum Schluss, dass die anteilmässige Belastung der OKP im Betrachtungszeitraum von 72% auf 70% gesunken und somit das Ziel die Kostenneutralität einzuhalten mehr als erreicht worden ist. Ebenso bleibt unbeachtet, dass die Lohnkosten deutlich angestiegen sind und aufgrund des Bedarfs an Pflegefachpersonal wohl weiter steigen wird. Weiter hatten und haben die konsequente Verfolgung der Strategie «ambulant vor stationär» zur Folge, dass spezialisierte (und damit teurere) Dienstleistungen (z.B. Palliativpflege, Onkologiepflege, Psychiatriepflege) verstärkt Eingang in die ambulante Pflege gefunden haben (vgl. dazu diverse Nationale Strategien des Bundes). Ein Weiterführen der bisherigen Beiträge führt zur laufenden Überwälzung der steigenden Kosten auf Kantone und Gemeinden (je nach kantonaler Regelung der Restfinanzierung) und die Klienten und Klientinnen.	Spitex Kanton Zug fordert eine substantielle Erhöhung der Beiträge.

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

SPXZG	Art. 8 Abs. 1	Aus Sicht von Spitex Kanton Zug ist der neu vorgeschlagene Anordnungsprozess nicht genügend durchdacht. Heute ordnet der Arzt/die Ärztin Pflegeleistungen an. Teilweise werden gleichzeitig spezifische Massnahmen aufgrund der medizinischen Indikation angeordnet (z.B. Stützstrümpfe, Vitalzeichenmessung, Injektionen). Die abklärende Pflegefachperson stellt fest, welche Leistungen konkret benötigt werden. Diese werden im Nachgang durch den Arzt/die Ärztin (meist im Schnellverfahren ohne detaillierte Prüfung) unterschrieben. Es besteht in Fachkreisen Einigkeit, dass diese Schlussbestätigung pro forma erfolgt. Vorgeschlagene Regelung: Neu soll der Arzt/die Ärztin in einem ersten Schritt die Notwendigkeit der Pflege feststellen (Abs. 1 Bst. a) und zugleich auch festlegen, ob A-, B-, C-Leistungen benötigt werden (Abs. 1 Bst. b). Die Bedarfsermittlung erfolgt im Anschluss durch eine Pflegefachperson gemäss Art. 8a umfassend (dies entspricht auch den internationalen Standards, insbesondere dem in der Spitex fast flächendeckend eingesetzte RAI Home Care). Die Durchführung der Bedarfsermittlung stellt in der Praxis immer eine A-Leistung dar, d.h. der Arzt/die Ärztin muss in jedem Fall «A» ankreuzen, um die Abgeltung der Bedarfsermittlung zu ermöglichen. Ordnet ein Arzt/eine Ärztin Pflegeleistungen A und B an, und die Bedarfsermittlung (Beurteilung der Gesamtsituation und Abklärung des Umfelds) ergibt, dass der Klient auch C-Leistungen benötigt, braucht es nochmals eine Rücksprache mit dem Arzt/der Ärztin. Dies generiert zusätzliche Kosten und produziert unnötigen administrativen Aufwand. Zudem widerspricht es der bereits heute gängigen Praxis, wonach die Pflegefachpersonen Art und Umfang der Leistungen abklären. Spitex Kanton Zug ist der Ansicht, dass die künstliche Trennung zwischen A/C-Leistungen und B-Leistungen nicht sinnvoll ist. Die Pflegefachpersonen sind in der Lage fachlich zu beurteilen, welche Leistungen notwendig sind – auch im Bereich der Behandlungspflege (z.B. Messung der Vitalwerte, Messung Blutzucker, Wundversorgung). Der Arzt/die Ärztin wird über die aus der Bedarfsermittlung resultierenden benötigten Pflegeleistungen informiert. Im Gegenzug ist es auch wichtig, dass die Spitex die	Abs. 1 b. Der Arzt oder die Ärztin kann spezifische Leistungen anordnen.
-------	------------------	---	---

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

		Informationen des Arztes/der Ärztin ebenfalls erhält, um so ihre Pflegeplanung bei Bedarf anpassen zu können. Im Grundsatz unterstützt Spitex Kanton Zug den Vorschlag des Bundesrates, die Kompetenzen der Pflege besser anzuerkennen und den Prozess der Bedarfsmeldung (ohne Einholen der ärztlichen Unterschrift) zu vereinfachen.	
SPXZG	Art. 8 Abs. 2 Bst. a + b	Spitex Kanton Zug unterstützt eine Verlängerung der ärztlichen Anordnung. Dies reduziert administrative Aufwände. Die unterschiedliche Terminierung von B-Leistungen (6 Monate) und A-/C-Leistungen (12 Monate) führt in der Praxis zu einer umständlichen und unlogischen Situation und zu Mehrkosten: Sobald eine Klientin mehrere Leistungen benötigt, ist die Dauer der Anordnung zu harmonisieren. Beispiel: Läuft, wie vorgeschlagen, die Anordnung von B-Leistungen nach 6 Monaten ab (und angeordnete C-Leistungen erst nach 12 Monaten) muss nach 6 Monaten erneut eine Bedarfsermittlung erfolgen, aber nicht für die A- und C-Leistungen, die sie gleichzeitig bezieht, sondern nur für B-Leistungen. Gemäss internationalen Standards und auch gemäss Art. 8a, Abs. 2 ist die Beurteilung der Gesamtsituation und die Abklärung des Umfelds Bestandteil der Bedarfsermittlung, eine «Teil-Bedarfsermittlung», die nur mögliche B-Leistungen vorsieht widerspräche Art. 8a, Abs. 2 sowie der Logik des in der Spitex überwiegend zur Anwendung kommenden Bedarfsabklärungsinstrumentes RAI Home Care. Der beschriebene Prozess, wonach der Bedarf ausgehend von der Art der Leistung (A, B oder C) ermittelt wird ist falsch. Anhand der umfassenden Bedarfsermittlung wird die Situation des Klienten erfasst und aus der daraus folgenden Pflegeplanung die konkreten Pflegeleistungen abgeleitet und nicht umgekehrt. Aus Gründen der Qualitätssicherung schlägt Spitex Kanton Zug eine einheitliche Dauer von maximal 9 Monaten vor.	2 Der Arzt oder die Ärztin kann den Auftrag oder die Anordnung erteilen: a) für maximal 9 Monate bei Leistungen nach Artikel 7 Absatz 2 Buchstaben a, b und c. b) streichen
SPXZG	Art. 8 Abs. 2 Bst. c	Die maximal 2 Wochen Akut- und Übergangspflege (AÜP) sind nicht ausreichend. Die bisherige Regelung zur AÜP ist ungenügend. Wir verweisen damit auf die Eingaben der IG Pflegefinanzierung (Link) und den Evaluationsbericht zur Neuordnung der Pflegefinanzierung von INFRAS. In diesen Dokumenten werden die Unzulänglichkeiten der AÜP klar aufgezeigt. Eine grundlegende Änderung ist anzustreben. Sie kann jedoch nur durch eine entsprechende vorgängige KVG-Anpassung vorgenommen werden.	

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

		Spitex Kanton Zug betont die Notwendigkeit einer Anpassung der AÜP verzichtet aber aus obgenannten Gründen darauf, an dieser Stelle eine Änderung vorzuschlagen.	
SPXZG	Art. 8a° Abs. 1	Der Vorschlag des Bundesrates sieht eine Einschränkung der Bedarfsermittlung auf Pflegefachpersonen vor. Spitex Kanton Zug unterstützt diese Gleichstellung der verschiedenen Pflegebereiche. Als problematisch erachten wird den Verweis auf Art. 49 KVV, dieser verlangt zwei Nachweise: Ein Diplom (Bst. a) sowie eine zweijährige praktische Tätigkeit (Bst. b). Letztere Einschränkung ist aus Sicht Spitex Kanton Zug klar zurückzuweisen. Die Ausbildungscurricula für diplomierte Pflegefachpersonen sehen die Tätigkeiten der Bedarfsermittlung explizit vor. Ausgebildetes diplomiertes Personal ist entsprechend in der Lage die Bedarfsermittlung mit Abschluss der Ausbildung vorzunehmen. Um die Bedarfsermittlung RAI Home Care durchführen zu dürfen, absolvieren die Pflegefachpersonen zusätzlich eine mehrtägige Schulung. Die Einräumung einer zweijährigen Frist zur Durchführung einer Bedarfsermittlung wäre eine massive Einschränkung der heutigen Praxis in den Spitex-Betrieben und würde sich negativ auf die Attraktivität der Spitex als Arbeitgeberin auswirken. Aus unserer Sicht bestimmt Art. 49 KVV die Voraussetzungen, die erfüllt sein müssen, um selbstständig als Pflegefachperson tätig zu sein. Ferner schlagen wir vor, gemäss unseren Ausführungen zu Art. 8 auf die künstliche Trennung zwischen A/C und B-Leistungen zu verzichten und entsprechend Bst. b zu streichen.	1 Die Bedarfsermittlung zur Umsetzung des ärztlichen Auftrages oder der ärztlichen Anordnung erfolgt: a. für Leistungen nach Artikel 7 Absatz 2 Buchstabe a, b und c: durch eine diplomierte Pflegefachfrau oder einen diplomierten Pflegefachmann (Art. 49 KVV) in Zusammenarbeit mit der Patientin oder dem Patienten oder deren Angehörigen; das Ergebnis der Ermittlung ist dem behandelnden Arzt zur Information weiterzugeben; b. für Leistungen nach Artikel 7 Absatz 2 Buchstabe b oder bei Akut- und Übergangspflege: durch eine diplomierte Pflegefachfrau oder einen diplomierten Pflegefachmann (Art. 49 KVV) in Zusammenarbeit mit dem behandelnden Arzt sowie der Patientin oder dem Patienten oder deren Angehörigen.
SPXZG	Art. 8a Abs. 2	Die Bedarfsermittlung erfasst die Beurteilung der Gesamtsituation des Patienten oder der Patientin sowie die Abklärung des Umfelds. Dies steht im Einklang mit dem bei uns verwendeten Abklärungsinstrument RAI Home Care.	
SPXZG	Art. 8a Abs. 3	Gemäss Kommentar bezieht sich Art. 8a auf die Bedarfsermittlung im Allgemeinen (Kommentar S. 27), also auf Spitex-Organisationen, selbstständige Pflegefachkräfte und Pflegeheime. Abs. 3 verlangt einheitliche Kriterien vielmehr aber noch ein einheitliches Formular.	3 Die Bedarfsermittlung erfolgt im stationären und ambulanten Bereich jeweils aufgrund einheitlicher Kriterien. ...

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

		Spitex Kanton Zug erachtet eine gleiche Ausgestaltung der Bedarfsmeldung (aus der Bedarfsermittlung ermittelte Pflegeleistungen, dargestellt in einem Formular) im ambulanten und stationären Bereich nicht als zielführend. Die Situationen sind nicht vergleichbar und es stehen für die jeweiligen Settings unterschiedliche Instrumente für die Bedarfsermittlung zur Verfügung (vgl. z.B. interRAI). Die einheitliche Ausgestaltung der Bedarfsmeldung innerhalb der Spitex wird von Spitex Kanton Zug unterstützt – diese sollte zwingend elektronisch verarbeitet werden können. Wir machen auf entsprechende aktuelle Bestrebungen im Bereich der Spitex in Zusammenarbeit mit Krankenversicherern aufmerksam. Diese werden jedoch nicht bis zur vorgesehenen Inkraftsetzung im Juli 2019 eingeführt werden können. Entsprechend wird für eine realistische Einführung eine Übergangsregelung gefordert (vgl. weiter unten).	
SPXZG	Übergangsbestimmungen	Wie bereits in den Bemerkungen zu Art. 8 Abs. 3 aufgeführt, kann die Einführung eines (elektronischen) einheitlichen Bedarfsmeldung nicht auf Juli 2019 abgeschlossen werden.	Die Bedarfsermittlung in Pflegeheimen darf bis Ende 2020 noch nach bisherigem Recht durchgeführt werden.
SPXZG	Art. 20 KLV	Die KLV ist auf den 1. Januar 2019 dahingehend abzuändern, dass die Leistungserbringer nach Art. 7 Abs. 1 KLV Pflegematerialien der OKP in Rechnung stellen können, unabhängig davon, ob es sich um eine Abgabe zur Selbstanwendung (gemäss MiGeL) oder der Anwendung durch eine Pflegefachperson handelt. Eventualantrag: Sollte dies aus juristischen Gründen nicht direkt über eine KLV-Änderung möglich sein, ist die Änderung raschestmöglich im übergeordneten Recht vorzunehmen.	Die Versicherung leistet eine Vergütung an Mittel und Gegenstände, die der Behandlung oder der Untersuchung im Sinne einer Überwachung der Behandlung einer Krankheit und ihrer Folgen dienen, die auf ärztliche Anordnung von einer Abgabestelle nach Artikel 55 KVV abgegeben werden und von der versicherten Person selbst oder mit Hilfe einer nichtberuflich an der Untersuchung oder der Behandlung mitwirkenden Person angewendet werden.

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation / Kanton : Spitex Verband Kanton Zürich

Abkürzung der Firma / Organisation : SVKZ

Adresse : Schärenmoosstrasse 77

Kontaktperson : Markus Schwager, Geschäftsleitung

Telefon : 044 291 54 50

E-Mail : m.schwager@spitexzh.ch

Datum : 5. Oktober 2018

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen!
2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen möchten, so können Sie unter "Extras/Dokumentenschutz aufheben" den Schreibschutz aufheben.
3. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **bis am 26. Oktober 2018** an folgende E-mail Adressen: abteilung-leistungen@bag.admin.ch
gever@bag.admin.ch

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV)	
Name / Firma (bitte auf der ersten Seite angegebene Abkürzung verwenden)	Allgemeine Bemerkungen
SVKZ	Der SVKZ lehnt die vorgeschlagene Senkung der OKP-Beiträge in der ambulanten Pflege um 3.6% entschieden ab und fordert stattdessen eine <u>substantielle</u> Erhöhung dieser Beiträge. Die Erhöhung ist aus folgenden Gründen unumgänglich: - Die zur Berechnung herangezogene Datengrundlage ist ungenügend. Die Spitex Statistik erlaubt gemäss Experten keine entsprechenden Vergleiche vor und nach 2010. Zahlreiche Argumente sind nicht nachvollziehbar – beispielsweise im Bereich der Lohnentwicklung oder des Pflegematerials. - Die zentrale Annahme, die Leistungen der ambulanten Pflege müssten im Zeitraum 2010-2014 konstant bleiben, ist falsch. In der gleichen Zeit wurde das DRG-Pauschalen-System eingeführt, was zu komplexeren Pflegesituationen und insbesondere auch zu einem Anstieg der höher entschädigten Leistungen führte (Massnahmen der Abklärung, Beratung und Koordination, Massnahmen der Untersuchung und der Behandlung). Im gleichen Zeitraum wurde der Grundsatz «ambulant vor stationär» konsequent weiterverfolgt. In diesem Zusammenhang wurden –auch in Kongruenz zu den verschiedenen nationalen Gesundheitsstrategien – spezialisierte Leistungen im Bereich der ambulanten Pflege eingeführt, so beispielsweise im Bereich der Demenzzpflege, Palliativpflege, Psychiatriepflege, Wochenend- und Nachtdienste. Diese Leistungen sind teurer als «herkömmliche, einfache» Pflegeleistungen. Die Spitex ist zu einem zentralen und koordinierenden Akteur der Grundversorgung geworden. - Im betrachteten Zeitraum wurde die obligatorische Krankenpflegeversicherung im Verhältnis zu den anderen Zahlern entlastet: Dies ging in zahlreichen Kantonen insbesondere zulasten der Patientinnen und Patienten. - Aufgrund der ungenügenden Regelung der Restfinanzierung wurden zulasten der Spitexorganisationen auch finanzpolitisch motivierte Entscheide in Kantonen und Gemeinden getroffen. Es ist dringend zu definieren, was in den Beiträgen und der Restfinanzierung alles enthalten sein muss oder was separat vergütet wird – z.B. Wegzeiten, Pflegematerial. Sonst ist die Finanzierungssicherheit der Spitexorganisationen längerfristig nicht gewährleistet, worunter schlussendlich die Patienten leiden. Zudem führen die Auswirkungen der Urteile des Bundesverwaltungsgerichts 2017 zu einem riesigen Chaos im Bereich der Anwendung und Abrechnung von Pflegematerial. Dieser Entscheid ist so in der Praxis nicht umsetzbar und ruft dringend nach Lösungen. Der SVKZ fordert die Legalisierung der bisherigen, gut funktionierenden Praxis betreffend Verrechnung von Pflegematerial (vgl. nachfolgend Detailbemerkungen zu Kap. 3.1.2) auf den 1. Januar 2019. Der SVKZ begrüsst den Willen des Bundesrates, den administrativen Aufwand zu verringern und die Pflege besser zu anerkennen. Die dazu vorgeschlagenen Massnahmen werden jedoch als praxisfern und unausgegoren erachtet. Der SVKZ schlägt deshalb verschiedene

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

Änderungen vor, die zu einer sinnvollen Umsetzung führen.

Mit Eröffnung der Vernehmlassung hat der Bundesrat auch den umfassenden externen Evaluationsbericht von INFRAS zur Neuordnung der Pflegefinanzierung veröffentlicht. Für den SVKZ ist es unverständlich, warum der Bericht in der ganzen Vorlage nicht erwähnt wird und seine Erkenntnisse nicht eingeflossen sind. Der Evaluationsbericht von INFRAS zeigt sehr wohl verschiedene Lücken der Neuordnung der Pflegefinanzierung auf. Wir betrachten die aus dem Evaluationsbericht von INFRAS gezogenen Konklusionen als ungenügend und damit als verpasste Chance, Verbesserungen an der Pflegefinanzierung vorzunehmen.

Die systematische Nicht-Berücksichtigung der Erkenntnisse des Berichts und die getroffenen Annahmen insbesondere zur Veränderung der Beiträge in der ambulanten Pflege sind aus unserer Sicht nicht nachvollziehbar.

Bevor wir auf die Bemerkungen und Änderungsvorschläge zu den konkreten KLV-Artikeln kommen, möchten wir auf verschiedene Punkte des Vernehmlassungsberichts eingehen:

Generelle Bemerkungen zum Vernehmlassungsbericht

Der Bericht und die vorgeschlagenen Bestimmungen wirken nicht abgestimmt. Der Bericht ist kompliziert geschrieben, hat Lücken und ist nicht leserfreundlich. Einige Beispiele:

- S. 13, 3.1.2 Nebenleistungen und Leistungen anderer Sozialversicherer: zu letzteren findet sich kein Wort in diesem Kapitel
- S. 15, 3.1.6 Graphik 2 und 3: Hier wird fälschlicherweise von der Verteilung der Pflegeintensität gesprochen. Vielmehr bildet die Graphik jedoch die Verteilung der Leistungskategorien der Pflege ab.
- S. 16, 3.2 Berechnung des Korrekturfaktors der Pflegebeiträge: In der Berechnungsformel werden «Pflegetage» und «Bruttoleistungen» erwähnt: Diese spielen in der ambulanten Pflege keine Rolle. Vielmehr müsste von «Pflegestunden» und «Einnahmen» gesprochen werden.
- S. 21, 1.3 Dauer der ärztlichen Anordnung – Anpassungsvorschlag: der Anpassungsvorschlag wird nicht beschrieben.

Detailbemerkungen zum Berichtsteil Kostenneutralität der Pflegebeiträge

Legitimation der Kostenneutralität (1.1)

Aus Sicht des SVKZ fehlt die Grundlage um aufzuzeigen, dass die Regelung im ersten Jahr nach Inkrafttreten dieser Gesetzesänderung nicht eingehalten worden ist. Die Evaluation erklärt zur Erreichung des Hauptziels der NPF (**Hervorhebungen SVKZ**): *«Die Vermeidung einer zusätzlichen finanziellen Belastung der OKP konnte – bedingt durch mit der NPF [Neue Pflegefinanzierung] festgelegten fixen Beiträgen an die Pflegeleistungen – voll erreicht werden.»* Der SVKZ weist daraufhin, dass selbst Versicherer sich im Rahmen der Evaluation Pflegefinanzierung geäußert haben, die OKP sei entlastet worden.

Statistische Grundlagen (3.1)

Wir weisen auf eine Problematik in der Spitex-Statistik hin, welche auf S. 57 des Evaluationsberichts von INFRAS wie folgt beschrieben wird (**Hervorhebungen SVKZ**): *«Dieser Bruch in den Daten der Spitex-Statistik verunmöglicht einerseits einen direkten Vergleich der Gesamtkosten vor und nach dem Jahr 2010. Eine Einschätzung zur Grössenordnung der Verzerrung der Daten ist mit den vorliegenden Daten nicht*

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

möglich.» Unseres Erachtens kann aus diesem Grund die Spitex Statistik nicht für einen Vorher-nachher-Vergleich beigezogen werden.

Pflegeheime (2)

Der SVKZ äussert sich nicht zu den Erläuterungen und Berechnungen im Bereich der Heime. Wir unterstützen jedoch eine Erhöhung der OKP-Beiträge in diesem Bereich (vgl. auch Stellungnahme der IG Pflegefinanzierung [\[Link\]](#)).

Nebenleistungen (3.1.2)

Das Kapitel 3.1.2 dreht sich wesentlich auch um die Kostenübernahme des Pflegematerials. Wie bereits mehrfach in Gesprächen mit dem BAG festgehalten und von diesem auch anerkannt sind die Kosten für Pflegematerial nicht oder nur ungenügend in die Berechnungen zur NPF eingeflossen. Weiter wurde das eingesetzte Material seit Einführung der NPF weiterentwickelt und hat sich entsprechend verteuert. So können z.B. moderne (und teurere) Wundverbände länger aufgelegt werden und benötigen dagegen weniger Pflegeleistungen durch eine Pflegefachperson. Der SVKZ ist nach wie vor der Ansicht, dass die OKP-Beiträge alleine aus diesen Gründen substantiell angehoben werden müssten.

Aber auch wenn man annehmen würde, die Kalkulation sei auf das Jahr 2011 korrekt gemacht worden, geht die Argumentation im Bericht (S. 13f) nicht auf: Es wird festgehalten, dass die Spitex-Organisationen auch aus Effizienzgründen im Verlauf der letzten Jahre das Materialmanagement immer mehr an Dritte ausgelagert haben (Apotheken, Ärzte, Materialzulieferer). Daraus schliesst das zuständige Amt, dass die KLV-Beiträge nun zu hoch wären (und in der Konsequenz eigentlich noch stärker gekürzt werden müssten). Dabei werden die beiden Urteile des Bundesverwaltungsgerichts aus dem Jahr 2017 nicht berücksichtigt, welche besagen, dass die im Rahmen der Pflegehandlung verwendeten Materialien nicht separat verrechnet werden dürfen. Wie weitherum bekannt ist, verursachen diese beiden Gerichtsurteile grosse Probleme und administrativen Zusatzaufwand und führen dazu, dass die Spitex-Organisationen, die für diese Materialien bis auf Zustandekommen einer Lösung mit den Restfinanzierern vorläufig vollumfänglich übernehmen müssen. Die OKP wird auch weiterhin einen Beitrag daran leisten. Wir verweisen aber primär auf unseren ersten Einwand: Das Material ist in der NPF nicht genügend berücksichtigt worden.

Weiter weisen wir darauf hin, dass die Grundlagen und Belege besonders in diesem Kapitel äusserst lückenhaft sind. Formulierungen wie «dürfte berücksichtigt haben», «es ist möglich, dass», «unklar ist», «dürften verrechnet haben», «kann von ausgegangen werden», «kann aber nicht beziffert werden», «es ist anzunehmen», «dürften etwas zu hoch sein» finden sich alleine auf den ¾-Seiten zu diesem Kapitel.

Der SVKZ beantragt überdies die KLV auf den 1. Januar 2019 dahingehend zu ändern, dass die Leistungserbringer der Pflege gemäss Art. 7 Abs. 1 KLV das Pflegematerial der OKP in Rechnung stellen können, beispielsweise durch eine Änderung von Art. 20 KLV. Auf die Trennung des Materials zwischen Selbstanwendung und Anwendung durch eine Pflegefachperson ist zu verzichten. Damit soll die in den vergangenen Jahren funktionierende Praxis legalisiert werden. Aufgrund der je nach Pflegeleistung sehr unterschiedlich anfallenden Kosten ist eine pauschalisierte Einrechnung in den OKP-Beiträgen der ambulanten Pflege nicht sinnvoll. Damit würden materialintensive Leistungen (z.B. Wundpflege) zu tief abgegolten. Entsprechend muss Pflegematerial separat (und nicht pauschalisiert) in Rechnung gestellt werden können.

Eventualantrag: Sollte dies aus juristischen Gründen nicht direkt über eine KLV-Änderung möglich sein, ist die Änderung raschestmöglich im übergeordneten Recht vorzunehmen.

Akut- und Übergangspflege (3.1.3)

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

Wir bitten hier um sorgfältige Analyse des Evaluationsberichts von INFRAS. Dieser zeigt auf, dass die derzeitige Ausgestaltung der AÜP nicht genügt. Die Annahme, dass neu mehr Leistungen in der Pflege dank der AÜP erbracht würden, kann anhand der Spitex-Statistik nicht belegt werden. Das Suggestieren, wonach mit der AÜP das Stundentotal (unbegründet) ausgeweitet werden soll weisen wir entschieden zurück. Eine AÜP basiert auf einer Verordnung durch einen Spitalarzt/eine Spitalärztin und kann entsprechend nicht willkürlich ausgeweitet werden.

Entwicklung der Leistungsstruktur nach Behandlungstyp (3.1.6)

Es ist für uns nicht nachvollziehbar, wie man zur Annahme gelangt, dass die Leistungsstruktur nach Behandlungstyp 2010-2014 konstant geblieben sei (wie bereits oben beschrieben ist der Begriff «Pflegeintensität» falsch). Mit der Einführung der DRG in den Spitälern, mit der Umsetzung des Konzepts «ambulant vor stationär» sind in den vergangenen Jahren immer komplexere Fälle in die ambulante Pflege eingetreten. So hatten beispielsweise auch die Palliativpflege, Onkologiepflege, Psychiatriepflege und weitere spezialisierte Pflegeleistungen ihrerseits eine Erhöhung des Anteils A- und B-Leistungen zur Folge. Darauf wird selbst in Berichten des BAG entsprechend hingewiesen (vgl. beispielsweise den Bericht «Abgeltung von Leistungen im Rahmen der koordinierten Versorgung», 2018). Logischerweise gehen im Gegenzug die C-Leistungen anteilmässig zurück. Graphik 2 und Graphik 3 auf Seite 15 verdeutlichen dies sehr gut – dennoch wird aus den Zahlen geschlossen, dass diese «relativ konstant» seien. Vielmehr aber erklären diese (gewollten) Verschiebungen im Leistungsmix auch wesentlich die Verteuerung des Stundenkostensatzes.

Löhne und allgemeine Teuerung (3.1.7)

Die Löhne im Pflegebereich sind in den letzten Jahren sehr wohl angestiegen. Fachkräftebedarf, Nacht- und Wochenendeinsätze, Spezialisierungen führten zu Lohnzunahmen. Entsprechend erachten wir die Berücksichtigung der Löhne als Kostenfaktor als zentral und weisen die Nicht-Berücksichtigung dieser Argumentation zurück.

Berechnung des Kostenfaktors der Pflegebeiträge (3.2)

Ziel der Kostenkorrektur ist die Gewährleistung, dass die Einführung der KLV-Beiträge im Jahr des Übergangs 2010/2011 kostenneutral für die OKP erfolgte. Die Gegenüberstellung der Zahlen von 2010 bis 2014 ist problematisch. Bereits im Evaluationsbericht von INFRAS wird erklärt, dass der Bruch in den Daten in der Spitex-Statistik einen direkten Vergleich der Gesamtkosten vor und nach dem Jahr 2010 nicht zulässt (vgl. auch oben). Im Bericht wird an verschiedenen Stellen (s. Kap. 3.1.1) darauf hingewiesen, dass die Konsistenz der vorhandenen Daten aus verschiedenen Gründen zu wünschen übriglässt. So wird festgehalten, dass Einnahmen aus Leistungen nach KLV 7 unter verschiedenen Rubriken erfasst wurden, dass die erwerbswirtschaftlichen Organisationen erst ab 2010 (und auch dann noch nicht alle) in der Statistik erfasst wurden und dass die selbstständigen Pflegefachpersonen von Zürich und Genf im Jahr 2010 noch nicht in der Statistik erfasst wurden etc. Für den SVKZ stellt sich prinzipiell die Frage, ob man angesichts der Unsicherheiten in den Daten überhaupt die Kostenneutralität bei Einführung 2011 so detailliert überprüfen kann, wie es die Formel und deren Ergebnis 3.6 Prozent suggerieren. Der SVKZ erachtet die Schlussfolgerungen bzw. die Senkung der Beiträge auf einer unsicheren Datenbasis als unseriös und willkürlich.

Aus Sicht des SVKZ sind die Pflegebeiträge zwingend zu erhöhen. Verschiedene Faktoren zeigen auf, dass die Berechnungsgrundlage nach nahezu 15 Jahren dringend überarbeitet werden muss:

- Die Datengrundlage von 2004 berücksichtigte verschiedene Faktoren ungenügend. So beispielsweise die Kosten des Pflegematerials oder die

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

Wegzeiten.

- Seit Einführung der neuen Pflegefinanzierung hat aufgrund der Strategie der Kantone «ambulant vor stationär» und bedingt durch gesellschaftliche Entwicklungen (mehr Single-Haushalte, Individualität etc.) die Nachfrage nach ambulanten Pflegeleistungen stark zugenommen.
- Parallel dazu ist auch der Bedarf an speziellen Pflegeangeboten weiter stark gewachsen: Palliative Care, Demenzpflege, Psychiatriepflege, Onkologiepflege, Kinderspitex gehören heute vielerorts zum Angebot einer Spitex-Organisation (vgl. auch die diesbezüglichen Strategien des Bundes und der Kantone). Es ist auch künftig mit einer Zunahme dieser Entwicklung zu rechnen (vgl. etwa Nationales Forschungsprogramm «Lebensende», NFP 67, oder das Postulat 18.3384 der SGK-SR «Bessere Betreuung und Behandlung von Menschen am Lebensende»). Für diese Leistungen müssen Personal mit Zusatzausbildung eingesetzt und spezielle Hilfsmittel verwendet werden. Nicht zuletzt aufgrund dieser Entwicklung kommt es zu einer Kostenverschiebung vom stationären zum ambulanten Bereich.
- Stark zunehmend ist seit 2011 ebenfalls der Bedarf an 24h-Dienstleistungen und Notfalldiensten. Teilweise ist dieser ebenfalls an spezialisierte Angebote gekoppelt (Palliative Care, Kinderspitex). Andererseits führen aber auch sich verändernde Betreuungssituationen zu diesem Mehrbedarf.

Trotz diesen augenscheinlichen Faktoren war für die OKP in den letzten Jahren keine Erhöhung der Beiträge in Sicht bzw. von den zuständigen Stellen geplant.

Diese Mehrbelastung musste fast ausschliesslich von den Kantonen und Gemeinden oder über Anpassungen/Erhöhungen der Patientenbeitragssätze von den Betroffenen selbst getragen werden (vgl. Evaluationsbericht INFRAS S. 8, 9, 60, 63). Die Restfinanzierer versuchten diese Mehrausgaben zu vermeiden (z.B. durch Sparmassnahmen), abzuwälzen (durch eine stärkere Belastung der Patientinnen und Patienten) oder aufzuschieben (z.T. um 3-4 Jahre verzögerte Aktualisierung der Restfinanzierungsbeiträge).

Dagegen wurde die OKP im Bereich der ambulanten Pflege sogar entlastet – und damit das Ziel der Vermeidung einer Mehrbelastung «übertroffen».

Fazit: Die Leistungen im Bereich der Pflege sind in den vergangenen Jahren anspruchsvoller und kostenintensiver und die Pflegesituationen komplexer geworden. Eine zunehmende Spezialisierung führte auch zu neuen, höheren Anforderungen. Auch der Fachkräftemangel befeuert die Lohndiskussion. In der gleichen Zeit reduzierte sich der Anteil der OKP an den Kosten der ambulanten Pflege zum Nachteil der Kantone, Gemeinden und Patienten. Diese Entwicklung kann sich nicht so fortsetzen. Es braucht eine regelmässige Anpassung der Beiträge an die Kostenentwicklung.

Mit einer Erhöhung der KLV-Beiträge in der ambulanten Pflege wird der frühere Anteil der OKP an den Pflegekosten wieder erreicht und fehlende Elemente (Pflegematerial, Wegzeiten, Löhne) einbezogen. Dies würde unseres Erachtens den Grundsatz «ambulant vor stationär» stärken.

Detailbemerkungen zum Berichtsteil «Bedarfsermittlung»

Die vorgeschlagenen Änderungen der Prozesse der Bedarfsermittlung im Bereich in der ambulanten Pflege sind u.E. aber noch zu wenig durchdacht. Wir haben zahlreiche Vorschläge zur Optimierung des Prozesses. Insbesondere ist eine Begriffsklärung notwendig: Die Bedarfsermittlung in der Spitex erfolgt umfassend (gemäss Art. 8a Abs. 2) vielerorts mit dem Instrument RAI Home Care. Aus der Bedarfsermittlung wird die Pflegeplanung abgeleitet und die nötigen Pflegeleistungen werden bestimmt. Die Zusammenfassung der Pflegeleistungen wird in einem Formular (Bedarfsmeldung, siehe Art. 8a, Abs. 3) dargestellt.

Gerne sind wir bereit, den interessierten Personen die Bedarfsermittlungsprozesse bei einer Spitex-Organisation aufzuzeigen.

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

Name / Firma	Artikel	Kommentar / Bemerkungen	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
SVKZ	Art. 7a Abs. 1	Die Senkung der Beiträge aus der OKP für die Pflege zu Hause erachten wir als nicht sachgerecht und unzureichend hergeleitet sowie absolut nicht nachvollziehbar. Wir verweisen auf die vorstehenden diesbezüglichen allgemeinen Bemerkungen und unterstreichen daraus folgendes: Der Expertenbericht kommt zum Schluss, dass die anteilmässige Belastung der OKP im Betrachtungszeitraum von 72% auf 70% gesunken und somit das Ziel die Kostenneutralität einzuhalten mehr als erreicht worden ist. Ebenso bleibt unbeachtet, dass die Lohnkosten deutlich angestiegen sind und aufgrund des Bedarfs an Pflegefachpersonal wohl weiter steigen wird. Weiter hatten und haben die konsequente Verfolgung der Strategie «ambulant vor stationär» zur Folge, dass spezialisierte (und damit teurere) Dienstleistungen (z.B. Palliativpflege, Onkologiepflege, Psychiatriepflege) verstärkt Eingang in die ambulante Pflege gefunden haben (vgl. dazu diverse Nationale Strategien des Bundes). Ein Weiterführen der bisherigen Beiträge führt zur laufenden Überwälzung der steigenden Kosten auf Kantone und Gemeinden (je nach kantonaler Regelung der Restfinanzierung) und die Klienten und Klientinnen.	Der SVKZ fordert eine substantielle Erhöhung der Beiträge.
SVKZ	Art. 8 Abs. 1	Aus Sicht des SVKZ ist der neu vorgeschlagene Anordnungsprozess nicht genügend durchdacht. Heute ordnet der Arzt/die Ärztin Pflegeleistungen an. Teilweise werden gleichzeitig spezifische Massnahmen aufgrund der medizinischen Indikation angeordnet (z.B. Stützstrümpfe, Vitalzeichenmessung, Injektionen). Die abklärende Pflegefachperson stellt fest, welche Leistungen konkret benötigt werden. Diese werden im Nachgang durch den Arzt/die Ärztin (meist im Schnellverfahren ohne detaillierte Prüfung) unterschrieben. Es besteht in Fachkreisen Einigkeit, dass diese Schlussbestätigung pro forma erfolgt. Vorgeschlagene Regelung: Neu soll der Arzt/die Ärztin in einem ersten Schritt die Notwendigkeit der Pflege feststellen (Abs. 1 Bst. a) und zugleich auch festlegen, ob A-, B-, C-Leistungen benötigt werden (Abs. 1 Bst. b). Die Bedarfsermittlung erfolgt im Anschluss durch eine Pflegefachperson gemäss Art. 8a umfassend (dies entspricht auch den internationalen Standards, insbesondere dem in	Abs. 1 b. Der Arzt oder die Ärztin kann spezifische Leistungen anordnen.

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

		der Spitex fast flächendeckend eingesetzte RAI Home Care). Die Durchführung der Bedarfsermittlung stellt in der Praxis immer eine A-Leistung dar, d.h. der Arzt/die Ärztin muss in jedem Fall «A» ankreuzen, um die Abgeltung der Bedarfsermittlung zu ermöglichen. Ordnet ein Arzt/eine Ärztin Pflegeleistungen A und B an, und die Bedarfsermittlung (Beurteilung der Gesamtsituation und Abklärung des Umfelds) ergibt, dass der Klient auch C-Leistungen benötigt, braucht es nochmals eine Rücksprache mit dem Arzt/der Ärztin. Dies generiert zusätzliche Kosten und produziert unnötigen administrativen Aufwand. Zudem widerspricht es der bereits heute gängigen Praxis, wonach die Pflegefachpersonen Art und Umfang der Leistungen abklären. Der SVKZ ist der Ansicht, dass die künstliche Trennung zwischen A/C-Leistungen und B-Leistungen nicht sinnvoll ist. Die Pflegefachpersonen sind in der Lage fachlich zu beurteilen, welche Leistungen notwendig sind – auch im Bereich der Behandlungspflege (z.B. Messung der Vitalwerte, Messung Blutzucker, Wundversorgung). Der Arzt/die Ärztin wird über die aus der Bedarfsermittlung resultierenden benötigten Pflegeleistungen informiert. Im Gegenzug ist es auch wichtig, dass die Spitex die Informationen des Arztes/der Ärztin ebenfalls erhält, um so ihre Pflegeplanung bei Bedarf anpassen zu können. Im Grundsatz unterstützt der SVKZ den Vorschlag des Bundesrates, die Kompetenzen der Pflege besser zu anerkennen und den Prozess der Bedarfsmeldung (ohne Einholen der ärztlichen Unterschrift) zu vereinfachen.	
SVKZ	Art. 8 Abs. 2 Bst. a + b	Der SVKZ unterstützt eine Verlängerung der ärztlichen Anordnung. Dies reduziert administrative Aufwände. Die unterschiedliche Terminierung von B-Leistungen (6 Monate) und A-/C-Leistungen (12 Monate) führt in der Praxis zu einer umständlichen und unlogischen Situation und zu Mehrkosten: Sobald eine Klientin mehrere Leistungen benötigt, ist die Dauer der Anordnung zu harmonisieren. Beispiel: Läuft, wie vorgeschlagen, die Anordnung von B-Leistungen nach 6 Monaten ab (und angeordnete C-Leistungen erst nach 12 Monaten) muss nach 6 Monaten erneut eine Bedarfsermittlung erfolgen, aber nicht für die A- und C-Leistungen, die sie gleichzeitig bezieht, sondern nur für B-Leistungen. Gemäss internationalen Standards und auch gemäss Art. 8a, Abs. 2 ist die Beurteilung der Gesamtsituation und die Abklärung des Umfelds Bestandteil der Bedarfsermittlung, eine «Teil-	2 Der Arzt oder die Ärztin kann den Auftrag oder die Anordnung erteilen: a) für maximal 9 Monate bei Leistungen nach Artikel 7 Absatz 2 Buchstaben a, b und c. b) streichen

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

		Bedarfsermittlung», die nur mögliche B-Leistungen vorsieht widerspräche Art. 8a, Abs. 2 sowie der Logik des in der Spitex überwiegend zur Anwendung kommenden Bedarfsabklärungsinstrumentes RAI Home Care. Der beschriebene Prozess, wonach der Bedarf ausgehend von der Art der Leistung (A, B oder C) ermittelt wird ist falsch. Anhand der umfassenden Bedarfsermittlung wird die Situation des Klienten erfasst und aus der daraus folgenden Pflegeplanung die konkreten Pflegeleistungen abgeleitet und nicht umgekehrt. Aus Gründen der Qualitätssicherung schlägt der SVKZ eine einheitliche Dauer von maximal 9 Monaten vor.	
SVKZ	Art. 8 Abs. 2 Bst. c	Die maximal 2 Wochen Akut- und Übergangspflege (AÜP) sind nicht ausreichend. Die bisherige Regelung zur AÜP ist ungenügend. Wir verweisen damit auf die Eingaben der IG Pflegefinanzierung (Link) und den Evaluationsbericht zur Neuordnung der Pflegefinanzierung von INFRAS. In diesen Dokumenten werden die Unzulänglichkeiten der AÜP klar aufgezeigt. Eine grundlegende Änderung ist anzustreben. Sie kann jedoch nur durch eine entsprechende vorgängige KVG-Anpassung vorgenommen werden. Der SVKZ betont die Notwendigkeit einer Anpassung der AÜP verzichtet aber aus obgenannten Gründen darauf, an dieser Stelle eine Änderung vorzuschlagen.	
SVKZ	Art. 8a° Abs. 1	Der Vorschlag des Bundesrates sieht eine Einschränkung der Bedarfsermittlung auf Pflegefachpersonen vor. Der SVKZ unterstützt diese Gleichstellung der verschiedenen Pflegebereiche. Als problematisch erachten wird den Verweis auf Art. 49 KVV, dieser verlangt zwei Nachweise: Ein Diplom (Bst. a) sowie eine zweijährige praktische Tätigkeit (Bst. b). Letztere Einschränkung ist aus Sicht des SVKZ klar zurückzuweisen. Die Ausbildungscurricula für diplomierte Pflegefachpersonen sehen die Tätigkeiten der Bedarfsermittlung explizit vor. Ausgebildetes diplomiertes Personal ist entsprechend in der Lage die Bedarfsermittlung mit Abschluss der Ausbildung vorzunehmen. Um die Bedarfsermittlung RAI Home Care durchführen zu dürfen, absolvieren die Pflegefachpersonen zusätzlich eine mehrtägige Schulung. Die Einräumung einer zweijährigen Frist zur Durchführung einer Bedarfsermittlung wäre eine massive Einschränkung der heutigen Praxis in den Spitex-Betrieben und würde sich negativ auf die Attraktivität der Spitex als Arbeitgeberin auswirken. Aus unserer Sicht bestimmt Art. 49 KVV die Voraussetzungen, die erfüllt sein müssen, um selbstständig als	1 Die Bedarfsermittlung zur Umsetzung des ärztlichen Auftrages oder der ärztlichen Anordnung erfolgt: a. für Leistungen nach Artikel 7 Absatz 2 Buchstabe a, b und c: durch eine diplomierte Pflegefachfrau oder einen diplomierten Pflegefachmann (Art. 49 KVV) in Zusammenarbeit mit der Patientin oder dem Patienten oder deren Angehörigen; das Ergebnis der Ermittlung ist dem behandelnden Arzt zur Information weiterzugeben; b. für Leistungen nach Artikel 7 Absatz 2 Buchstabe b oder bei Akut- und Übergangspflege: durch eine diplomierte

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

		Pflegefachperson tätig zu sein. Ferner schlagen wir vor, gemäss unseren Ausführungen zu Art. 8 auf die künstliche Trennung zwischen A/C und B-Leistungen zu verzichten und entsprechend Bst. b zu streichen.	Pflegefachfrau oder einen diplomierten Pflegefachmann (Art. 49 KVV) in Zusammenarbeit mit dem behandelnden Arzt sowie der Patientin oder dem Patienten oder deren Angehörigen.
SVKZ	Art. 8a Abs. 2	Die Bedarfsermittlung erfasst die Beurteilung der Gesamtsituation des Patienten oder der Patientin sowie die Abklärung des Umfelds. Dies steht im Einklang mit dem in der Spitex verwendeten Abklärungsinstrument RAI Home Care (RAI HomeCare kommt in ca. 85% der Spitexorganisationen zum Einsatz).	
SVKZ	Art. 8a Abs. 3	Gemäss Kommentar bezieht sich Art. 8a auf die Bedarfsermittlung im Allgemeinen (Kommentar S. 27), also auf Spitex-Organisationen, selbstständige Pflegefachkräfte und Pflegeheime. Abs. 3 verlangt einheitliche Kriterien vielmehr aber noch ein einheitliches Formular. Der SVKZ erachtet eine gleiche Ausgestaltung der Bedarfsmeldung (aus der Bedarfsermittlung ermittelte Pflegeleistungen, dargestellt in einem Formular) im ambulanten und stationären Bereich nicht als zielführend. Die Situationen sind nicht vergleichbar und es stehen für die jeweiligen Settings unterschiedliche Instrumente für die Bedarfsermittlung zur Verfügung (vgl. z.B. interRAI). Die einheitliche Ausgestaltung der Bedarfsmeldung innerhalb der Spitex wird vom SVKZ unterstützt – diese sollte zwingend elektronisch verarbeitet werden können. Wir machen auf entsprechende aktuelle Bestrebungen im Bereich der Spitex in Zusammenarbeit mit Krankenversicherern aufmerksam. Diese werden jedoch nicht bis zur vorgesehenen Inkraftsetzung im Juli 2019 eingeführt werden können. Entsprechend wird für eine realistische Einführung eine Übergangsregelung gefordert (vgl. weiter unten).	3 Die Bedarfsermittlung erfolgt im stationären und ambulanten Bereich jeweils aufgrund einheitlicher Kriterien. ...
SVKZ	Übergangsbestimmungen	Wie bereits in den Bemerkungen zu Art. 8 Abs. 3 aufgeführt, kann die Einführung eines (elektronischen) einheitlichen Bedarfsmeldung nicht auf Juli 2019 abgeschlossen werden.	Die Bedarfsermittlung in Pflegeheimen darf bis Ende 2020 noch nach bisherigem Recht durchgeführt werden.

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

SVKZ	Art. 20 KLV	Die KLV ist auf den 1. Januar 2019 dahingehend abzuändern, dass die Leistungserbringer nach Art. 7 Abs. 1 KLV Pflegematerialien der OKP in Rechnung stellen können, unabhängig davon, ob es sich um eine Abgabe zur Selbstanwendung (gemäss MiGeL) oder der Anwendung durch eine Pflegefachperson handelt. Eventualantrag: Sollte dies aus juristischen Gründen nicht direkt über eine KLV-Änderung möglich sein, ist die Änderung raschestmöglich im übergeordneten Recht vorzunehmen.	Die Versicherung leistet eine Vergütung an Mittel und Gegenstände, die der Behandlung oder der Untersuchung im Sinne einer Überwachung der Behandlung einer Krankheit und ihrer Folgen dienen, die auf ärztliche Anordnung von einer Abgabestelle nach Artikel 55 KVV abgegeben werden und von der versicherten Person selbst oder mit Hilfe einer nichtberuflich an der Untersuchung oder der Behandlung mitwirkenden Person angewendet werden.

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation / Kanton : Spitex Verband des Kantons Schaffhausen

Abkürzung der Firma / Organisation : Spitex Schaffhausen

Adresse : Rietstrasse 73, 8200 Schaffhausen

Kontaktperson : Andrea Monterosso

Telefon : 052 630 15 50

E-Mail : info@spitexsh.ch

Datum : 28.09.2018

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV)

Spitex Schaffhausen	Spitex Schaffhausen lehnt die vorgeschlagene Senkung der OKP-Beiträge in der ambulanten Pflege um 3.6% entschieden ab und fordert stattdessen eine <u>substantielle</u> Erhöhung dieser Beiträge. Die Erhöhung ist aus folgenden Gründen unumgänglich: - Die zur Berechnung herangezogene Datengrundlage ist ungenügend. Die Spitex Statistik erlaubt gemäss Experten keine entsprechenden Vergleiche vor und nach 2010. Zahlreiche Argumente sind nicht nachvollziehbar – beispielsweise im Bereich der Lohnentwicklung oder des Pflegematerials. - Die zentrale Annahme, die Leistungen der ambulanten Pflege müssten im Zeitraum 2010-2014 konstant bleiben, ist falsch. In der gleichen Zeit wurde das DRG-Pauschalen-System eingeführt, was zu komplexeren Pflegesituationen und insbesondere auch zu einem Anstieg der höher entschädigten Leistungen führte (Massnahmen der Abklärung, Beratung und Koordination, Massnahmen der Untersuchung und der Behandlung). Im gleichen Zeitraum wurde der Grundsatz «ambulant vor stationär» konsequent weiterverfolgt. In diesem Zusammenhang wurden –auch in Kongruenz zu den verschiedenen nationalen Gesundheitsstrategien – spezialisierte Leistungen im Bereich der ambulanten Pflege eingeführt, so beispielsweise im Bereich der Demenzpflege, Palliativpflege, Psychiatriepflege, Wochenend- und Nachtdienste. Diese Leistungen sind teurer als «herkömmliche, einfache» Pflegeleistungen. Die Spitex ist zu einem zentralen und koordinierenden Akteur der Grundversorgung geworden. - Im betrachteten Zeitraum wurde die obligatorische Krankenpflegeversicherung im Verhältnis zu den anderen Zahlern entlastet: Dies ging in zahlreichen Kantonen insbesondere zulasten der Patientinnen und Patienten. - Aufgrund der ungenügenden Regelung der Restfinanzierung wurden zulasten der Spitexorganisationen auch finanzpolitisch motivierte Entscheide in Kantonen und Gemeinden getroffen. Es ist dringend zu definieren, was in den Beiträgen und der Restfinanzierung alles enthalten sein muss oder was separat vergütet wird – z.B. Wegzeiten, Pflegematerial. Sonst ist die Finanzierungssicherheit der Spitexorganisationen längerfristig nicht gewährleistet, worunter schlussendlich die Patienten leiden. Zudem führen die Auswirkungen der Urteile des Bundesverwaltungsgerichts 2017 zu einem riesigen Chaos im Bereich der Anwendung und Abrechnung von Pflegematerial. Dieser Entscheid ist so in der Praxis nicht umsetzbar und ruft dringend nach Lösungen. Spitex Schaffhausen fordert die Legalisierung der bisherigen, gut funktionierenden Praxis betreffend Verrechnung von Pflegematerial (vgl. nachfolgend Detailbemerkungen zu Kap. 3.1.2) auf den 1. Januar 2019. Spitex Schaffhausen begrüsst den Willen des Bundesrates, den administrativen Aufwand zu verringern und die Pflege besser zu anerkennen. Die dazu vorgeschlagenen Massnahmen werden jedoch als praxisfern und unausgegoren erachtet. Spitex Schaffhausen schlägt deshalb verschiedene Änderungen vor, die zu einer sinnvollen Umsetzung führen. Mit Eröffnung der Vernehmlassung hat der Bundesrat auch den umfassenden externen Evaluationsbericht von INFRAS zur Neuordnung der Pflegefinanzierung veröffentlicht. Für Spitex Schaffhausen ist es unverständlich, warum der Bericht in der ganzen Vorlage nicht erwähnt wird und seine
------------------------	---

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

Erkenntnisse nicht eingeflossen sind. Der Evaluationsbericht von INFRAS zeigt sehr wohl verschiedene Lücken der Neuordnung der Pflegefinanzierung auf. Wir betrachten die aus dem Evaluationsbericht von INFRAS gezogenen Konklusionen als ungenügend und damit als verpasste Chance, Verbesserungen an der Pflegefinanzierung vorzunehmen.

Die systematische Nicht-Berücksichtigung der Erkenntnisse des Berichts und die getroffenen Annahmen insbesondere zur Veränderung der Beiträge in der ambulanten Pflege sind aus unserer Sicht nicht nachvollziehbar.

Bevor wir auf die Bemerkungen und Änderungsvorschläge zu den konkreten KLV-Artikeln kommen, möchten wir auf verschiedene Punkte des Vernehmlassungsberichts eingehen:

Generelle Bemerkungen zum Vernehmlassungsbericht

Der Bericht und die vorgeschlagenen Bestimmungen wirken nicht abgestimmt. Der Bericht ist kompliziert geschrieben, hat Lücken und ist nicht leserfreundlich. Einige Beispiele:

- S. 13, 3.1.2 Nebenleistungen und Leistungen anderer Sozialversicherer: zu letzteren findet sich kein Wort in diesem Kapitel
- S. 15, 3.1.6 Graphik 2 und 3: Hier wird fälschlicherweise von der Verteilung der Pflegeintensität gesprochen. Vielmehr bildet die Graphik jedoch die Verteilung der Leistungskategorien der Pflege ab.
- S. 16, 3.2 Berechnung des Korrekturfaktors der Pflegebeiträge: In der Berechnungsformel werden «Pflegetage» und «Bruttoleistungen» erwähnt: Diese spielen in der ambulanten Pflege keine Rolle. Vielmehr müsste von «Pflegestunden» und «Einnahmen» gesprochen werden.
- S. 21, 1.3 Dauer der ärztlichen Anordnung – Anpassungsvorschlag: der Anpassungsvorschlag wird nicht beschrieben.

Detailbemerkungen zum Berichtsteil Kostenneutralität der Pflegebeiträge

Legitimation der Kostenneutralität (1.1)

Aus Sicht von Spitex Schaffhausen fehlt die Grundlage um aufzuzeigen, dass die Regelung im ersten Jahr nach Inkrafttreten dieser Gesetzesänderung nicht eingehalten worden ist. Die Evaluation erklärt zur Erreichung des Hauptziels der NPF (**Hervorhebungen** Spitex Schaffhausen): *«Die Vermeidung einer zusätzlichen finanziellen Belastung der OKP konnte – bedingt durch mit der NPF [Neue Pflegefinanzierung] festgelegten fixen Beiträgen an die Pflegeleistungen – voll erreicht werden.»* Spitex Schaffhausen weist daraufhin, dass selbst Versicherer sich im Rahmen der Evaluation Pflegefinanzierung geäußert haben, die OKP sei entlastet worden.

Statistische Grundlagen (3.1)

Wir weisen auf eine Problematik in der Spitex-Statistik hin, welche auf S. 57 des Evaluationsberichts von INFRAS wie folgt beschrieben wird (**Hervorhebungen** Spitex Schaffhausen): **«Dieser Bruch in den Daten der Spitex-Statistik verunmöglicht einerseits einen direkten Vergleich der Gesamtkosten vor und nach dem Jahr 2010. Eine Einschätzung zur Grössenordnung der Verzerrung der Daten ist mit den vorliegenden Daten nicht möglich.»** Unseres Erachtens kann aus diesem Grund die Spitex Statistik nicht für einen Vorher-nachher-Vergleich beigezogen werden.

Pflegeheime (2)

Spitex Schaffhausen äussert sich nicht zu den Erläuterungen und Berechnungen im Bereich der Heime. Wir unterstützen jedoch eine Erhöhung der OKP-Beiträge in diesem Bereich (vgl. auch Stellungnahme der IG Pflegefinanzierung [\[Link\]](#)).

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

Nebenleistungen (3.1.2)

Das Kapitel 3.1.2 dreht sich wesentlich auch um die Kostenübernahme des Pflegematerials. Wie bereits mehrfach in Gesprächen mit dem BAG festgehalten und von diesem auch anerkannt sind die Kosten für Pflegematerial nicht oder nur ungenügend in die Berechnungen zur NPF eingeflossen. Weiter wurde das eingesetzte Material seit Einführung der NPF weiterentwickelt und hat sich entsprechend verteuert. So können z.B. moderne (und teurere) Wundverbände länger aufgelegt werden und benötigen dagegen weniger Pflegeleistungen durch eine Pflegefachperson. Spitex Schaffhausen ist nach wie vor der Ansicht, dass die OKP-Beiträge alleine aus diesen Gründen substantiell angehoben werden müssten.

Aber auch wenn man annehmen würde, die Kalkulation sei auf das Jahr 2011 korrekt gemacht worden, geht die Argumentation im Bericht (S. 13f) nicht auf: Es wird festgehalten, dass die Spitex-Organisationen auch aus Effizienzgründen im Verlauf der letzten Jahre das Materialmanagement immer mehr an Dritte ausgelagert haben (Apotheken, Ärzte, Materialzulieferer). Daraus schliesst das zuständige Amt, dass die KLV-Beiträge nun zu hoch wären (und in der Konsequenz eigentlich noch stärker gekürzt werden müssten). Dabei werden die beiden Urteile des Bundesverwaltungsgerichts aus dem Jahr 2017 nicht berücksichtigt, welche besagen, dass die im Rahmen der Pflegehandlung verwendeten Materialien nicht separat verrechnet werden dürfen. Wie weitherum bekannt ist, verursachen diese beiden Gerichtsurteile grosse Probleme und administrativen Zusatzaufwand und führen dazu, dass die Spitex-Organisationen, die für diese Materialien bis auf Zustandekommen einer Lösung mit den Restfinanzierern vorläufig vollumfänglich übernehmen müssen. Die OKP wird auch weiterhin einen Beitrag daran leisten. Wir verweisen aber primär auf unseren ersten Einwand: Das Material ist in der NPF nicht genügend berücksichtigt worden.

Weiter weisen wir darauf hin, dass die Grundlagen und Belege besonders in diesem Kapitel äusserst lückenhaft sind. Formulierungen wie «dürfte berücksichtigt haben», «es ist möglich, dass», «unklar ist», «dürften verrechnet haben», «kann von ausgegangen werden», «kann aber nicht beziffert werden», «es ist anzunehmen», «dürften etwas zu hoch sein» finden sich alleine auf den ¾-Seiten zu diesem Kapitel.

Spitex Schaffhausen beantragt überdies die KLV auf den 1. Januar 2019 dahingehend zu ändern, dass die Leistungserbringer der Pflege gemäss Art. 7 Abs. 1 KLV das Pflegematerial der OKP in Rechnung stellen können, beispielsweise durch eine Änderung von Art. 20 KLV. Auf die Trennung des Materials zwischen Selbstanwendung und Anwendung durch eine Pflegefachperson ist zu verzichten. Damit soll die in den vergangenen Jahren funktionierende Praxis legalisiert werden. Aufgrund der je nach Pflegeleistung sehr unterschiedlich anfallenden Kosten ist eine pauschalisierte Einrechnung in den OKP-Beiträgen der ambulanten Pflege nicht sinnvoll. Damit würden materialintensive Leistungen (z.B. Wundpflege) zu tief abgegolten. Entsprechend muss Pflegematerial separat (und nicht pauschalisiert) in Rechnung gestellt werden können. Eventualantrag: Sollte dies aus juristischen Gründen nicht direkt über eine KLV-Änderung möglich sein, ist die Änderung raschestmöglich im übergeordneten Recht vorzunehmen.

Akut- und Übergangspflege (3.1.3)

Wir bitten hier um sorgfältige Analyse des Evaluationsberichts von INFRAS. Dieser zeigt auf, dass die derzeitige Ausgestaltung der AÜP nicht genügt. Die Annahme, dass neu mehr Leistungen in der Pflege dank der AÜP erbracht würden, kann anhand der Spitex-Statistik nicht belegt werden. Das Suggestieren, wonach mit der AÜP das Stundentotal (unbegründet) ausgeweitet werden soll weisen wir entschieden zurück. Eine AÜP basiert auf einer Verordnung durch einen Spitalarzt/eine Spitalärztin und kann entsprechend nicht willkürlich ausgeweitet werden.

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

Entwicklung der Leistungsstruktur nach Behandlungstyp (3.1.6)

Es ist für uns nicht nachvollziehbar, wie man zur Annahme gelangt, dass die Leistungsstruktur nach Behandlungstyp 2010-2014 konstant geblieben sei (wie bereits oben beschrieben ist der Begriff «Pflegeintensität» falsch). Mit der Einführung der DRG in den Spitälern, mit der Umsetzung des Konzepts «ambulant vor stationär» sind in den vergangenen Jahren immer komplexere Fälle in die ambulante Pflege eingetreten. So hatten beispielsweise auch die Palliativpflege, Onkologiepflege, Psychiatriepflege und weitere spezialisierte Pflegeleistungen ihrerseits eine Erhöhung des Anteils A- und B-Leistungen zur Folge. Darauf wird selbst in Berichten des BAG entsprechend hingewiesen (vgl. beispielsweise den Bericht «Abgeltung von Leistungen im Rahmen der koordinierten Versorgung», 2018). Logischerweise gehen im Gegenzug die C-Leistungen anteilmässig zurück. Graphik 2 und Graphik 3 auf Seite 15 verdeutlichen dies sehr gut – dennoch wird aus den Zahlen geschlossen, dass diese «relativ konstant» seien. Vielmehr aber erklären diese (gewollten) Verschiebungen im Leistungsmix auch wesentlich die Verteuerung des Stundenkostensatzes.

Löhne und allgemeine Teuerung (3.1.7)

Die Löhne im Pflegebereich sind in den letzten Jahren sehr wohl angestiegen. Fachkräftebedarf, Nacht- und Wochenendeinsätze, Spezialisierungen führten zu Lohnzunahmen. Entsprechend erachten wir die Berücksichtigung der Löhne als Kostenfaktor als zentral und weisen die Nicht-Berücksichtigung dieser Argumentation zurück.

Berechnung des Kostenfaktors der Pflegebeiträge (3.2)

Ziel der Kostenkorrektur ist die Gewährleistung, dass die Einführung der KLV-Beiträge im Jahr des Übergangs 2010/2011 kostenneutral für die OKP erfolgte. Die Gegenüberstellung der Zahlen von 2010 bis 2014 ist problematisch. Bereits im Evaluationsbericht von INFRAS wird erklärt, dass der Bruch in den Daten in der Spitex-Statistik einen direkten Vergleich der Gesamtkosten vor und nach dem Jahr 2010 nicht zulässt (vgl. auch oben). Im Bericht wird an verschiedenen Stellen (s. Kap. 3.1.1) darauf hingewiesen, dass die Konsistenz der vorhandenen Daten aus verschiedenen Gründen zu wünschen übriglässt. So wird festgehalten, dass Einnahmen aus Leistungen nach KLV 7 unter verschiedenen Rubriken erfasst wurden, dass die erwerbswirtschaftlichen Organisationen erst ab 2010 (und auch dann noch nicht alle) in der Statistik erfasst wurden und dass die selbstständigen Pflegefachpersonen von Zürich und Genf im Jahr 2010 noch nicht in der Statistik erfasst wurden etc. Für Spitex Schaffhausen stellt sich prinzipiell die Frage, ob man angesichts der Unsicherheiten in den Daten überhaupt die Kostenneutralität bei Einführung 2011 so detailliert überprüfen kann, wie es die Formel und deren Ergebnis 3.6 Prozent suggerieren.

Spitex Schaffhausen erachtet die Schlussfolgerungen bzw. die Senkung der Beiträge auf einer unsicheren Datenbasis als unseriös und willkürlich.

Aus Sicht von Spitex Schaffhausen sind die Pflegebeiträge zwingend zu erhöhen. Verschiedene Faktoren zeigen auf, dass die Berechnungsgrundlage nach nahezu 15 Jahren dringend überarbeitet werden muss:

- Die Datengrundlage von 2004 berücksichtigte verschiedene Faktoren ungenügend. So beispielsweise die Kosten des Pflegematerials oder die Wegzeiten.
- Seit Einführung der neuen Pflegefinanzierung hat aufgrund der Strategie der Kantone «ambulant vor stationär» und bedingt durch gesellschaftliche Entwicklungen (mehr Single-Haushalte, Individualität etc.) die Nachfrage nach ambulanten Pflegeleistungen stark zugenommen.
- Parallel dazu ist auch der Bedarf an speziellen Pflegeangeboten weiter stark gewachsen: Palliative Care, Demenzpflege, Psychiatriepflege, Onkologiepflege, Kinderspitex gehören heute vielerorts zum Angebot einer Spitex-Organisation (vgl. auch die diesbezüglichen Strategien des Bundes und der Kantone). Es ist auch künftig mit einer Zunahme dieser Entwicklung zu rechnen (vgl. etwa Nationales Forschungsprogramm «Lebensende»,

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

NFP 67, oder das Postulat 18.3384 der SGK-SR «Bessere Betreuung und Behandlung von Menschen am Lebensende»). Für diese Leistungen müssen Personal mit Zusatzausbildung eingesetzt und spezielle Hilfsmittel verwendet werden. Nicht zuletzt aufgrund dieser Entwicklung kommt es zu einer Kostenverschiebung vom stationären zum ambulanten Bereich. - Stark zunehmend ist seit 2011 ebenfalls der Bedarf an 24h-Dienstleistungen und Notfalldiensten. Teilweise ist dieser ebenfalls an spezialisierte Angebote gekoppelt (Palliative Care, Kinderspitex). Andererseits führen aber auch sich verändernde Betreuungssituationen zu diesem Mehrbedarf. Trotz diesen augenscheinlichen Faktoren war für die OKP in den letzten Jahren keine Erhöhung der Beiträge in Sicht bzw. von den zuständigen Stellen geplant. Diese Mehrbelastung musste fast ausschliesslich von den Kantonen und Gemeinden oder über Anpassungen/Erhöhungen der Patientenbeitragssätze von den Betroffenen selbst getragen werden (vgl. Evaluationsbericht INFRAS S. 8, 9, 60, 63). Die Restfinanzierer versuchten diese Mehrausgaben zu vermeiden (z.B. durch Sparmassnahmen), abzuwälzen (durch eine stärkere Belastung der Patientinnen und Patienten) oder aufzuschieben (z.T. um 3-4 Jahre verzögerte Aktualisierung der Restfinanzierungsbeiträge). Dagegen wurde die OKP im Bereich der ambulanten Pflege sogar entlastet – und damit das Ziel der Vermeidung einer Mehrbelastung «übertroffen». Fazit: Die Leistungen im Bereich der Pflege sind in den vergangenen Jahren anspruchsvoller und kostenintensiver und die Pflegesituationen komplexer geworden. Eine zunehmende Spezialisierung führte auch zu neuen, höheren Anforderungen. Auch der Fachkräftemangel befeuert die Lohndiskussion. In der gleichen Zeit reduzierte sich der Anteil der OKP an den Kosten der ambulanten Pflege zum Nachteil der Kantone, Gemeinden und Patienten. Diese Entwicklung kann sich nicht so fortsetzen. Es braucht eine regelmässige Anpassung der Beiträge an die Kostenentwicklung. Mit einer Erhöhung der KLV-Beiträge in der ambulanten Pflege wird der frühere Anteil der OKP an den Pflegekosten wieder erreicht und fehlende Elemente (Pflegematerial, Wegzeiten, Löhne) einbezogen. Dies würde unseres Erachtens den Grundsatz «ambulant vor stationär» stärken. <u>Detailbemerkungen zum Berichtsteil «Bedarfsermittlung»</u> Die vorgeschlagenen Änderungen der Prozesse der Bedarfsermittlung im Bereich in der ambulanten Pflege sind u.E. aber noch zu wenig durchdacht. Wir haben zahlreiche Vorschläge zur Optimierung des Prozesses. Insbesondere ist eine Begriffsklärung notwendig: Die Bedarfsermittlung in der Spitex erfolgt umfassend (gemäss Art. 8a Abs. 2) vielerorts mit dem Instrument RAI Home Care. Aus der Bedarfsermittlung wird die Pflegeplanung abgeleitet und die nötigen Pflegeleistungen werden bestimmt. Die Zusammenfassung der Pflegeleistungen wird in einem Formular (Bedarfsmeldung, siehe Art. 8a, Abs. 3) dargestellt. Gerne sind wir bereit, den interessierten Personen die Bedarfsermittlungsprozesse bei einer Spitex-Organisation aufzuzeigen.			
Name / Firma	Artikel	Kommentar / Bemerkungen	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
Spitex Schaffhausen	Art. 7a Abs. 1	Die Senkung der Beiträge aus der OKP für die Pflege zu Hause erachten wir als nicht sachgerecht und unzureichend hergeleitet sowie absolut nicht nachvollziehbar. Wir verweisen auf die	Spitex Schaffhausen fordert eine substantielle Erhöhung der Beiträge.

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

		vorstehenden diesbezüglichen allgemeinen Bemerkungen und unterstreichen daraus folgendes: Der Expertenbericht kommt zum Schluss, dass die anteilmässige Belastung der OKP im Betrachtungszeitraum von 72% auf 70% gesunken und somit das Ziel die Kostenneutralität einzuhalten mehr als erreicht worden ist. Ebenso bleibt unbeachtet, dass die Lohnkosten deutlich angestiegen sind und aufgrund des Bedarfs an Pflegefachpersonal wohl weiter steigen wird. Weiter hatten und haben die konsequente Verfolgung der Strategie «ambulant vor stationär» zur Folge, dass spezialisierte (und damit teurere) Dienstleistungen (z.B. Palliativpflege, Onkologiepflege, Psychiatriepflege) verstärkt Eingang in die ambulante Pflege gefunden haben (vgl. dazu diverse Nationale Strategien des Bundes). Ein Weiterführen der bisherigen Beiträge führt zur laufenden Überwälzung der steigenden Kosten auf Kantone und Gemeinden (je nach kantonaler Regelung der Restfinanzierung) und die Klienten und Klientinnen.	
Spitex Schaffhausen	Art. 8 Abs. 1	Aus Sicht von Spitex Schaffhausen ist der neu vorgeschlagene Anordnungsprozess nicht genügend durchdacht. Heute ordnet der Arzt/die Ärztin Pflegeleistungen an. Teilweise werden gleichzeitig spezifische Massnahmen aufgrund der medizinischen Indikation angeordnet (z.B. Stützstrümpfe, Vitalzeichenmessung, Injektionen). Die abklärende Pflegefachperson stellt fest, welche Leistungen konkret benötigt werden. Diese werden im Nachgang durch den Arzt/die Ärztin (meist im Schnellverfahren ohne detaillierte Prüfung) unterschrieben. Es besteht in Fachkreisen Einigkeit, dass diese Schlussbestätigung pro forma erfolgt. Vorgeschlagene Regelung: Neu soll der Arzt/die Ärztin in einem ersten Schritt die Notwendigkeit der Pflege feststellen (Abs. 1 Bst. a) und zugleich auch festlegen, ob A-, B-, C-Leistungen benötigt werden (Abs. 1 Bst. b). Die Bedarfsermittlung erfolgt im Anschluss durch eine Pflegefachperson gemäss Art. 8a umfassend (dies entspricht auch den internationalen Standards, insbesondere dem in der Spitex fast flächendeckend eingesetzte RAI Home Care). Die Durchführung der Bedarfsermittlung stellt in der Praxis immer eine A-Leistung dar, d.h. der Arzt/die Ärztin muss in jedem Fall «A» ankreuzen, um die Abgeltung der Bedarfsermittlung zu ermöglichen. Ordnet ein Arzt/eine Ärztin Pflegeleistungen A und B an, und die Bedarfsermittlung (Beurteilung der Gesamtsituation und Abklärung des Umfelds) ergibt, dass der Klient auch	Abs. 1 b. Der Arzt oder die Ärztin kann spezifische Leistungen anordnen.

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

		C-Leistungen benötigt, braucht es nochmals eine Rücksprache mit dem Arzt/der Ärztin. Dies generiert zusätzliche Kosten und produziert unnötigen administrativen Aufwand. Zudem widerspricht es der bereits heute gängigen Praxis, wonach die Pflegefachpersonen Art und Umfang der Leistungen abklären. Spitex Schaffhausen ist der Ansicht, dass die künstliche Trennung zwischen A/C-Leistungen und B-Leistungen nicht sinnvoll ist. Die Pflegefachpersonen sind in der Lage fachlich zu beurteilen, welche Leistungen notwendig sind – auch im Bereich der Behandlungspflege (z.B. Messung der Vitalwerte, Messung Blutzucker, Wundversorgung). Der Arzt/die Ärztin wird über die aus der Bedarfsermittlung resultierenden benötigten Pflegeleistungen informiert. Im Gegenzug ist es auch wichtig, dass die Spitex die Informationen des Arztes/der Ärztin ebenfalls erhält, um so ihre Pflegeplanung bei Bedarf anpassen zu können. Im Grundsatz unterstützt Spitex Schaffhausen den Vorschlag des Bundesrates, die Kompetenzen der Pflege besser zu anerkennen und den Prozess der Bedarfsmeldung (ohne Einholen der ärztlichen Unterschrift) zu vereinfachen.	
Spitex Schaffhausen	Art. 8 Abs. 2 Bst. a + b	Spitex Schaffhausen unterstützt eine Verlängerung der ärztlichen Anordnung. Dies reduziert administrative Aufwände. Die unterschiedliche Terminierung von B-Leistungen (6 Monate) und A-/C-Leistungen (12 Monate) führt in der Praxis zu einer umständlichen und unlogischen Situation und zu Mehrkosten: Sobald eine Klientin mehrere Leistungen benötigt, ist die Dauer der Anordnung zu harmonisieren. Beispiel: Läuft, wie vorgeschlagen, die Anordnung von B-Leistungen nach 6 Monaten ab (und angeordnete C-Leistungen erst nach 12 Monaten) muss nach 6 Monaten erneut eine Bedarfsermittlung erfolgen, aber nicht für die A- und C-Leistungen, die sie gleichzeitig bezieht, sondern nur für B-Leistungen. Gemäss internationalen Standards und auch gemäss Art. 8a, Abs. 2 ist die Beurteilung der Gesamtsituation und die Abklärung des Umfelds Bestandteil der Bedarfsermittlung, eine «Teil-Bedarfsermittlung», die nur mögliche B-Leistungen vorsieht widersprüche Art. 8a, Abs. 2 sowie der Logik des in der Spitex überwiegend zur Anwendung kommenden Bedarfsabklärungsinstrumentes RAI Home Care. Der beschriebene Prozess, wonach der Bedarf ausgehend von der Art der Leistung (A, B oder C) ermittelt wird ist falsch. Anhand der umfassenden Bedarfsermittlung wird die	2 Der Arzt oder die Ärztin kann den Auftrag oder die Anordnung erteilen: a) für maximal 9 Monate bei Leistungen nach Artikel 7 Absatz 2 Buchstaben a, b und c. b) streichen

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

		Situation des Klienten erfasst und aus der daraus folgenden Pflegeplanung die konkreten Pflegeleistungen abgeleitet und nicht umgekehrt. Aus Gründen der Qualitätssicherung schlägt Spitex Schaffhausen eine einheitliche Dauer von maximal 9 Monaten vor.	
Spitex Schaffhausen	Art. 8 Abs. 2 Bst. c	Die maximal 2 Wochen Akut- und Übergangspflege (AÜP) sind nicht ausreichend. Die bisherige Regelung zur AÜP ist ungenügend. Wir verweisen damit auf die Eingaben der IG Pflegefinanzierung (Link) und den Evaluationsbericht zur Neuordnung der Pflegefinanzierung von INFRAS. In diesen Dokumenten werden die Unzulänglichkeiten der AÜP klar aufgezeigt. Eine grundlegende Änderung ist anzustreben. Sie kann jedoch nur durch eine entsprechende vorgängige KVG-Anpassung vorgenommen werden. Spitex Schaffhausen betont die Notwendigkeit einer Anpassung der AÜP verzichtet aber aus obgenannten Gründen darauf, an dieser Stelle eine Änderung vorzuschlagen.	
Spitex Schaffhausen	Art. 8a° Abs. 1	Der Vorschlag des Bundesrates sieht eine Einschränkung der Bedarfsermittlung auf Pflegefachpersonen vor. Spitex Schaffhausen unterstützt diese Gleichstellung der verschiedenen Pflegebereiche. Als problematisch erachten wird den Verweis auf Art. 49 KVV, dieser verlangt zwei Nachweise: Ein Diplom (Bst. a) sowie eine zweijährige praktische Tätigkeit (Bst. b). Letztere Einschränkung ist aus Sicht Spitex Schaffhausen klar zurückzuweisen. Die Ausbildungscurricula für diplomierte Pflegefachpersonen sehen die Tätigkeiten der Bedarfsermittlung explizit vor. Ausgebildetes diplomiertes Personal ist entsprechend in der Lage die Bedarfsermittlung mit Abschluss der Ausbildung vorzunehmen. Um die Bedarfsermittlung RAI Home Care durchführen zu dürfen, absolvieren die Pflegefachpersonen zusätzlich eine mehrtägige Schulung. Die Einräumung einer zweijährigen Frist zur Durchführung einer Bedarfsermittlung wäre eine massive Einschränkung der heutigen Praxis in den Spitex-Betrieben und würde sich negativ auf die Attraktivität der Spitex als Arbeitgeberin auswirken. Aus unserer Sicht bestimmt Art. 49 KVV die Voraussetzungen, die erfüllt sein müssen, um selbstständig als Pflegefachperson tätig zu sein. Ferner schlagen wir vor, gemäss unseren Ausführungen zu Art. 8 auf die künstliche Trennung zwischen A/C und B-Leistungen zu verzichten und entsprechend Bst. b zu streichen.	1 Die Bedarfsermittlung zur Umsetzung des ärztlichen Auftrages oder der ärztlichen Anordnung erfolgt: a. für Leistungen nach Artikel 7 Absatz 2 Buchstabe a, b und c: durch eine diplomierte Pflegefachfrau oder einen diplomierten Pflegefachmann (Art. 49 KVV) in Zusammenarbeit mit der Patientin oder dem Patienten oder deren Angehörigen; das Ergebnis der Ermittlung ist dem behandelnden Arzt zur Information weiterzugeben; b. für Leistungen nach Artikel 7 Absatz 2 Buchstabe b oder bei Akut- und Übergangspflege: durch eine diplomierte Pflegefachfrau oder einen diplomierten Pflegefachmann (Art. 49 KVV) in Zusammenarbeit mit dem behandelnden Arzt sowie der Patientin oder dem Patienten oder deren Angehörigen.

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

Spitex Schaffhausen	Art. 8a Abs. 2	Die Bedarfsermittlung erfasst die Beurteilung der Gesamtsituation des Patienten oder der Patientin sowie die Abklärung des Umfelds. Dies steht im Einklang mit dem in der Spitex verwendeten Abklärungsinstrument RAI Home Care (RAI HomeCare kommt in ca. 85% der Spitexorganisationen zum Einsatz).	
Spitex Schaffhausen	Art. 8a Abs. 3	Gemäss Kommentar bezieht sich Art. 8a auf die Bedarfsermittlung im Allgemeinen (Kommentar S. 27), also auf Spitex-Organisationen, selbstständige Pflegefachkräfte und Pflegeheime. Abs. 3 verlangt einheitliche Kriterien vielmehr aber noch ein einheitliches Formular. Spitex Schaffhausen erachtet eine gleiche Ausgestaltung der Bedarfsmeldung (aus der Bedarfsermittlung ermittelte Pflegeleistungen, dargestellt in einem Formular) im ambulanten und stationären Bereich nicht als zielführend. Die Situationen sind nicht vergleichbar und es stehen für die jeweiligen Settings unterschiedliche Instrumente für die Bedarfsermittlung zur Verfügung (vgl. z.B. interRAI). Die einheitliche Ausgestaltung der Bedarfsmeldung innerhalb der Spitex wird von Spitex Schaffhausen unterstützt – diese sollte zwingend elektronisch verarbeitet werden können. Wir machen auf entsprechende aktuelle Bestrebungen im Bereich der Spitex in Zusammenarbeit mit Krankenversicherern aufmerksam. Diese werden jedoch nicht bis zur vorgesehenen Inkraftsetzung im Juli 2019 eingeführt werden können. Entsprechend wird für eine realistische Einführung eine Übergangsregelung gefordert (vgl. weiter unten).	3 Die Bedarfsermittlung erfolgt im stationären und ambulanten Bereich jeweils aufgrund einheitlicher Kriterien. ...
Spitex Schaffhausen	Übergangsbestimmungen	Wie bereits in den Bemerkungen zu Art. 8 Abs. 3 aufgeführt, kann die Einführung eines (elektronischen) einheitlichen Bedarfsmeldung nicht auf Juli 2019 abgeschlossen werden.	Die Bedarfsermittlung in Pflegeheimen darf bis Ende 2020 noch nach bisherigem Recht durchgeführt werden.
Spitex Schaffhausen	Art. 20 KLV	Die KLV ist auf den 1. Januar 2019 dahingehend abzuändern, dass die Leistungserbringer nach Art. 7 Abs. 1 KLV Pflegematerialien der OKP in Rechnung stellen können, unabhängig davon, ob es sich um eine Abgabe zur Selbstanwendung (gemäss MiGeL) oder der Anwendung durch eine Pflegefachperson handelt.	Die Versicherung leistet eine Vergütung an Mittel und Gegenstände, die der Behandlung oder der Untersuchung im Sinne einer Überwachung der Behandlung einer Krankheit und ihrer Folgen dienen, die auf

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

		Eventualantrag: Sollte dies aus juristischen Gründen nicht direkt über eine KLV-Änderung möglich sein, ist die Änderung raschestmöglich im übergeordneten Recht vorzunehmen.	ärztliche Anordnung von einer Abgabestelle nach Artikel 55 KVV abgegeben werden und von der versicherten Person selbst oder mit Hilfe einer nichtberuflich an der Untersuchung oder der Behandlung mitwirkenden Person angewendet werden.
--	--	--	---

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation / Kanton : Marion's Spitex

Abkürzung der Firma / Organisation : -

Adresse : Lausannestrasse 42, 3280 Meyriez

Kontaktperson : Marion Jandrasits-Riedo

Telefon : 079 310 61 83

E-Mail : marion.jandrasics@gmail.com

Datum : 25.10.2018

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen!
2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen möchten, so können Sie unter "Extras/Dokumentenschutz aufheben" den Schreibschutz aufheben.
3. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **bis am 26. Oktober 2018** an folgende E-mail Adressen: abteilung-leistung@bag.admin.ch
gever@bag.admin.ch

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV)

Name / Firma
(bitte auf der ersten
Seite angegebene
Abkürzung
verwenden)

Allgemeine Bemerkungen

Marion's
Spitex

Marion's Spitex bedankt sich für die Gelegenheit, sich zu den vorgesehenen Änderungen der Leistungsverordnung zum KVG zu äussern. Dies betrifft die freiberuflichen Leistungserbringer unmittelbar. Zudem äussert sich Marion's Spitex zu Punkten, welche die pflegerische Versorgung oder die Pflegefachpersonen tiefgreifend betreffen. Zudem unterstützt Marion's Spitex die Argumente der IG Pflegefinanzierung: https://www.spitex.ch/files/9G0FLTJ/2018_04_26_argumentarium_igpf_d.pdf

Als privates Einzelunternehmen leiste ich einen wichtigen Beitrag, die öffentliche Spitexorganisation zu entlasten. Ich erhalte keine Finanzierungshilfe von den Gemeinden und bin für das finanzielle Überleben des Unternehmens selbst verantwortlich. Die geplante Revision beschlägt einesteils die Höhe der Beiträge der OKP, anderenteils die Modalitäten der Bedarfsabklärung (neu: Bedarfsermittlung). Marion's Spitex lehnt den ersten Teil der Revision rundum und entschieden ab und erachtet den zweiten Teil im Hinblick auf die Anerkennung der Autonomie der Pflege als absolut ungenügend. Letzterer kann zu höheren Kosten bei den freiberuflichen Leistungserbringern führen, falls sie noch nicht über ein entsprechendes Tool verfügen. Die Senkung der Beiträge an die ambulante Krankenpflege ist sachlich unbegründet und deren Berechnung nicht nachvollziehbar; ausserdem torpediert sie die Bemühungen um den Aufbau einer wirksamen, zweckmässigen, wirtschaftlichen und nachhaltigen ambulanten pflegerischen Versorgung; sie widerspricht diametral der gesundheitspolitischen Strategie der Förderung der ambulanten vor der stationären Versorgung. Im Gegensatz zur vorliegenden Änderung kommt der Expertenbericht von INFRAS zum Schluss, dass die anteilmässige Belastung der OKP im Betrachtungszeitraum von 72% auf 70% gesunken und somit das Ziel die Kostenneutralität einzuhalten mehr als erreicht worden ist. Auch basierend auf dieser Grundlage ist die vorgeschlagene Senkung der OKP Beiträge unverständlich. Die vorgebliche Stärkung der Autonomie der Pflegefachpersonen punkto Bedarfsermittlung stellt aus Sicht von Marion's Spitex nichts Weiteres als den bemühten und vor allem untauglichen Versuch dar, der hängigen Volksinitiative „Für eine starke Pflege“ Wind aus den Segeln zu nehmen. Der Widerspruch zwischen der rechtlich gegebenen Teilautonomie des Pflegeberufs und der Abrechnungskompetenz laut KVG besteht auf gesetzlicher Ebene und lässt sich nicht durch Kosmetik auf Verordnungsebene auflösen.

**Detailbemerkungen zum Berichtsteil Kostenneutralität der Pflegebeiträge
Pflege zu Hause (3.)**

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

Einleitend muss festgestellt werden, dass die Berechnungen, mit denen eine Senkung der OKP-Beiträge an die ambulante Krankenpflege um sehr präzise 3.6% begründet werden, auf eine seitenlange Aneinanderreihung von – teilweise erst noch im Widerspruch zu vom Bundesrat selbst bestellten Grundlagen wie dem im Bericht mit keinem Wort erwähnten Infrass-Evaluationsbericht - Mutmassungen, Hypothesen, Konditionalsätzen und Approximationen basiert. Die vorhandenen statistischen Grundlagen sind eingestandenermassen mager und lückenhaft. Drei Beispiele unter vielen: unberücksichtigt bleibt der Umstand, dass 2010 in Zeiteinheiten von 10, in 2014 von 5 Minuten fakturiert wurde. Oder: Es wird gemutmasst, die Aufnahme neuer Leistungen wie der Koordinationsmassnahmen und des Richtens von Medikamenten habe keine Kostenfolgen gezeitigt, was so pauschal wie unsubstanziert damit begründet wird, diese Leistungen seien wohl auch früher „unter anderem Namen“ fakturiert und abgegolten worden. Oder: die im Bericht ausgewiesenen Einnahmen sind um einiges höher, als die aufgrund der geleisteten Pflegestunden errechneten, realen Kosten. Schliesslich und schlussendlich bildet die vorgeschlagene Senkung das Ergebnis eines doch recht kruden Kalküls: die Zunahme der Kosten der ambulanten Pflege wird durch die – geringere - Zunahme der erbrachten Pflegestunden dividiert, woraus geschlossen wird, dass die Stundenkosten gestiegen sind, weshalb die Stundenkosten im entsprechenden Mass gesenkt werden – mit Hinweis auf das vom Gesetzgeber angeblich vorgegebene Ziel der Kostenneutralität. Für Marion's Spitex stellt sich prinzipiell die Frage, ob man angesichts der Unsicherheiten in den Daten überhaupt die Kostenneutralität bei Einführung 2011 so detailliert überprüfen kann, wie es die Formel und deren Ergebnis 3.6 Prozent suggerieren.

Dass die absolute Anzahl erbrachter Pflegestunden steigt, sollte angesichts hinlänglich bekannter demographischer Faktoren niemanden mehr überraschen. Dass – entgegen der Behauptungen im erläuternden Bericht – auch die Pflegeintensität steigt, sollte angesichts ebenso hinlänglich bekannter Faktoren nicht nur demographischer, sondern auch gesundheitspolitischer Art (sinkende Dauer der durchschnittlichen Krankenhausaufenthaltsdauer, N.B. bei dauernd zunehmender Komplexität der Krankheitsbilder) ebenso wenig überraschen. Dies lässt sich in aller wünschbaren Deutlichkeit aus den Graphiken 2 und 3 ablesen, die einen proportional sinkenden Anteil der Grundpflege und dafür einen wachsenden Anteil Abklärung, Beratung, Untersuchung und Behandlungspflege aufweisen. Zum Nachweis der steigenden Pflegeintensität bedürfte es allerdings präziserer Indikatoren, auch angesichts der Aufgabe der Unterscheidung zwischen einfacher und komplexer Grundpflege im Rahmen der Einführung der neuen Pflegefinanzierung. Im Ergebnis lässt die der Beitragssenkung zugrunde gelegte Berechnung nicht nur jede Stringenz, sondern auch jeden Realitätsbezug vermissen: die Tendenz der vorliegenden Revision – wenn jede Zunahme der Pflegeintensität im ambulanten Bereich mit einer entsprechenden Senkung der OKP-Beiträge quittiert bzw. sanktioniert wird - weist auf ein absolut inakzeptables Desengagement der Krankenversicherung auf dem gesamten Gebiet der ambulanten Gesundheitsversorgung hin. Diese fundamentalistische Interpretation von Kostenneutralität, verbunden mit der Ausgestaltung der Pflegefinanzierung, verletzt auch fraglos den verfassungsmässigen Grundsatz der fiskalischen Äquivalenz, demgemäss es demjenigen Gemeinwesen, das die Kosten einer staatliche Leistung trägt, zusteht, über diese Leistung zu bestimmen. Damit wäre wiederum der Nachweis erbracht, dass die von der Volksinitiative „Für eine starke Pflege“ verlangte „angemessene Abgeltung der Pflegeleistungen“ absolut unumgänglich ist.

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

(Keinen anderen Schluss lässt übrigens auch die im erläuternden Bericht schwarz auf weiss bestätigte, negative Entwicklung der Löhne des Pflegepersonals zu).

Marion's Spitex beantragt, dass die Beiträge nach Art. 7a Abs. 1 KLV regelmässig, aber mindestens alle drei Jahre, an die Kostenentwicklung in der ambulanten Pflege angepasst werden.

Subsidiär

Sollte die geplante Senkung der OKP-Beiträge an die ambulanten Pflegeleistungen tatsächlich in Kraft gesetzt werden, ist eine genügende Übergangsfrist vorzusehen. Gemäss geltendem System der Pflegefinanzierung tragen die Kantone die Verantwortung für die Restfinanzierung. Sinkt der Anteil der OKP (und dementsprechend auch der danach berechnete maximale Patientenanteil), geht die entsprechend höhere Differenz zu den Vollkosten der Pflege zulasten der Restfinanzierer. Bereits jetzt bzw. seit Einführung der neuen Pflegefinanzierung im Jahr 2011 ist festzustellen, dass die Restfinanzierung praktisch nirgends in der Schweiz zufriedenstellend geregelt ist, wie der Verband SBK anlässlich jeder Evaluation vorgebracht und bemängelt hatte – ohne dass sich je etwas verbessert hätte. Wie zuletzt die Erfahrung im Zusammenhang mit der chaotischen Umsetzung (bzw. Nichtumsetzung) der oben erwähnten Urteile des Bundesverwaltungsgerichts vom Herbst 2017 zur Abgeltung der Pflegematerialkosten zeigt, ist keine Eile der Kantone (und/oder Gemeinden) bei der Anhebung der Restfinanzierungsbeiträge zu erwarten. Wollen sich die Bundesbehörden nicht dem qualifizierten Vorwurf aussetzen, die Abgeltung der ambulanten Pflege auf dem Altar kantonaler Sparpolitik zu opfern oder opfern zu lassen, müssen sie ihre Verantwortung wahrnehmen und mindestens durch die Gewährung einer nützlichen Übergangsfrist dafür sorgen, dass keine Finanzierungslücke entsteht.

Unsere Befürchtung ist aber vielmehr, dass die geplante Senkung der OKP-Beiträge eine absolute Senkung der Abgeltung der ambulanten Pflegeleistungen induzieren wird. Auf die pflegerische Versorgung der Bevölkerung wird sich dies dahingehend auswirken, dass einzelne Leistungserbringer ihre Tätigkeit werden aufgeben, die anderen mit Einsparungen beim Personalbestand und bei der Personalqualifikation werden reagieren müssen. Das Ergebnis: verzögerte Spitalaustritte, vermehrte unnötige Komplikationen und Rehospitalisationen.

Auf jeden Fall ist eine Einführung auf Mitte Jahr aufgrund des damit verbundenen unverhältnismässigen administrativen Aufwandes abzulehnen; wie verweisen diesbezüglich auf die Stellungnahme der GDK.

Eventualanträge:

- 1. Der Zeitpunkt der Inkraftsetzung ist auf Anfang Jahr zu setzen; den Kantonen ist eine angemessene Frist zur Anpassung der Restfinanzierung zu gewähren.*
- 2. Den Kantonen ist vor Inkrafttreten der Beitragsanpassung eine genügende Übergangsfrist zu gewähren.*
- 3. Der Bundesrat erlässt zuhanden der Kantone einheitliche Kriterien zur Erhebung, Berechnung und Festsetzung der Vollkosten sowie ergänzend zur Finanzierung der Versorgungspflicht in der ambulanten Pflege.*

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

Nebenleistungen (3.1.2)

Abgesehen davon, dass als erstellt gilt, dass die Kosten des Pflegematerials bei der Einführung der geltenden Pflegefinanzierung unzureichend berücksichtigt worden sind, ist Marion's Spitex nicht der Meinung, dass die Beiträge nach Art. 7a KLV die Kosten jenes Materials 1:1 abzubilden haben; die äusserst unterschiedliche Materialintensität je nach Art der erbrachten Pflege (von der Psychiatriepflege mit praktisch unbedeutendem bis zur ambulanten Wund- und Intensivpflege mit sehr hohem Materialbedarf) verunmöglicht jede Pauschalisierung. Diese Kosten sind separat von der OKP abzugelten und die unsinnige, sachfremde und unpraktikable Unterscheidung zwischen Selbst- und Fremdanwendung aufzuheben. Angesichts des Umstandes, dass diese Kosten bis Herbst 2017 restlos von der OKP übernommen worden sind, wäre die Umsetzung dieser Forderung kostenneutral. Abgesehen davon sind auch nur die Versicherer fachlich in der Lage, den Materialbedarf an den KVG-Kriterien der Wirtschaftlichkeit, Zweckmässigkeit und Wirksamkeit zu messen.

Marion's Spitex beantragt bezüglich der Abgeltung des Pflegematerials, dass die Unterscheidung zwischen Selbst- und Fremdanwendung in dem Sinn aufzuheben ist, dass die entsprechenden Kosten wie vor den Bundesverwaltungsgerichtsurteilen vom Herbst 2017 nach MiGeL separat von der OKP abzugelten sind.

Akut- und Übergangspflege (3.1.3)

Ich erwarte hier eine sorgfältige Analyse des Evaluationsberichts von INFRAS. Dieser zeigt auf, dass die derzeitige Ausgestaltung der AÜP nicht genügt.

Die Annahme, dass neu mehr Leistungen in der Pflege dank der AÜP erbracht würden, kann anhand der Spitex-Statistik nicht belegt werden. Das Suggestieren, wonach mit der AÜP das Stundentotal (unbegründet) ausgeweitet werden soll, weise ich entschieden zurück. Eine AÜP basiert auf einer Verordnung durch einen Spitalarzt/eine Spitalärztin und kann entsprechend nicht willkürlich ausgeweitet werden.

Bedarfsermittlung und Mindestanforderungen an Pflegebedarfsermittlungssysteme

Begrifflichkeit

Im Sinne einer Vorbemerkung stelle ich fest, dass der herkömmliche, fachlich abgestützte und bewährte Begriff der Bedarfsabklärung durch den Begriff der Bedarfsermittlung ersetzt worden ist. Da dies im erläuternden Bericht beim Punkt 1.6 zwar erwähnt aber die Auswirkungen mit keinem Wort erläutert werden, kann ich über die Gründe nur Vermutungen anstellen. Damit soll wohl eine kalte Leistungskürzung erreicht werden: während die Bedarfsabklärung im Sinne einer laufenden Beobachtung des Zustandes der Patientin und der Ergebnisse der Pflege laufender Teil des Pflegeprozesses ist und entsprechend verrechnet werden kann, scheint die Bedarfsermittlung auf die Ermittlung des Pflegebedarfs bei Übernahme des Patienten bzw. zu Beginn einer Verordnungsperiode begrenzt. Marion's Spitex lehnt diesen unbegründeten Terminologiewechsel entschieden ab.

Zur Stärkung der Autonomie der Pflegefachpersonen

Der erläuternde Bericht geht ausführlich auf die – vom Bundesrat damals dezidiert abgelehnte – parlamentarische Initiative

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

11.418 (Joder) ein. Indessen scheint nach wie vor Verwirrung bezüglich des von jener Initiative verfolgten – und nun von der hängigen Volksinitiative mitverfolgten – Zwecks zu herrschen. Anders als im Kommentar auf Seite 22 dritter Absatz fälschlicherweise behauptet, regelt das KVG keine Kompetenzen; das KVG regelt die Abgeltung von Pflegeleistungen und deren Voraussetzungen. Die beruflichen Kompetenzen der Pflegefachpersonen sind Sache der kantonalen Gesundheitsgesetzgebung (und in absehbarer Zukunft zu einem bestimmten Mass des Bundesgesetzes über die Gesundheitsberufe). Von Rechts wegen sind die Pflegefachpersonen autonom, ausser auf diagnostischem und therapeutischem Gebiet, wo sie auf ärztliche Delegation tätig sind. Daran kann das KVG von Verfassungswegen nichts ändern. Das KVG kann indessen die Autonomie der Pflegefachpersonen – und damit die kantonale Kompetenzordnung – vereiteln und ins Leere laufen lassen, indem die Abgeltung von Pflegeleistungen, die dem autonomen Bereich der Pflege zugeordnet sind, vom Vorliegen einer diesbezüglichen ärztlichen Verordnung abhängig gemacht wird. Die parlamentarische Initiative Joder bezweckte einzig und alleine die Angleichung der Abgeltungsregeln des KVG an die kantonalrechtliche Kompetenzordnung – u.a. um den Anschein, dass es sich bei der Gesundheits- und Krankenpflege um einen ärztlichen Hilfsberuf handelt, zu beseitigen. Die vorliegende Verordnungsrevision tut nichts, um diesen Eingriff in die Kompetenzen der Pflegefachleute zu beseitigen; ist der Übergriff im KVG angelegt – indem es die Pflegefachpersonen nicht als (teil)eigenständige Leistungserbringer anerkennt – so muss beim KVG angesetzt werden. Dieser Weg ist mit dem Nichteintretensentscheid des Nationalrates auf die parlamentarische Initiative Joder gescheitert.

Die im Bericht vielfach bemühte sog. „Scharnierfunktion“ des Arztes hat **im Hinblick auf den autonomen Bereich** der Pflege keinerlei Daseinsberechtigung. Die dem Arzt – wenn nun auch nur noch mehr oder weniger der Form halber – zugedachte „Gatekeeper“-Funktion bei diesen typischen Pflegeleistungen ist eine Fiktion. Bezüglich des autonomen Bereiches der Pflege sind die Ärzte fachlich nicht ausgebildet und können somit keinerlei Aufsichts- oder Kontrollfunktion übernehmen. Diese Aufgabe wird vielmehr (äusserst wirksam) von der Krankenversicherung übernommen. Wie die Leistungserbringer sehr wohl wissen, stellt das Vorliegen einer ärztlichen Verordnung für eine bestimmte – auch ärztlich-delegierte! – pflegerische Verrichtung nicht die geringste Garantie dar, dass diese von der Versicherung als WZW-konform und damit als abgeltungsfähig eingestuft wird. Damit ist auch die abermals vorgeschobene Befürchtung vor einer Mengenausweitung entkräftet, wie bereits anlässlich der Debatten über die parlamentarische Initiative Joder zur Übergenüge dargelegt. Wie sollen Ärzte der Ausweitung einer Menge von Pflegeleistungen vorbeugen, deren Indikation sie nicht zu beurteilen in der Lage sind? Unverständlich sind diesbezüglich die Ausführungen im Bericht zur angeblichen „dreifachen Kontrolle der Verrechnung“: weder von den PatientInnen noch von den kantonalen (geschweige denn kommunalen) Behörden kann ernsthaft angenommen werden, dass sie diese Aufgabe auch nur im Entferntesten zu erfüllen in der Lage sind (wie dies die Kantone selber deklarieren, vgl. Vernehmlassungsstellungnahme der GDK).

Hinsichtlich der Versorgungsqualität führt die Vermengung abrechnungs- und kompetenzrechtlicher Gesichtspunkte eben nicht zu einer Verbesserung, sondern zu einer gefährlichen Rechtsunsicherheit. Die nach wie vor dem Arzt vorbehaltene Entscheidungsbefugnis hinsichtlich von Pflegemassnahmen, die sich ausserhalb seiner Kompetenzsphäre befinden, belastet

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

die interdisziplinäre Zusammenarbeit, gefährdet die PatientInnen und schafft erhebliche Rechtsunsicherheit hinsichtlich der Frage, wer im Schadenfall haftet.

Dem Anliegen der Pflege um Anerkennung ihrer Autonomie gibt die Vorlage dadurch vor entgegenzukommen, dass unterschieden wird zwischen einer ärztlichen Grundsatzentscheidung, ob eine Patientin allgemein auf Pflege angewiesen ist einerseits, und andererseits, bejahendenfalls, einer der Pflege zugestandenen Entscheidung hinsichtlich des Masses an spezifischen Pflegeleistungen. **De facto kodifiziert die Vorlage die bestehende Praxis und es kann nichts dagegen einzuwenden sein – nur dass, wie bereits wiederholt dargelegt, dies der auf Gesetzesstufe angelegten Diskriminierung der Pflegefachpersonen als autonome Leistungserbringer in keiner Weise abhilft.**

Die Unterscheidung zwischen Massnahmen der Abklärung, Beratung, Koordination und Grundpflege einerseits und Massnahmen der Untersuchung und Behandlung andererseits ist eine Selbstverständlichkeit; bei letzteren handelt es sich immerhin um originär ärztliche Verrichtungen, die vom Arzt nur explizit und unter Beachtung der obligationen-, insb. haftungsrechtlichen Delegationsgrundsätzen, an die Pflegefachpersonen übertragen werden können.

Einschränkung bei der Bedarfsermittlung

Der Vorschlag des Bundesrates sieht eine Einschränkung der Bedarfsermittlung auf Pflegefachpersonen gemäss Art. 49 KVV vor. Freiberufliche Pflegefachpersonen erfüllen diese Bedingung bereits. Allerdings würde die Änderung bedeuten, dass auch angestellte Pflegefachpersonen in einer Spitexorganisation oder einem Pflegeheim eine zweijährige praktische Tätigkeit nachzuweisen haben. Diese Einschränkung würde sich negativ auf die Attraktivität des Spitex- und Heimbereiches auswirken und den Fachkräftemangel in diesen Bereichen zusätzlich verschärfen. Diplomierte Pflegefachpersonen sind nach ihrer HF oder FH Ausbildung vollumfänglich in der Lage, eine Bedarfsabklärung vorzunehmen. Sollte sich diese Massnahme mit der aus Sicht des BAG erhöhten Autonomie rechtfertigen, erinnern wir daran, dass der SBK die zweijährige Erfahrung im Rahmen der parlamentarischen Initiative 11.418 ausschliesslich im Zusammenhang mit einer Gesetzesanpassung vorgeschlagen hat.

Antrag

Erfolgt die Bedarfsermittlung durch angestellte Pflegefachpersonen, reicht es, wenn diese im Besitz eines Diploms in Gesundheits- und Krankenpflege sind; den Nachweis von zwei Jahren Berufserfahrung gem. Art. 49 KVV müssen einzig die freiberuflich tätigen Pflegefachpersonen erbringen.

Name / Firma	Artikel	Kommentar / Bemerkungen	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
Marion's Spitex	Art. 7 Abs. 2 Bst. a Ziff. 1	Marion's Spitex lehnt diesen unbegründeten Terminologiewechsel entschieden ab	<i>Art. 7 Abs. 2 Bst. a Ziff. 1</i> 2 Leistungen im Sinne von Absatz 1 sind: a. Massnahmen der Ermittlung, Abklärung , Beratung und Koordination: 1. Ermittlung Abklärung des

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

			Pflegebedarfs und des Umfeldes des Patienten oder der Patientin und Planung der notwendigen Massnahmen
Marion's Spitex	Art. 7a Abs. 1 und 3	Ich lehne die Senkung der OKP Beiträge kategorisch ab und verweisen auf die obigen Ausführungen.	
Marion's Spitex	Art. 8 Abs. 1	De facto kodifiziert die Vorlage die bestehende Praxis und es kann nichts dagegen einzuwenden sein – nur dass, wie bereits wiederholt dargelegt, dies der auf Gesetzesstufe angelegten Diskriminierung der Pflegefachpersonen als autonome Leistungserbringer in keiner Weise abhilft.	Analog meines Einwandes bezüglich Begrifflichkeit, muss der Begriff „Ermittlung“ mit „Abklärung“ ersetzt werden.
Marion's Spitex	Art. 8 Abs. 2 Bst. c	Die maximal 2 Wochen Akut- und Übergangspflege (AÜP) sind nicht ausreichend. Die bisherige Regelung zur AÜP ist ungenügend. Wir verweisen damit auf die Eingaben der IG Pflegefinanzierung und den Evaluationsbericht zur Neuordnung der Pflegefinanzierung von INFRAS. In diesen Dokumenten werden die Unzulänglichkeiten der AÜP klar aufgezeigt. Eine grundlegende Änderung ist anzustreben. Sie kann jedoch nur durch eine entsprechende vorgängige KVG-Anpassung vorgenommen werden. Marion's Spitex betont die Notwendigkeit einer Anpassung der AÜP verzichtet aber aus obgenannten Gründen darauf, an dieser Stelle eine Änderung vorzuschlagen.	
Marion's Spitex	Art. 8a Abs. 1	Die Einschränkung bei der Bedarfsermittlung auf Pflegefachpersonen, welche Art. 49 KVV erfüllen, lehne ich ab, siehe Antrag weiter oben.	

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

Marion's Spitex	Art. 20 KLV	Die KLV ist auf den 1. Januar 2019 dahingehend abzuändern, dass die Leistungserbringer nach Art. 7 Abs. 1 KLV Pflegematerialien der OKP in Rechnung stellen können, unabhängig davon, ob es sich um eine Abgabe zur Selbstanwendung (gemäss MiGeL) oder der Anwendung durch eine Pflegefachperson handelt. Eventualantrag: Sollte dies aus juristischen Gründen nicht direkt über eine KLV-Änderung möglich sein, ist die Änderung raschestmöglich im übergeordneten Recht vorzunehmen.	Die Versicherung leistet eine Vergütung an Mittel und Gegenstände, die der Behandlung oder der Untersuchung im Sinne einer Überwachung der Behandlung einer Krankheit und ihrer Folgen dienen, die auf ärztliche Anordnung von einer Abgabestelle nach Artikel 55 KVV abgegeben werden und von der versicherten Person selbst oder mit Hilfe einer nichtberuflich an der Untersuchung oder der Behandlung mitwirkenden Person angewendet werden.
--------------------	----------------	---	--

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation / Kanton : Swiss Nurse Leaders

Abkürzung der Firma / Organisation :

Adresse : Haus der Akademien, Laupenstrasse 7, 3001 Bern

Kontaktperson : Ruth Schweingruber, Geschäftsführerin

Telefon : 031 306 93 75

E-Mail : ruth.schweingruber@swissnurseleaders.ch

Datum : 19.10.2018

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen!
2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen möchten, so können Sie unter "Extras/Dokumentenschutz aufheben" den Schreibschutz aufheben.
3. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **bis am 26. Oktober 2018** an folgende E-mail Adressen: abteilung-leistung@bag.admin.ch
gever@bag.admin.ch

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV)	
Name / Firma (bitte auf der ersten Seite angegebene Abkürzung verwenden)	Allgemeine Bemerkungen
Swiss Nurse Leaders	Swiss Nurse Leaders bedankt sich für die Gelegenheit, sich zu den vorgesehenen Änderungen der Leistungsverordnung zum KVG zu äussern. Die geplante Revision beschlägt einesteils die Höhe der Beiträge der OKP, anderenteils die Modalitäten der Bedarfsabklärung (neu: Bedarfsermittlung). Swiss Nurse Leaders lehnt den ersten Teil der Revision entschieden ab und erachtet den zweiten Teil im Hinblick auf die Anerkennung der Autonomie der Pflege als ungenügend. Die Senkung der Beiträge an die ambulante Krankenpflege ist sachlich unbegründet und deren Berechnung nicht nachvollziehbar; ausserdem torpediert sie die Bemühungen um den Aufbau einer wirksamen, zweckmässigen, wirtschaftlichen und nachhaltigen ambulanten pflegerischen Versorgung; sie widerspricht diametral der gesundheitspolitischen Strategie der Förderung der ambulanten vor der stationären Versorgung. Im Gegensatz zur vorliegenden Änderung kommt der Expertenbericht von INFRAS zum Schluss, dass die anteilmässige Belastung der OKP im Betrachtungszeitraum von 72% auf 70% gesunken und somit das Ziel die Kostenneutralität einzuhalten mehr als erreicht worden ist. Auch basierend auf dieser Grundlage ist die vorgeschlagene Senkung der OKP Beiträge unverständlich. Die vorgebliche Stärkung der Autonomie der Pflegefachpersonen punkto Bedarfsermittlung stellt aus unserer Sicht den Versuch dar, der hängigen Volksinitiative „Für eine starke Pflege“ Wind aus den Segeln zu nehmen. Der Widerspruch zwischen der rechtlich gegebenen Teilautonomie des Pflegeberufs und der Abrechnungskompetenz laut KVG besteht auf gesetzlicher Ebene und lässt sich nicht durch Kosmetik auf Verordnungsebene auflösen. Detailbemerkungen zum Berichtsteil Kostenneutralität der Pflegebeiträge Pflege zu Hause (3.) Einleitend muss festgestellt werden, dass die Berechnungen, mit denen eine Senkung der OKP-Beiträge an die ambulante Krankenpflege um sehr präzise 3.6% begründet werden, auf Mutmassungen, Hypothesen, Konditionalsätzen und Approximationen basiert. Es werden Annahmen getroffen, welche wir in Frage stellen (Veränderung der Leistungen, Nullwachsstum der Löhne etc.). Dass die absolute Anzahl erbrachter Pflegestunden steigt, ist angesichts bekannter demographischer Faktoren nicht überraschend und dass auch die Pflegeintensität steigt, ist ebenso bestens bekannt, nicht zuletzt aufgrund nicht nur demographischer Faktoren sondern auch aufgrund gesundheitspolitischer Art (sinkende Dauer der durchschnittlichen Krankenhausaufenthaltsdauer, bei dauernd zunehmender Komplexität der Krankheitsbilder, Strategie ambulant vor stationär etc.). Subsidiär <i>Sollte die geplante Senkung der OKP-Beiträge an die ambulanten Pflegeleistungen tatsächlich in Kraft gesetzt werden, ist eine genügende Übergangsfrist vorzusehen. Gemäss geltendem System der Pflegefinanzierung tragen die Kantone die Verantwortung für die Restfinanzierung. Sinkt der Anteil der OKP (und dementsprechend auch der danach berechnete maximale Patientenanteil), geht die entsprechend höhere Differenz zu den Vollkosten der Pflege zulasten der Restfinanzierer. Bereits jetzt bzw. seit Einführung der neuen Pflegefinanzierung im Jahr 2011 ist festzustellen, dass die Restfinanzierung praktisch nirgends in der Schweiz zufriedenstellend geregelt ist. Auf jeden Fall ist eine Einführung auf Mitte Jahr aufgrund des damit verbundenen unverhältnismässigen administrativen Aufwandes abzulehnen; wie verweisen</i>

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

diesbezüglich auf die Stellungnahme der GDK.

Eventualanträge:

1. Der Zeitpunkt der Inkraftsetzung ist auf Anfang Jahr zu setzen; den Kantonen ist eine angemessene Frist zur Anpassung der Restfinanzierung zu gewähren.
2. Der Bundesrat erlässt einheitliche Kriterien zur Erhebung, Berechnung und Festsetzung der Vollkosten sowie ergänzend zur Finanzierung der Versorgungspflicht in der ambulanten Pflege.

Nebenleistungen (3.1.2)

Grundsätzlich wurden die Kosten des Pflegematerials bereits bei der Einführung der geltenden Pflegefinanzierung unzureichend berücksichtigt. Eine Pauschalisierung ist nicht sinnvoll bzw. unmöglich, da je nach Art der erbrachten Pflege (von der Psychiatriepflege mit praktisch unbedeutendem bis zur ambulanten Wund- und Intensivpflege mit sehr hohem Materialbedarf) völlig unterschiedlicher Bedarf vorhanden ist.

Diese Kosten sind separat von der OKP abzugelten und die sachfremde und unpraktikable Unterscheidung zwischen Selbst- und Fremdanwendung aufzuheben.

Angesichts des Umstandes, dass diese Kosten bis Herbst 2017 restlos von der OKP übernommen worden sind, wäre die Umsetzung dieser Forderung kostenneutral.

Swiss Nurse Leaders beantragt bezüglich der Abgeltung des Pflegematerials, dass die Unterscheidung zwischen Selbst- und Fremdanwendung in dem Sinn aufzuheben ist, dass die entsprechenden Kosten wie vor den Bundesverwaltungsgerichtsurteilen vom Herbst 2017 nach MiGeL separat von der OKP abzugelten sind.

Akut- und Übergangspflege (3.1.3)

Wir bitten hier um sorgfältige Analyse des Evaluationsberichts von INFRAS. Dieser zeigt auf, dass die derzeitige Ausgestaltung der AÜP nicht genügt.

Die Annahme, dass neu mehr Leistungen in der Pflege dank der AÜP erbracht würden, kann anhand der Spitex-Statistik nicht belegt werden. Das Suggestieren, wonach mit der AÜP das Stundentotal (unbegründet) ausgeweitet werden soll weisen wir entschieden zurück. Eine AÜP basiert auf einer Verordnung durch einen Spitalarzt/eine Spitalärztin und kann entsprechend nicht willkürlich ausgeweitet werden.

Bedarfsermittlung und Mindestanforderungen an Pflegebedarfsermittlungssysteme

Begrifflichkeit

Irritiert stellen wir fest, dass der herkömmliche, fachlich abgestützte und bewährte Begriff der Bedarfsabklärung durch den Begriff der Bedarfsermittlung ersetzt worden ist. Im erläuternden Bericht wird unter Punkt 1.6 die Begriffsklärung zwar erwähnt aber die Auswirkungen werden nicht erläutert. Die Bedarfsabklärung im Sinne einer laufenden Beobachtung des Zustandes der Patientin und der Ergebnisse der Pflege ist laufender Teil des Pflegeprozesses und kann entsprechend verrechnet werden. Nun scheint die Bedarfsermittlung auf die Ermittlung des Pflegebedarfs bei Übernahme des Patienten bzw. zu Beginn einer Verordnungsperiode begrenzt. Swiss Nurse Leaders lehnt diesen unbegründeten Terminologiewechsel entschieden ab.

Zur Stärkung der Autonomie der Pflegefachpersonen

Der erläuternde Bericht geht ausführlich auf die parlamentarische Initiative 11.418 (Joder) ein. Indessen scheint nach wie vor Verwirrung bezüglich des von jener Initiative verfolgten – und nun von der hängigen Volksinitiative mitverfolgten – Zwecks zu herrschen. Anders als im Kommentar auf Seite 22 dritter Absatz fälschlicherweise behauptet, regelt das KVG keine Kompetenzen; das KVG regelt die Abgeltung von Pflegeleistungen und deren Voraussetzungen. Die beruflichen Kompetenzen der Pflegefachpersonen sind Sache der kantonalen Gesundheitsgesetzgebung (und in absehbarer Zukunft zu einem bestimmten Mass des Bundesgesetzes über die Gesundheitsberufe). Von Rechts wegen sind die Pflegefachpersonen autonom, ausser auf diagnostischem und therapeutischem Gebiet, wo sie auf ärztliche Delegation tätig sind.

Bezüglich des autonomen Bereiches der Pflege sind die Ärzte fachlich nicht ausgebildet und können somit keinerlei Aufsichts- oder Kontrollfunktion übernehmen. Diese Aufgabe wird vielmehr von der Krankenversicherung übernommen. Wie die Leistungserbringer sehr wohl wissen, stellt das Vorliegen einer ärztlichen

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

Verordnung für eine bestimmte – auch ärztlich-delegierte! – Pflegerische Verrichtung keine Garantie dar, dass diese von der Versicherung als WZW-konform und damit als abgeltungsfähig eingestuft wird. Damit ist auch die abermals vorgeschobene Befürchtung vor einer Mengenausweitung entkräftet, wie bereits anlässlich der Debatten über die parlamentarische Initiative Joder zur Übergenüge dargelegt. Unverständlich sind die Ausführungen im Bericht zur angeblichen „dreifachen Kontrolle der Verrechnung“: weder von den PatientInnen noch von den kantonalen (geschweige denn kommunalen) Behörden kann ernsthaft angenommen werden, dass sie diese Aufgabe auch nur im Entferntesten zu erfüllen in der Lage sind (wie dies die Kantone selber deklarieren, vgl. Vernehmlassungsstellungnahme der GDK). De facto kodifiziert die Vorlage die bestehende Praxis und es kann nichts dagegen einzuwenden sein – nur dass, wie bereits wiederholt dargelegt, dies der auf Gesetzesstufe angelegten Diskriminierung der Pflegefachpersonen als autonome Leistungserbringer in keiner Weise abhilft. Die Unterscheidung zwischen Massnahmen der Abklärung, Beratung, Koordination und Grundpflege einerseits und Massnahmen der Untersuchung und Behandlung andererseits ist eine Selbstverständlichkeit; bei letzteren handelt es sich um originär ärztliche Verrichtungen, die vom Arzt nur explizit und unter Beachtung der obligationen-, insb. haftungsrechtlichen Delegationsgrundsätzen, an die Pflegefachpersonen übertragen werden können. Einschränkung bei der Bedarfsermittlung Der Vorschlag des Bundesrates sieht eine Einschränkung der Bedarfsermittlung auf Pflegefachpersonen gemäss Art. 49 KVV vor. Freiberufliche Pflegefachpersonen erfüllen diese Bedingung bereits. Allerdings würde die Änderung bedeuten, dass auch angestellte Pflegefachpersonen in einer Spitexorganisation oder einem Pflegeheim eine zweijährige praktische Tätigkeit nachzuweisen haben. Diese Einschränkung würde sich negativ auf die Attraktivität des Spitex- und Heimbereiches auswirken und den Fachkräftemangel in diesen Bereichen zusätzlich verschärfen. Diplomierte Pflegefachpersonen sind nach ihrer HF oder FH Ausbildung vollumfänglich in der Lage, eine Bedarfsabklärung vorzunehmen. Sollte sich diese Massnahme mit der aus Sicht des BAG erhöhten Autonomie rechtfertigen, erinnern wir daran, dass der SBK die zweijährige Erfahrung im Rahmen der parlamentarischen Initiative 11.418 ausschliesslich im Zusammenhang mit einer Gesetzesanpassung vorgeschlagen hat.			
Name / Firma	Artikel	Kommentar / Bemerkungen	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
Swiss Nurse Leaders	Art. 7 Abs.2 Best. a Ziff. 1	Wir lehnen diesen unbegründeten Terminologiewechsel entschieden ab.	Art. 7 Abs. 2 Bst. a Ziff. 1 2 Leistungen im Sinne von Absatz 1 sind: a. Massnahmen der Ermittlung, Abklärung Beratung und Koordination: 1. Ermittlung Abklärung des Pflegebedarfs und des Umfeldes des Patienten oder der Patientin und Planung der notwendigen Massnahmen
Swiss Nurse Leaders	Art. 7a Abs. 1 und 3	Wir lehnen die Senkung der OKP Beiträge kategorisch ab und verweisen auf die obigen Ausführungen.	
Swiss Nurse Leaders	Art. 8 Abs. 1	De facto kodifiziert die Vorlage die bestehende Praxis und es kann nichts dagegen einzuwenden sein – nur dass, wie bereits wiederholt dargelegt, dies der auf Gesetzesstufe angelegten Diskriminierung der Pflegefachpersonen als autonome Leistungserbringer in keiner Weise abhilft.	Analog unseres Einwandes bezüglich Begrifflichkeit, muss der Begriff „Ermittlung“ mit „Abklärung“ ersetzt werden.

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

Swiss Leaders	Nurse	Art. 8 Abs. 2 Bst. c	Die maximal 2 Wochen Akut- und Übergangspflege (AÜP) sind nicht ausreichend. Die bisherige Regelung zur AÜP ist ungenügend. Wir verweisen damit auf die Eingaben der IG Pflegefinanzierung und den Evaluationsbericht zur Neuordnung der Pflegefinanzierung von INFRAS. In diesen Dokumenten werden die Unzulänglichkeiten der AÜP klar aufgezeigt. Eine grundlegende Änderung ist anzustreben. Sie kann jedoch nur durch eine entsprechende vorgängige KVG-Anpassung vorgenommen werden. Swiss Nurse Leaders betont die Notwendigkeit einer Anpassung der AÜP verzichtet aber aus obgenannten Gründen darauf, an dieser Stelle eine Änderung vorzuschlagen.	
Swiss Leaders	Nurse	Art. 8a° Abs. 1	Die Einschränkung bei der Bedarfsermittlung auf Pflegefachpersonen, welche Art. 49 KVV erfüllen, lehnen wir ab.	
Swiss Leaders	Nurse	Art. 20 KLV	Die KLV ist auf den 1. Januar 2019 dahingehend abzuändern, dass die Leistungserbringer nach Art. 7 Abs. 1 KLV Pflegematerialien der OKP in Rechnung stellen können, unabhängig davon, ob es sich um eine Abgabe zur Selbstanwendung (gemäss MiGeL) oder der Anwendung durch eine Pflegefachperson handelt. Eventualantrag: Sollte dies aus juristischen Gründen nicht direkt über eine KLV-Änderung möglich sein, ist die Änderung raschestmöglich im übergeordneten Recht vorzunehmen	Die Versicherung leistet eine Vergütung an Mittel und Gegenstände, die der Behandlung oder der Untersuchung im Sinne einer Überwachung der Behandlung einer Krankheit und ihrer Folgen dienen, die auf ärztliche Anordnung von einer Abgabestelle nach Artikel 55 KVV abgegeben werden und von der versicherten Person selbst oder mit Hilfe einer nichtberuflich an der Untersuchung oder der Behandlung mitwirkenden Person angewendet werden.

Stellungnahme svbg

Name / Firma / Organisation / Kanton : Schweizerischer Verband der Berufsorganisationen im Gesundheitswesen

Abkürzung der Firma / Organisation : svbg

Adresse : Altenbergstrasse 29, Postfach 686, 3000 Bern 8

Kontaktperson : Claudia Galli, Präsidentin / André Bürki, Geschäftsführer

Telefon : 031 313 88 46

E-Mail : cl.galli@svbg-fsas.ch; andre.buerki@svbg-fsas.ch

Datum : 25.10.2018

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen!
2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen möchten, so können Sie unter "Extras/Dokumentenschutz aufheben" den Schreibschutz aufheben.
3. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **bis am 26. Oktober 2018** an folgende E-mail Adressen: abteilung-leistung@bag.admin.ch
gever@bag.admin.ch

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV)

Name / Firma (bitte auf der ersten Seite angegebene Abkürzung verwenden)	Allgemeine Bemerkungen		
svbg	Der Schweizerische Verband der Berufsorganisationen im Gesundheitswesen (svbg) bedankt sich für die Möglichkeit, zu den vorgesehenen Änderungen der Leistungsverordnung zum KVG Stellung zu nehmen. Der svbg vertritt als grösster Dachverband von Gesundheitsberufen rund 50'000 Personen, die im Gesundheitswesen tätig sind. Der SBK und LangzeitSchweiz sind direkt von der Vorlage betroffene Mitgliedverbände. Der svbg unterstützt explizit und ausnahmslos die Position seines Mitgliedverbandes SBK und wird sich nachfolgend nur grundsätzlich zur Vorlage äussern. Die Stellungnahme des SBK basiert auf einer breit abgestützten Vernehmlassung bei allen in die Pflege involvierten Verbänden und ist als konsolidierte Stellungnahme zu betrachten. Die geplante Revision fokussiert auf die Höhe der Beiträge der OKP und auf die Modalitäten der Bedarfsabklärung (neu: Bedarfsermittlung). Der svbg lehnt wie der SBK den ersten Teil der Revision rundum und entschieden ab und erachtet den zweiten Teil im Hinblick auf die Anerkennung der Autonomie der Pflege als absolut ungenügend. Wir unterstützen die folgenden Forderungen des SBK: Der SBK beantragt, dass die Beiträge nach Art. 7a Abs. 1 KLV regelmässig, aber mindestens alle drei Jahre, an die Kostenentwicklung in der ambulanten Pflege angepasst werden. Der SBK beantragt bezüglich der Abgeltung des Pflegematerials, dass die Unterscheidung zwischen Selbst- und Fremdanwendung in dem Sinn aufzuheben ist, dass die entsprechenden Kosten wie vor den Bundesverwaltungsgerichtsurteilen vom Herbst 2017 nach MiGeL separat von der OKP abzugelten sind. Erfolgt die Bedarfsermittlung durch angestellte Pflegefachpersonen, reicht es, wenn diese im Besitz eines Diploms in Gesundheits- und Krankenpflege sind; den Nachweis von zwei Jahren Berufserfahrung gem. Art. 49 KVV müssen einzig die freiberuflich tätigen Pflegefachpersonen erbringen.		
Name / Firma	Artikel	Kommentar / Bemerkungen	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
svbg			

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

		Für weitere Details verweisen wir auf die Stellungnahme des SBK	
--	--	---	--



Universitäre
Medizin Schweiz
Médecine
Universitaire Suisse

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Gesundheit BAG
Direktionsbereich Kranken- und Unfallversicherung
Abteilung Leistungen
Schwarzenburgstrasse 157
3003 Bern

Versand per Email an :
abteilung-leistungen@bag.admin.ch und gever@bag.admin.ch

Ort, Datum:	Bern, 26. Oktober 2018	Direktwahl:	031 306 93 85
Ansprechpartnerin:	Agnes Nienhaus	E-Mail:	agnes.nienhaus@unimedsuisse.ch

Vernehmlassungsantwort unimedsuisse Änderung der Krankenpflege- Leistungsverordnung (KLV)

Sehr geehrte Damen und Herren

In Ihrem Schreiben vom 4. Juli 2018 haben Sie uns Gelegenheit zur Stellungnahme zur obenerwähnten Vernehmlassung gegeben. Der Verband Universitäre Medizin Schweiz (unimedsuisse) unterstützt ausdrücklich die Vernehmlassungsantwort von H+, welche die wichtigen Punkte aus Sicht der Spitalversorgung aufführt.

Die eigenständige Bedarfsermittlung durch die Pflege auch während eines Spitalaufenthaltes ist aus unserer Sicht jedoch absolut zwingend notwendig und gefordert und nicht nur eine Möglichkeit zur Verbesserung der KLV Änderung.

Wir danken Ihnen für die Berücksichtigung unserer Anliegen in der Vorlage und stehen Ihnen bei Fragen gerne zur Verfügung.

Freundliche Grüsse

Agnes Nienhaus
Geschäftsführerin Universitäre Medizin Schweiz

Beilage

- Stellungnahme von H+ vom 16. Oktober 2018



DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ
LES HÔPITAUX DE SUISSE
GLI OSPEDALI SVIZZERI

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Gesundheit BAG
Direktionsbereich Kranken- und Unfallversicherung
Abteilung Leistungen
Schwarzenburgstrasse 157
3003 Bern

E-Mail: abteilung-leistungen@bag.admin.ch und
gever@bag.admin.ch

Ort, Datum Bern, 16. Oktober 2018
Ansprechpartner Martin Bienlein

Direktwahl 031 335 11 13
E-Mail Martin.bienlein@hplus.ch

Vernehmlassungsantwort H+ Änderung der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV)

Sehr geehrte Damen und Herren

In Ihrem Schreiben vom 5. Juli 2018 haben Sie uns Gelegenheit für eine Stellungnahme zur Änderung der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) gegeben. Dafür danken wir Ihnen. Unsere Antwort beruht auf einer Umfrage bei unseren Mitgliedern.

H+ stimmt in folgenden Punkten der Revision zu:

1. der Erhöhung der Pflegeheimansätze zu (Art 7a Abs. 3 KLV)
2. der Verlängerung der Behandlungspflege von drei auf sechs Monate (Art. 8 Abs. 2 Bst. a KLV).
3. der Verlängerung der Grundpflege und Abklärungen von sechs auf zwölf Monate (Art. 8 Abs. 2 Bst. b KLV).
4. der Bedarfsermittlung im Pflegeheim (Art. 8b KLV)
5. der Unterstellung der Pflegeheime unter die Streitschlichtung (Art 8c KLV früher 8a).

H+ sieht in folgenden Punkten Verbesserungsmöglichkeit

6. H+ stimmt der eigenständigen Bedarfsermittlung durch die Pflege zu (Art. 7 Abs. 2 Bst. a Ziff. 1 KLV), diese muss aber explizit auch während eines Spitalaufenthaltes, also zusätzlich zu den dort nach SwissDRG vergüteten Leistungen, abrechenbar sein, um das bundesrätliche Ziel der Förderung der integrierten Versorgung zu erreichen, die dem Spital folgende Pflege planen zu können und so den nahtlosen Übergang vom Spital in die Langzeitpflege zu ermöglichen.

H+ lehnt folgende Punkte der Revision ab

7. die Senkung der Spitexansätze (Art. 7a Abs. 1 KLV). Die Kostenneutralität über verschiedene Tarife hinweg, in casu ambulante und stationäre Langzeitpflege, ist keine gesetzliche Vorschrift. Es ist gesundheitspolitisch nicht sinnvoll, die stationäre Langzeitpflege aufzuwerten und parallel dazu die ambulante zu bestrafen. Diese Massnahme widerspricht ausserdem dem bundesrätlichen Ziel, die integrierte und damit auch ambulanten Leistungen zu fördern. Das Gegenteil wird durch eine Senkung der Spitexansätze erreicht.

H+ fordert zusätzlich

8. H+ stimmt zwar der Bedarfsermittlung allgemein im Rahmen des ärztlichen Auftrags oder der ärztlichen Anordnung zu (Art. 8 und 8a KLV), aber das Gesetz ist möglichst rasch anzupassen, damit auch Pflegefachleute diese Anordnungen erbringen können (Pa.lv. 11.418).
9. H+ fordert die Verlängerung Übergangspflege auf vier Wochen einmal verlängerbar auf Anordnung eines Arztes oder einer Ärztin (Art. 8 Abs. 2 Bst. c KLV). Langzeitpflegeinstitutionen haben mit vier Wochen eine Rückkehrquote nach Hause von über 60%. Die volkswirtschaftlichen Einsparungen sind folglich immens und die langfristigen Einsparungen der OKP sind ebenfalls positiv. Die heutige Regelung von nur zwei Wochen hat mit den medizinischen Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten nichts zu tun und wirkt sich kontraproduktiv aus.
10. die Klärung der Fragen, die sich mit den höchststrichterlichen Entscheiden der letzten Zeit ergeben haben.

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

Freundliche Grüsse



Anne-Geneviève Bütikofer
Direktorin



VAKA | Der aargauische Gesundheitspartner

Per E-Mail an:

abteilung-leistung@bag.admin.ch
gever@bag.admin.ch

Aarau, 26. Oktober 2018

Änderung der Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung): Vernehmlassungsantwort

Sehr geehrte Damen und Herren

Gerne nehmen wir zur titelgenannten Änderung in der Krankenpflege-Leistungsverordnung wie folgt Stellung:

1. Einführung

Der Bundesrat will folgende Massnahmen ergreifen:

- 'Adjustierung' der bei der Einführung der Pflegefinanzierung festgesetzten OKP-Beiträge an die Pflegeleistungen: Die Höhe der Beiträge der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) an die Pflegeleistungen für die Pflegeheime soll um 6.7 Prozent erhöht und für die Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause (Spitex) um 3.6 Prozent gesenkt werden. Dadurch soll die Summe der Vergütungen für die ambulant und im Pflegeheim erbrachten Pflegeleistungen vor und nach der Einführung der Pflegefinanzierung gleichbleiben (Kostenneutralität).
- Erweiterung der Kompetenzen der Pflegefachpersonen bei der Abklärung und Ermittlung des Pflegebedarfs der Patientinnen und Patienten. Ihre Tätigkeit soll dadurch aufgewertet und der administrative Aufwand vereinfacht werden.
- Festlegung von Mindestanforderungen an die Pflegebedarfserfassung in Pflegeheimen, um eine Angleichung der Abklärungsinstrumente sowie die Einschätzung identischer Pflegesituationen zu erreichen. Dadurch soll die Gleichbehandlung der Versicherten in allen Kantonen sichergestellt werden.

2. Lücken und Mängel der Vorlage

Die VAKA erachtet die Vernemlassungsvorlage als klar ungenügend und enttäuschend. Wir begrüssen zwar die vorgeschlagene Erhöhung der OKP-Beiträge für Pflegeheimaufenthalte ausdrücklich und stimmen auch der Stossrichtung der übrigen Vorschläge zu. Mit den inhaltlich sehr beschränkten und weitgehend technischen Vorschlägen werden aber viele bestehende Probleme in der Pflegefinanzierung nicht gelöst. Es handelt sich um zum Teil seit längerem bekannte Lücken, zum Teil auch um neuen, dringenden Handlungsbedarf. Einige der Problemfelder wurden im Rahmen des am 4. Juli 2018 veröffentlichten Berichts zur Evaluation der Pflegefinanzierung aufgezeigt, vom Bundesrat aber nicht berücksichtigt. Aus diesem Grund beantragt die VAKA folgende zusätzliche Massnahmen:

2.1. Gewährleistung der Restfinanzierung

Mit der neuen Pflegefinanzierung wurden Fixbeiträge der Versicherer und Patienten eingeführt. Die ganzen restlichen Pflegekosten müssen durch die Kantone bezahlt werden, soweit sie diese Aufgabe nicht ihren Gemeinden übertragen. Die Praxis zeigte schon rasch nach der Inkraftsetzung der neuen Bestimmungen, dass einige Kantone die Pflicht zur vollständigen Restfinanzierung nicht genügend wahrnehmen. Die ungedeckten Pflegekosten führen zu grossen Problemen für Leistungserbringer und Patienten. Das Bundesgerichtsurteil 9C_446/2017 vom 20. Juli 2018 hat bestätigt, dass die Kantone für die gesamthaft auf ihrem Gebiet anfallenden Pflegerestkosten aufkommen müssen. Nur wenn sie in betroffenen Einzelfällen feststellen und nachweisen können, dass einzelne Leistungserbringer nicht wirtschaftlich und effizient arbeiten, ist für diese konkreten Betriebe eine Kürzung zulässig.

Antrag 1: Gewährleistung der Restfinanzierung durch die Kantone der gesamthaft auf ihrem Gebiet anfallenden Pflegerestkosten

Der Bund stellt sicher, dass der Bundesgerichtsentscheid 9C_446/2017 in allen Kantonen umgesetzt wird und nicht die Pflegebedürftigen zusätzlich belastet werden, falls nötig mit entsprechenden Rechtsänderungen. Soweit noch Unklarheiten bestehen, definiert er verbindlich, was in den Pflegekosten enthalten ist und durch die Restfinanzierung gedeckt werden muss.

2.2. Vergütung der Pflegematerialkosten

Das Bundesverwaltungsgericht hat in den Urteilen vom 1. September und 7. November 2017 (C-3322/2015 sowie C-1970/2015) festgehalten, dass gemäss geltendem Recht für die Abgabe von Produkten der Mittel- und Gegenstandsliste (MiGeL) zwei unterschiedliche Fallkonstellationen zu unterscheiden sind. Bei einer selbständigen Anwendung durch die Patientinnen und Patienten leisten die Krankenversicherer ihre Vergütung gemäss MiGeL, bei einer Anwendung durch eine Pflegefachperson hingegen nicht mehr. Faktisch müssen neu die Restfinanzierer (Kantone oder Gemeinden) die Kosten übernehmen, welche bei Spitex, Pflegeheimen und selbstberuflichen Pflegefachleuten anfallen.

Im Pflegealltag haben diese Urteile sehr negative Folgen. Speziell in der ambulanten Pflege werden Mittel und Gegenstände zum Teil abwechselnd durch eine Patientin oder einen Patienten oder durch eine Pflegefachperson angewendet. Gestützt auf die Gerichtsurteile müssen nun die Mittel und Gegenstände in einem Fall die Krankenversicherer, im anderen Fall die Restfinanzierer (Kantone oder Gemeinden) bezahlen. Dies führt zu kaum lösbaren Abgrenzungsproblemen und zu einem grossen und unnötigen administrativen Aufwand. Hinzu kommt, dass nur die Krankenversicherer die für die Rechnungskontrolle notwendigen Informationen erhalten. Die Kantone oder Gemeinden können die Wirtschaftlichkeit, Zweckmässigkeit und Wirksamkeit nicht überprüfen.

Die VAKA beantragt deshalb eine dringende Rechtsänderung, damit die in der Praxis absolut untaugliche Unterscheidung zwischen Selbstanwendung und Anwendung durch fachliches Personal aufgehoben wird und die freiberuflichen Pflegefachpersonen, die Spitex-Organisationen und Pflegeheime das Pflegematerial wie vor den Gerichtsurteilen den Krankenversicherern verrechnen können. Zudem fordert die VAKA, dass diese Anpassungen in einem beschleunigten Verfahren auf den 1. Januar 2019 in Kraft gesetzt werden.

Antrag 2: Anpassung von Art. 20 KLV

„Die Versicherung leistet eine Vergütung an Mittel und Gegenstände, die der Behandlung oder der Untersuchung im Sinne einer Überwachung der Behandlung einer Krankheit und ihrer Folgen dienen, die auf ärztliche Anordnung von einer Abgabestelle nach Artikel 55 KVV abgegeben werden ~~und von der versicherten Person selbst oder mit Hilfe einer nichtberuflich an der Untersuchung oder der Behandlung mitwirkenden Person angewendet werden.~~“

Antrag 3: Dringliche Inkraftsetzung vom angepassten Artikel 20 KLV

Die Inkraftsetzung des Antrags 2 hat per Dringlichkeitsbeschluss auf den 1. Januar 2019 zu erfolgen.

Eventualantrag: Änderung auf Gesetzesstufe innert kürzester Frist

Sollte sich eine Änderung auf Gesetzesstufe als zwingend erweisen, wird diese dem Parlament innert kürzester Frist vorgelegt (siehe auch Motion der SGK-NR 18.3710 „MiGeL-Produkte. Inrechnungstellung durch Erbringer von Pflegeleistungen“).

2.3. Finanzierung besonderer Pflegesituationen

Krankheitsbedingte Kosten müssen konsequent vergütet werden. Dies gilt auch für den erhöhten Zeitaufwand und die zusätzlichen Leistungen für die Pflege von Menschen mit einer Demenz und für die Palliativpflege. Ohne eine verbesserte Finanzierung lassen sich die Ziele der von Bund und Kantonen lancierten Nationalen Strategien zu Demenz und Palliative Care nur ungenügend umsetzen. Die Pflegeleistungen gemäss KVG müssen deshalb besonderen Krankheiten und Situationen besser Rechnung tragen. Dies bedingt, dass die entsprechenden Leistungen auf Verordnungsebene besser berücksichtigt werden. Ohne diese Korrektur gehen die Kosten für diese Leistungen allein zulasten der Patientinnen und Patienten und/oder der öffentlichen Hand. Können die Patientinnen und Patienten diese Kosten nicht übernehmen, wird die Wahlfreiheit und die bestmögliche Pflege eingeschränkt. Um die hohe Pflegeintensität für Demenz, für Palliativpflege und bei Multimorbidität besser zu berücksichtigen, ist zudem die Begrenzung auf zwölf Pflegestufen in den Pflegeheimen auf achtzehn Stufen zu erhöhen. Die zusätzlichen Kosten für pflegeintensive Situationen insbesondere am Lebensende gehen sonst einseitig zulasten der Restfinanzierer. Damit kann auch eine Forderung des Postulates der SGK-S 18-3384 „Bessere Betreuung und Behandlung von Menschen am Lebensende“ berücksichtigt werden.

Antrag 4: Adäquate Finanzierung der Leistungen in der Demenz- und Palliativpflege (Art. 7 Abs. 2 KLV)

Artikel 7 Absatz 2 KLV ist zu ergänzen, um die Leistungen in der Demenz- und Palliativpflege adäquat zu erfassen und zu finanzieren.

Antrag 5: Adäquate Erfassung der Leistungen in der Demenz- und Palliativpflege (Art. 7a Abs. 3 KLV)

Die OKP-Beiträge für Leistungen in Pflegeheimen werden durch eine entsprechende Ergänzung von Artikel 7a Absatz 3 KLV auch bei einem Pflegebedarf von mehr als 220 Minuten pro Tag in Schritten zu 20 Minuten abgestuft, indem die Anzahl der Stufen von 12 auf 18 erhöht wird.

2.4. Taugliche Regelung der Akut- und Übergangspflege

Hauptzweck der Akut- und Übergangspflege (AÜP) ist, Patientinnen und Patienten nach einem Spitalaufenthalt einen Übergang anzubieten, wenn sie für ihre Rekonvaleszenz vorübergehend noch der Pflege bedürfen, damit sie die Selbständigkeit im Alltag bald zurückerlangen und heimkehren können. Mit einer sinnvollen Lösung können die Kosten gedämpft und gleichzeitig Komplikationen und Fehlversorgung vermieden werden. Die aktuell geltende Konzeption der AÜP hat sich aber als untauglich erwiesen. Sie wird deshalb nur von wenigen Leistungserbringern angeboten. Die wenigen Praxisbeispiele zeigen, dass die maximale Dauer deutlich zu kurz ist, um die Ziele zu erreichen. Damit sie wirkungsvoll umgesetzt wird muss die AÜP von der OKP und von den Wohnkantonen der Patientinnen und Patienten vier statt zwei Wochen vergütet werden können und bei Bedarf um längstens vier Wochen verlängert werden. Zudem ist sie wie andere vor- oder nachgelagerte Behandlungen einer akuten Krankheit zu finanzieren – inklusive Hotellerie- und Betreuungskosten.

Antrag 6: Neuregelung der AÜP / Anpassung von Art. 25a Abs. 2 KVG

„Die Leistungen der Akut- und Übergangspflege, welche sich im Anschluss an einen Spitalaufenthalt als notwendig erweisen und die ärztlich angeordnet werden, werden von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung und vom Wohnkanton des Versicherten längstens vier Wochen nach den Regeln der Vergütung der stationären Behandlung einschliesslich Aufenthalt und Pflegeleistungen in einem Spital (Art. 49 Abs. 1) und nach den Regeln der Spitalfinanzierung (Art. 49a Abgeltung der stationären Leistungen) vergütet. Die Akut- und Übergangspflege kann bei Bedarf auf ärztliche Anordnung einmal um längstens vier Wochen verlängert werden. Versicherer und Leistungserbringer vereinbaren Pauschalen.“

3. Stellungnahme zur Vernehmlassungsvorlage

3.1. Anpassung der OKP-Beiträge (Art. 7a Abs. 1 und 3 KLV)

Die VAKA fordert eine signifikante Erhöhung aller Beiträge nach Artikel 7a KLV. Wie auch der Evaluationsbericht zur neuen Pflegefinanzierung aufzeigt, hat das primär durch die Demographie bedingte Kostenwachstum seit der Einführung der neuen Pflegefinanzierung in der ambulanten wie in der stationären Pflege sehr einseitig die Kantone und Gemeinden belastet. Um eine Schieflage des Systems zu vermeiden, braucht es eine entsprechende Korrektur. Im Gegenzug sind dann die Restfinanzierer besser in der Lage, ihren rechtlichen Verpflichtungen nachzukommen und sie sind entsprechend in die Pflicht zu nehmen (siehe Antrag 1).

Aus Sicht der VAKA stellt die Kostenneutralitätsberechnung des BAG deshalb den falschen Ansatz dar. Es entspricht sicher dem Auftrag des Gesetzgebers, mit dieser Berechnung die ursprüngliche Zielerreichung zu messen. Nicht nachvollziehbar ist jedoch, dass der Bundesrat die Korrektur der OKP-Beiträge allein aufgrund dieser statischen Betrachtung vorschlägt und die dynamische Entwicklung seither nicht berücksichtigt. Die Berücksichtigung dieser Entwicklung verlangt auch das Postulat der SGK-NR 16.3352, das der Nationalrat am 19. September 2016 fast einstimmig überwiesen hat. Es fordert eine gleichmässige Finanzierung der Kostensteigerung bei den Pflegeleistungen durch alle Kostenträger. Laut Ankündigung des EDI ist eine Anpassung der OKP-Beiträge zur Erfüllung dieses Postulats derzeit in Prüfung.

Zudem stellt die VAKA die verwendete Berechnungsmethode des EDI infrage: Das BAG rechnet die Beiträge der OKP an die Pflegeleistungen im Pflegeheim sowie in der Pflege zu Hause auf Basis der Teuerung der Jahre 2007 und 2008 (= 3.1%) auf das Jahr 2009 (Basisjahr) hoch (s. Begleitbericht „Änderungen und Kommentar im Wortlaut“, S. 4). Die allgemeine Teuerung darf jedoch kein Kriterium für die Hochrechnung der OKP-Beiträge sein: Sie stellt eine viel zu allgemeine und unpräzise Basis dar. Vielmehr soll die Kostenentwicklung im Gesundheitsbereich als Rechnungsbasis berücksichtigt werden. Somit würde die relevante Kostenentwicklung viel gezielter und zuverlässiger abgegrenzt. Tatsache ist: Während der letzten Jahre wurde ein Wachstum bei den Löhnen registriert. Gemäss Bundesamt für Statistik

(BFS) sind die Löhne im Gesundheitswesen von 2010 bis 2016 um rund 5% gestiegen. Im Heimbereich sind sie im gleichen Zeitraum um über 2% gestiegen, beim unteren Kader und in Funktionen ohne Kaderfunktion, was einen Grossteil des Pflegepersonals betrifft, sogar um 4 bis 6%.

Angesichts der ungenügenden Berechnungsgrundlagen und der anstehenden generellen Überprüfung die OKP-Beiträge macht es keinen Sinn, die Beiträge an die ambulante Pflege zu senken. Die VAKA lehnt diesen Vorschlag ab.

Die VAKA begrüsst hingegen den unterbreiteten Vorschlag zur Erhöhung der OKP-Beiträge für Pflegeheimaufenthalte um 6.7 % ausdrücklich. Die Erhöhung müsste jedoch noch deutlich höher ausfallen. Nicht nur wurden die seit 2011 gültigen Beiträge der Krankenversicherer von CHF 9.-- pro 20 Pflegeminuten zu tief festgelegt. Seit 2011 sind diese Beiträge auch unverändert geblieben. Eine Anpassung der Beiträge ist nun dringend notwendig, auch weil sich seit 2011 die Patientenstruktur in den Pflegeinstitutionen stark verändert hat: Die Pflege ist anspruchsvoller geworden, höher qualifiziertes Personal mit höheren Lohnansprüchen wurde notwendig. Gemäss der SASIS- und SOMED-Statistik hat die OKP im Jahr 2010 noch einen Beitrag von 52,99 Prozent der in Pflegeheimen anfallenden Pflegekosten bezahlt. Bis ins Jahr 2016 ist der Beitrag der OKP auf 44.69 Prozent gesunken. Dadurch übernahmen die Krankenversicherer 2016 nur noch CHF 55.63 pro Bohnertag statt noch CHF 58.78 im Jahr 2010.

Hervorzuheben ist in diesem Kontext, dass die Pflege nicht zu den Kostentreibern der OKP gehört. Im Gegenteil hat der Anteil der Pflege (Spitex und Pflegeheime) an den Bruttoleistungen der OKP gemäss Statistik des BAG in den letzten 10 Jahren von 10.0% auf 8.6% abgenommen. Die Bruttoleistungen für Pflegeheime pro versicherte Person hat im gleichen Zeitraum um 4 Franken pro Jahr abgenommen.

Anpassungen der OKP-Beiträge für besondere Pflegesituationen (siehe oben Ziffer 2.3.) sollten bei der generellen Überprüfung der Beiträge berücksichtigt werden, so dass keine kumulativen Effekte entstehen.

Die Inkraftsetzung von Änderungen der OKP-Beiträge sollten in jedem Fall auf Anfang des Kalenderjahres erfolgen. Der vom Bundesrat – ohne erkennbare Begründung – geplante Zeitpunkt vom 1. Juli 2019 ist sehr ungünstig und würde die Aussagekraft und Umsetzungssicherheit aller statistischen und budgetrelevanten Grundlagen aller an der Finanzierung beteiligten Partner massiv erschweren.

Antrag 7: Erhöhung der OKP-Beiträge unter Berücksichtigung der Entwicklung der Pflegekosten

Die jetzige Anpassung der Beiträge nach Artikel 7a Absatz 1 und 3 KLV soll die Kostenentwicklung der Pflege der letzten Jahre, insbesondere ab 2014 bis zum Zeitpunkt des Inkrafttretens der angepassten Beiträge, berücksichtigen.

Antrag 8 (Minimalvariante): Erhöhung der OKP-Beiträge in Artikel 7a Absatz 3 KLV um 6.7% gemäss Vernehmlassungsvorlage

Antrag 9: Inkraftsetzung der Änderungen per 1. Januar 2019 bzw. 1. Januar 2020

Eine zusätzliche Erhöhung der OKP-Beiträge wegen der Verlagerung der Kosten für Pflegematerial von den Krankenversicherern zu den Restfinanzierern ist nötig, falls unser Antrag 2 abgelehnt und die nach den erwähnten Urteilen des Bundesverwaltungsgerichts geltende Rechtspraxis beibehalten wird. Denn die MiGeL-Produkte wurden bei der Festlegung der heutigen OKP-Beiträge nicht einberechnet. Sie müssen deshalb entweder wie beantragt von den Versicherern weiterhin bezahlt werden oder aber zu einer zusätzlichen Erhöhung der OKP-Beiträge führen.

Eventualantrag: Berücksichtigung der Kosten für Mittel und Gegenstände bei der Festlegung der OKP-Beiträge in Artikel 7a Absatz 1 KLV

Die VAKA fordert eine substantielle Erhöhung der OKP-Beiträge zur Finanzierung der Produkte der Mittel- und Gegenstandsliste (MiGeL; Art. 7a Abs. 1 KLV).

Damit in der Pflegefinanzierung das Gleichgewicht zwischen den Kostenträgern gewahrt bleibt, braucht es eine regelmässige Überprüfung und Anpassung der OKP-Beiträge an die effektive Kostenentwicklung. Die VAKA fordert deshalb, dass eine entsprechende Regelung ins Gesetz aufgenommen wird. Massgebend soll der Aufwand nach Pflegebedarf für Pflegeleistungen sein, die in der notwendigen Qualität, effizient und kostengünstig erbracht werden. Diese Überprüfung und Anpassung sollen mindestens alle drei Jahre erfolgen: Eine solche Periodizität würde pragmatischen Bedürfnissen der Restfinanzierer und der Leistungserbringer entsprechen. Auch das am 19. September 2016 angenommene und oben bereits erwähnte Postulat der SGK-N 16.3352 mit Titel „Gleichmässige Finanzierung der Kostensteigerung bei den Pflegeleistungen durch alle Kostenträger“ beauftragt den Bundesrat aufzuzeigen, wie die OKP-Beiträge an die Pflegeleistungen regelmässig der Kostenentwicklung angepasst werden könnten.

Antrag 10: Regelmässige Aktualisierung der Beiträge

Artikel 25a Absatz 4 KVG ist wie folgt zu ergänzen: „Der Bundesrat setzt die Beiträge differenziert nach dem Pflegebedarf in Franken fest. *Er überprüft sie mindestens alle drei Jahre und passt sie so an, dass die Anteile aller Kostenträger an den Pflegekosten gleich hoch bleiben.* Massgebend ist der Aufwand nach Pflegebedarf für Pflegeleistungen, die in der notwendigen Qualität, effizient und kostengünstig erbracht werden. Die Pflegeleistungen werden einer Qualitätskontrolle unterzogen. Der Bundesrat legt die Modalitäten fest.“

3.2. Erweiterung der Kompetenzen der Pflegefachpersonen

Im Grundsatz unterstützt die VAKA den Vorschlag des Bundesrates, die Kompetenzen der Pflege besser zu anerkennen. Wie nachfolgend aufgezeigt wird, kann von der vorgeschlagenen Lösung jedoch keine deutliche Verbesserung erzielt werden, insbesondere nicht für die diplomierten Pflegefachpersonen in Pflegeheimen. Um eine Kompetenzerweiterung der Pflege zu ermöglichen, ist aus Sicht der VAKA eine entsprechende gesetzliche Grundlage notwendig. Nur so kann den diplomierten Pflegenden die Verantwortung im Rahmen ihrer Kompetenzen ermöglicht und unnötiger administrativer Aufwand reduziert werden. Die nachfolgenden Ausführungen zu diesem Thema stehen unter diesem wichtigen Vorbehalt.

Antrag 11: Erweiterung der Kompetenzen der Pflege auf Gesetzesstufe

Zur Erweiterung der Kompetenzen der Pflege ist eine entsprechende gesetzliche Grundlage vorzusehen, welche den diplomierten Pflegefachpersonen die Verantwortung im Rahmen ihrer Kompetenzen regelt.

Ermittlung des Pflegebedarfs (Art. 7 Abs. 2 Bst. a Ziff. 1 KLV)

Die VAKA erklärt sich mit den vorgeschlagenen Änderungen von Artikel 7 Abs. 2 Buchstaben a Ziffer 1 KLV einverstanden: Das diplomierte Pflegepersonal verfügt über die Kompetenzen, eine Pflegediagnose zu erstellen und den Pflegebedarf zu ermitteln. Dies ist im Gesundheitsberufegesetz auch gesetzlich verankert. Folgerichtig wird nun im Artikel 7 Absatz 2 Buchstabe a Ziffer 1 KLV die Zusammenarbeit mit einem Arzt, einer Ärztin gestrichen. Auch der Verzicht auf die explizite Aussage, dass eine Planung der notwendigen Massnahmen mit Patientinnen und Patienten erfolgen müsse, macht Sinn, weil er der Realität des Pflegeprozesses besser entspricht. Darüber hinaus ist der Begriff „Ermittlung“ des Pflegebedarfs besser geeignet als „Abklärung“, auch wenn sich für die Praxis nichts ändert.

Allgemein ist zu vermerken, dass die im Artikel 7 Absatz 2 KLV aufgeführte Unterscheidung von Typen von Pflegeleistungen für die Heime so unzutreffend ist. Sie sollte überprüft und angepasst werden.

Konzeption des ärztlichen Auftrags (Art. 8 Abs. 1 KLV)

Die vorgesehene Aufgabenteilung, die Anordnung von Pflege durch einen Arzt oder eine Ärztin, und die Durchführung der Erhebung des konkreten Pflegebedarfs durch diplomierte Pflegefachleute, ist aus Sicht der VAKA zweckmässig: Es entspricht der bereits heute gängigen und sinnvollen Praxis, dass Ärzte gestützt auf ihre Diagnosestellung für die Anordnung der Pflege zuständig sind und anschliessend die Pflegefachpersonen selber über die Bedarfsermittlung und Ausführung sorgen. Zudem ist aus Sicht der VAKA an sich sinnvoll, dass die zuständigen Ärzte und Ärztinnen die Resultate der Bedarfserhebung erhalten sollen, damit sie ihre Koordinationsaufgabe wahrnehmen können.

Gleichzeitig würde dieser sinnvolle Ablauf nun aber möglicherweise mit der neu vorgeschlagenen Regelung gefährdet, da der Arzt ohne vorherige Abklärung der Pflege verordnen kann. Besser wäre ausdrücklich zu regeln, dass der Arzt seine Aufträge und Anordnungen in der Regel aufgrund einer Bedarfsermittlung der Pflege erteilt. In den Pflegeheimen kommt hinzu, dass sich wohl kein praktischer Nutzen aus der gut gemeinten Kompetenzerweiterung für Pflegende ergäbe, weil die Unterscheidung zwischen a-/b-/c-Leistungen im System der zwölf Pflegebedarfsstufen nicht angewendet wird. Es braucht daher einen anderen Ansatz: Diplomierte Pflegefachpersonen sollen in eigener Kompetenz Ermittlungen des Pflegebedarfs initiieren und durchführen können, Pflegediagnosen erstellen und dann im Rahmen ihrer Kompetenzen Pflegeleistungen bringen können.

Antrag 12: Neukonzeption der Kompetenzerweiterung Die Regelung zur „Kompetenzerweiterung“ muss nochmals überdacht werden. Auf die künstliche Trennung zwischen a/c- und b-Leistungen ist zu verzichten.

Zeitliche Gültigkeit des ärztlichen Auftrags (Art. 8 Abs. 2 KLV)

Die VAKA erklärt sich mit der Verlängerung der Gültigkeitsfrist von ärztlichen Aufträgen/Anordnungen – welche aber ohne separate Regelung für die Pflegeheime infolge der mangelnden Unterscheidung zwischen Grund- und Behandlungspflege nur für die ambulante Pflege zu Hause und nicht auch für die Pflegeheime gelten kann – einverstanden (Bst. a und b). Die Erweiterung des Zeitrahmens von drei auf sechs Monate und von sechs auf zwölf Monate kann in wenigen Einzelfällen dazu beitragen, den administrativen Aufwand zu reduzieren und den Spielraum für das Pflegepersonal zu vergrössern. Trotzdem scheint der Nutzen begrenzt, zumal in diesem langen Zeitraum in den meisten Fällen eine Änderung der benötigten Pflege eintreten wird und deshalb ohnehin eine neue ärztliche Verordnung eingeholt werden muss, zumal die unterschiedliche Terminierung von b-Leistungen und a/c-Leistungen in der Praxis zu einer umständlichen und unlogischen Situation und zu Mehrkosten führt: Sobald eine Klientin mehrere Leistungen benötigt, ist die Dauer der Anordnung zu harmonisieren. Die VAKA schlägt eine einheitliche Dauer von maximal neun Monaten vor.

Hingegen beantragt die VAKA die dringend nötige Verbesserung der Akut- und Übergangspflege, für welche die Anwendbarkeit von maximal zwei Wochen in der Praxis untauglich ist (vgl. Bst. c; siehe dazu obenstehenden Ziffer 2.4 mit dem Antrag 6).

Antrag 13: Neukonzeption der zeitlichen Gültigkeit des ärztlichen Auftrags

Artikel 8 Absatz 2 Buchstaben a und b KLV ist wie folgt neu zu formulieren:

«² Der Arzt oder die Ärztin kann den Auftrag oder die Anordnung erteilen:

a) für maximal 9 Monate bei Leistungen nach Artikel 7 Absatz 2 Buchstaben a, b und c.“

b) streichen

Bedarfsermittlung im Allgemeinen (Art. 8a KLV)

Der vorgesehene Verweis in Artikel 8a Absatz 1 KLV auf Artikel 49 KVV ist aus Sicht der VAKA abzulehnen, weil dadurch eine zweijährige Berufserfahrung verlangt wird. Im Gesundheitsberufegesetz ist für die Berufsausübung in eigener fachlicher Verantwortung keine Berufserfahrung vorgesehen. Somit ist es nicht nachvollziehbar, weshalb für die Pflegebedarfsabklärung diese zusätzliche Hürde beibehalten wird. Die VAKA beantragt, die zusätzliche Vorgabe einer zweijährigen Berufserfahrung ersatzlos zu streichen.

Ferner schlägt die VAKA vor, gemäss obenstehenden Ausführungen zu Artikel 8 KLV auf die künstliche Trennung zwischen a/c- und b-Leistungen zu verzichten und entsprechend den Buchstaben b zu streichen (vgl. obenstehenden Antrag 12 im Punkt 3.2).

Antrag 14: Notwendige Berufserfahrung für die Pflegebedarfsabklärung

Der vorgesehene Verweis in Artikel 8a Absatz 1 KLV auf Artikel 49 KVV ist zu streichen. Auf die Vorgabe einer zweijährigen Berufserfahrung für die Pflegebedarfsabklärung ist zu verzichten.

Antrag 12 (Wiederholung): Neukonzeption der Kompetenzerweiterung

Die Regelung zur „Kompetenzerweiterung“ muss nochmals überdacht werden. Auf die künstliche Trennung zwischen a/c- und b-Leistungen ist zu verzichten.

3.3. Mindestanforderungen an die Pflegebedarfsermittlung in Pflegeheimen

Bedarfsermittlung in Pflegeheimen (Art. 8b Abs. 1 KLV)

Die VAKA begrüsst, dass die Bedarfsermittlung ausdrücklich nur die Pflegekosten nach Artikel 33 Buchstaben b KVV eingrenzen muss. Eine weitergehende Ermittlung, etwa der Kosten für die Betreuung, wurde denn vom Parlament auch ausdrücklich abgelehnt.

Unklar ist aber nach wie vor, gestützt auf welche Leistungen genau die Eingrenzung erfolgen soll. Hierzu haben die Leistungserbringer der stationären Langzeitpflege eine „Tätigkeitsliste“ erstellt, welche aber bisher keine offizielle Gültigkeit hat. Wie bereits bei den Klagen der Versicherer gegen die „Begleitung zum Essraum“, das „Richten von Medikamenten“ oder den „RAI-Index 2016“ ist zu befürchten, dass weitere langwierige Rechtsverfahren drohen, solange keine aussergerichtliche Instanz zur Klärung von Tarif- oder Tarifstrukturfragen besteht.

Die VAKA würde es begrüssen, wenn der Bund in Anlehnung an die Swiss DRG AG ein aus Kantonen, Leistungserbringern und Versicherern bestehendes, nationales Gremium einsetzt, welches zur Klärung von Tarifstrukturfragen zuständig ist. Diesem soll die Kompetenz übertragen werden, im Rahmen von Gesetz und Verordnung Fragen rund um den Leistungskatalog zu klären, die Instrumente der Bedarfserfassung zuzulassen, deren Kalibrierung sicherzustellen und folglich auch die Anerkennung der wissenschaftlich zu erbringenden Nachweise oder die tolerierten Varianzwerte festzulegen oder dem Bund entsprechende Anträge zu stellen. Auf diese Weise liessen sich viele aufwändige und letztlich unnötige Gerichtsverfahren vermeiden, die nicht selten neue ungeklärte Rechtsfragen nach sich ziehen.

Antrag 15: Einsetzung eines Gremiums zur Klärung von Tarifstrukturfragen

Analog zu SwissDRG sollte ein Gremium zur Diskussion und Entscheidung von Fragen rund um die Pflegefinanzierung eingesetzt werden, welches sich aus Kantonen, Versicherern und Leistungserbringern zusammensetzt.

Pflegebedarfsstufen und erbrachte Pflegeleistungen (Art. 8b Abs. 2 KLV)

Aus Sicht der VAKA ist es absolut zwingend, dass als „Benchmark“ für die Messung des Pflegebedarfs die tatsächlich aufgewendete Pflegezeit gilt. Entsprechend ist diese Regelung sehr zu begrüssen, wonach der ausgewiesene und zu erbringende Pflegebedarf im Durchschnitt den tatsächlich erbrachten Pflegeleistungen in Minuten entsprechen muss. Nur so kann zum einen gewährleistet werden, dass die „Kalibrierung“ automatisch stattfindet und zum anderen keine realitätsfremden Pflegebedarfswerte resultieren.

Allerdings verleitet der Wortlaut des letzten Satzes zu einer Fehlinterpretation: Man könnte ihn so verstehen, als wenn die Pflegemessinstrumente ständig (und nicht nur einmalig bei der Zulassung oder Weiterentwicklung) auch die effektiven Pflegezeiten messen und die Varianz ausweisen müssten.

Antrag 16: Anpassung von Artikel 8b Absatz 2 KLV (evtl. besser in Abs. 3 verschieben) Das für die Bedarfsermittlung in Pflegeheimen verwendete Instrument muss für die Zulassung und Weiterentwicklung die Varianz der tatsächlich erbrachten Pflegeleistungen ...

Pflegebedarfsstufen und Zeitstudien (Art. 8b Abs. 3 KLV)

Die VAKA erklärt sich mit den vorgesehenen Anforderungen an die Messinstrumente grundsätzlich einverstanden. Es stellt sich jedoch die Frage, wie sinnvoll die verlangten Zeitstudien sind, wenn nicht eine einheitliche Methode vorgegeben wird. Wenn die unterschiedlichen Instrumente unterschiedliche Zeitmessungsmethoden anwenden, so dürfte dies die Vergleichbarkeit und die Kalibrierung der Instrumente nochmals erschweren statt erleichtern, selbst wenn die Methoden wissenschaftlich anerkannt sind. Der Bund sollte die Einführung einer für alle verbindliche Methode bestimmen und das oben beantragte nationale Gremium für Tarifstrukturfragen mit der Auswahl beauftragen.

Antrag 17: Einheitliche Methode der Zeiterfassung

Die Zeiterfassung soll auf eine einheitliche Methode beschränkt werden.

Ermittlung von Daten zu den medizinischen Qualitätsindikatoren (Art. 8b Abs. 4 KLV)

Die VAKA begrüsst die Vorschrift, dass die für die medizinischen Qualitätsindikatoren notwendigen Daten direkt durch die Bedarfsabklärungsinstrumente als Routinedaten erhoben werden. Die Instrumente sind darauf vorbereitet und können für die benötigte Datenqualität sorgen. Zudem entspricht dies der seit Jahren durch das BAG vertretenen Ansicht, wonach die Erhebung der Qualitätsindikatoren immer mit direkter Verbindung und mit der Erhebung des Pflegebedarfes zu erfolgen hat.

Die VAKA bedankt sich für die ernsthafte Prüfung und Berücksichtigung des oben aufgeführten Standpunktes.

Freundliche Grüsse

VAKA



Thomas Peterhans
Präsident Sparte Pflegeinstitutionen



Daniel Suter
Leiter Sparte Pflegeinstitutionen

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation / Kanton : Schweizerischer Verein für Pflegewissenschaft, Akademische Fachgesellschaft Spitex Pflege

Abkürzung der Firma / Organisation : VFP, AFG Spitex Pflege

Adresse : Haus der Akademien, Laupestrasse 7, Postfach, 3001 Bern

Kontaktperson : Jennifer Kummli, MScN, Pflegeexpertin Spitex Uster; Nicole Oberhänsli, MScN, Qualitätsmanagement Spitex Glattal; Iren Bischofberger, Prof. Dr., MScN, MSc, Präsidentin Schweizerischer Verein für Pflegewissenschaft

Telefon : 031 306 93 90

E-Mail : info@vfp-apsi.ch

Datum : 25.10.2018

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen!
2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen möchten, so können Sie unter "Extras/Dokumentenschutz aufheben" den Schreibschutz aufheben.
3. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **bis am 26. Oktober 2018** an folgende E-mail Adressen: abteilung-leistung@bag.admin.ch
gever@bag.admin.ch

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV)

Name Verein	Allgemeine Bemerkungen
VFP	Der VFP nimmt gerne an der Vernehmlassung teil und bringt dazu seine pflegewissenschaftliche Expertise ein. Gerade aus wissenschaftlicher Sicht im Allgemeinen und aus pflegewissenschaftlicher Sicht im Speziellen bedauert der VFP jedoch, dass der vorbereitende Bericht zur Vernehmlassung an diversen Stellen fehlerhaft ist und konzeptionelle Schwächen aufweist. 1. Wissenschaftlich – Im Bericht sind argumentativ und sachlich diverse Fehler aufgefallen. Dazu gehören im Wesentlichen: – In den Graphiken 2 und 3 auf S. 15 fehlt im Säulendiagramm links die a-Leistung „Koordination“, die vom Bundesrat im Jahr 2011 in den Art. 7, Abs. 2, Bst. a) aufgenommen wurde und per 1.1.2012 in Kraft trat. Ebenfalls ist „Behandlungspflege“ nicht korrekt, sondern die Leistung lautet „Massnahmen der Untersuchung und Behandlung“. – Die fehlerhafte Formel in der Tabelle auf S. 16. im Kontext von Spitex-Leistungen, bzw. in der Spitex-Statistik kommen Pflagestage als Kennzahl nicht vor. – Auf S. 17 sind im Zusammenhang mit der Spitex die Einnahmen pro Pflagestag ausgewiesen, dies ist jedoch sachlich nicht korrekt. – Auf S. 22 im zweiten Abschnitt steht, dass die KLV die Kompetenzen der Ärzteschaft und der Pflagefachpersonen regle. Die KLV regelt jedoch die Leistungen und deren Vergütung. – Die Berechnungen (I.3.1.1) sind mit gerundeten Zahlen vorgenommen worden und darum 0.1% höher als in der eigentlichen Korrekturberechnung (I.3.2). Dies verzerrt die Ergebnisse. – Die Daten der Berechnungsgrundlage sind ungenau und nicht solide, was im Bericht an mehreren Stellen ausgewiesen wird (S. 6, 7, 12, 13). Zum Beispiel ist die minimale Abrechnungsgrösse bei Spitexbetrieben in den Jahren 2010 und 2014 unterschiedlich (5 Minuten vs. 10 Minuten), was die Zahlen im Jahr 2014 automatisch erhöht. Aus wissenschaftlicher Sicht müsste auf eine Analyse dieser Daten verzichtet und Lösungen erarbeitet werden, wie das Datenmaterial besser vergleichbar aufbereitet werden kann, um die Kostenneutralität zu überprüfen. – Die Daten der Statistiken 2010 und 2014 werden in überschneidenden Zeitspannen angegeben und sind nicht referenziert, weswegen nicht nachvollziehbar ist, wie diese Überschneidung zu Stande kommt. – Die Aussage «es dürfte keinen signifikanten Effekt [...] haben» (S.8/9 und 14) ist ungenügend, wenn keine Signifikanzen präsentiert werden. – Die Tabellen (I.2.2 und I.3.2) haben keine Legende, und die Inhalte lassen Interpretationsspielraum offen. Die Tabellen sind daher unpräzise. – Der Bericht enthält keinerlei Referenzen, die auf eine solide Abklärung des Sachverhalts im nationalen und internationalen Kontext hinweisen. Selbst der vom BAG jüngst veröffentlichte Bericht zur Evaluation der Pflagefinanzierung (Trageser et al., 2018) wird nicht zur Analyse herangezogen. 2. Pflegewissenschaftlich - Bereits seit einigen Jahren hat die 80+ Bevölkerung ein überdurchschnittlich hohes Risiko für einen Notfall (Vilpert, 2013). Mit der Reduktion der Beiträge in der vorgeschlagenen KLV-Änderung wird die proaktive Risikoeinschätzung geschwächt, um Notfalleintritte zu vermeiden. – Die geänderte KLV lässt zentrale Erkenntnisse der interprofessionellen Zusammenarbeit vermissen, wie sie etwa vom BAG im Förderprogramm „Interprofessionalität“ oder der SAMW in einem mehrjährigen Aktivitätszyklus bearbeitet wird. So wird zwar im vorbereitenden Bericht an zwei Stellen von „Dialog“ gesprochen (am Schluss von Punkt 1.1, S. 20; am Schluss von Punkt 1.3, S. 21), allerdings mit der klaren Ansage, dass ein Dialog auf Augenhöhe nicht

Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung) Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018

vorgesehen ist. Dies jedoch ist zentral für die gelingende interprofessionellen Zusammenarbeit, wie jüngst eine Studie der SAMW (Atzeni, Schmitz & Berchtold, 2017) schlussfolgerte.

- Der vorgeschlagene Begriffswechsel von „Abklärung“ zu „Ermittlung“ wird nirgends konzeptionell erläutert und ist deshalb aus pflegewissenschaftlicher Sicht nicht haltbar (zudem wird der Begriff nur in der deutschsprachigen Version geändert, nicht aber auf Italienisch oder Französisch). Sachlich ist er auch nicht angemessen, denn – falls eine Begriffsänderung nötig sein sollte – müsste „Einschätzung“ verwendet werden. Bei der Einschätzung oder Abklärung geht es zwar zunächst um eine Ermittlung des Gesundheitsszustandes von Patientinnen und Patienten, bei der subjektive und objektive Daten erhoben werden (falls die Pflegefachpersonen der Spitex dafür systematisch ausgebildet sind – üblicherweise im Rahmen einer hochschulischen Aus- oder Weiterbildung – auch mit den Untersuchungstechniken der Inspektion, Palpation, Auskultation und Perkussion). Mit der Ermittlung hört der Denkprozess aber nicht auf. Basierend auf den ermittelten Daten erfolgt die Einschätzung und Beurteilung der Gesamtsituation und der Dringlichkeit. Dabei sind auch die Ziele des Patienten/der Patientin, allenfalls auch der Angehörigen, relevant. Danach wird der Bedarf für Pflegeinterventionen für einen individuell bestimmten Zeitraum eingeschätzt und im Rahmen des Pflegeprozesses bearbeitet, inkl. Evaluation der Ergebnisse. Zudem: Würde der Begriffswechsel tatsächlich in die KLV aufgenommen, hätte dies einen hohen und unnötigen administrativen Aufwand zur Folge, denn es müssten an zahlreichen Stellen in der Pflegedokumentation oder in Softwareprogrammen Änderungen vorgenommen werden. Dies stünde diametral dem unter Punkt 1.1 (S. 20 oben) postulierten geringeren administrativen Aufwand entgegen und wäre sicherlich nicht im Sinne der Steuerzahler und Versicherten.

3. Pflegeintensität und Komplexität

- Die Pflegeintensität wird den Pflegebedarfsstufen bzw. den a-, b- und c-Leistungen gleichgestellt. Doch dies ist falsch. Denn im Säulendiagramm ist der Inhalt der pflegerischen Leistung nicht sichtbar und daher auch nicht die Komplexität, bzw. die Intensität. Daraus lässt sich auch nicht schliessen, welche Ausbildung die Pflegefachperson für die Leistung benötigt. Dies ist relevant, denn auch in der Grundpflege kann in komplexen Patientensituationen eine Pflegefachperson HF, BSc oder MSc nötig sein (z.B. bei Tetraplegikern oder bei der als High-tech home care bekannten pflege- und technisch intensiven Behandlung Zuhause). Insofern sind die Struktur und Finanzierungslogik der KLV-Leistungskategorien für situative Bedarfe und Massnahmen nicht effizient.
- Die Komplexität der Pflegeleistungen im Pflegeheim und in der Spitex ist aufgrund mehrerer Gründe gestiegen. Seit der Einführung der DRG (01.01.2012) sinkt die durchschnittliche Spitalaufenthaltsdauer. Bei Menschen über 65 Jahren sind dies zwischen 2010 und 2014 rund 0.5 Tage (Obsan, 2018). Die früheren Entlassungen sowie die Intensität von verordneter Diagnostik und die Anzahl von Therapien erhöhen die poststationären fachlichen Anforderungen an die Pflege. Weiter werden sich die Leistungen der Pflegeheime sowie der Spitex in der Komplexität auch künftig steigern aufgrund der demographischen Entwicklung, der steigenden Multimorbidität, der Zahl an chronisch Kranken, sowie dem Wunsch möglichst lange Zuhause wohnen und Zuhause sterben zu können (Perrig-Chiello, Höpflinger, & Schnegg, 2010; Synthesebericht NFP67, 2017). Bei einer Zunahme von 2.3% in Abklärung, Beratung und Koordination und die Abnahme von -2.9% in der Grundpflege kann aus Sicht des VFP nicht von konstanter Leistungsstruktur gesprochen werden. Zudem braucht die Primärversorgung heute und zukünftig mehr Pflegefachpersonen HF/BSc und insbesondere Pflegeexpertinnen MSc, um der steigenden Komplexität gerecht zu werden, wie eine jüngst publizierte Cochrane Review zeigt (Laurant et al., 2018).

4. Anpassung der OKP-Beiträge

- Der VFP unterstützt die Erhöhung der OKP-Beiträge für Pflegeheime, sofern Heime damit die Personalquote von Pflegefachpersonen HF, BSc und MSc erhöhen.
- Der VFP lehnt hingegen die Senkung der OKP-Beiträge für die Hilfe und Pflege zu Hause ab. Der Bericht zur Evaluation der Neuordnung der Pflegefinanzierung, welcher Grundlage für die KLV Revision ist, kommt zum Schluss, dass die OKP finanziell nicht mehr, jedoch die Kantone überproportional belastet wurden. Trageser et al. (2018) schlussfolgern, dass der Kostendruck für die Leistungserbringer gross ist und sie deswegen weniger Zeit für die Pflegebedürftigen aufwenden. Wird dieser Kostendruck nun durch die Tarifsenkung weiter erhöht, wird die oben erwähnte Unterversorgung noch verstärkt. Dadurch besteht das

Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung) Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018

Risiko, dass sich die Zahl der Notfalleintritte, Rehospitalisationen und vermeidbaren Komplikationen erhöht. Dies generiert letztlich höhere Gesamtkosten durch vermehrte stationäre Leistungen, was volkswirtschaftlich unsinnig ist. Mit tieferen OKP-Beiträgen müssen Spitexbetriebe die Anstellung von Pflegefachpersonen HF/BSc oder Pflegeexpertinnen MSc reduzieren, was – so die einhellige internationale und nationale Evidenz – einer Gefährdung der Patientensicherheit gleichkommt (exemplarisch Aiken et al., 2014).

- Der Vorschlag zur linearen Senkung der Beiträge der a-, b- und c-Leistungen ist für uns nicht begründet. Die a-Leistungen sind ausschliesslich von diplomierten Pflegefachpersonen zu erbringen. Deshalb dürfen sie nicht von Fachfrauen oder -männern Gesundheit erbracht werden, die einen tieferen Lohn haben.
- In Spitexbetrieben arbeiten Teams im Skill- und Grademix, den die Ausbildungen der Schweizer Bildungssystematik ermöglichen, und den die verschiedenen Aufgaben in der Spitex auch erfordern. Jedoch ist mit der Unterscheidung zwischen a-, b- und c-Leistungen eine fragmentierte Pflege die Folge. Dies bedeutet, dass für jede zu erbringende Leistungskategorie eine andere Mitarbeiterin oder ein Mitarbeiter zur Patientin/zum Patienten nach Hause gehen müsste. Diese Personen erbringen zusätzlich Wegzeiten. In der Praxis wird dies teilweise noch so durchgeführt, wobei sich der Einsatz einer Pflegefachperson HF/BSc oder einer Pflegeexpertin MSc im Bereich der c-Leistungen finanziell wenig lohnt. Insofern unterstützt der VFP den Experimentierartikel in einer anderen derzeitigen Vernehmlassung, der die gesetzlichen Grundlagen schafft für Projekte zu neuen Versorgungs- und Finanzierungsmechanismen.
- **Der VFP beantragt, dass die Beiträge nach Art. 7a Abs. 1 KLV regelmässig, aber mindestens alle drei Jahre, an die Kostenentwicklung in der ambulanten sowie stationären Pflege angepasst werden. Es muss dazu eine Datengrundlage erarbeitet werden, welche diese Überprüfung wissenschaftlich fundiert zulässt.**

5. Nebenleistungen (I2.1.2 und I3.1.2)

- Die Kostenübernahme von Pflegematerialien wurde bei der neuen Pflegefinanzierung zu wenig berücksichtigt, weswegen die Beiträge nach Art. 7a KLV die Kosten nicht decken. Zudem können durch Innovationen in der Materialentwicklung heute Verbände deutlich länger belassen werden, was die Materialkosten im Vergleich zu den Personalkosten bei weitem aufhebt. Hinzukommt, dass in den zahlreichen Pflegespezialisierungen unterschiedliche Anforderungen an Art und Menge von Mittel und Gegenständen benötigen (z. B. werden in der Psychiatrischen Pflege kaum Mittel und Gegenstände benötigt im Vergleich zu WundspezialistInnen).
- Der Bericht verweist darauf, dass die administrativen Aufwände verringert werden sollten. Leider wurden diese durch die Fremd- und Selbstanwendungsunterscheidung beim Material seit 2017 deutlich erhöht.
- Schliesslich entsteht aus pflegewissenschaftlicher Sicht eine Gefährdung der Patientensicherheit, wenn Patientinnen und Patienten Material aus Kostengründen selber anwenden müssen, damit es vergütet wird, etwa bei Wunden im Abdominalraum oder an den unteren Extremitäten, wenn dadurch z.B. Nahtstellen überstrapaziert werden.
- **Der VFP beantragt, dass die Unterscheidung zwischen Selbst- und Fremdanwendung in dem Sinn aufzuheben ist, dass die entsprechenden Kosten wie vor den Bundesverwaltungsgerichtsurteilen vom Herbst 2017 nach MiGeL separat von der OKP abzugelten sind.**

6. Akut- und Übergangspflege (I3.1.3)

- Die geringe Anzahl Stunden für die Akut- und Übergangspflege (AÜP) überrascht den VFP nicht, da er dieselben Mängel in der Umsetzung in der Pflegepraxis feststellt wie INFRAS und Careum Forschung in ihrem Bericht zur Evaluation der Neuen Pflegefinanzierung (Trageser et al., 2018). Dieser zeigt, dass die derzeitige Ausgestaltung der AÜP in der Praxis ungenügend ist, bzw. die AÜP einerseits konzeptionell nicht auf die Praxis anwendbar und andererseits bei Spitalärzten zu wenig bekannt ist und deshalb kaum verschrieben wird.
- Zudem ist ein Übertritt nach der AÜP der Spitex oder des Pflegeheims nach nur 14 Tagen in die reguläre Spitex der noch immer gebrechlichen Klientel innert 24 Stunden ohne vorbereitende Organisation kaum umsetzbar. Die Annahme, dass neu mehr Leistungen in der Pflege dank der AÜP erbracht würden, kann anhand

Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung) Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018

der Spitex-Statistik nicht belegt werden.

7. Bedarfsermittlung und Mindestanforderung an Pflegebedarfsermittlungssysteme

- Der Bericht geht von der Annahme aus, dass die Ärzteschaft sicherstellt, dass die richtigen und keine unnötigen Leistungen erbracht werden. Aus Sicht des VFP kann sie diese Aufgabe jedoch nicht wahrnehmen. Denn Pflegefachpersonen ermitteln bei der Abklärung zu Hause beim Patienten/bei der Patientin den Bedarf der Pflegesituation. Da die Anzahl Hausbesuche von Arztpraxen seit Jahren rückläufig ist und sie zudem keine pflegerische Ausbildung haben, können sie die Reichweite der Abklärung und Massnahmen nicht hinreichend beurteilen. Zudem ist es heute gängige Praxis, dass die Ärzteschaft nach der Abklärung durch die Pflegefachperson die ärztliche Anordnung nur noch unterschreibt, ohne die genauen Leistungen zu kennen oder die Anordnung zu prüfen.
- Die Annahme, dass die Versorgungsqualität verbessert wird, wenn die Vernetzung unter den Leistungserbringern besser – mehr noch: systematisiert – wird (Kommentar S. 22), unterstützt der VFP. Doch sieht der VFP konzeptionell keine Verbesserung durch einen ärztlichen Auftrag oder eine ärztliche Anordnung. Denn es gibt Ärzte, welche den ärztlichen Spitexauftrag unterschreiben, ohne den Patienten/die Patientin in den letzten Jahren visitiert zu haben. Zudem bestimmt häufig die Pflegefachperson die benötigten Mittel und Gegenstände (z.B. Wundmaterialien) und lässt dies durch die Ärzteschaft verordnen.
- Der VFP ist der Ansicht, dass die künstliche Trennung zwischen a/c-Leistungen und b-Leistungen nicht sinnvoll ist. Pflegefachpersonen sind in der Lage, fachlich korrekt zu beurteilen, welche Leistungen notwendig sind – auch im Bereich der Behandlungspflege (z.B. Messung der Vitalwerte, Messung Blutzucker, Wundversorgung). Der VFP sieht darin auch eine Aufwertung der koordinierten Versorgung.

8. Zusammenarbeit unter Leistungserbringern

- Der VFP unterstützt die Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Leistungserbringern und befürwortet, dass sich Pflegefachpersonen und die Ärzteschaft über den Patienten/die Patientin austauschen müssen, damit eine koordinierte und kontinuierliche Versorgung stattfinden kann. Diese Forderung jedoch an der ärztlichen Anordnung festzumachen greift nicht. Viel eher soll in einem Absatz „koordinierte Versorgung“ geregelt werden, dass die Leistungserbringer untereinander Informationen austauschen müssen. Dies würde begünstigen, dass Pflegefachpersonen in der Spitex – die Vorgaben des Datenschutzes vorausgesetzt – Informationen über medizinische Diagnosen, Medikamente oder andere klinisch relevante Informationen tatsächlich erhalten. Denn es kommt wiederholt vor, dass die Ärzteschaft Informationen zum Patienten/zur Patientin den Pflegefachpersonen unbegründet nicht zur Verfügung stellt.
 - Die Sorge, dass die Pflegefachpersonen eine unsachgemässe Mengenausweitung der Leistungen vornehmen, ist mit dem Artikel 8c Kontroll- und Schlichtungsverfahren nicht zu begründen. Die Versicherer haben den Auftrag die Leistungen zu kontrollieren. Sie streichen Leistungen, wenn diese nicht wirtschaftlich, zweckmässig und wirksam sind, auch wenn ein Arzt/eine Ärztin unterschrieben hat. Die Kontrolle durch den Patienten/die Patientin wird im Sinne der Eigenverantwortung eingefordert. Deshalb erläutern Spitexmitarbeitende auf Anfrage die Rechnungen. Weiter ist die Kontrolle durch die Gemeinde und den Kanton aufgrund fehlender Informationen nicht möglich.
 - Der VFP lehnt die Differenzierung der ärztlichen Anordnungsdauer zwischen a- und c-Leistungen sowie b-Leistungen ab. Dies würde nicht, wie im Bericht verlangt, den administrativen Aufwand reduzieren, im Gegenteil: die Anordnung von b-Leistungen müsste nach sechs Monaten erneuert werden, die a/c-Leistungen beim selben Patienten jedoch erst nach zwölf Monaten. Dies würde zu einer «Teil-Bedarfsermittlung» führen, was der ganzheitlichen Abklärung mit dem Kunden widerspricht. Der VFP begrüsst eine einheitliche Anordnungsdauer für alle drei Leistungskategorien, wir schlagen 9 Monate vor.
 - II Art 8a KLV letzter Absatz (S.28): Der Arzt/die Ärztin muss über das Ergebnis der Bedarfsermittlung informiert werden. Unklar bleibt jedoch die häufige Situation, wenn Patienten/Patientinnen mehrere Arztpraxen beanspruchen (z. B. Hausarzt, Spitalarzt, Facharzt).
- ➔ **Vor diesem Hintergrund fordert der VFP, dass den Pflegefachpersonen im Rahmen einer KVG Anpassung die gesetzliche Kompetenz erteilt wird, selbst und direkt Leistungen mit den Krankenversicherungen abrechnen zu können. Der VFP sieht darin kein Risiko einer unsachgemässen Mengenausweitung, sondern vielmehr einen Anreiz zur koordinierten Versorgung, wie dies vom BAG derzeit in einem Projekt bearbeitet (BAG, 2018) oder z.B. in der Nationalen Strategie**

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

gegen Krebs mit dem Profil des „Care Managers“ empfohlen wurde (GDK/BAG, 2014). 9. Einschränkung bei der Bedarfsermittlung – Die Vernehmlassung sieht eine Einschränkung der Bedarfsermittlung auf Pflegefachpersonen gemäss Art. 49 KVV vor. Diese Einschränkung würde sich negativ auf die Attraktivität des Berufsfeldes Spitex und Pflegeheim auswirken und den Fachkräftemangel in diesen Versorgungssettings zusätzlich verschärfen. Diplomierte Pflegefachpersonen sind unmittelbar nach Abschluss ihrer HF oder BSc-Ausbildung berufsbefähigt und basierend auf der betriebsinternen Einführung in der Lage, eine Bedarfsabklärung vorzunehmen. 10. Bedarfsermittlungssysteme und Qualitätsindikatoren – Die Wahl des Bedarfsabklärungsinstruments basiert auf dem internationalen pflegewissenschaftlichen Diskurs. Dies muss sich auch in der KLV widerspiegeln. Desalb reicht es nicht, den Bedarf nur nach einheitlichen Kriterien zu erheben, sondern die Kriterien und das Abklärungsinstrument müssen auch forschungsgestützt sein. . – Eine Vereinheitlichung der Instrumente für den Heimbereich erachtet der VFP als sinnvoll. Daher muss für eine Anpassung, bzw. Annäherung von RAI/BESA und anderen Einschätzungsinstrumenten, in die Forschung investiert werden. – Qualitätsindikatoren von Routinedaten herauszufiltern ist sinnvoll, damit kein Mehraufwand für die Spitexbetriebe entsteht. Allerdings vertritt der VFP die Ansicht, dass Qualität nicht alleinig durch die Resultate der Bedarfsermittlungssysteme beurteilt werden darf, sondern – ganz im Sinne des Pflegeprozesses – auch durch Resultate der Pflegeinterventionen und der Pflegeergebnisse umfassen muss.			
Name / Firma	Artikel	Kommentar / Bemerkungen	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
VFP	7 Abs. 2 Best. a Ziff. 1	Der Begriff „Ermittlung“ ist den Aufgaben im Pflegeprozess nicht angemessen, daher lehnt der VFP den Begriffswechsel ab.	Art. 7 Abs. 2 Bst. a Ziff. 1 2 Leistungen im Sinne von Absatz 1 sind: a. Massnahmen der Ermittlung Abklärung (oder Einschätzung) , Beratung und Koordination: 1. Ermittlung Abklärung (oder Einschätzung) des Pflegebedarfs und des Umfeldes des Patienten oder der Patientin und Planung der notwendigen Massnahmen,
VFP	7a Abs. 1 und 3	Die Senkung der Vergütungsbeiträge für die Hilfe und Pflege zu Hause wird vom VFP nicht befürwortet. Im Gegenteil: Der VFP erachtet eine Erhöhung der Beiträge als angemessen, basierend auf einer konzeptionell durchdachten Systematik und Berechnung.	
VFP	8 Abs. 2	Der Artikel soll die administrativen Arbeiten für die Pflegefachpersonen vereinfachen und reduzieren, dies ist aus Sicht des VFP nicht der Fall.	Der Arzt oder die Ärztin kann den Auftrag oder die Anordnung erteilen: a. für maximal sechs neun Monate bei Leistungen nach

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

			Artikel 7 Absatz 2 Buchstabe a, b und c; b. für maximal zwölf Monate bei Leistungen nach Artikel 7 Absatz 2 Buchstabe a und c; c. für maximal zwei Wochen bei Patientinnen und Patienten der Akut- und Übergangspflege, welche sich im Anschluss an einen Spitalaufenthalt als notwendig erweisen und die im Spital ärztlich angeordnet werde, mit der Option einer einmaligen Verlängerung von zwei Wochen.
VFP	8a Abs. 1	Die Einschränkung bei der Bedarfsermittlung auf Pflegefachpersonen, welche Art. 49 KVV erfüllen, lehnt der VFP ab.	<i>Art. 8a Bedarfsermittlung</i> 1 Die Bedarfsermittlung Abklärung (oder Einschätzung) zur Umsetzung des ärztlichen Auftrages oder der ärztlichen Anordnung erfolgt: a. für Leistungen nach Artikel 7 Absatz 2 Buchstabe a und c: durch eine Pflegefachfrau oder einen Pflegefachmann (Art. 49 KVV) in Zusammenarbeit mit der Patientin oder dem Patienten oder deren Angehörigen; die Ermittlung ist dem behandelnden Arzt zur Information weiterzugeben; b. für Leistungen nach Artikel 7 Absatz 2 Buchstabe b oder bei Akut- und Übergangspflege: durch eine Pflegefachfrau oder einen Pflegefachmann (Art. 49 KVV) in Zusammenarbeit und unter Austausch behandlungs- und pflegerelevanter Informationen mit dem behandelnden Arzt sowie der Patientin oder dem Patienten oder deren Angehörigen.
VFP	8a, Abs. 3	Patientinnen und Patienten in der Schweizer Gesundheitsversorgung sollen das beste international verfügbare Wissen erhalten. Daher soll die Einheitlichkeit der Kriterien um deren Evidenz ergänzt werden.	3 Die Bedarfsermittlung erfolgt aufgrund einheitlicher und wissenschaftlich erprobter Kriterien. Ihr Ergebnis wird auf einem einheitlichen Formular festgehalten. Dort ist insbesondere der voraussichtliche Zeitaufwand anzugeben. Die Leistungserbringer und die Versicherer sorgen für die einheitliche Ausgestaltung des Formulars.
VFP	8c	Die Kontrollergebnisse durch den vertrauensärztlichen Dienst einer Krankenversicherung sind nur dann verlässlich, wenn der Arzt/die Ärztin oder eine Pflegefachperson den Pflegebedarf vor Ort beim Patienten oder bei der Patientin überprüft oder telemedizinische Hilfsmittel nutzt und basierend darauf eine Begutachtung vornimmt. Letztere kann nicht nur auf Erfahrungswerten beruhen.	Art. 8c Kontroll- und Schlichtungsverfahren 4 Werden für Pflegeleistungen, die von Leistungserbringern nach Artikel 7 Absatz 1 Buchstaben a und b erbracht werden, voraussichtlich mehr als 60 Stunden pro Quartal benötigt, so kann die Bedarfsermittlung vom Vertrauensarzt oder von der Vertrauensärztin (Art. 57 KVG2) vor Ort beim Patienten, bzw. der Patientin oder mittels telemedizinischen Hilfsmitteln überprüft werden. Werden voraussichtlich weniger als 60 Stunden pro Quartal benötigt, so führt der Vertrauensarzt

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

			oder die Vertrauensärztin systematische Stichproben durch.
VFP	20	Die KLV ist auf den 1. Januar 2019 dahingehend abzuändern, dass die Leistungserbringer nach Art. 7 Abs. 1 KLV Pflegematerialien der OKP in Rechnung stellen können, unabhängig davon, ob es sich um eine Abgabe zur Selbstanwendung (gemäss MiGeL) oder der Anwendung durch eine Pflegefachperson handelt. Eventualantrag: Sollte dies aus juristischen Gründen nicht direkt über eine KLV-Änderung möglich sein, ist die Änderung raschestmöglich im übergeordneten Recht vorzunehmen.	Die Versicherung leistet eine Vergütung an Mittel und Gegenstände, die der Behandlung oder der Untersuchung im Sinne einer Überwachung der Behandlung einer Krankheit und ihrer Folgen dienen, die auf ärztliche Anordnung von einer Abgabestelle nach Artikel 55 KVV abgegeben werden und von der versicherten Person selbst oder mit Hilfe einer nichtberuflich an der Untersuchung oder der Behandlung mitwirkenden Person angewendet werden.

Literaturverzeichnis

- Aiken, L. H., Sloane, D. M., Bruyneel, L., Van den Heede, K., Griffiths, P., Busse, R., . . . Sermeus, W. (24. May 2014). Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *The Lancet*, S. P1824-1830.
- Atzeni, G.; Schmitz, E. & Berchtold, P. (2017). *Die Praxis gelingender interprofessioneller Zusammenarbeit*. Bern: Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften.
- Bundeamt für Gesundheit (2018). Abgeltung von Leistungen im Rahmen der koordinierten Versorgung - Bericht im Rahmen des Projektes «Koordinierte Versorgung» des Bundesamts für Gesundheit BAG. Bern: BAG
- Bundesamt für Gesundheit und Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und –direktoren (2014). Nationale Strategie gegen Krebs 2014-2017. Bern: GDK/BAG.
- Laurant, M., van der Biezen, M., Wijers, N., Watananirun, K., Kontopantelis, E., van Vught, AJAH. (2018). Nurses as substitutes for doctors in primary care. Cochrane Database of Systematic Reviews 2018, Issue 7. Art. No.: CD001271. DOI: 10.1002/14651858.CD001271.pub3.
- Obsan (2018). *Aufenthaltsdauer in Akutspitälern*. Heruntergeladen von <https://www.obsan.admin.ch/de/indikatoren/aufenthaltsdauer-akutspitaeln> am 12.10.2018
- Perrig-Chiello, P., Höpflinger, F., & Schnegg, B. (2010). *SwissAgeCare-2010. Forschungsprojekt im Auftrag von Spitex-Schweiz*. Von Pflegenden Angehörige von älteren Menschen in der Schweiz. Heruntergeladen von <https://www.spitex.ch/files/CEAAGB6/SwissAgeCare-2010---Schlussbericht> am 09.10.2018
- Schweizerischer Nationalfonds zur Förderung der wissenschaftlichen Forschung (SNF) (2017). *Synthesebericht NFP 67 Lebensende*. Heruntergeladen von <http://www.nfp67.ch/SiteCollectionDocuments/nfp67-synthesebericht-de.pdf> am 12.10.2018
- Trageser, J., Gschwend, E., von Stokar, T., Landolt, H., Otto, U., & Hegedüs, A. (2018). *Schlussbericht Evaluation Pflegefinanzierung*. Zürich: INFRAS/Careum Forschung. Heruntergeladen von <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/das-bag/publikationen/evaluationsberichte/evalber-kuv.html> am 09.10.2018
- Vilpert, S. (2013). *Konsultationen in Schweizer Notfallstationen* (Obsan Bulletin No. 3). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation / Kanton : Freiburghaus / psychiatriepflege moossee / ambulante psychiatrische Pflegefachperson / Bern

Abkürzung der Firma / Organisation : psychiatriepflege moossee /psymoos

Adresse : Höheweg 25, 3054 Schüpfen

Kontaktperson : Roger Freiburghaus

Telefon : 079 537 24 31

E-Mail : rogerfreiburhaus@bluewin.ch

Datum : 14.10.2018

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen!
2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen möchten, so können Sie unter "Extras/Dokumentenschutz aufheben" den Schreibschutz aufheben.
3. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **bis am 26. Oktober 2018** an folgende E-mail Adressen: abteilung-leistung@bag.admin.ch
gever@bag.admin.ch

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV)

Name / Firma (bitte auf der ersten Seite angegebene Abkürzung verwenden)	Allgemeine Bemerkungen		
psymoos	Die männliche Form gilt auch für die weibliche. Grundsätzlich gilt es zu bemerken, dass die vorgeschlagene Gesetzesänderung in keinstenweise dazu beiträgt die Situation im Gesundheitswesen, speziell beim Personalmangel, aber auch bei der Umsetzung von ambulant vor stationär und zur Kostenexplosion etwas beiträgt. Ambulante Versorgung von kranken Menschen ist um einiges kostengünstiger als stationäre Behandlungen mit einer riesigen Infrastruktur. Der präventive Ansatz einer ambulanten Versorgung verhindert unnötige Kosten, damit werden mit den Massnahmen vor Ort, invasiven und somit auch kostenintensiven Behandlungen entgegengewirkt. Ambulante Pflege ist ein eigenständiges Fachgebiet und kann nur von kompetenten und gut ausgebildeten Fachpersonen wahrgenommen werden. Pflege zu Hause ermöglicht den Betroffenen mit ihren Einschränkungen klar zu kommen und eben keine teure Medizin zu verbrauchen. Die Abgrenzung zu den Ärzten ist offensichtlich, da die Ärzte die Behandlung von Krankheiten im Blick haben. Ambulante Pflege orientiert sich denn auch nach dem Umgang mit Einschränkungen und die Prävention von zusätzlichen behandlungsbedürftigen Erkrankungen.		
Name / Firma	Artikel	Kommentar / Bemerkungen	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
psymoos	Art. 7 Abs. 2 Bst. a Ziff. 1	Die Abgrenzung zwischen a / b und c müssten sich nach dem Kompetenzen der Pflegefachpersonen orientieren. Wie bei allen anderen Berufen wird Fachkompetenz definiert und nicht die Art der Leistung. Dem Automechaniker oder dem Bäcker schreiben Sie ja auch nicht vor wie er seine Arbeit zu verrichten hat, sondern bilden ihn mit den entsprechenden Kompetenzen aus. Dabei wählen die Fachpersonen Mittel und Massnahmen nach den neusten Erkenntnissen und Wissen aus. Freiberufliche Pflegefachpersonen sind hochkompetente, topausgebildete Fachpersonen, welche sich, wie die Ärzte, einer regelmässigen Fort und Weiterbildung unterziehen. Damit ist gewährleistet, dass die effizientesten und wirtschaftlichsten Methoden angewendet werden. Die Pflegeforschung stellt dafür eine evidenzbasierte und wissenschaftliche Grundlage sicher. Keine Unterteilung nach a / b / c, sondern Beschreibungen der Kompetenzen für einen eigenen Berufsstand der Pflege generell. HF und FAGE haben unterschiedliche, berufliche Kompetenzen. Des weiteren gibt es Fachspezialisierungen, Psychiatrie, Palliative, Wundpflege, Alterspflege etc.	Auf Anträge wird verzichtet, weil die Ausarbeitung eines neuen Gesetzes an dieser Stelle nicht möglich ist.
psymoos	Art. 7a Abs. 1 und 3	Die Leistungen sind nicht zu kürzen. Der Berufsstand der Pflegefachpersonen ist allen anderen Berufen mit EFZ gleichzustellen. Eine Kürzung der Leistungen widerspricht	

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

		der Gleichstellung, weil beispielsweise dass die Teuerung nicht berücksichtigt wird. Ein weiterer Aspekt ist, dass insbesondere die ambulante psychiatrische Pflege, mit ihren Intervention vor Ort das Gesundheitssystem ganz erheblich entlastet. Leider ist hierzu keine Datenlage vorhanden. Die Reduktion von stationären Behandlungen lässt sich mit der Beratung Betroffener, ganz erheblich reduzieren. Dies bei Kosten von 125.00 pro Woche. Dem gegenüber steht ein Kliniktag von 600.00 oder mehr. Hauptsächliches Ziel der ambulanten psychiatrischen Pflege, dies bei vorwiegend chronischen Krankheitsverläufen, die Situation zu Hause zu stabilisieren, Krisenmanagement und Netzwerke zu installieren und so die Betroffenen aus diesem Drehtür - Effekt zu nehmen.	
psymoos	Art. 7a Abs. 1 und 3	Die Kantone sind verbindlich zu verpflichten die Restkosten zu finanzieren. Die Vollkosten belaufen sich auf mindestens 125.00 / pro Stunde (analog Kanton Bern).	
psymoos	Art. 8a 1	Der Artikel 49 KVV ist entsprechend anzupassen.	
psymoos	Art. 8c 3	Die Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit wird in der Pflege grundsätzlich nach dem Erkenntnissen der evidenzbasierten Pflegeforschung ermittelt. Die Pflege ist in der Lage die Massnahmen und Ziele von Behandlungen wissenschaftlich zu belegen. Das Kontrollverfahren ist auf diesen Voraussetzungen aufzubauen. Die Krankenkassen haben auf ihrer Seite sicherzustellen, dass die Kontrollen von Fachpersonen mit einer äquivalenten Fachkompetenz vorgenommen werden. Der Arzt verfügt nicht über die notwendigen Fachkenntnisse einer ambulanten Pflegefachperson.	

Per E-Mailversand
Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Generalsekretariat GS-EDI
Inselgasse 1
3003 Bern

Bern, 8. Oktober 2018

Vernehmlassungsantwort: Änderung der KLV im Zusammenhang mit der Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung in der Pflege

Sehr geehrter Herr Bundespräsident

Mit dem Schreiben vom 4. Juli 2018 laden Sie uns ein, an der Vernehmlassung zur Änderung der Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung im Zusammenhang mit der Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung in der Krankenpflege nach Art. 25a KVG teilzunehmen. Dafür bedanken wir uns und nehmen zum unterbreiteten Verordnungsentwurf wie folgt Stellung.

Anpassung der Beiträge der Krankenversicherer in den Bereichen «Pflegeheim» und «Pflege zu Hause»

Aufgrund der Analyse der Versichererdaten kommt auch curafutura zum Resultat, dass die Beiträge der Krankenversicherer im Bereich «ambulante Pflege» gesenkt, und jene im Bereich «Pflegeheim» angehoben werden müssen, damit die heutigen Krankenversicherungsbeiträge den Tarifen 2010 entsprechen. Um in der Leistungsabwicklung eine praktikable Umsetzung sicherzustellen, schlägt curafutura vor, dass die Beiträge in der KLV im Bereich «Pflegeheim» auf ganze Franken, im Bereich «Pflege zu Hause» auf zehn Rappen gerundet werden, wie dies bisher auch der Fall war.

Änderungen im Zusammenhang mit der ärztlichen Anordnung und der Bedarfsermittlung im Hinblick auf eine grössere Autonomie der Pflegefachpersonen sowie der Spitex

Grundsätzlich begrüsst curafutura, dass den Pflegefachleuten mehr Kompetenzen eingeräumt wird. Die Ermittlung des Pflegebedarfs ist nach Ansicht von curafutura alleine Sache der Pflegefachleute und soll nicht vom Arzt bestätigt werden müssen. Der vorliegende Verordnungsentwurf verlangt für die Bedarfsabklärung bei Massnahmen der Untersuchung und Behandlung weiterhin den Arzt miteinzubeziehen. curafutura unterstützt die Anpassung der KLV, wonach der Arzt einen Pflegebedarf feststellt und einen generellen Auftrag an die Pflege, tätig zu werden, erteilt. Dies soll jedoch aus unserer Sicht für alle Pflegeleistungen nach Art 7 Absatz 2 KLV gelten. Im Sinne der Koordination soll die Pflege den Arzt über die vorgesehenen Pflegemassnahmen informieren, weitere Massnahmen sind nicht erforderlich. Es ist Sache der Versicherer, die Bedarfsmeldung sowie die erbrachten und verrechneten Leistungen auf WZW zu kontrollieren.

curafutura fordert zudem, dass der administrative Aufwand für Pflegefachleute in Zusammenarbeit mit dem Arzt so gering wie möglich gehalten wird. Die maximal mögliche Dauer beim Auftrag für a-, b- und c-Leistungen soll einheitlich geregelt werden. Wir schlagen für Art. 8 Abs. 2 des Änderungsentwurfs KLV

eine einheitliche maximale Dauer von einem Jahr vor. Im vorliegenden Vorschlag des EDI wird von unterschiedlichen Gültigkeitsdauern ausgegangen.

Bedarfsermittlung in Pflegeheimen

Art. 8b des Änderungsentwurfs KLV sieht Mindestanforderungen an die heute in der Schweiz angewendeten Pflegebedarfserfassungssysteme (PBES) vor. Damit sollen die Unterschiede bei der Einstufung und Vergütung der PBES eliminiert werden.

Es wird vorgeschlagen, die Minimalvariante (Szenario I gemäss Studie des beauftragten Forschungs- und Beratungsunternehmens INFRAS) umzusetzen. curafutura lehnt eine Umsetzung von Szenario I ab. Der zeit- und ressourcenintensive Aufwand für dieses Vorgehen ist unverhältnismässig, angesichts der Unsicherheit, inwieweit die Vereinheitlichung überhaupt erreicht werden kann. Wenn man den Weg von Szenario I begehen will, ist schon heute absehbar, dass Abweichungen weiterhin bestehen bleiben und Szenario II zusätzlich beschritten werden müsste. Wir bezweifeln, dass die vorgesehene Toleranzvorgabe für die max. Abweichung in einem auf Pflegeaufwandgruppen basierenden System (RAI-RUG) umsetzbar wäre. Die geplante Verordnungsänderung lässt zudem offen, was passiert, wenn die PPES trotz Mindestanforderungen weiterhin Unterschiede in der Einstufung generieren. curafutura fordert eine Änderung der Verordnung, die eine vollständige und zeitgerechte Vereinheitlichung sicherstellt. Neben den bereits vorgesehenen Mindestanforderungen ist aus Sicht von curafutura auch die vollständige Transparenz des zur Anwendung kommenden Systems unabdingbar. Ausländische Systeme wie PLAISIR oder RAI, garantieren diese Transparenz nicht oder nur teilweise. curafutura fordert daher die Umsetzung des in der Studie beschriebenen Szenario III a, das die Einstufung auf einem schweizweit einheitlich anzuwendenden, auf einem Leistungskatalog basierenden Pflegebedarfserfassungssystem (BESA) vorsieht. Die Vorbehalte des EDI betreffend Festsetzung eines einzigen Systems sind angesichts der Vorteile wie der vollständigen Vereinheitlichung der Bedarfserfassung, langfristiger Effizienzgewinne, einheitlicher Datenbasis und -vergleichbarkeit und mehr Transparenz im Pflegeversorgungssystem zu vernachlässigen. Art. 8b des Änderungsentwurfs KLV ist entsprechend anzupassen.

Pflichtleistungen / Tätigkeitskatalog im Pflegeheim

Für die Bedarfsermittlung in Pflegeheimen sind Pflicht- und Nichtpflichtleistungen klar zu trennen. Die Grundlage für diese Trennung ist heute der von der Koordinationsgruppe Langzeitpflege erarbeitete Tätigkeitskatalog. Die Krankenversicherer sind in dieser Gruppe nicht vertreten. curafutura schlägt vor, dass ein Gremium konstituiert wird, in welchem Leistungserbringer- und Versicherungsvertreter mitarbeiten. Dieses Gremium konkretisiert den Tätigkeitskatalog aus den Pflichtleistungen gemäss Art. 7 KLV. Eine entsprechende Regelung ist in Art. 8b des Änderungsentwurfs KLV festzuhalten.

Kontroll- und Schlichtungsverfahren

Gemäss Art. 8a KLV, eingefügt im Juli 1997, sollen Leistungserbringer und Versicherer gemeinsame Kontroll- und Schlichtungsverfahren bei ambulanter Pflege vereinbaren. Bei Fällen mit einem hohen Pflegebedarf (> 60 Stunden) kann der Vertrauensarzt die ärztliche Anordnung überprüfen, bei weniger aufwändigen Fällen können systematische Stichproben durchgeführt werden. Wenn kein Kontroll- und Schlichtungsverfahren vereinbart wurde, kann der Kanton ein solches festlegen. Der Bundesrat schlägt nun diese Regelung analog auch für den Pflegeheimbereich vor.

curafutura erachtet den aktuellen Artikel 8a KLV sowohl für die ambulante Pflege als auch für den neu vorgeschlagenen Anwendungsbereich bei Pflegeheimen als obsolet und nicht mehr zeitgemäss.

Begründung: Seit 1997 fand eine Verschiebung von Verbandsaufgaben zu Aufgaben der einzelnen Versicherer statt. Eigene Pflegecontrollings mit ausgebildetem Fachpersonal wurden bei den Versicherern aufgebaut. Verschiedene Gerichtsentscheide stützten das bilaterale Pflegecontrolling der Versicherer. Parallel zeigte sich, dass die paritätischen Controllings (durch die Verbände organisiert) einen grossen Aufwand generierten, die Verfahren unnötig verlängerten und keinen Mehrwert brachten. Die paritätischen Kontroll- und Schlichtungsverfahren der Verbände wurden abgeschafft und ab 2010 durch vertragliche Regelungen mit den Einkaufsgemeinschaften bzw. einzelnen Versicherern ersetzt (nationale Administrativverträge Pflegeheim, Spitex, SBK). Die Verträge wurden auf den Homepages der Pflegeverbände publiziert.

Weitere Änderungen

Art. 7 Abs. 2 lit. a Ziff. 1 des Änderungsentwurfs KLV sieht vor, dass die «notwenigen Massnahmen» ermittelt werden. curafutura wünscht sich in der Formulierung insofern eine Präzisierung, als dass man von «notwendigen pflegerischen Massnahmen» spricht.

In Art. 8a Abs. 2 des Änderungsentwurfs KLV heisst es: «Die Bedarfsermittlung umfasst die Beurteilung der Gesamtsituation des Patienten oder der Patientin sowie die Abklärung des Umfeldes.» Die aktuelle Regelung sieht heute zudem vor, dass auch der individuelle Pflege- und Hilfsbedarf abgeklärt werden soll. curafutura kann nicht nachvollziehen, wieso dieser Zusatz gestrichen wurde. Er bringt zum Ausdruck, dass der Pflege- und Hilfsbedarf individuell abzuklären ist. Es soll nicht Pflege über den Kopf der pflegebedürftigen Personen hinweg durchgeführt werden, die Menschen dürfen Pflegemassnahmen auch ablehnen. Diese individuelle Abklärung erachten wir als besonders wichtig, weshalb der bisherige Wortlaut der Verordnung beizubehalten ist.

Die Anpassung in Art. 8a Abs. 3 des Änderungsentwurfs KLV, dass der voraussichtliche Zeitbedarf durch den voraussichtlichen Zeitaufwand ersetzt wurde, ist ganz im Sinne von curafutura. Somit kommt zum Ausdruck, dass von der sozialen Krankenversicherung kein Bedarf, sondern viel mehr ein effektiver Aufwand zu vergüten ist.

In der Beilage erhalten Sie eine Gegenüberstellung des bestehenden Änderungsentwurfs KLV und jenem der mit den Forderungen von curafutura ergänzt ist.

Bei Fragen stehen wir Ihnen, sehr geehrter Herr Bundespräsident, jederzeit gerne zur Verfügung.

Freundliche Grüsse
curafutura



Pius Zängerle
Direktor



Adrian Schärli
Tarife

Verordnungsvorschlag Pflege

Vorschlag EDI	Vorschlag curafutura
Art. 7 Abs. 2 Bst. a Ziff. 1 ² Leistungen im Sinne von Abs. 1 sind: a. Massnahmen der Ermittlung, Beratung und Koordination: 1. Ermittlung des Pflegebedarfs und des Umfeldes des Patienten oder der Patientin und Planung der notwendigen Massnahmen zusammen mit dem Arzt oder der Ärztin und dem Patienten oder der Patientin,[...]	Art. 7 Abs. 2 Bst. a Ziff. 1 ² Leistungen im Sinne von Abs. 1 sind: b. Massnahmen der Ermittlung, Beratung und Koordination: Ermittlung des Pflegebedarfs und des Umfeldes des Patienten oder der Patientin und Planung der notwendigen pflegerischen Massnahmen zusammen mit dem Arzt oder der Ärztin und dem Patienten oder der Patientin,[...]
Art. 7a Abs. 1 ¹ Die Versicherung übernimmt für Leistungserbringer nach Art. 7 Absatz 1 Buchstaben a und b folgende Beiträge an die Kosten der Leistungen nach Art. 7 Absatz 2 pro Stunde: a. für Leistungen nach Artikel 7 Absatz 2 Buchstabe a: 76.93 Franken; b. für Leistungen nach Artikel 7 Absatz 2 Buchstabe b: 63.05 Franken; c. für Leistungen nach Artikel 7 Absatz 2 Buchstabe c: 52.63 Franken.	Art. 7a Abs. 1 ¹ Die Versicherung übernimmt für Leistungserbringer nach Art. 7 Absatz 1 Buchstaben a und b folgende Beiträge an die Kosten der Leistungen nach Art. 7 Absatz 2 pro Stunde: a. für Leistungen nach Artikel 7 Absatz 2 Buchstabe a: 76.90 Franken; b. für Leistungen nach Artikel 7 Absatz 2 Buchstabe b: 63.10 Franken; c. für Leistungen nach Artikel 7 Absatz 2 Buchstabe c: 52.60 Franken.
Art. 7a Abs. 3 ³ Die Versicherung übernimmt für Leistungserbringer nach Artikel 7 Absatz 1 Buchstabe c folgende Beiträge an die Kosten der Leistungen nach Artikel 7 Absatz 2 pro Tag: a. bei einem Pflegebedarf bis 20 Minuten: 9.60 Franken; b. bei einem Pflegebedarf von 21 bis 40 Minuten: 19.21 Franken; c. bei einem Pflegebedarf von 41 bis 60 Minuten: 28.81 Franken; d. bei einem Pflegebedarf von 61 bis 80 Minuten: 38.41 Franken; e. bei einem Pflegebedarf von 81 bis 100 Minuten: 48.02 Franken; f. bei einem Pflegebedarf von 101 bis 120 Minuten: 57.62 Franken; g. bei einem Pflegebedarf von 121 bis 140 Minuten: 67.22 Franken; h. bei einem Pflegebedarf von 141 bis 160 Minuten: 76.82 Franken; i. bei einem Pflegebedarf von 161 bis 180 Minuten: 86.43 Franken; j. bei einem Pflegebedarf von 181 bis 200 Minuten: 96.03 Franken;	Art. 7a Abs. 3 ³ Die Versicherung übernimmt für Leistungserbringer nach Artikel 7 Absatz 1 Buchstabe c folgende Beiträge an die Kosten der Leistungen nach Artikel 7 Absatz 2 pro Tag: a. bei einem Pflegebedarf bis 20 Minuten: 10.00 Franken; b. bei einem Pflegebedarf von 21 bis 40 Minuten: 19.00 Franken; c. bei einem Pflegebedarf von 41 bis 60 Minuten: 29.00 Franken; d. bei einem Pflegebedarf von 61 bis 80 Minuten: 38.00 Franken; e. bei einem Pflegebedarf von 81 bis 100 Minuten: 48.00 Franken; f. bei einem Pflegebedarf von 101 bis 120 Minuten: 58.00 Franken; g. bei einem Pflegebedarf von 121 bis 140 Minuten: 67.00 Franken; h. bei einem Pflegebedarf von 141 bis 160 Minuten: 77.00 Franken; i. bei einem Pflegebedarf von 161 bis 180 Minuten: 86.00 Franken; j. bei einem Pflegebedarf von 181 bis 200 Minuten: 96.00 Franken;

k. bei einem Pflegebedarf von 201 bis 220 Minuten: 105.63 Franken; l. bei einem Pflegebedarf von mehr als 220 Minuten: 115.24 Franken.	k. bei einem Pflegebedarf von 201 bis 220 Minuten: 106.00 Franken; l. bei einem Pflegebedarf von mehr als 220 Minuten: 115.00 Franken.
Art. 8 ärztlicher Auftrag oder ärztliche Anordnung ¹ Der ärztliche Auftrag oder die ärztliche Anordnung stellt fest: - ob die Patientin oder der Patient Pflegeleistungen benötigt; - welche der folgenden Leistungsarten die Patientin oder der Patient benötigt: - Leistungen nach Artikel 7 Absatz 2 Buchstabe a und c (Ermittlung, Beratung, Koordination oder Grundpflege) - Leistungen nach Artikel 7 Absatz 2 Buchstabe b (Untersuchung und Behandlung). ² Der Arzt oder die Ärztin kann den Auftrag oder die Anordnung erteilen: - für maximal sechs Monate bei Leistungen nach Artikel 7 Absatz 2 Buchstabe b; - für maximal zwölf Monate bei Leistungen nach Artikel 7 Absatz 2 Buchstabe a und c; - für maximal zwei Wochen bei Patientinnen und Patienten der Akut- und Übergangspflege, welche sich im Anschluss an einen Spitalaufenthalt als notwendig erweisen und die im Spital ärztlich angeordnet werden. ³ Bei Personen, die eine Hilflosenentschädigung der Alters- und Hinterlassenenversicherung, der Invalidenversicherung oder der Unfallversicherung wegen mittlerer oder schwerer Hilflosigkeit erhalten, gilt der ärztliche Auftrag oder die ärztliche Anordnung bezogen auf Leistungen infolge des die Hilflosigkeit verursachenden Gesundheitszustandes unbefristet. Wird die Hilflosenentschädigung einer Revision unterzogen, so ist deren Resultat vom Versicherten dem Versicherer bekannt zu geben. Im Anschluss an eine derartige Revision ist der ärztliche Auftrag oder ärztliche Anordnung zu erneuern. ⁴ Aufträge oder Anordnungen nach Absatz 2 Buchstabe a und b können verlängert werden.	Art. 8 ärztlicher Auftrag oder ärztliche Anordnung ¹ Der ärztliche Auftrag oder die ärztliche Anordnung stellt fest: - ob die Patientin oder der Patient Pflegeleistungen benötigt; - welche der Leistungsarten nach Artikel 7 Absatz 2 die Patientin oder der Patient benötigt. [...] ² Der Arzt oder die Ärztin kann den Auftrag oder die Anordnung erteilen: - für maximal zwölf Monate bei Leistungen nach Artikel 7 [...]; - für maximal zwei Wochen bei Patientinnen und Patienten der Akut- und Übergangspflege, welche sich im Anschluss an einen Spitalaufenthalt als notwendig erweisen und die im Spital ärztlich angeordnet werden. ³ Bei Personen, die eine Hilflosenentschädigung der Alters- und Hinterlassenenversicherung, der Invalidenversicherung oder der Unfallversicherung wegen mittlerer oder schwerer Hilflosigkeit erhalten, gilt der ärztliche Auftrag oder die ärztliche Anordnung bezogen auf Leistungen infolge des die Hilflosigkeit verursachenden Gesundheitszustandes unbefristet. Wird die Hilflosenentschädigung einer Revision unterzogen, so ist deren Resultat vom Versicherten dem Versicherer bekannt zu geben. Im Anschluss an eine derartige Revision ist der ärztliche Auftrag oder ärztliche Anordnung zu erneuern. ⁴ Aufträge oder Anordnungen nach Absatz 2 Buchstabe a [...] können verlängert werden.
Art. 8a Bedarfsermittlung ¹ Die Bedarfsermittlung zur Umsetzung des ärztlichen Auftrages oder ärztlichen Anordnung erfolgt:	Art. 8a Bedarfsermittlung ¹ Die Bedarfsermittlung zur Umsetzung des ärztlichen Auftrages oder ärztlichen Anordnung erfolgt:

a. für Leistungen nach Artikel 7 Absatz 2 Buchstabe a und c: durch eine Pflegefachfrau oder einen Pflegefachmann (Art. 49 KVV) in Zusammenarbeit mit der Patientin oder dem Patienten oder deren Angehörigen; die Ermittlung ist dem behandelnden Arzt zur Information weiterzugeben; b. für Leistungen nach Artikel 7 Absatz 2 Buchstabe b oder bei Akut- und Übergangspflege: durch eine Pflegefachfrau oder einen Pflegefachmann (Art. 49 KVV) in Zusammenarbeit mit dem behandelnden Arzt sowie der Patientin oder dem Patienten oder deren Angehörigen. ² Die Bedarfsermittlung umfasst die Beurteilung der Gesamtsituation des Patienten oder der Patientin sowie die Abklärung des Umfeldes. ³ Die Bedarfsermittlung erfolgt aufgrund einheitlicher Kriterien. Ihr Ergebnis wird auf einem einheitlichen Formular festgehalten. Dort ist insbesondere der voraussichtliche Zeitaufwand anzugeben. Die Leistungserbringer und die Versicherer sorgen für die einheitliche Ausgestaltung des Formulars. ⁴ Der Versicherer kann verlangen, dass ihm diejenigen Elemente der Bedarfsermittlung mitgeteilt werden, welche die Leistungen nach Artikel 7 Absatz 2 betreffen. ⁵ Bei einer Verlängerung oder einer Erneuerung eines ärztlichen Auftrages oder einer neuen ärztlichen Anordnung muss eine Bedarfsermittlung nach Absatz 1 erfolgen.	für Leistungen nach Artikel 7 Absatz 2 [...] durch eine Pflegefachfrau oder einen Pflegefachmann (Art. 49 KVV) in Zusammenarbeit mit der Patientin oder dem Patienten oder deren Angehörigen; die Ermittlung ist dem behandelnden Arzt zur Information weiterzugeben. [...] ² Die Bedarfsermittlung umfasst die Beurteilung der Gesamtsituation des Patienten oder der Patientin sowie die Abklärung des Umfeldes. ³ Die Bedarfsermittlung erfolgt aufgrund einheitlicher Kriterien. Ihr Ergebnis wird auf einem einheitlichen Formular festgehalten. Dort ist insbesondere der voraussichtliche Zeitaufwand anzugeben. Die Leistungserbringer und die Versicherer sorgen für die einheitliche Ausgestaltung des Formulars. ⁴ Der Versicherer kann verlangen, dass ihm diejenigen Elemente der Bedarfsermittlung mitgeteilt werden, welche die Leistungen nach Artikel 7 Absatz 2 betreffen. ⁵ Bei einer Verlängerung oder einer Erneuerung eines ärztlichen Auftrages oder einer neuen ärztlichen Anordnung muss eine Bedarfsermittlung nach Absatz 1 erfolgen.
Art. 8b Bedarfsermittlung in Pflegeheimen ¹ Das für die Bedarfsermittlung in Pflegeheimen verwendete Instrument muss zwischen Pflegeleistungen nach Art. 33 Buchstabe b KVV und anderen Leistungen unterscheiden. ² Bei der Bedarfsermittlung muss der ausgewiesene zu erbringende Pflegebedarf im Durchschnitt den tatsächlich erbrachten Pflegeleistungen in Minuten entsprechen. Die tatsächlich erbrachten Pflegeleistungen müssen im Durchschnitt pro ausgewiesene Pflegebedarfsstufe innerhalb des in den 12 Bedarfsstufen nach Artikel 7a Absatz 3 festgelegten Minutenbereichs liegen. Das für die Bedarfsermittlung in Pflegeheimen verwendete	Art. 8b Bedarfsermittlung in Pflegeheimen ¹ Die Bedarfsermittlung in Pflegeheimen erfolgt schweizweit einheitlich mittels eines Instruments auf Grundlage eines Leistungskatalogs. ² Die Funktionsweise des Instruments ist transparent und es besteht eine öffentlich zugängliche Dokumentation. ³ Das für die Bedarfsermittlung in Pflegeheimen verwendete Instrument unterscheidet zwischen Pflegeleistungen nach Art. 33 Buchstabe b KVV und anderen Leistungen. ⁴ Die Leistungserbringer nach Artikel 7 Absatz 1 und die Versicherer erstellen gemeinsam einen Leistungskatalog welcher die konkreten, Pflege-

Instrument muss die Varianz der tatsächlich erbrachten Pflegeleistungen gegenüber dem ausgewiesenen Pflegebedarf für jede Bedarfsstufe ausweisen. ³ Das für die Bedarfsermittlung in Pflegeheimen verwendete Instrument muss sich für die Bestimmungen der zu erbringenden Pflegeleistungen auf in der Schweiz durchgeführte, für die Gesamtheit der Patientinnen und Patienten von Pflegeheimen repräsentative Zeitstudien stützen, welche die tatsächlich erbrachten Pflegeleistungen aufzeigen. Die von den Zeitstudien angewendete Methode muss wissenschaftlich anerkannt und geeignet sein, eine Unterscheidung von Pflegeleistungen und andere Leistungen vorzunehmen. ⁴ Das für die Bedarfsermittlung in Pflegeheimen verwendete Instrument muss die Ermittlung von Daten zu medizinischen Qualitätsindikatoren mittels Routinedaten (Art. 59a Abs. 1 Bst. f KVG) ermöglichen.	leistungen nach Art. 33 Buchstabe b KVV ausweist. Der Leistungskatalog ist dem Departement des Innern zur Genehmigung vorzulegen. ⁵ Das für die Bedarfsermittlung in Pflegeheimen verwendete Instrument muss die Ermittlung von Daten zu medizinischen Qualitätsindikatoren mittels Routinedaten (Art. 59a Abs. 1 Bst. f KVG) ermöglichen.
Art. 8c Kontroll- und Schlichtungsverfahren ¹ Die Leistungserbringer nach Artikel 7 Absatz 1 und die Versicherer vereinbaren Kontroll- und Schlichtungsverfahren. ² Im vertragslosen Zustand setzt die Kantonsregierung nach Anhören der Beteiligten das Kontroll- und Schlichtungsverfahren fest. ³ Das Kontrollverfahren dient der Überprüfung der Bedarfsermittlung sowie der Kontrolle der Zweckmässigkeit und der Wirtschaftlichkeit der Leistungen. ⁴ Werden für Pflegeleistungen, die von Leistungserbringern nach Artikel 7 Absatz 1 Buchstaben a und b erbracht werden, voraussichtlich mehr als 60 Stunden pro Quartal benötigt, so kann die Bedarfsermittlung vom Vertrauensarzt oder von der Vertrauensärztin (Art. 57 KVG) überprüft werden. Werden voraussichtlich weniger als 60 Stunden pro Quartal benötigt, so führt der Vertrauensarzt oder die Vertrauensärztin systematische Stichproben durch.	Artikel streichen

AS/GM/AJ, 27.9.2018



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 an:
abeteiligung-leistung@bag.admin.ch
Bundesamt für Gesundheit
3003 Bern

Für Rückfragen:
Dr. Christoph Kilchenmann
Direktwahl: +41 32 625 4298
Christoph.Kilchenmann@santesuisse.ch

Solothurn, 24. Oktober 2018

Änderung der Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung); Stellungnahme santésuisse

Sehr geehrter Herr Bundespräsident
Sehr geehrte Damen und Herren

Wir bedanken uns für die Möglichkeit, zur Änderung der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) im Bereich der Pflegebeiträge und der Pflegebedarfsermittlung Stellung nehmen zu können.

santésuisse lehnt den vorliegenden Vorschlag der Anpassung der KLV ab. Nachfolgend werden die Gründe für die ablehnende Haltung von santésuisse zusammenfassend erläutert.

1. Kostenneutralität der Pflegebeiträge

Die Gesetzesänderung ist am 1. Januar 2011 in Kraft getreten und die Übergangsbestimmungen sind Ende 2013 ausgelaufen. Die Daten zur Überprüfung der Beitragssätze liegen nun schon seit geraumer Zeit vor. Wir sehen keinen Grund, weshalb die Beitragssätze acht Jahre nach Einführung der Pflegefinanzierung noch angepasst werden sollen, zumal dies bei Versicherern, Leistungserbringern, Patienten und Gemeinwesen unnötige finanzielle Unsicherheit generiert und zu einer erschwerten Planbarkeit führt. Auch sachliche Gründe sprechen gegen eine neue Kalibrierung der Beiträge.

Die Krankenversicherung hat im Jahr 2014 mehr für die Pflege bezahlt als im Jahr 2010, wie den Daten im Kommentar zur Änderung zu entnehmen ist: Die massgeblichen Beiträge der Krankenversicherung gemäss Art. 25a KVG lagen im Jahr 2014 gemäss Kommentar mit 2'556.76 Mio. Franken um 140.58 Mio. Franken oder 5.8 Prozent über den Ausgaben im Jahr 2010 von 2'416.18 Mio. Franken. Aus diesem Grund ist überhaupt nicht nachzuvollziehen, warum die Beträge derart angepasst werden sollen, dass sie zu einer Mehrbelastung der Krankenversicherung führen. Wenn das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) Anlass für eine Anpassung der Beiträge sieht, um dem Gebot der Kostenneutralität gemäss der Übergangsbestimmung zur KVG-Änderung vom 13. Juni 2008 zu entsprechen, so müssten die Beiträge konsequenterweise um durchschnittlich 5.8 Prozent gesenkt werden.

Das EDI begründet die vorgesehene Anpassung der Beiträge damit, dass zwischen 2011 und 2014 die geleisteten Beiträge pro Pflegetag an die Pflegeheime gesunken und die Beiträge pro Stunde an die Pflege zu Hause gestiegen seien. Diese Optik widerspricht aber der Übergangsbestimmung, die vorsieht, die *Summe* der Vergütungen mit dem Stand von 2010 zu vergleichen. Von einer Bereinigung um die Pflegetage respektive die Pflegestunden ist im Gesetzestext nicht die Rede. Der Gesetzgeber äussert sich hier unmissverständlich. Er wollte vermeiden, dass eine Mengenausweitung bereits in der Übergangsphase zu einer Mehrbelastung der Krankenversicherung führt. Die Voten der Kommissionssprecherinnen in den Ratsdebatten stützen die wörtliche Auslegung der Übergangsbestimmung: Ständerätin Erika Forster erläuterte den Entwurf im Ständerat am 19. September 2006 gemäss Protokoll dahingehend, dass das «Finanzierungsvolumen der Krankenversicherung von rund zwei Milliarden Franken in etwa beizubehalten» sei. Analog die Erläuterungen der Vorlage von Nationalrätin Ruth Humbel am 21. Juni 2007 im Nationalrat: «Mit einer Übergangsbestimmung will der Ständerat Kostenneutralität garantieren, das heisst, dass die Einführung der neuen Pflegefinanzierung kostenneutral erfolgt und die derzeit rund 2 Milliarden Franken betragenden Pflegekosten nicht ansteigen sollen.»

Das vom EDI gewählte Vorgehen mag bei der Festlegung der Beiträge *ex ante* seine Berechtigung gehabt haben, musste doch damals basierend auf den verfügbaren Daten des Jahres 2007 eine Schätzung der effektiven Ausgaben auf das Basisjahr gemacht werden, wobei auch die erwartete Mengenausweitung *bis 2010* zu berücksichtigen war. Für die Überprüfung der Kostenneutralität *ex post* ist das Verfahren aber sachlich nicht gerechtfertigt und widerspricht dem eindeutigen Willen des Gesetzgebers.

Richtigerweise ist im Kommentar festgehalten, dass beim Ansatz der Kostenneutralität «die Finanzierungsperspektive der OKP und nicht die Kostenentwicklung für die Leistungserbringung im Vordergrund» stehen. Dies ergibt sich auch aus der Tatsache, dass mit den Beiträgen keine Vollkostendeckung vorgesehen ist. Gemäss Art. 25a Abs. 5 letzter Satz KVG sind die Kantone für die Regelung der Restfinanzierung zuständig – unabhängig davon, ob die Leistungserbringung im Pflegeheim oder zu Hause erfolgt. *santésuisse* sieht daher keinen Nutzen, die Beitragssätze für ambulante Pflege zu senken und diese gleichzeitig für die stationäre Pflege zu erhöhen, denn für die Krankenversicherung wie auch für den Restfinanzierer ist ausschliesslich der Saldo massgebend.

Basierend auf der Feststellung im Kommentar, dass die Summe der Vergütung der Krankenversicherung im Übergang zur Neuordnung der Pflegefinanzierung um 5.8 Prozent gestiegen ist, widerspricht eine Erhöhung der Beitragssätze in Art. 7a KLV dem Grundsatz der Kostenneutralität gemäss KVG. Wenn schon, müssten die Beitragssätze gesenkt werden. Eine Erhöhung der Sätze könnte namentlich dann ins Auge gefasst werden, wenn das allgemeine Preisniveau, gemessen am Landesindex der Konsumentenpreise, 5.8 Prozent über dem Indexstand vom Januar 2011 läge. Effektiv sind aber die Preise seit 2011 stabil geblieben.

Aus den genannten Gründen lehnt *santésuisse* insbesondere die vorgesehene Erhöhung der Beitragssätze in Art. 7a Abs. 3 KLV entschieden ab.

2. Bedarfsermittlung und Mindestanforderungen an Pflegebedarfsermittlungssysteme

Die vorgelegten erweiterten Kompetenzen des Pflegepersonals bergen die Gefahr der Mengenausweitung. Nachdem das Parlament die Parlamentarische Initiative Joder (11.418 «Gesetzliche Anerkennung der Verantwortung der Pflege») aus diesen Gründen abgelehnt hat, erachten wir es als nicht opportun, das Anliegen auf der Ebene einer Verordnungsanpassung quasi durch die Hintertür und am Parlament vorbei umzusetzen.

Nachdem der Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner eine Volksinitiative lanciert hat, wird sich nun auch die Schweizer Bevölkerung dazu äussern können,

ob die Kompetenzen des Pflegepersonals gestärkt werden sollen oder nicht. Der Bundesrat hat sich an seiner Sitzung vom 9. März 2018 für die Ablehnung der Volksinitiative «Für eine starke Pflege (Pflegeinitiative)» ausgesprochen. Diesen Entscheid begrüßen wir. *santésuisse* lehnt es aber ab, zentrale Elemente der Initiative auf dem Verordnungsweg einzuführen, bevor das Parlament und das Stimmvolk Gelegenheit hatten, sich dazu zu äussern.

Nachfolgend unsere Bemerkungen zu den einzelnen vorgesehenen Änderungen:

Art. 7 Abs. 2 Bst. a Ziff. 1 KLV Umschreibung des Leistungsbereichs

Die Zusammenarbeit des Pflegepersonals mit Arzt und Patient ist wichtig und ist daher nicht aus der Umschreibung des Leistungsbereichs zu streichen. Es braucht in jedem Fall eine Abstimmung bei der Ermittlung des Pflegebedarfs mit dem Arzt, da sonst eine Mengenausweitung zu befürchten ist.

Art. 8 KLV Ärztlicher Auftrag, ärztliche Anordnung

santésuisse lehnt es ab, die Aufgaben des Arztes im Rahmen des ärztlichen Auftrags bzw. der ärztlichen Anordnung zu beschneiden. Die heutige Regelung hat sich bewährt. Die notwendigen Massnahmen sollten weiterhin gemeinsam zwischen Arzt und Pflege geplant werden. Eine blosser Anordnung von Pflege durch den behandelnden Arzt ohne jegliche Bestimmung des Umfangs und des Bedarfs, ist nicht nur aus medizinischer Sicht fragwürdig, sie birgt zudem ein grosses Mengenausweitungspotential. Versicherungsmodelle mit einem Hausarzt als zentrale Anlaufstelle und mit der Rolle des Koordinators sind sehr erfolgreich und können Einsparungen gegenüber unkoordinierten Modellen nachweisen. Die vorgesehene Änderung der Kompetenzen steht im Widerspruch zu diesen Erkenntnissen.

santésuisse lehnt ebenfalls die vorgesehene Verdoppelung der Gültigkeitsdauer der ärztlichen Anordnung für Leistungen gemäss Artikel 7 Absatz 2 Buchstabe b von drei auf maximal sechs Monate und für Leistungen nach Artikel 7 Absatz 2 Buchstabe a und c von sechs auf maximal zwölf Monate ab. Eine Beurteilung des Pflegebedarfs durch den Arzt ist regelmässig und zeitnah erforderlich. Generell erachtet *santésuisse* eine Angleichung der Anpassung der Gültigkeitsdauer als sinnvoller. Eine grosse zeitliche Differenz birgt Missbrauchspotenzial und verursacht sowohl bei den Leistungserbringern als auch bei den Versicherern erhöhten Aufwand, da für denselben Patienten unter Umständen zwei unterschiedliche Verordnungen erstellt und kontrolliert werden müssen.

Art. 8a KLV Bedarfsermittlung

santésuisse lehnt eine alleinige Bedarfsermittlung durch eine Pflegefachperson gemäss Artikel 49 KVV für Leistungen nach Artikel 7 Absatz 2 Buchstabe a ab. Es braucht eine Abstimmung mit dem behandelnden Arzt, wobei der Arzt die entsprechende Verordnung ausstellt.

Sollte trotzdem an der Neuformulierung festgehalten werden, müsste die Abstimmung mit dem Arzt im Artikel zwingend genannt werden:

Artikel 8a Absatz 1 Buchstabe a:

... für Leistungen nach Artikel 7 Absatz 2 Buchstabe a und b; durch eine Pflegefachfrau oder einen Pflegefachmann (Art. 49 KVV) in Zusammenarbeit mit der Patientin oder dem Patienten oder deren Angehörigen *und in Abstimmung mit dem behandelnden Arzt oder der behandelnden Ärztin*;

Eine blosser Information des Arztes erachtet *santésuisse* als unzureichend.

Art. 8b KLV Bedarfsermittlung in Pflegeheimen

santésuisse erachtet den neuen Artikel 8b als überflüssig und lehnt ihn in dieser Form ab. Zielführender wäre es, wenn der Bundesrat *ein* anzuwendendes Bedarfsermittlungsinstrument vorgäbe.

Der Ansatz, wonach im Rahmen einer Studie die Qualität der Bedarfsermittlung erhoben wird, ist aus Sicht von santésuisse kaum realisierbar. Die bisherigen Erfahrungen mit der Kalibrierung bzw. Harmonisierung der Bedarfsermittlungssysteme haben dies deutlich gezeigt.

Für die in Abs. 3 vorgesehenen repräsentativen Zeitstudien ist weder definiert, wer für die wissenschaftliche Anerkennung und Eignung der Zeitstudie zuständig und verantwortlich ist, noch wer die ohne Zweifel hohen Kosten solcher Studien zu tragen hat. An letzteren ist u.a. auch das Projekt Harmonisierung der Bedarfsermittlungssysteme gescheitert.

Art. 8c KLV Kontroll- und Schlichtungsverfahren

Der Artikel entspricht im Wesentlichen der heutigen Formulierung von Art. 8a, wobei ein Kontroll- und Schlichtungsverfahren auch mit den Pflegeheimen vereinbart werden soll.

Sollte die KLV entgegen unserer Haltung entsprechend der aufgezeigten Änderungen angepasst werden, sind wir im Sinne einer logischen Konsequenz mit einer Ausdehnung des Kontroll- und Schlichtungsverfahrens auf die Pflegeheime einverstanden.

3. Kostenfolgen

santésuisse lehnt die vorgeschlagene Änderung der KLV auch unter dem Aspekt der Kostenfolgen für die Krankenversicherung integral ab. Allein die Anpassung der Beitragssätze in Art. 7a KLV würde die Krankenversicherung um nahezu 100 Millionen Franken zusätzlich belasten.

Die Ausweitung der Kompetenz der Pflegefachpersonen, die ihnen die selbständige Bestimmung des Pflegebedarfs erlaubt, wird ebenfalls hohe Kosten nach sich ziehen. Diese kostensteigernden Massnahmen stehen in klarem Widerspruch zur Absicht des Bundesrats, die Kostensteigerung in der Grundversicherung nachhaltig einzudämmen.

Wir ersuchen Sie, sehr geehrter Herr Bundespräsident, unsere Argumente in Ihre Entscheidungsfindung einzubeziehen, und auf die vorgelegte Änderung der KLV gänzlich zu verzichten.

Freundliche Grüsse

santésuisse

Direktion



Verena Nold
Direktorin santésuisse

Abteilung Grundlagen



Dr. Christoph Kilchenmann
Leiter Abteilung Grundlagen

Département fédéral de l'intérieur (DFI)
Inselgasse 1
3003 Berne

Berne, 29 octobre 2018 / nb
VL modification OPAS

Par e-mail: abteilung-leistung@bag.admin.ch
gever@bag.admin.ch

Modification de l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS) (neutralité des coûts, évaluation des soins requis)
Prise de position du PLR.Les Libéraux-Radicaux

Madame, Monsieur,

Nous vous remercions de nous avoir donné la possibilité de nous exprimer dans le cadre de la consultation de l'objet mentionné ci-dessus. Vous trouverez ci-dessous notre position.

PLR. Les Libéraux-Radicaux accepte cette proposition de modification de l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins.

Neutralité des coûts concernant les contributions aux soins

La modification proposée des contributions aux soins assumées par l'AOS découle de calculs arithmétiques techniques. Le PLR ne la remet pas en question. Il espère cependant que ces montants soient désormais correctement déterminés, huit ans après l'introduction du nouveau financement des soins.

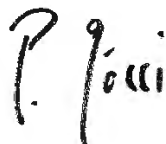
Evaluation des soins requis

L'autonomie supplémentaire qu'il est prévu d'accorder aux professionnels des soins devrait contribuer à éliminer de la bureaucratie inutile. Le rôle charnière du médecin doit cependant absolument être maintenu. Selon le Conseil fédéral, il ne sera pas permis à davantage de groupes professionnels de facturer directement leurs prestations à l'AOS. Cet aspect est fondamental. En effet, l'attribution de plus d'autonomie aux professionnels des soins ne doit en aucun cas se traduire par une hausse du volume des prestations à la charge de l'AOS.

En vous remerciant de l'attention que vous porterez à nos arguments, nous vous prions d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de nos plus cordiales salutations.

PLR.Les Libéraux-Radicaux
La Présidente

Le Secrétaire général



Petra Gössi
Conseillère nationale



Samuel Lanz

Prise de position de

Nom / entreprise / organisation / canton : Parti socialiste suisse

Abréviation de l'entr. / org. : PS

Adresse : Theaterplatz 4, 3011 Berne

Personne de référence : Jacques Tissot

Téléphone : 031 329 69 62

Courriel : jacques.tissot@spschweiz.ch

Date : 26.10.2018

Informations importantes :

1. Veuillez n'effectuer aucun changement dans le format du formulaire.
2. Si vous souhaitez supprimer certains tableaux dans le formulaire, vous avez la possibilité d'ôter la protection du texte sous « Outils/Ôter la protection ».
4. Veuillez envoyer votre prise de position par voie électronique **avant le 26 octobre 2018** aux adresses suivantes : abteilung-leistung@bag.admin.ch
gever@bag.admin.ch

Modification de l'ordonnance du DFI sur les prestations de l'assurance des soins en cas de maladie (OPAS) (neutralité des coûts, évaluation des soins requis)
Procédure de consultation du 4 juillet au 26 octobre 2018

Ordonnance du DFI sur les prestations de l'assurance des soins en cas de maladie (OPAS)

Nom / entreprise (prière d'utiliser l'abréviation indiquée à la première page)	Remarques générales
PS	Le Parti socialiste suisse (PS) a pris connaissance avec intérêt du projet de modification de l'ordonnance du Département fédéral de l'Intérieur (DFI) sur les prestations de l'assurance des soins en cas de maladie (OPAS) ainsi que du rapport d'évaluation du nouveau régime de financement des soins. Tout d'abord, le PS tient à exprimer ses critiques concernant le rapport explicatif relatif à la modification de l'OPAS, qui est difficilement compréhensible et malheureusement peu soigné. Partant, nous focaliserons nos critiques sur deux points essentiels de la révision, sans rentrer dans les détails. D'une manière générale, ledit rapport d'évaluation devrait jeter les bases des modifications soumises à l'appréciation du PS. Force est de constater que les points cruciaux de l'évaluation, à savoir le financement résiduel trop disparate, l'augmentation de la charge assumée par les personnes concernées ou encore le règlement des soins aigus et de transition, sont éludés. En outre, il est regrettable que le Conseil fédéral ne saisisse pas l'occasion de reprendre les demandes exprimées dans le cadre de l'initiative populaire fédérale « Pour des soins infirmiers forts ». La révision proposée en matière d'évaluation des soins requis laisse plutôt penser que l'on cherche à couper l'herbe sous les pieds des initié-e-s sans faire de propositions dignes de ce nom. Pour conclure ces remarques préliminaires, le PS souhaite souligner qu'il est urgent de trouver une solution au remboursement du matériel de soins. La décision du Tribunal administratif fédéral a engendré une forte insécurité juridique aussi bien pour les acteurs et actrices du domaine des soins que pour les patient-e-s. Il sied en particulier de mettre un terme à la distinction insensée selon que le matériel a été appliqué par le personnel ou qu'il a été utilisé par les bénéficiaires eux-mêmes. Adaptation des contributions aux soins de l'assurance obligatoire des soins (AOS) Sur la base d'une vérification de la neutralité des coûts, le DFI envisage d'adapter les contributions aux soins de l'AOS. Les calculs menant à ces adaptations reposent sur des hypothèses et suppositions non vérifiées, des affirmations parfois contradictoires et sont en porte-à-faux avec les résultats du rapport d'évaluation – lequel, <i>nota bene</i>, ne trouve aucune mention dans le rapport explicatif. En se basant sur ces calculs, le DFI arrive à la conclusion que la neutralité des coûts n'a pas été maintenue. Partant, il envisage de baisser la contribution de l'AOS aux soins ambulatoires de 3,6% et de relever celle aux soins stationnaires 6,7%. L'on s'étonnera du fait que certaines considérations aient été complètement ignorées dans cette décision. Le secteur

Modification de l'ordonnance du DFI sur les prestations de l'assurance des soins en cas de maladie (OPAS) (neutralité des coûts, évaluation des soins requis)

Procédure de consultation du 4 juillet au 26 octobre 2018

	des soins est en pleine mutation. Le nombre de cas complexes a augmenté et les organisations d'aide et de soins à domicile ont dû étoffer leurs offres. Il faut notamment imputer cela à l'introduction du nouveau financement hospitalier et au transfert progressif du domaine stationnaire vers l'ambulatoire. A titre d'exemple, le domaine ambulatoire comprend de plus en plus de cas relevant des soins palliatifs, des soins oncologiques ou encore des soins psychiatriques. Cette évolution accroît les exigences envers le personnel soignant et requiert les qualifications correspondantes. Ce constat est visible sur les graphiques 2 et 3 où les soins de base sont en recul par rapport aux prestations d'évaluation, de conseils et de coordination. Cette réduction nous apparaît d'autant moins compréhensible que, selon le rapport d'évaluation commandé par le Conseil fédéral, la part des coûts générés par les soins ambulatoires et financés par l'AOS a diminué de 72 à 70% entre 2011 et 2015. Les conclusions du DFI selon lesquelles la neutralité des coûts n'aurait pas été respectée sont donc surprenantes. En l'état, le PS rejette la réduction des contributions de l'AOS aux soins ambulatoires et exige, au contraire, que celles-ci soient augmentées. En effet, les motifs avancés et les bases décisionnelles du DFI ne sont point convaincants. En outre, d'un point de vue de la politique de la santé et des soins intégrés, ladite adaptation ne tient pas la route et nie les réalités du terrain ainsi que les besoins. Ainsi, il se trouve que cette révision est diamétralement opposée à une stratégie visant à promouvoir le domaine ambulatoire avant le domaine stationnaire. L'augmentation de la contribution en faveur des EMS crée un incitatif qui risque de rendre le domaine stationnaire encore plus attrayant si l'on n'augmente pas en parallèle la contribution en faveur des soins à domicile. Pour couvrir les coûts supplémentaires résultant de la mutation du secteur des soins ambulatoires, les bénéficiaires devront davantage mettre la main au portefeuille. Evaluation des soins requis La LAMal ne reflète actuellement guère le niveau de compétences qui est exigé à l'endroit du personnel soignant. Or, le métier ainsi que la formation ont beaucoup évolué. Les infirmières et les infirmiers ont des qualifications qui ne justifient pas la hiérarchisation telle qu'elle est opérée entre les médecins et le personnel infirmier. L'autonomie des infirmières et des infirmiers n'est pas reconnue au niveau du remboursement de nombre de prestations relevant du domaine des soins et qui ne devraient pas dépendre d'une prescription d'un médecin. Sur le principe, le PS apprécie le (petit) pas que fait le DFI vers le personnel soignant, mais il le juge absolument insuffisant. Malgré la légère extension des compétences des infirmières et des infirmiers au niveau de l'OPAS en matière d'évaluation des besoins des patient-e-s, la discrimination du personnel soignant au niveau de la loi persistera. En ce sens, nous partageons l'avis de l'ASI, qui maintient que cette modification de l'ordonnance ne fera que codifier la pratique. Il y a lieu de relever qu'une meilleure reconnaissance des infirmières et des infirmiers s'impose en outre du fait de la pression sur le personnel, qui s'est fortement accrue – notamment en raison du nouveau financement hospitalier –, et des conditions de travail, lesquelles ne cessent de se dégrader.		
Nom / entreprise	article	commentaires / remarques	modification proposée (texte proposé)

Abteilung-leistung@bag.admin.ch

gever@bag.admin.ch

Bern, 24. Oktober 2018

Änderung der Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)

Vernehmlassungsantwort der Schweizerischen Volkspartei (SVP)

Sehr geehrter Herr Bundesrat,
Sehr geehrte Damen und Herren,

Wir danken Ihnen für die Einladung, im Rahmen der oben genannten Vernehmlassung Stellung zu nehmen. Gerne äussern wir uns wie folgt:

Die SVP Schweiz befürwortet bei dieser Verordnung besonders zwei Vorhaben im Bereich der Pflegebedarfsermittlung: Die Vereinheitlichung der Pflegebedarfsabklärungssysteme und die den Pflegefachkräften zusätzlich erteilten Kompetenzen. Abzulehnen sind hingegen die Änderungen, welche das Mitspracherecht der Patienten beschneiden würden und den Pflegenden und Pflegeheimen höhere bürokratische Lasten aufbürden. Bei der Kostenneutralität sind die vorgeschlagenen Beitragsanpassungen bei der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nicht vereinbar mit dem übergeordneten politischen Steuerungsziel, kostendämpfende Anreize (ambulant vor stationär) zu setzen.

Die SVP Schweiz lehnt die vorgesehene Senkung der Beiträge im Bereich «ambulante Pflege» respektive die Anhebung im Bereich «Pflegeheim» ab. Diese Massnahme im Dienst der Kostenneutralität stehen im Widerspruch zur übergeordneten politischen Absicht, im Gesundheitswesen die Leistungen nach Möglichkeit im kostengünstigeren ambulanten Bereich statt stationär zu erbringen. Beispielsweise können gerade jüngere Menschen dank Pflege durch die Spitex auf einen Spitalaufenthalt verzichten oder können das Spital früher verlassen.

Begrüssenswert ist jeder Schritt in Richtung Vereinheitlichung bei den Pflegebedarfsabklärungssystemen. Die SVP befürwortet auch eine Stärkung der Kompetenzen der Pflegefachkräfte. Dieser Vertrauensbeweis fördert die Attraktivität des Berufsstandes, was zu mehr Einstiegen in und längeren Verbleibzeiten in dieser gefragten Berufsgattung führen wird. Die Pflegenden haben jedoch, zusammen mit den Ärzten in ihrer Scharnierfunktion, ihre Kompetenzen verantwortungsvoll einzusetzen, sodass es zu keiner Mengenausweitung der Pflegeleistungen kommt.

Bei Artikel 8a Absatz 2 ist der Zusatz über die Abklärung des individuellen Pflege- und Hilfsbedarfs beizubehalten, damit Patienten Pflegemassnahmen in Eigenverantwortung auch ablehnen können. Für eine Einschränkung der Selbstbestimmung der Patientinnen und Patienten gibt es keinen Grund.

Bei der Ausweitung des Kontroll- und Schlichtungsverfahrens auf die Pflegeheime sind Zweifel angebracht, ob der damit verbundene Mehraufwand in einem tragbaren Verhältnis zum Mehrnutzen steht. Die Verordnung führt diese Neuerung unter Kapitel 2.4 ohne weitere Ausführungen aus. Der Nutzen eines solchen Controllings muss konkret ausgewiesen werden.

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

SCHWEIZERISCHE VOLKSPARTEI

Parteipräsident

Stv. Generalsekretärin



Albert Rösti
Nationalrat



Silvia Bär

Département fédéral de l'intérieur DFI
M. Alain Berset
Président de la Confédération
Inselgasse 1
3003 Berne

Paudex, le 18 octobre 2018
OM/JSV/ma

Consultation relative à la modification de l'ordonnance du DFI sur les prestations de l'assurance des soins en cas de maladie (neutralité des coûts, évaluation des soins requis)

Monsieur le Président de la Confédération,

Nous avons pris connaissance de la consultation citée en titre et nous vous faisons part de nos remarques à son sujet.

I. Neutralité des coûts

Le principe de « neutralité des coûts » souligne la volonté du Conseil fédéral d'assurer une répartition du coût des soins et leur prise en charge par les caisses-maladie, les patients, les cantons et les communes, de telle sorte que ces contributions et les parts respectives des acteurs demeurent constantes.

Dans le cadre des adaptations envisagées des contributions de l'assurance obligatoire des soins (AOS) pour la rémunération des prestations de soins, il est regrettable néanmoins que celle-ci se fasse au détriment du secteur des soins ambulatoires. Evoquer le principe de neutralité des coûts et proposer un simple report des charges, ambulatoires vs stationnaires, ne fait que maintenir, voire exacerber, le schéma conflictuel entre ces deux domaines, alors même qu'il s'agirait de réfléchir pour l'avenir à l'efficacité de leur complémentarité.

En outre, la problématique du financement résiduel par les cantons et les communes ne fait l'objet d'aucune mesure concrète. Une adaptation des contributions de l'AOS n'a de sens que si les dispositions réglementant la part de financement résiduel par les cantons garantissent des critères homogènes dans l'ensemble de la Suisse. Aujourd'hui, la disparité de ce financement résiduel permet à certains cantons de ne s'acquitter que dans une mesure insuffisante de leur obligation légale. Il en résulte que les prestataires de soins stationnaires de longue durée et ambulatoires sont de plus en plus fréquemment confrontés à des coûts non couverts, qui occasionnent un report de charges inadéquat et préjudiciable à la qualité des soins octroyés.

Une réduction des coûts ambulatoires au bénéfice des assureurs ne garantit nullement une compensation de financement à charge des cantons et communes dans le domaine de l'aide et des soins à domicile.

II. Remarques

Prestations annexes

S'agissant des prestations annexes, lors de l'établissement du calcul dans le cadre du nouveau régime de financement des contributions de l'AOS aux soins, il n'a pas été tenu compte pour les EMS des moyens et appareils LiMA. Les deux arrêts du Tribunal administratif fédéral, rendus le 1er septembre 2017 et le 7 novembre 2017 dans les cantons de Bâle-Ville et Thurgovie, ont conclu que ce matériel LiMA utilisé en EMS dans le cadre des soins ne pouvait être facturé en sus des douze forfaits soins prévus dans l'OPAS. Le manque flagrant de données transparentes concernant la facturation de ces prestations annexes nous oblige à émettre toutes réserves quant au calcul de l'augmentation des contributions aux soins stationnaires et au facteur de correction envisagé.

Soins aigus et de transition (SAT)

Les adaptations envisagées omettent toutes les mesures en faveur des SAT, redéfinis en 2011 dans le cadre du nouveau régime de financement des soins.

Nous sommes d'avis qu'une conception efficace de ces soins, qui assurent une prise en charge des patients après leur sortie de l'hôpital, permet d'atténuer les coûts du système, de favoriser la récupération de l'autonomie au quotidien et le retour au domicile.

Contrairement à la durée limitée de prescription proposée (deux semaines), insuffisante du point de vue médical et des soins, celle-ci devrait pouvoir s'inscrire sur une période de quatre semaines, permettant un retour efficient à domicile pour plus de deux tiers des patients. Ces soins aigus de transition pourraient également, en fonction des besoins et sur prescription médicale, être prolongés.

Instruments de saisie des besoins en soins

A ce jour, les établissements médico-sociaux suisses utilisent les systèmes BESA, RAI-RUG et Plaisir pour saisir le besoin en soins que requièrent leurs résidents.

Cette multiplicité des instruments utilisés affecte la détermination du nombre de minutes requises pour les soins, et peut entraîner des évaluations différentes pour la situation d'un seul et même patient. Ces choix d'outil sont toutefois de la prérogative des cantons. Plutôt qu'une uniformisation des systèmes, la définition d'exigences minimales à appliquer aux systèmes, telle qu'envisagée par le Conseil fédéral, nous semble pertinente. A contrario, le choix d'un seul système entraînerait une situation de monopole, non souhaitable, qui impliquerait en sus pour les usagers des autres systèmes d'importants investissements financiers, en termes d'organisation, de temps et de formation.

Autonomie des infirmiers/infirmières

Tenant compte de l'accroissement des besoins en soins et en accompagnements, et en tout particulier des soins de longue durée dans les établissements médico-sociaux, il est impératif de renforcer les compétences des infirmiers/infirmières, ce qui est susceptible également d'améliorer l'attractivité de cette profession. Les compétences du personnel médical, et en particulier du personnel infirmier, doivent être davantage utilisées dans le futur.

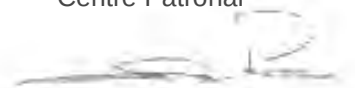
Cette responsabilisation doit néanmoins s'articuler, comme le proposent les modifications de l'ordonnance, en étroite supervision médicale. Dans ce sens, la nouvelle rédaction envisagée permet d'assurer le cadre de prescription médicale et les conditions requises pour l'évaluation des soins requis.

III. Conclusion

En conclusion, sous réserve de la prise en compte des remarques formulées ci-dessus, nous pouvons soutenir les modifications proposées.

En vous remerciant de l'attention que vous porterez à ces quelques lignes, nous vous prions de recevoir, Monsieur le Président de la Confédération, l'expression de notre haute considération.

Centre Patronal

A handwritten signature in dark ink, appearing to be 'Olivier Mottier', written over a light blue horizontal line.

Olivier Mottier

Eidgenössisches Departement des Innern
3003 Bern

abteilung-leistng@bag.admin.ch
gever@bag.admin.ch

Bern, 25. Oktober 2018

Vernehmlassung zur Änderung der Verordnung des EDI über Leistungen in der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)

Sehr geehrter Herr Bundespräsident

Besten Dank für die Einladung zur oben erwähnten Vernehmlassung. Im Folgenden nehmen wir, nach einigen grundsätzlichen Überlegungen, separat zu den beiden durch die vorgeschlagenen Änderungen betroffenen Bereichen Stellung.

Grundsätzliche Überlegungen

Prinzipiell gilt es für den SGB festzuhalten – dies kann nicht genug wiederholt werden –, dass die aktuelle Finanzierung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung in der Schweiz höchst unsolidarisch und sozial immer weniger tragbar ist. Im Unterschied zu fast allen westeuropäischen Ländern, finanziert die Schweiz ihre Grundversicherung über Kopfpauschalen, anstatt über einkommensabhängige Lohnbeiträge oder Steuermittel. Die Nettobelastung der Versicherten (d.h. Prämie minus Prämienverbilligung) hat dabei seit der Einführung des KVG stark zugenommen und liegt heute für viele Haushalte mit tiefen und mittleren Einkommen bei mehr als dem Doppelten der vom Bundesrat ursprünglich definierten "Schmerzgrenze" von 8% des steuerbaren Einkommens.

So lange das Finanzierungssystem der Grundversicherung nicht grundlegend verändert wird, ist daher das im Rahmen der Neuen Pflegefinanzierung festgelegte Prinzip der Kostenneutralität der OKP-Beiträge im Grundsatz richtig. Innerhalb der unterschiedlichen Leistungsbereiche sowie allgemein im Zeitverlauf muss diese Kostenneutralität allerdings sinnvoll und verlässlich definiert werden (siehe weiter unten).

Abgesehen von der Beitragsfinanzierung, gibt es in der OECD kein anderes Land, wo die Versicherten zusätzlich einen grösseren Teil ihres Haushaltsbudgets für die direkte Bezahlung von Gesundheitsleistungen aufwenden müssen. Zu diesen privaten Gesundheitskosten gehört die Patientenbeteiligung in der Langzeitpflege. Letztere hat sich in den vergangenen Jahren leider nicht kostenneutral entwickelt: Der gemeinsam mit dieser Vernehmlassung publizierte Evaluationsbericht zur Neuen Pflegefinanzierung (NPF) kommt zum Schluss, dass die Einführung der NPF bei den Pflegebedürftigen zu Hause tendenziell zu einer finanziellen Mehrbelastung geführt hat. Für Personen mit kleinen Renten ist dies ein grosses Problem, sie werden dadurch umso mehr von Ergänzungsleistungen abhängig.

Bezüglich der Ergänzungsleistungen kommt derselbe Bericht aber zum Schluss, dass die Erhöhung der Vermögensfreibeträge ein wesentliches Element war, um die Sozialziele der Neuen Pflegefinanzierung zu erreichen. Der SGB teilt diese Analyse und wehrt sich umso entschiedener gegen die im Rahmen der EL-Revision drohende Senkung ebendieser Vermögensfreibeträge. Diese sind allerdings nur eines der vielen Elemente, welche die wechselseitige Abhängigkeit der verschiedenen Finanzierungsquellen, bzw. allgemein die Komplexität des Systems der Langzeitpflege in der Schweiz charakterisieren. Umso mehr sind ganzheitliche Lösungen gefragt, die ein Altern in Würde auch bei Pflegebedürftigkeit langfristig für alle sicherstellen. Der lange erwartete Evaluationsbericht zur NPF ist ein Element dieser gesamtheitlichen Betrachtung, auch wenn er für viele – auch für den SGB – die diesbezüglich gesetzten Erwartungen nicht erfüllt hat. Noch weniger werden diese Erwartungen allerdings durch die daraus abgeleitete KLV-Revision erfüllt. Diese geht im Gegenteil kaum auf den umfassenden Evaluationsbericht ein (er wird gar mit keinem Wort erwähnt) und stützt sich teilweise sogar auf Annahmen, die der Evaluation widersprechen.

Kostenneutralität der OKP-Pflegebeiträge

Das Bundesamt für Gesundheit kommt in seinen Berechnungen zum Schluss, dass die gesetzlich vorgesehene Kostenneutralität für die OKP in den beiden Bereichen der Langzeitpflege nicht eingehalten worden sei. Deshalb müsse nun die Höhe der damals (2010) festgesetzten Beiträge für die Pflegeheime nach oben und für die Krankenpflege zu Hause nach unten angepasst werden. Die diesen Berechnungen zugrundeliegenden Annahmen sind allerdings nicht alle nachvollziehbar und viele zielen an der sich verändernden Realität in der Langzeitpflege vorbei.

Zunächst muss die Darlegung des NPF-Evaluationsberichts festgehalten werden, wonach sich die Spitex-Kostenzahlen zwischen 2010 und 2014 aufgrund eines Bruchs in der Statistik nicht direkt vergleichen lassen. Genau dies wird jedoch von dieser Vorlage bei der Ermittlung der Kostenneutralität ausgeblendet: Weil die Einnahmen pro ambulante Pflegestunde für die Leistungserbringer während der untersuchten vier Jahre gestiegen sind, müsse die OKP-Beteiligung entsprechend abnehmen (-3.6%).

Auch wenn man nun vom Problem der mangelnden Datenvergleichbarkeit absieht, bleiben bei der gemachten Berechnung entscheidende Tatsachen unberücksichtigt. So basiert diese auf der Annahme, dass die Pflegebedürftigkeit der PatientInnen in der Periode 2010-2014 konstant geblieben ist, obwohl sich nur schon die Leistungsstruktur in der ambulanten Pflege während der letzten Jahre kontinuierlich verändert hat. Wie der Erläuternde Bericht selbst aufzeigt, hat der Anteil der (günstigeren) Leistungen für Grundpflege kontinuierlich abgenommen, während die Leistungen im Bereich der Untersuchung und Behandlung sowie der Abklärung und Beratung deutlich zugenommen haben. Parallel dazu hat die Komplexität – und eben auch die Pflegeintensität – der ambulanten Pflegeangebote zugenommen. So werden von den Leistungserbringern heute zusätzliche Angebote beispielsweise in der Psychiatrie- und Onkologiepflege gefordert, was nicht ohne Personal mit Zusatzausbildung und spezielle Hilfsmittel geht. Die im Erläuternden Bericht gemachte Berechnung der Kostenneutralität vergleicht damit sprichwörtlich Äpfel mit Birnen.

Im Rahmen der auf unterschiedlichen Ebenen von Bund und Kantonen verfolgte Strategie "ambulant vor stationär" ist die vorgeschlagene Senkung der OKP-Beiträge für die Spitex zudem ganz grundsätzlich ein falsches Signal. Bereits mit der Einführung der Neuen Spitalfinanzierung (Fallpauschalen) wurde bewusst auf eine stärkere Rolle der ambulanten (Nach-)Behandlung gesetzt, welche heute teilweise auch von den Spitex-Organisationen wahrgenommen wird. Diese Rolle gewinnt nun durch die eingeführten Listen ambulant durchzuführender Eingriffe zusätzlich an Gewicht, und damit steigt die Komplexität in der ambulanten Pflege weiter. Auch in der Langzeitpflege

selbst folgen viele Kantone seit Jahren dem Grundsatz "ambulant vor stationär": Unnötige und teure Heimeintritte bei tiefer Pflegebedürftigkeit sollen verhindert und die entsprechenden Leistungen durch Pflege zu Hause erbracht werden.¹

Unabhängig von den gesetzlich festgelegten OKP-Beiträgen, stellt sich in der Langzeitpflege aktuell das durch zwei Urteile des Bundesverwaltungsgerichts hervorgerufene Problem der Kostenübernahme für das Pflegematerial. Die Leistungserbringer der Langzeitpflege müssen diese Materialien nun vorderhand vollumfänglich selbst übernehmen, obwohl ihnen dafür per Definition die Mittel fehlen. Im Rahmen dieser KLV-Revision sollte daher explizit aufgenommen werden, dass das Pflegematerial der OKP in Rechnung gestellt werden kann (und somit auch die unsinnige Unterscheidung zwischen Selbst- und Fremdanwendung aufgehoben wird). Damit würden keine zusätzlichen Kosten auf die Grundversicherung abgewälzt, sondern es würde lediglich die bis vor Kurzem gut funktionierende Praxis rechtlich verbindlich festgeschrieben.

Zusammenfassend: Der SGB lehnt die Senkung der OKP-Beiträge an die ambulante Pflege ab, sieht aber im aktuellen Finanzierungsmodell auch die Erhöhung der Beiträge an die Pflegeheime kritisch. Umso vordringlicher ist es, dass die öffentliche Hand – inkl. Bund – die Finanzierungslücke in beiden Bereichen der Langzeitpflege effektiv und langfristig schliesst. Im Bereich der Pflegeheime hat dies zuletzt mit seinem Urteil zur Restfinanzierung (9C_446/2017) auch das Bundesgericht explizit gefordert. Eine rasche Lösung braucht es zudem für die Finanzierung des Pflegematerials, welches – wie bis vor Kurzem üblich – von der OKP übernommen werden soll.

Bedarfsermittlung und Mindestanforderungen an das Pflegebedarfsermittlungssystem²

Der SGB teilt die Sicht des SBK, dass die vorgeschlagenen Änderungen im Bereich der Bedarfsermittlung³ sehr den Anschein machen, sie seien dazu da, die berechtigten Forderungen der vom SBK im letzten Herbst eingereichten Pflegeinitiative zu entkräften. Von der Verfassungsebene (Ablehnung der Initiative durch den Bundesrat) verschiebte sich der Fokus dabei zuerst auf die Gesetzesebene (Ablehnung eines indirekten Gegenvorschlags durch den Bundesrat) und nun, mit der jetzigen Vernehmlassung, auf die Verordnungsebene. Entsprechend wenig Spielraum besteht auf dieser Ebene für eine effektive und nachhaltige Stärkung der Arbeitsbedingungen des Pflegepersonals.

Die Arbeitsbedingungen haben sich in der Pflege insbesondere seit der Einführung der Neuen Spitalfinanzierung deutlich verschlechtert. Was die Löhne betrifft, so hält es auch der Erläuternde Bericht fest, war die Periode zwischen 2010 und 2016 für das Pflegepersonal eine einzige grosse Nullrunde, während die Pflegefachpersonen sogar deutliche Einbussen hinnehmen mussten (nominaler Lohnrückgang von 1.8%). Die Belastung am Arbeitsplatz hat aber keineswegs abgenommen, im Gegenteil: die Personalknappheit wächst vielerorts, während die Komplexität der Fälle und die Intensität der Arbeit zunehmen. Aufgrund der demografischen Entwicklung wird dabei der reale Bedarf an zusätzlichem Pflegepersonal auf absehbare Zeit weiter steigen. Es ist deshalb dringend

¹ Wie der Evaluationsbericht aufzeigt, werden diese Bestrebungen von vielen Kantonen im ambulanten Bereich auch durch eine Patientenbeteiligung gefördert, die deutlich unter dem maximal zulässigen Ansatz liegt.

² Zu den Verordnungsanpassungen bezüglich der Pflegebedarfsermittlungssysteme sowie der maximalen Dauer der ärztlichen Anordnung für die unterschiedlichen Leistungsbereiche nimmt der SGB nicht Stellung.

³ Es ergründet sich uns dabei nicht, wieso der Begriff der "Bedarfsabklärung" durch jenen der "Bedarfsermittlung" ersetzt worden ist. Der Bericht bleibt dazu jegliche Erläuterung schuldig, woraus sich schliessen lassen kann, dass eine Begriffsänderung unnötig ist und daher auf sie verzichtet werden sollte.

an der Zeit, die Arbeitsbedingungen und damit die Attraktivität der Pflegeberufe wesentlich zu stärken. Das muss von einer angemessenen Entlohnung über vernünftige Arbeitszeiten bis hin zu einem Ausbau der Kompetenzen gehen.

Die vorgeschlagene Verordnungsänderung beschränkt sich dabei auf einen kleinen Bereich, namentlich die Erweiterung der Kompetenzen des Pflegefachpersonals im Bereich der Bedarfsabklärung. Dieser Ausbau auf Verordnungsebene ist prinzipiell zu unterstützen, nur ändert er nichts an der grundsätzlichen Situation, dass die Pflegefachpersonen auf gesetzlicher Ebene in der Grundversicherung nicht für die (teil-)eigenständige Leistungserbringung anerkannt sind. Auch wird die Kompetenzverteilung zwischen ÄrztInnen und Pflegefachpersonen durch die vorgeschlagene Änderung nicht wesentlich vereinfacht. Neu könnten gewisse Pflegeleistungen aufgrund einer ärztlichen Anordnung zwar in Eigenverantwortung (d.h. ohne ärztliche Bestätigung im Nachgang der Bedarfsabklärung) erbracht werden. Wenn allerdings diese Bedarfsabklärung beispielsweise ergibt, dass zusätzlich zu Behandlungsmassnahmen auch Massnahmen der Grundpflege nötig sind, braucht es dennoch eine Rücksprache mit der verschreibenden Ärztin / dem verschreibenden Arzt.

Die vorgeschlagene Einschränkung der Bedarfsabklärung auf Pflegefachpersonen gemäss Art. 49 KVV lehnt der SGB jedoch ab. Bei einem bereits bestehenden und sich in Zukunft noch verschärfenden Pflegepersonal- und Fachkräftemangel ist es völlig unangebracht, von den gut ausgebildeten angestellten Pflegefachpersonen neu zusätzlich den Nachweis einer zweijährigen praktischen Tätigkeit zu verlangen.

Zusammenfassend: Die Arbeitsbedingungen müssen in der Pflege auf allen Stufen umfassend gestärkt werden. Der Ausbau der Kompetenzen der Pflegefachpersonen ist dabei nur ein Element. So wie durch die Verordnungsänderung vorgeschlagen, ist er zwar zu befürworten (mit Ausnahme der neuen Bedingung der zweijährigen praktischen Tätigkeit), er bleibt aber dennoch ungenügend. Politisch bietet sich die nächste Gelegenheit zur umfassenden Stärkung der Arbeitsbedingungen des Pflegepersonals mit der kommenden parlamentarischen Behandlung der Pflegeinitiative des SBK.

Wir danken herzlich für die Zusammenarbeit und hoffen auf die Berücksichtigung unserer Stellungnahme.

Freundliche Grüsse

SCHWEIZERISCHER GEWERKSCHAFTSBUND



Paul Rechsteiner
Präsident



Reto Wyss
Zentralsekretär

Per Mail an: abteilung-leistung@bag.admin.ch
gever@bag.admin.ch

Bern, 30. Oktober 2018 sgv-Gf/nr

Vernehmlassungsantwort

Änderung der Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)

Sehr geehrte Damen und Herren

Mit Schreiben vom 4. Juli 2018 hat uns Bundespräsident Alain Berset als Vorsteher des Eidgenössischen Departements des Innern EDI eingeladen, zu einer Änderung der Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung 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 230 Verbände und gegen 500'000 Unternehmen, was einem Anteil von 99.8 Prozent aller Unternehmen in unserem Land entspricht. 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.

1. Grundsätzliche Bemerkungen

Der Verordnungsentwurf sieht vor, die Beiträge in der ambulanten Pflege trotz steigenden Löhnen und damit steigenden Kosten zu senken. Im Gegenzug sollen die Beiträge in der stationären Pflege erhöht werden. Diesen Ansatz lehnt der sgv ab. Nach unserem Dafürhalten muss aus Kostenüberlegungen ein möglichst grosser Teil der Pflege ambulant erbracht werden. Mit den vorgeschlagenen Beitragsanpassungen würde aber genau das Gegenteil erreicht. Es würden Anreize geschaffen, um die stationäre Pflege gegenüber der ambulanten zu stärken. Dieses Ansinnen weist der sgv zurück.

Zwei Entscheide des Bundesverwaltungsgerichts vom vergangenen Herbst bezüglich der Entschädigung der Materialien haben für gehörige Irritationen und Verunsicherungen in der Pflegebranche gesorgt. Die ganze MiGeL-Problematik sollte rasch geklärt werden. Aus Sicht des sgv sollte dies im Rahmen der vorliegenden Verordnungsrevision erfolgen. Wir beantragen daher, diesen Punkt zusätzlich aufzunehmen und Regelungen für eine gerechte Entschädigung dieser Leistungen zu treffen.

Im Rahmen des Verordnungsentwurfs werden keine Aussagen über die Auswirkungen auf die Restfinanzierung durch die Kantone und Gemeinden gemacht. Gemäss Auskunft von kantonalen Gewerbeverbänden gibt es hier etliche ungelöste Probleme. Wir ersuchen das EDI, diese Fragestellungen vor der definitiven Verabschiedung der Verordnung zufriedenstellend zu klären.

2. Bemerkungen zu einzelnen Verordnungsbestimmungen

Art. 7a Abs. 1 Beiträge

Aus Sicht des sgv sind die beantragten Beitragssenkungen kritisch zu würdigen. Den tieferen Beiträgen stehen steigende Kosten und Löhne gegenüber, was aus ökonomischer Sicht nicht aufgehen kann. Zudem befürchten wir, dass die Zielsetzung «ambulant vor stationär» mit den vorgeschlagenen Beitragssenkungen unterlaufen wird, was letztendlich die Gesamtkosten zulasten der OKP erhöhen könnte. Wir haben auch Zweifel, ob das zugrunde liegende statistische Datenmaterial für die vorgeschlagene Korrektur verlässlich genug ist.

Art. 8 Abs. 2 Ärztlicher Auftrag, ärztliche Anordnung, Bedarfsabklärung

Die vorgeschlagene Verlängerung der Dauer der ärztlichen Anordnung begrüssen wir. Zwecks zusätzlicher administrativer Entlastung sind wir allerdings der Meinung, dass man zumindest für die Anordnungen gemäss Bst. a und b eine einheitliche Dauer vorsehen sollte (idealerweise zwölf Monate). Die vorgeschlagenen zwei Wochen gemäss Bst. c erachten wir als zu kurz. Hier sollte mindestens eine Verdoppelung auf einen Monat erfolgen.

Art. 8a Bedarfsermittlung

Wir treten dafür ein, dass in Abs. 1 auf den Verweis auf Art. 49 KVV verzichtet wird und dass die Kompetenz stattdessen an diplomierte Pflegefachfrauen bzw. diplomierte Pflegefachmänner erteilt wird.

Gemäss Abs. 3 des Verordnungsentwurfs soll ein einheitliches Formular zur Bedarfsermittlung zur Anwendung kommen. Diese Vereinheitlichung geht uns zu weit. Wir treten dafür ein, dass der Bedarf «bloss» pro Leistungserbringertyp einheitlich nach fachspezifischen Kriterien erhoben wird.

Inkrafttreten

Eine unterjährige Inkraftsetzung führt meist zu Abgrenzungsproblemen und zu einem nicht unerheblichen administrativen Mehraufwand. Wir treten daher dafür ein, die revidierte Verordnung erst per Anfang 2020 in Kraft zu setzen.

Für die Berücksichtigung unserer Stellungnahme danken wir Ihnen bestens.

Freundliche Grüsse

Schweizerischer Gewerbeverband sgv



Hans-Ulrich Bigler
Direktor, Nationalrat



Kurt Gfeller
Vizedirektor

M. Alain Berset
Conseiller fédéral
Chef du Département de l'Intérieur
OFSP
3003 Berne

Lausanne, le 5 octobre 2018

Objet : Modification de l'ordonnance du DFI sur les prestations de l'assurance des soins en cas de maladie (neutralité des coûts, évaluation des soins requis)

Monsieur le Conseiller fédéral,

Nous vous remercions d'avoir consulté la Fédération romande des consommateurs (FRC) au sujet de l'objet susmentionné. Les mesures préconisées touchent indirectement les consommateurs, mais elles ont un effet sur les patients qui ont recours aux soins à domicile et les pensionnaires d'EMS.

Neutralité des coûts

Le Conseil fédéral veut réduire les ressources, provenant des assureurs maladie, allouées aux soins à domicile alors qu'ils sont déjà sous-financés: la contribution des caisses devrait descendre de 3,6%. Par ailleurs, la CSSS-N veut favoriser le transfert du stationnaire vers l'ambulatoire en matière hospitalière. Par cohérence politique, il conviendrait de soutenir les soins à domicile qui sont la version « ambulatoire » de la prise en charge des personnes âgées !

S'agissant du financement des EMS, la FRC constate que la part de financement exigée des pensionnaires, à sortir de leur porte-monnaie, tend à augmenter alors que leurs moyens stagnent. La FRC est satisfaite de l'augmentation de la part des assureurs maladie dans cette prise en charge, elle regrette par contre que cette amélioration se fasse au détriment des soins à domicile, politiquement plus satisfaisant pour les bénéficiaires.

Évaluation des soins requis

Les modifications concernant l'évaluation des soins requis et les exigences minimales pour les systèmes d'évaluation sont proposées (cf. art. 8, 8a, 8b et 8c de l'O soumis à consultation). Elles vont dans le bon sens sans toutefois donner de compétences spéciales aux infirmières et infirmiers qui leur permettraient de facturer leurs prestations directement à l'AOS.

Lors de la consultation sur l'initiative parlementaire 11.418 LAMal, « accorder plus d'autonomie au personnel soignant », la FRC avait soutenu celle-ci en mentionnant notamment que « les compétences des infirmiers(ères), celles des services de soins à domicile et les équipes soignantes des EMS, ne sont actuellement pas assez reconnues et donc sous-utilisées. Aussi, valoriser la profession nous semble une réponse adéquate aux divers défis qu'il s'agira de relever dans les années à venir ». La FRC constate que la modification proposée de l'OPAS reste timorée sur ce point. La FRC demande que les compétences du personnel infirmier soient renforcées.

Veuillez agréer, Monsieur le Conseiller fédéral, nos salutations les meilleures.

Fédération romande des consommateurs



Sophie Michaud Gigon
Secrétaire générale

Per E-Mail an:
abteilung-leistungen@bag.admin.ch
gever@bag.admin.ch

Bern, 23. Oktober 2018

**Vernehmlassung zur Änderung der Verordnung des EDI über Leistungen in der OKP
(Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)**

Sehr geehrte Damen und Herren,

Alzheimer Schweiz vertritt die Interessen von Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen in der Schweiz. Gemäss neusten Schätzungen sind gegen 150'000 Personen in der Schweiz an Demenz erkrankt. Bei unserer Arbeit sind wir immer wieder mit Problemen konfrontiert, welche die Finanzierung der Leistungen in der Langzeitpflege betreffen (Beispiel Demenzzuschlag, d.h. ein Zuschlag in der stationären Pflege für Bewohner mit Demenz). Mit grossem Interesse haben wir deshalb von der oben erwähnten Vernehmlassung Kenntnis genommen und danken Ihnen für die Gelegenheit dazu Stellung zu nehmen. Die Stellungnahme beschränkt sich dabei auf einige für uns wichtige Teilbereiche.

Allgemeine Bemerkungen zur Vorlage

Aufgrund des demografischen Wandels wird die Anzahl der pflegebedürftigen Menschen in den nächsten Jahrzehnten stark ansteigen. Bei immer mehr Pflegebedürftigen besteht Ko- oder Multimorbidität, häufig in Kombination mit einer Demenzerkrankung. Gemäss neusten Zahlen von Alzheimer Schweiz sind bei den 85-89-Jährigen 20.9 % Männer resp. 28.5 % Frauen von Demenz betroffen, bei den 90-94-Jährigen sind es 29.2% Männer resp. 44.4% Frauen. Die Folge sind komplexe und anspruchsvolle Pflegesituationen, welche die Leistungserbringer vor grosse Herausforderungen stellen und für die aufgrund der aktuellen Regelung – und praktischen Durchsetzung – der Pflegefinanzierung keine ausreichende Finanzierung besteht. Immer häufiger werden deshalb die ungedeckten Kosten insbesondere bei der stationären Pflege auf die Patientinnen und Patienten überwältzt – sei es über erhöhte Pensions- und Betreuungskosten und/oder spezifische Demenzzuschläge für demenzkranke Personen. Der Evaluationsbericht hat hier klar Handlungsbedarf aufgezeigt.

Dazu kommen die allgemeinen Kostensteigerungen in der Pflege (aufgrund wachsender Bedürfnisse, aber auch neuer Auflagen, Lohnerhöhungen etc.), die eine Anpassung der Beiträge der obligat. Krankenpflegeversicherung OKP notwendig machen würden. Mit der heutigen fixen Regelung kommt es zu Finanzierungslücken, die wiederum auf andere Weise, z.B. über erhöhte Steuern, gedeckt werden müssen. Leidtragende sind die pflegebedürftigen Personen.

Dennoch gibt es im Vernehmlassungsentwurf keinen Vorschlag zur Anpassung der Beiträge an die Kostenentwicklung in der Pflege.

Alzheimer Schweiz bedauert, dass diese grundsätzlichen Probleme der Pflegefinanzierung im Vorschlag des Bundesrats nicht angepackt werden. Es wird zwar aufgrund des Evaluationsberichts Handlungsbedarf angesprochen, konkrete Massnahmen werden aber keine getroffen. Insbesondere im Bereich Demenz gibt es keine Verbesserungen. Dies obwohl bereits im Kommentar zur Anpassung der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) vom 10. Juni 2009 seitens des Bundesamts für Gesundheit darauf hingewiesen wurde, dass geklärt werden müsse *ob die Bedürfnisse von pflegebedürftigen Personen, die Palliativpflege oder **Pflege bei demenziellen Krankheiten benötigen, angemessen berücksichtigt seien und gegebenenfalls Anpassungen notwendig seien.***

Ungenügende Regelung der Restfinanzierung

Obwohl das Problem der nicht genügenden Restfinanzierung durch Kantone und Gemeinden im Evaluationsbericht thematisiert wurde, fehlt hiezu im Entwurf ein konkreter Vorschlag. Das ist bedauerlich. Die eingangs aufgezeigten Probleme werden also nicht angegangen. Immerhin hat das Bundesgericht in der Zwischenzeit in seinem Entscheid BGE 9C_446/2017 Klartext gesprochen: Es hält fest, dass die Kantone vollständig für die Restkosten aufkommen müssen (d.h. für die nicht durch die gesetzlich limitierten Beiträge der OKP und der Patientinnen und Patienten gedeckten Kosten). Die Kantone müssen diesen Bundesgerichtsentscheid nun umsetzen. Das heisst auch, dass es keine Demenzzuschläge für die demenzkranken Bewohnerinnen und Bewohner von Pflegeheimen mehr geben darf! Was nicht durch die Beiträge der OKP und limitierten Beiträge der Heimbewohner gedeckt ist, muss durch die öffentliche Hand übernommen werden.

Finanzierung besonderer Pflegesituationen

Die Leistungen bei Demenzpflege, aber auch Palliativpflege sind in den bestehenden Pflegemessinstrumenten nur ungenügend abgebildet. Die Finanzierung muss der Pflegeintensität von besonderen Krankheiten und Situationen besser Rechnung tragen, vor allem für Demenz, Palliativpflege, Multimorbidität und hohen Pflegebedarf (Berücksichtigung in den Messinstrumenten sowie Aufhebung der künstlichen Obergrenze von 240 Minuten).

Senkung der OKP-Beiträge an die ambulante Pflege

Alzheimer Schweiz kann nicht nachvollziehen, weshalb die Beiträge der OKP an die ambulante Pflege um 3,6 % gesenkt werden sollen. Auch die Spitexleistungen sind in den letzten Jahren mit der Zunahme komplexer Pflegesituationen immer aufwändiger geworden. Es kann nicht sein, dass die Finanzierung dieser Leistungen noch schlechter wird, was zur Folge hat, dass entweder die Qualität darunter leidet oder die Patientinnen und Patienten noch mehr zur Kasse gebeten werden. Eine Senkung der Beiträge an die Spitexleistungen bedeutet auch eine Absage an das Prinzip «ambulant vor stationär».

Erhöhung der OKP-Beiträge für die Pflege in Pflegeheimen

Alzheimer Schweiz begrüsst diese Erhöhung. Zusammen mit einer besseren Finanzierung von komplexen Situationen, insbesondere auch bei Demenzerkrankungen, und der vollständigen Restfinanzierung durch die öffentliche Hand (vgl. vorstehende Bemerkungen) sollte so Garantie gegeben sein, dass nicht mehr die Patientinnen und Patienten die ungedeckten Kosten unter dem Titel Betreuungszuschlag oder spezifisch Demenzzuschlag übernehmen müssen.

Separate Verrechnung der Mittel und Gegenstände

Alzheimer Schweiz ist mit den Leistungserbringern der Ansicht, dass es weiterhin möglich sein muss, das Pflegematerial der OKP separat in Rechnung zu stellen und nicht pauschaliert abzurechnen. Auf die Trennung des Materials zwischen Selbstanwendung und Anwendung durch eine Pflegefachperson sollte verzichtet werden. Damit soll die in den vergangenen Jahren funktionierende Praxis legalisiert werden.

Übergangspflege

Der Evaluationsbericht kommt zum Schluss, dass die derzeitige Ausgestaltung der Akut- und Übergangspflege nicht genügt. Das heisst aber nicht, dass das Instrument als solches nicht tauglich ist. Es muss nur anders ausgestaltet werden. Alzheimer Schweiz ist der Ansicht, dass die Dauer der Übergangspflege auf mindestens 4 Wochen verlängert werden muss, mit der Möglichkeit zur einmaligen Verlängerung bei entsprechendem Bedarf. Zudem sind analog der Spitalfinanzierung auch die Aufenthaltskosten durch Kanton und Versicherer zu tragen.

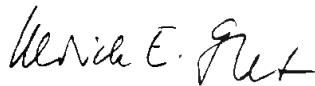
Für die weiteren Aspekte im Bereich Bedarfsabklärung, ärztlicher Auftrag und Kompetenzen der Pflegefachleute verweisen wir auf die elektronische Eingabe per Formular.

Wir danken Ihnen im Voraus für die Berücksichtigung unserer Rückmeldungen.

Bei Fragen zur Stellungnahme stehen wir gerne zur Verfügung.

Freundliche Grüsse

Alzheimer Schweiz



Dr. iur. Ulrich Gut
Zentralpräsident



Dr. phil. Stefanie Becker
Geschäftsleiterin

Stellungnahme von Alzheimer Schweiz

Name / Firma / Organisation / Kanton : Alzheimer Schweiz

Abkürzung der Firma / Organisation : ALZ CH

Adresse : Gurtengasse 3, 3011 Bern

Kontaktperson : Marianne Wolfensberger

Telefon : 058 058 80 32

E-Mail : marianne.wolfensberger@alz.ch

Datum : 23. Oktober 2018

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen!
2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen möchten, so können Sie unter "Extras/Dokumentenschutz aufheben" den Schreibschutz aufheben.
3. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **bis am 26. Oktober 2018** an folgende E-mail Adressen: abteilung-leistung@bag.admin.ch
gever@bag.admin.ch

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV)

Name / Firma
(bitte auf der ersten
Seite angegebene
Abkürzung
verwenden)

Allgemeine Bemerkungen

ALZ CH

Alzheimer Schweiz vertritt die Interessen von Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen in der Schweiz. Gemäss neusten Schätzungen sind gegen 150'000 Personen in der Schweiz an Demenz erkrankt. Bei unserer Arbeit sind wir immer wieder mit Problemen konfrontiert, welche die Finanzierung der Leistungen in der Langzeitpflege betreffen (Beispiel Demenzzuschlag, d.h. ein Zuschlag in der stationären Pflege für Bewohner mit Demenz). Mit grossem Interesse haben wir deshalb von der oben erwähnten Vernehmlassung Kenntnis genommen und danken Ihnen für die Gelegenheit dazu Stellung zu nehmen. Die Stellungnahme beschränkt sich dabei auf einige für uns wichtige Teilbereiche.

Allgemeine Bemerkungen zur Vorlage

Aufgrund des demografischen Wandels wird die Anzahl der pflegebedürftigen Menschen in den nächsten Jahrzehnten stark ansteigen. Bei immer mehr Pflegebedürftigen besteht Ko-oder Multimorbidität, häufig in Kombination mit einer Demenzerkrankung. Gemäss neusten Zahlen von Alzheimer Schweiz sind bei den 85-89-Jährigen 20.9 % Männer resp. 28.5 % Frauen von Demenz betroffen, bei den 90-94-Jährigen sind es 29.2% Männer resp. 44.4% Frauen. Die Folge sind komplexe und anspruchsvolle Pflegesituationen, welche die Leistungserbringer vor grosse Herausforderungen stellen und für die aufgrund der aktuellen Regelung – und praktischen Durchsetzung – der Pflegefinanzierung keine ausreichende Finanzierung besteht. Immer häufiger werden deshalb die ungedeckten Kosten insbesondere bei der stationären Pflege auf die Patientinnen und Patienten überwält – sei es über erhöhte Pensions- und Betreuungskosten und/oder spezifische Demenzzuschläge für demenzkranke Personen. Der Evaluationsbericht hat hier klar Handlungsbedarf aufgezeigt.

Dazu kommen die allgemeinen Kostensteigerungen in der Pflege (aufgrund wachsender Bedürfnisse, aber auch neuer Auflagen, Lohnerhöhungen etc.), die eine Anpassung der Beiträge der obligat. Krankenpflegeversicherung OKP notwendig machen würden. Mit der heutigen fixen Regelung kommt es zu Finanzierungslücken, die wiederum auf andere Weise, z.B. über erhöhte Taxen, gedeckt werden müssen. Leidtragende sind die pflegebedürftigen Personen. Dennoch gibt es im Vernehmlassungsentwurf keinen Vorschlag zur Anpassung der Beiträge an die Kostenentwicklung in der Pflege.

Alzheimer Schweiz bedauert, dass diese grundsätzlichen Probleme der Pflegefinanzierung im Vorschlag des Bundesrats nicht angepackt werden. Es wird zwar aufgrund des Evaluationsberichts Handlungsbedarf angesprochen, konkrete Massnahmen werden aber keine getroffen. Insbesondere im Bereich Demenz gibt es keine Verbesserungen. Dies obwohl bereits im Kommentar zur Anpassung der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) vom 10. Juni 2009 seitens des Bundesamts für Gesundheit darauf hingewiesen wurde, dass geklärt werden müsse *ob die Bedürfnisse von pflegebedürftigen Personen, die Palliativpflege oder Pflege bei demenziellen Krankheiten benötigen, angemessen berücksichtigt seien und gegebenenfalls Anpassungen notwendig seien.*

Ungenügende Regelung der Restfinanzierung

Obwohl das Problem der nicht genügenden Restfinanzierung durch Kantone und Gemeinden im Evaluationsbericht thematisiert wurde, fehlt hiezu im

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

Entwurf ein konkreter Vorschlag. Das ist bedauerlich. Die eingangs aufgezeigten Probleme werden also nicht angegangen. Immerhin hat das Bundesgericht in der Zwischenzeit in seinem Entscheid BGE 9C_446/2017 Klartext gesprochen: Es hält fest, dass die Kantone vollständig für die Restkosten aufkommen müssen (d.h. für die nicht durch die gesetzlich limitierten Beiträge der OKP und der Patientinnen und Patienten gedeckten Kosten). Die Kantone müssen diesen Bundesgerichtsentscheid nun umsetzen. Das heisst auch, dass es keine Demenzzuschläge für die demenzkranken Bewohnerinnen und Bewohner von Pflegeheimen mehr geben darf! Was nicht durch die Beiträge der OKP und limitierten Beiträge der Heimbewohner gedeckt ist, muss durch die öffentliche Hand übernommen werden.

Finanzierung besonderer Pflegesituationen

Die Leistungen bei Demenzpflege, aber auch Palliativpflege sind in den bestehenden Pflegemessinstrumenten nur ungenügend abgebildet. Die Finanzierung muss der Pflegeintensität von besonderen Krankheiten und Situationen besser Rechnung tragen, vor allem für Demenz, Palliativpflege, Multimorbidität und hohen Pflegebedarf (Berücksichtigung in den Messinstrumenten sowie Aufhebung der Obergrenze von 12 Stufen). (vgl. auch Bemerkungen oben)

Gerne verweisen wir in diesem Zusammenhang auch auf die Ausführungen von Curaviva in ihrer Vernehmlassung :

1. Artikel 7 Absatz 2 KLV ist zu ergänzen, um die Leistungen in der Demenz- und Palliativpflege adäquat zu erfassen und zu finanzieren.

2. Die OKP-Beiträge für Leistungen in Pflegeheimen werden durch eine entsprechende Ergänzung von Artikel 7a Absatz. 3 KLV auch bei einem Pflegebedarf von mehr als 220 Minuten pro Tag in Schritten zu 20 Minuten abgestuft, indem die Anzahl der Stufen von 12 auf 18 erhöht wird.

Name / Firma	Artikel	Kommentar / Bemerkungen	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
ALZ CH	Art. 7a Abs. 1 und 3	Senkung der OKP-Beiträge an die ambulante Pflege Alzheimer Schweiz kann nicht nachvollziehen, weshalb die Beiträge der OKP an die ambulante Pflege um 3,6 % gesenkt werden sollen. Auch die Spitexleistungen sind in den letzten Jahren mit der Zunahme komplexer Pflegesituationen immer aufwändiger geworden. Es kann nicht sein, dass die Finanzierung dieser Leistungen noch schlechter wird, was zur Folge hat, dass entweder die Qualität darunter leidet oder die Patientinnen und Patienten noch mehr zur Kasse gebeten werden. Eine Senkung der Beiträge an die Spitexleistungen bedeutet auch eine Absage an das Prinzip «ambulant vor stationär». Erhöhung der OKP-Beiträge für die Pflege in Pflegeheimen Alzheimer Schweiz begrüsst diese Erhöhung. Zusammen mit einer besseren Finanzierung von komplexen Situationen, insbesondere auch bei Demenzerkrankungen, und der vollständigen Restfinanzierung durch die öffentliche Hand (vgl. vorstehende Bemerkungen) sollte so Garantie gegeben sein, dass nicht mehr die Patientinnen und Patienten die ungedeckten Kosten unter dem Titel Betreuungszuschlag oder spezifisch Demenzzuschlag übernehmen müssen.	

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

ALZ CH	Art. 8 Abs. 1	Alzheimer Schweiz unterstützt den Vorschlag des Bundesrates, die Kompetenzen der Pflege besser zu anerkennen und den Prozess der Bedarfsmeldung (ohne Einholen der ärztlichen Unterschrift) zu vereinfachen. Zu Detailfragen verweisen wir auf die Ausführungen von Curaviva und Spitex in ihren Vernehmlassungen.	
ALZ CH	Art. 8 Abs. 2 Bst. a + b	Alzheimer Schweiz erklärt sich mit der Verlängerung der ärztlichen Anordnung grundsätzlich einverstanden. Zu prüfen wäre aus Gründen der Vereinfachung der Prozesse, ob nicht eine einheitliche Frist von max. 9 Monaten angebracht wäre	
ALZ CH	Art. 8 Abs. 2 Bst. c	Akut- und Übergangspflege Der Evaluationsbericht kommt zum Schluss, dass die derzeitige Ausgestaltung der Akut- und Übergangspflege nicht genügt. Das heisst aber nicht, dass das Instrument als solches nicht tauglich ist. Es muss nur anders ausgestaltet werden. Alzheimer Schweiz ist der Ansicht, dass die Dauer der Übergangspflege auf mindestens 4 Wochen verlängert werden muss, mit der Möglichkeit zur einmaligen Verlängerung bei entsprechendem Bedarf. Zudem sind analog der Spitalfinanzierung auch die Aufenthaltskosten durch Kanton und Versicherer zu tragen.	(Anpassung von Art. 25 a Abs. 2 KVG)
ALZ CH	KLV 7 a oder KVG-Änderung	Separate Verrechnung der Mittel und Gegenstände Alzheimer Schweiz ist mit den Leistungserbringern der Ansicht, dass es weiterhin möglich sein muss, das Pflegematerial der OKP separat in Rechnung zu stellen und nicht pauschaliert abzurechnen. Auf die Trennung des Materials zwischen Selbstanwendung und Anwendung durch eine Pflegefachperson sollte verzichtet werden. Damit soll die in den vergangenen Jahren funktionierende Praxis legalisiert werden.	

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation / Kanton : Lungenliga Schweiz

Abkürzung der Firma / Organisation : LLS

Adresse : Chutzenstrasse 10, 3007 Bern

Kontaktperson : Elena Strozzi, Bereichsleiterin Politik, Gesundheitsförderung und Kommunikation

Telefon : 031 378 20 37

E-Mail : e.strozzi@lung.ch

Datum : e.strozzi@lung.ch

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen!
2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen möchten, so können Sie unter "Extras/Dokumentenschutz aufheben" den Schreibschutz aufheben.
3. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **bis am 26. Oktober 2018** an folgende E-mail Adressen: abteilung-leistung@bag.admin.ch
gever@bag.admin.ch

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV)

Name / Firma (bitte auf der ersten Seite angegebene Abkürzung verwenden)	Allgemeine Bemerkungen
LLS	Die LLS lehnt die vorgeschlagene Senkung der OKP-Beiträge in der ambulanten Pflege um 3.6% entschieden ab und fordert stattdessen eine <u>substantielle</u> Erhöhung dieser Beiträge. Die Erhöhung ist aus folgenden Gründen unumgänglich: - Die zur Berechnung herangezogene Datengrundlage ist ungenügend. Die Spitex Statistik erlaubt gemäss Experten keine entsprechenden Vergleiche vor und nach 2010. Zahlreiche Argumente sind nicht nachvollziehbar – beispielsweise im Bereich der Lohnentwicklung oder des Pflegematerials. - Die zentrale Annahme, die Leistungen der ambulanten Pflege müssten im Zeitraum 2010-2014 konstant bleiben, ist falsch. In der gleichen Zeit wurde das DRG-Pauschalen-System eingeführt, was zu komplexeren Pflegesituationen und insbesondere auch zu einem Anstieg der höher entschädigten Leistungen führte (Massnahmen der Abklärung, Beratung und Koordination, Massnahmen der Untersuchung und der Behandlung). Im gleichen Zeitraum wurde der Grundsatz «ambulant vor stationär» konsequent weiterverfolgt. In diesem Zusammenhang wurden –auch in Kongruenz zu den verschiedenen nationalen Gesundheitsstrategien – spezialisierte Leistungen im Bereich der ambulanten Pflege eingeführt, so beispielsweise im Bereich der Demenzpflege, Palliativpflege, Psychiatriepflege, Wochenend- und Nachtdienste. Diese Leistungen sind teurer als «herkömmliche, einfache» Pflegeleistungen. Die Spitex ist zu einem zentralen und koordinierenden Akteur der Grundversorgung geworden. - Im betrachteten Zeitraum wurde die obligatorische Krankenpflegeversicherung im Verhältnis zu den anderen Zahlern entlastet: Dies ging in zahlreichen Kantonen insbesondere zulasten der Patientinnen und Patienten. - Aufgrund der ungenügenden Regelung der Restfinanzierung wurden zulasten der Spitexorganisationen auch finanzpolitisch motivierte Entscheide in Kantonen und Gemeinden getroffen. Es ist dringend zu definieren, was in den Beiträgen und der Restfinanzierung alles enthalten sein muss oder was separat vergütet wird – z.B. Wegzeiten, Pflegematerial. Sonst ist die Finanzierungssicherheit der Spitexorganisationen längerfristig nicht gewährleistet, worunter schlussendlich die Patienten leiden. Mit Eröffnung der Vernehmlassung hat der Bundesrat auch den umfassenden externen Evaluationsbericht von INFRAS zur Neuordnung der Pflegefinanzierung veröffentlicht. Für die Lungenliga Schweiz ist es unverständlich, warum der Bericht in der ganzen Vorlage nicht erwähnt wird und seine Erkenntnisse nicht eingeflossen sind. Der Evaluationsbericht von INFRAS zeigt sehr wohl verschiedene Lücken der Neuordnung der Pflegefinanzierung auf. Wir betrachten die aus dem Evaluationsbericht von INFRAS gezogenen Konklusionen als ungenügend und damit als verpasste Chance, Verbesserungen an der Pflegefinanzierung vorzunehmen.

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

Die systematische Nicht-Berücksichtigung der Erkenntnisse des Berichts und die getroffenen Annahmen insbesondere zur Veränderung der Beiträge in der ambulanten Pflege sind aus unserer Sicht nicht nachvollziehbar.

Bevor wir auf die Bemerkungen und Änderungsvorschläge zu den konkreten KLV-Artikeln kommen, möchten wir auf verschiedene Punkte des Vernehmlassungsberichts eingehen:

Generelle Bemerkungen zum Vernehmlassungsbericht

Der Bericht und die vorgeschlagenen Bestimmungen wirken nicht abgestimmt. Der Bericht ist kompliziert geschrieben, hat Lücken und ist nicht leserfreundlich. Einige Beispiele:

- S. 13, 3.1.2 Nebenleistungen und Leistungen anderer Sozialversicherer: zu letzteren findet sich kein Wort in diesem Kapitel
- S. 15, 3.1.6 Graphik 2 und 3: Hier wird fälschlicherweise von der Verteilung der Pflegeintensität gesprochen. Vielmehr bildet die Graphik jedoch die Verteilung der Leistungskategorien der Pflege ab.
- S. 16, 3.2 Berechnung des Korrekturfaktors der Pflegebeiträge: In der Berechnungsformel werden «Pflegetage» und «Bruttoleistungen» erwähnt: Diese spielen in der ambulanten Pflege keine Rolle. Vielmehr müsste von «Pflegestunden» und «Einnahmen» gesprochen werden.
- S. 21, 1.3 Dauer der ärztlichen Anordnung – Anpassungsvorschlag: der Anpassungsvorschlag wird nicht beschrieben.

Detailbemerkungen zum Berichtsteil Kostenneutralität der Pflegebeiträge

Legitimation der Kostenneutralität (1.1)

Aus Sicht von der LLS fehlt die Grundlage um aufzuzeigen, dass die Regelung im ersten Jahr nach Inkrafttreten dieser Gesetzesänderung nicht eingehalten worden ist. Die Evaluation erklärt zur Erreichung des Hauptziels der NPF (**Hervorhebungen LLS**): *«Die Vermeidung einer zusätzlichen finanziellen Belastung der OKP konnte – bedingt durch mit der NPF [Neue Pflegefinanzierung] festgelegten fixen Beiträgen an die Pflegeleistungen – voll erreicht werden.»*. Die LLS weist daraufhin, dass selbst Versicherer sich im Rahmen der Evaluation Pflegefinanzierung geäußert haben, die OKP sei entlastet worden.

Statistische Grundlagen (3.1)

Wir weisen auf eine Problematik in der Spitex-Statistik hin, welche auf S. 57 des Evaluationsberichts von INFRAS wie folgt beschrieben wird (**Hervorhebungen LLS**): **«Dieser Bruch in den Daten der Spitex-Statistik verunmöglicht einerseits einen direkten Vergleich der Gesamtkosten vor und nach dem Jahr 2010. Eine Einschätzung zur Grössenordnung der Verzerrung der Daten ist mit den vorliegenden Daten nicht möglich.»** Unseres Erachtens kann aus diesem Grund die Spitex Statistik nicht für einen Vorher-nachher-Vergleich beigezogen werden.

Pflegeheime (2)

Die LLS äussert sich nicht zu den Erläuterungen und Berechnungen im Bereich der Heime. Wir unterstützen jedoch eine Erhöhung der OKP-Beiträge in diesem Bereich (vgl. auch Stellungnahme der IG Pflegefinanzierung [\[Link\]](#)).

Nebenleistungen (3.1.2)

Das Kapitel 3.1.2 dreht sich wesentlich auch um die Kostenübernahme des Pflegematerials. Wie bereits mehrfach in Gesprächen mit dem BAG festgehalten und von diesem auch anerkannt sind die Kosten für Pflegematerial nicht oder nur ungenügend in die Berechnungen zur NPF eingeflossen.

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

Weiter wurde das eingesetzte Material seit Einführung der NPF weiterentwickelt und hat sich entsprechend verteuert. So können z.B. moderne (und teurere) Wundverbände länger aufgelegt werden und benötigen dagegen weniger Pflegeleistungen durch eine Pflegefachperson. Die LLS ist nach wie vor der Ansicht, dass die OKP-Beiträge alleine aus diesen Gründen substantiell angehoben werden müssten.

Aber auch wenn man annehmen würde, die Kalkulation sei auf das Jahr 2011 korrekt gemacht worden, geht die Argumentation im Bericht (S. 13f) nicht auf: Es wird festgehalten, dass die Spitex-Organisationen auch aus Effizienzgründen im Verlauf der letzten Jahre das Materialmanagement immer mehr an Dritte ausgelagert haben (Apotheken, Ärzte, Materialzulieferer). Daraus schliesst das zuständige Amt, dass die KLV-Beiträge nun zu hoch wären (und in der Konsequenz eigentlich noch stärker gekürzt werden müssten). Dabei werden die beiden Urteile des Bundesverwaltungsgerichts aus dem Jahr 2017 nicht berücksichtigt, welche besagen, dass die im Rahmen der Pflegehandlung verwendeten Materialien nicht separat verrechnet werden dürfen. Wie weitherum bekannt ist, verursachen diese beiden Gerichtsurteile grosse Probleme und administrativen Zusatzaufwand und führen dazu, dass die Spitex-Organisationen, die für diese Materialien bis auf Zustandekommen einer Lösung mit den Restfinanzierern vorläufig vollumfänglich übernehmen müssen. Die OKP wird auch weiterhin einen Beitrag daran leisten. Wir verweisen aber primär auf unseren ersten Einwand: Das Material ist in der NPF nicht genügend berücksichtigt worden.

Weiter weisen wir darauf hin, dass die Grundlagen und Belege besonders in diesem Kapitel äusserst lückenhaft sind. Formulierungen wie «dürfte berücksichtigt haben», «es ist möglich, dass», «unklar ist», «dürften verrechnet haben», «kann von ausgegangen werden», «kann aber nicht beziffert werden», «es ist anzunehmen», «dürften etwas zu hoch sein» finden sich alleine auf den ¾-Seiten zu diesem Kapitel.

Akut- und Übergangspflege (3.1.3)

Wir bitten hier um sorgfältige Analyse des Evaluationsberichts von INFRAS. Dieser zeigt auf, dass die derzeitige Ausgestaltung der AÜP nicht genügt. Die Annahme, dass neu mehr Leistungen in der Pflege dank der AÜP erbracht würden, kann anhand der Spitex-Statistik nicht belegt werden. Das Suggestieren, wonach mit der AÜP das Stundentotal (unbegründet) ausgeweitet werden soll weisen wir entschieden zurück. Eine AÜP basiert auf einer Verordnung durch einen Spitalarzt/eine Spitalärztin und kann entsprechend nicht willkürlich ausgeweitet werden.

Entwicklung der Leistungsstruktur nach Behandlungstyp (3.1.6)

Es ist für uns nicht nachvollziehbar, wie man zur Annahme gelangt, dass die Leistungsstruktur nach Behandlungstyp 2010-2014 konstant geblieben sei (wie bereits oben beschrieben ist der Begriff «Pflegeintensität» falsch). Mit der Einführung der DRG in den Spitälern, mit der Umsetzung des Konzepts «ambulant vor stationär» sind in den vergangenen Jahren immer komplexere Fälle in die ambulante Pflege eingetreten. So hatten beispielsweise auch die Palliativpflege, Onkologiepflege, Psychiatriepflege und weitere spezialisierte Pflegeleistungen ihrerseits eine Erhöhung des Anteils A- und B-Leistungen zur Folge. Darauf wird selbst in Berichten des BAG entsprechend hingewiesen (vgl. beispielsweise den Bericht «Abgeltung von Leistungen im Rahmen der koordinierten Versorgung», 2018). Logischerweise gehen im Gegenzug die C-Leistungen anteilmässig zurück. Graphik 2 und Graphik 3 auf Seite 15 verdeutlichen dies sehr gut – dennoch wird aus den Zahlen geschlossen, dass diese «relativ konstant» seien. Vielmehr aber erklären diese (gewollten) Verschiebungen im Leistungsmix auch wesentlich die Verteuerung des Stundenkostensatzes.

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

Löhne und allgemeine Teuerung (3.1.7)

Die Löhne im Pflegebereich sind in den letzten Jahren sehr wohl angestiegen. Fachkräftebedarf, Nacht- und Wochenendeinsätze, Spezialisierungen führten zu Lohnzunahmen. Entsprechend erachten wir die Berücksichtigung der Löhne als Kostenfaktor als zentral und weisen die Nicht-Berücksichtigung dieser Argumentation zurück.

Berechnung des Kostenfaktors der Pflegebeiträge (3.2)

Ziel der Kostenkorrektur ist die Gewährleistung, dass die Einführung der KLV-Beiträge im Jahr des Übergangs 2010/2011 kostenneutral für die OKP erfolgte. Die Gegenüberstellung der Zahlen von 2010 bis 2014 ist problematisch. Bereits im Evaluationsbericht von INFRAS wird erklärt, dass der Bruch in den Daten in der Spitex-Statistik einen direkten Vergleich der Gesamtkosten vor und nach dem Jahr 2010 nicht zulässt (vgl. auch oben). Im Bericht wird an verschiedenen Stellen (s. Kap. 3.1.1) darauf hingewiesen, dass die Konsistenz der vorhandenen Daten aus verschiedenen Gründen zu wünschen übriglässt. So wird festgehalten, dass Einnahmen aus Leistungen nach KLV 7 unter verschiedenen Rubriken erfasst wurden, dass die erwerbswirtschaftlichen Organisationen erst ab 2010 (und auch dann noch nicht alle) in der Statistik erfasst wurden und dass die selbstständigen Pflegefachpersonen von Zürich und Genf im Jahr 2010 noch nicht in der Statistik erfasst wurden etc. Für die LLS stellt sich prinzipiell die Frage, ob man angesichts der Unsicherheiten in den Daten überhaupt die Kostenneutralität bei Einführung 2011 so detailliert überprüfen kann, wie es die Formel und deren Ergebnis 3.6 Prozent suggerieren.

Die LLS erachtet die Schlussfolgerungen bzw. die Senkung der Beiträge auf einer unsicheren Datenbasis als unseriös und willkürlich.

Aus Sicht von der LLS sind die Pflegebeiträge zwingend zu erhöhen. Verschiedene Faktoren zeigen auf, dass die Berechnungsgrundlage nach nahezu 15 Jahren dringend überarbeitet werden muss:

- Die Datengrundlage von 2004 berücksichtigte verschiedene Faktoren ungenügend. So beispielsweise die Kosten des Pflegematerials oder die Wegzeiten.
- Seit Einführung der neuen Pflegefinanzierung hat aufgrund der Strategie der Kantone «ambulant vor stationär» und bedingt durch gesellschaftliche Entwicklungen (mehr Single-Haushalte, Individualität etc.) die Nachfrage nach ambulanten Pflegeleistungen stark zugenommen.
- Parallel dazu ist auch der Bedarf an speziellen Pflegeangeboten weiter stark gewachsen: Palliative Care, Demenzpflege, Psychiatriepflege, Onkologiepflege, Kinderspitex gehören heute vielerorts zum Angebot einer Spitex-Organisation (vgl. auch die diesbezüglichen Strategien des Bundes und der Kantone). Es ist auch künftig mit einer Zunahme dieser Entwicklung zu rechnen (vgl. etwa Nationales Forschungsprogramm «Lebensende», NFP 67, oder das Postulat 18.3384 der SGK-SR «Bessere Betreuung und Behandlung von Menschen am Lebensende»). Für diese Leistungen müssen Personal mit Zusatzausbildung eingesetzt und spezielle Hilfsmittel verwendet werden. Nicht zuletzt aufgrund dieser Entwicklung kommt es zu einer Kostenverschiebung vom stationären zum ambulanten Bereich.
- Stark zunehmend ist seit 2011 ebenfalls der Bedarf an 24h-Dienstleistungen und Notfalldiensten. Teilweise ist dieser ebenfalls an spezialisierte Angebote gekoppelt (Palliative Care, Kinderspitex). Andererseits führen aber auch sich verändernde Betreuungssituationen zu diesem Mehrbedarf.

Trotz diesen augenscheinlichen Faktoren war für die OKP in den letzten Jahren keine Erhöhung der Beiträge in Sicht bzw. von den zuständigen Stellen geplant.

Diese Mehrbelastung musste fast ausschliesslich von den Kantonen und Gemeinden oder über Anpassungen/Erhöhungen der Patientenbeitragssätze von den Betroffenen selbst getragen werden (vgl. Evaluationsbericht INFRAS S. 8, 9, 60, 63). Die Restfinanzierer versuchten diese Mehrausgaben zu

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

	vermeiden (z.B. durch Sparmassnahmen), abzuwälzen (durch eine stärkere Belastung der Patientinnen und Patienten) oder aufzuschieben (z.T. um 3-4 Jahre verzögerte Aktualisierung der Restfinanzierungsbeiträge). Dagegen wurde die OKP im Bereich der ambulanten Pflege sogar entlastet – und damit das Ziel der Vermeidung einer Mehrbelastung «übertroffen». Fazit: Die Leistungen im Bereich der Pflege sind in den vergangenen Jahren anspruchsvoller und kostenintensiver und die Pflegesituationen komplexer geworden. Eine zunehmende Spezialisierung führte auch zu neuen, höheren Anforderungen. Auch der Fachkräftemangel befeuert die Lohndiskussion. In der gleichen Zeit reduzierte sich der Anteil der OKP an den Kosten der ambulanten Pflege zum Nachteil der Kantone, Gemeinden und Patienten. Diese Entwicklung kann sich nicht so fortsetzen. Es braucht eine regelmässige Anpassung der Beiträge an die Kostenentwicklung. Mit einer Erhöhung der KLV-Beiträge in der ambulanten Pflege wird der frühere Anteil der OKP an den Pflegekosten wieder erreicht und fehlende Elemente (Pflegematerial, Wegzeiten, Löhne) einbezogen. Dies würde unseres Erachtens den Grundsatz «ambulant vor stationär» stärken. <u>Detailbemerkungen zum Berichtsteil «Bedarfsermittlung»</u> Die vorgeschlagenen Änderungen der Prozesse der Bedarfsermittlung im Bereich in der ambulanten Pflege sind u.E. aber noch zu wenig durchdacht. Wir haben zahlreiche Vorschläge zur Optimierung des Prozesses. Insbesondere ist eine Begriffsklärung notwendig: Die Bedarfsermittlung in der Spitex erfolgt umfassend (gemäss Art. 8a Abs. 2) vielerorts mit dem Instrument RAI Home Care. Aus der Bedarfsermittlung wird die Pflegeplanung abgeleitet und die nötigen Pflegeleistungen werden bestimmt. Die Zusammenfassung der Pflegeleistungen wird in einem Formular (Bedarfsmeldung, siehe Art. 8a, Abs. 3) dargestellt. Gerne sind wir bereit, den interessierten Personen die Bedarfsermittlungsprozesse bei einer Spitex-Organisation aufzuzeigen.		
Name / Firma	Artikel	Kommentar / Bemerkungen	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
LLS	Art. 7a Abs. 1	Die Senkung der Beiträge aus der OKP für die Pflege zu Hause erachten wir als nicht sachgerecht und unzureichend hergeleitet sowie absolut nicht nachvollziehbar. Wir verweisen auf die vorstehenden diesbezüglichen allgemeinen Bemerkungen und unterstreichen daraus folgendes: Der Expertenbericht kommt zum Schluss, dass die anteilmässige Belastung der OKP im Betrachtungszeitraum von 72% auf 70% gesunken und somit das Ziel die Kostenneutralität einzuhalten mehr als erreicht worden ist. Ebenso bleibt unbeachtet, dass die Lohnkosten deutlich angestiegen sind und aufgrund des Bedarfs an Pflegefachpersonal wohl weiter steigen wird. Weiter hatten und haben die konsequente Verfolgung der Strategie «ambulant vor stationär» zur Folge, dass spezialisierte (und damit teurere) Dienstleistungen (z.B. Palliativpflege, Onkologiepflege, Psychiatriepflege) verstärkt Eingang in die ambulante Pflege gefunden haben (vgl. dazu diverse Nationale Strategien des Bundes).	Die LLS fordert eine substantielle Erhöhung der Beiträge.

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

		Ein Weiterführen der bisherigen Beiträge führt zur laufenden Überwälzung der steigenden Kosten auf Kantone und Gemeinden (je nach kantonaler Regelung der Restfinanzierung) und die Klienten und Klientinnen.	
LLS	Art. 8 Abs. 2 Bst. c	Die maximal 2 Wochen Akut- und Übergangspflege (AÜP) sind nicht ausreichend. Die bisherige Regelung zur AÜP ist ungenügend. Wir verweisen damit auf die Eingaben der IG Pflegefinanzierung (Link) und den Evaluationsbericht zur Neuordnung der Pflegefinanzierung von INFRAS. In diesen Dokumenten werden die Unzulänglichkeiten der AÜP klar aufgezeigt. Eine grundlegende Änderung ist anzustreben. Sie kann jedoch nur durch eine entsprechende vorgängige KVG-Anpassung vorgenommen werden. Die LLS betont die Notwendigkeit einer Anpassung der AÜP verzichtet aber aus obgenannten Gründen darauf, an dieser Stelle eine Änderung vorzuschlagen.	
LLS	Art. 8a° Abs. 1	Der Vorschlag des Bundesrates sieht eine Einschränkung der Bedarfsermittlung auf Pflegefachpersonen vor. Die LLS unterstützt diese Gleichstellung der verschiedenen Pflegebereiche. Als problematisch erachten wird den Verweis auf Art. 49 KVV, dieser verlangt zwei Nachweise: Ein Diplom (Bst. a) sowie eine zweijährige praktische Tätigkeit (Bst. b). Letztere Einschränkung ist aus Sicht der LLS klar zurückzuweisen. Die Ausbildungscurricula für diplomierte Pflegefachpersonen sehen die Tätigkeiten der Bedarfsermittlung explizit vor. Ausgebildetes diplomiertes Personal ist entsprechend in der Lage die Bedarfsermittlung mit Abschluss der Ausbildung vorzunehmen. Um die Bedarfsermittlung RAI Home Care durchführen zu dürfen, absolvieren die Pflegefachpersonen zusätzlich eine mehrtägige Schulung. Die Einräumung einer zweijährigen Frist zur Durchführung einer Bedarfsermittlung wäre eine massive Einschränkung der heutigen Praxis in den Spitex-Betrieben und würde sich negativ auf die Attraktivität der Spitex als Arbeitgeberin auswirken. Aus unserer Sicht bestimmt Art. 49 KVV die Voraussetzungen, die erfüllt sein müssen, um selbstständig als Pflegefachperson tätig zu sein. Ferner schlagen wir vor, gemäss unseren Ausführungen zu Art. 8 auf die künstliche Trennung zwischen A/C und B-Leistungen zu verzichten und entsprechend Bst. b zu streichen.	1 Die Bedarfsermittlung zur Umsetzung des ärztlichen Auftrages oder der ärztlichen Anordnung erfolgt: a. für Leistungen nach Artikel 7 Absatz 2 Buchstabe a, b und c: durch eine diplomierte Pflegefachfrau oder einen diplomierten Pflegefachmann (Art. 49 KVV) in Zusammenarbeit mit der Patientin oder dem Patienten oder deren Angehörigen; das Ergebnis der Ermittlung ist dem behandelnden Arzt zur Information weiterzugeben; b. für Leistungen nach Artikel 7 Absatz 2 Buchstabe b oder bei Akut- und Übergangspflege: durch eine diplomierte Pflegefachfrau oder einen diplomierten Pflegefachmann (Art. 49 KVV) in Zusammenarbeit mit dem behandelnden Arzt sowie der Patientin oder dem Patienten oder deren Angehörigen.

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation / Kanton : Schweizerische Stiftung SPO Patientenschutz Organisation Suisse des Patients

Abkürzung der Firma / Organisation : SPO OSP

Adresse : Häringstrasse 20, 8001 Zürich

Kontaktperson : Barbara Gassmann

Telefon : 079 791 35 22

E-Mail : barbara.gassmann@spo.ch

Datum : 18.10.2018

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen!
2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen möchten, so können Sie unter "Extras/Dokumentenschutz aufheben" den Schreibschutz aufheben.
3. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **bis am 26. Oktober 2018** an folgende E-mail Adressen: abteilung-leistung@bag.admin.ch
gever@bag.admin.ch

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV)

Name / Firma
(bitte auf der ersten
Seite angegebene
Abkürzung
verwenden)

Allgemeine Bemerkungen

SPO OSP

Die Stiftung SPO Patientenschutz dankt Ihnen für die Möglichkeit der Stellungnahme zu den vorgeschlagenen Änderungen der Krankenpflegeleistungsverordnung. Die SPO wird sich dabei vor allem zu Inhalten mit Auswirkungen auf die Versorgung der Bevölkerung mit Pflege äussern. Dabei berücksichtigt die SPO den Grundsatz «ambulant vor stationär» sowie Anreize, welche die interprofessionelle Zusammenarbeit, insbesondere die Autonomie der diplomierten Pflegefachpersonen stärken.

Was die **OKP-Beiträge** im stationären Bereich angeht, unterstützt die SPO eine Erhöhung. Dies mit dem Ziel, dass Betriebe nicht infolge ungedeckter Kosten auf Betreuungsleistungen zulasten der Patienten ausweichen (was zwar illegal ist, jedoch vorkommt) oder mit ungenügender Personaldotation arbeiten. Eine Erhöhung der OKP-Beiträge im Heimbereich muss in professionelle und qualitativ hochstehende Pflegeleistungen investiert werden.

Die Senkung der Beiträge an die ambulante Krankenpflege ist sachlich unbegründet und deren Berechnung nicht nachvollziehbar. Laut Expertenbericht von INFRAS (im Auftrag des EDI erstellt) ist im Betrachtungszeitraum die anteilmässige Belastung der OKP von 72% auf 70% gesunken. In Anbetracht der demografischen Veränderungen und im Bestreben, eine wirksame, zweckmässige und wirtschaftliche ambulante Pflege zur Verfügung zu stellen, auch zur Vermeidung unnötiger Spital- und Heimeinweisungen – ist die vorgeschlagene Senkung der OKP-Beiträge unverständlich. Die SPO lehnt diesen Teil der Verordnung ab.

Eine **Stärkung der Autonomie der Pflegefachpersonen** wird von der SPO klar gefordert und zwar auf Stufe Gesetz wie auf Stufe Verordnung. Der Widerspruch zwischen der rechtlich gegebenen Teilautonomie des Pflegeberufs und der Abrechnungskompetenz laut KVG besteht auf gesetzlicher Ebene und lässt sich nicht auf Verordnungsebene auflösen.

Detailbemerkungen zum Berichtsteil Kostenneutralität der Pflegebeiträge

Pflege zu Hause (3)

Eine Zunahme der Pflegeintensität im ambulanten Bereich darf nicht zu einer Senkung der OKP-Beiträge führen und dadurch zu einem Rückzug der Krankenversicherung aus diesem Versorgungsbereich. Da auch die Restkostenfinanzierung der öffentlichen Hand unter Sparprogrammen leidet, befürchtet die SPO, dass Patienten insgesamt schlechteren Zugang zu Pflegedienstleistungen hätten. Mehr Menschen mit tiefen Pflegebedarfsstufen jedoch ungenügendem sozialem Umfeld müssten in Pflegeheime eintreten (oft gegen ihren Wunsch), was erst noch das System verteuerte. Zudem kann eine Senkung der OKP-Beiträge bei der Spitex bei allen Patienten zu verzögerten Spitaliaustritten oder vermehrten Komplikationen und zu Rehospitalisationen führen.

Die SPO beantragt, dass die Beiträge nach Art. 7a Abs. 1 KLV regelmässig, aber mindestens alle drei Jahre an die Kostenentwicklung der ambulanten Pflege angepasst werden.

Zudem fordert die SPO, dass die Deckelung der Beiträge der Versicherer gemäss Art. 7a Beiträge KLV zwingend aufgehoben werden. Die Beiträge der Versicherer sind so zu indexieren, dass sie sich der Teuerung anpassen und diese nicht mehr nur durch die Restkostenfinanzierung der öffentlichen Hand überwältzt wird.

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

Nebenleistungen (3.1.2) Die Kosten für Pflegematerial sind separat von der OKP abzugelten und die sachfremde und unpraktikable Unterscheidung zwischen Selbst- und Fremdanwendung aufzuheben. Angesichts des Umstandes, dass diese Kosten bis Herbst 2017 restlos von der OKP übernommen worden sind, wäre die Umsetzung dieser Forderung kostenneutral. Die SPO beantragt bezüglich der Abgeltung des Pflegematerials, dass die Unterscheidung zwischen Selbst- und Fremdanwendung in dem Sinn aufzuheben ist, dass die entsprechenden Kosten wie vor den Bundesverwaltungsgerichtsurteilen vom Herbst 2017 nach MiGeL separat von der OKP abzugelten sind. Akut- und Übergangspflege (3.1.3) Laut INFRAS-Evaluation wird die AÜP noch wenig in Anspruch genommen und das Angebot ist lückenhaft. Dazu sollte evaluiert werden, welches die Gründe sind. Je mehr ambulante Eingriffe durchgeführt werden, desto wichtiger wird die pflegerische Nachbetreuung. Die Aufenthaltskosten in einer Institution der AÜP darf nicht zulasten der Patienten gehen, soll eine integrierte Versorgung für alle das Ziel sein. Detailbemerkungen zum Berichtsteil II - Erläuterungen der einzelnen Bestimmungen Bedarfsermittlung Art. 8 KLV und Art. 8a Die Änderungen zielen auf eine gewisse Stärkung des Pflegepersonals ab, sind jedoch aus Sicht der SPO weder ausreichend noch praxistauglich. Die Trennung zwischen a- und c-Leistungen sowie b-Leistungen wirkt künstlich und ist nicht sinnvoll. Pflegefachpersonen sind in der Lage, zu beurteilen, welche Leistungen notwendig sind, auch in Tätigkeiten der Behandlungspflege wie Blutzuckermessung, Wundversorgung, Messung von Vitalwerten. Im Heimbereich wird heute mit Instrumenten der Pflegebedarf in sog. Pflegestufen ausgewiesen, wobei nicht zwischen a- b- oder c-Leistungen unterschieden wird. Der Vorschlag sieht eine Einschränkung der Bedarfsermittlung auf Pflegefachpersonen gemäss Art. 49 KVV vor. Diese Änderung würde bedeuten, dass neu auch in einer Spitexorganisation oder in einem Pflegeheim angestellte Pflegefachpersonen eine zweijährige praktische Tätigkeit nachzuweisen haben. Diese Einschränkung würde sich negativ auf die Attraktivität dieser Bereiche auswirken und den Fachkräftemangel dort zusätzlich verschärfen. Diplomierte Pflegefachpersonen sind in der Lage, eine Bedarfsabklärung vorzunehmen. Bedarfsermittlung in Pflegeheimen Art. 8b Die Unterscheidung zwischen Pflegebedarf und Betreuung ist eine bekannte Problematik in Pflegeheimen. Wir bezweifeln, ob die vorgeschlagene Lösung zielführend ist. Die Übergänge zwischen Tätigkeiten der Pflege und solcher der Betreuung sind fließend und können kaum mittels wissenschaftlich erarbeiteten Instrumenten trennscharf definiert werden.			
Name / Firma	Artikel	Kommentar / Bemerkungen	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
SPO OSP	Art. 7 Abs 2 Bst. a Ziff.1	Die SPO lehnt den Wechsel vom Begriff «Abklärung» zum Begriff «Ermittlung» ab, da er nicht begründet ist. Bei Verwendung des Begriffs « Abklärung » ist der Einbezug der Patienten und Angehörigen in Entscheide eher enthalten als im Begriff «Ermittlung». Der Pflegebedarf muss im Rahmen des Pflegeauftrags laufend geklärt und kann nicht nur statisch einmalig ermittelt werden.	<i>Art. 7 Abs. 2 Bst. a Ziff. 1</i> 2 Leistungen im Sinne von Absatz 1 sind: a. Massnahmen der Ermittlung , Abklärung Beratung und Koordination: 1. Ermittlung Abklärung des Pflegebedarfs und des Umfeldes des Patienten oder der Patientin und Planung der notwendigen Massnahmen,
SPO OSP	Art.7a Abs. 1 und 3	Wir lehnen die Senkung der OKP Beiträge ab und verweisen auf obige Ausführungen	

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

SPO OSP	Art. 8 Abs. 1	De facto kodifiziert die Vorlage die bestehende Praxis und es kann nichts dagegen einzuwenden sein – nur, dass dies der auf Gesetzesstufe angelegten Diskriminierung der Pflegefachpersonen als autonome Leistungserbringer in keiner Weise abhilft.	Auch hier soll wie oben der Begriff «Ermittlung» durch «Abklärung» ersetzt werden.
SPO OSP	Art. 8 Abs. 2 Bst.c	Die max. 2 Wochen Akut- und Übergangspflege (AÜP) sind für viele Patienten nicht ausreichend. Wir verweisen auf die Eingaben der IG Pflegefinanzierung und den Evaluationsbericht zur Neuordnung der Pflegefinanzierung von INFRAS.	
SPO OSP	Art.8a Abs. 1	Die Einschränkung bei der Bedarfsermittlung auf Pflegefachpersonen, welche Art. 49 KVV erfüllen, lehnen wir ab.	
SPO OSP	Art. 20 KLV	Die KLV ist auf den 1. Januar 2019 dahingehend abzuändern, dass die Leistungserbringer nach Art. 7 Abs. 1 KLV Pflegematerialien der OKP in Rechnung stellen können, unabhängig davon, ob es sich um eine Abgabe zur Selbstanwendung (gemäss MiGeL) oder der Anwendung durch eine Pflegefachperson handelt. Eventualantrag: Sollte dies aus juristischen Gründen nicht direkt über eine KLV-Änderung möglich sein, ist die Änderung raschestmöglich im übergeordneten Recht vorzunehmen.	Die Versicherung leistet eine Vergütung an Mittel und Gegenstände, die der Behandlung oder der Untersuchung im Sinne einer Überwachung der Behandlung einer Krankheit und ihrer Folgen dienen, die auf ärztliche Anordnung von einer Abgabestelle nach Artikel 55 KVV abgegeben werden und von der versicherten Person selbst oder mit Hilfe einer nichtberuflich an der Untersuchung oder der Behandlung mitwirkenden Person angewendet werden.

Stellungnahme zur Vernehmlassung der Verordnung des EDI über Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeverordnung KLV

Sehr geehrte Damen und Herren

Wir danken Ihnen für die Einladung zur Anhörung der Verordnung des EDI über Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeverordnung KLV.

Der schweizerische Seniorenrat SSR vertritt die wirtschaftlichen und sozialen Anliegen der älteren Menschen gegenüber Bund, Verbänden, Institutionen, Medien und in der Öffentlichkeit.

Angesichts der zukünftigen demografischen Entwicklung hat das Thema Pflegefinanzierung für uns hohe Priorität und ist es wichtig, dass diese den Bedürfnissen dieser Bevölkerungsgruppe gerecht wird.

1. Allgemeine Bemerkungen

Der Schlussbericht zur Evaluation der Neuordnung der Pflegefinanzierung vom Januar 2018 dient als Grundlage für die vorgeschlagenen Änderungen. Wir stellen jedoch fest, dass der Bundesrat in wichtigen Themen wie der Restfinanzierung durch die Kantone oder die Akut- und Übergangspflege leider keinen Handlungsbedarf erkennt. Dem gegenüber werden Themen aufgegriffen, welche nicht Gegenstand der Evaluation waren, wie beispielsweise Forderungen der Volksinitiative für eine gute Pflege (Pflegeinitiative). Ebenfalls muss bedauert werden, dass die Gelegenheit nicht genutzt wurde, in der aktuellen Situation bezüglich der Kostenübernahme der Leistungen der Mittel und Gegenstände (MiGeL) Klarheit zu schaffen. Wir werden trotzdem im Einzelnen auf diese Themen eingehen. Ebenfalls gilt es, die Konsequenzen aus dem Bundesgerichtsentscheid vom 20. Juli 2018 zu den Vollkosten der Pflege zu ziehen.

2. Änderungen der OKP-Beiträge an die Pflegekosten Art. 7 KLV

Die geplanten Änderungen basieren auf dem Grundsatz der Kostenneutralität für die Beiträge der OKP. Dass dies eines der Ziele der neuen Pflegefinanzierung war, wird nicht bestritten. Die Interpretation der Datenlage und die daraus resultierende Senkung der Beiträge an die ambulante Pflege (Spitex) um 3,6% sowie die Erhöhung der Beiträge von 6.7 % an die Pflegeheime ist für uns jedoch widersprüchlich und nicht nachvollziehbar.

Namentlich die Senkung der Beiträge an die Spitex lehnen wir auf Grund folgender Tatsachen dezidiert ab: In der Zeit von 2010 – 2014 wurde das DRG-Pauschalen-System eingeführt, was zu komplexeren Pflegesituationen und insbesondere auch zu einem Anstieg der höher entschädigten Leistungen führte (Massnahmen der Abklärung, Beratung und Koordination, Massnahmen der Untersuchung und der Behandlung). Im gleichen Zeitraum wurde der Grundsatz «ambulant vor stationär» konsequent weiterverfolgt und, zu den verschiedenen nationalen Gesundheitsstrategien, spezialisierte Leistungen im Bereich der ambulanten Pflege eingeführt, so beispielsweise im Bereich der Demenzpflege, Palliativpflege, Psychiatriepflege, Wochenend- und Nachtdienste. Die

Spitex ist zu einem zentralen und koordinierenden Akteur der Grundversorgung geworden.

Die Erhöhung der Beiträge an die Heime unterstützen wir, doch ist zu befürchten, dass die Restfinanzierung entsprechend gekürzt wird und es somit zu keiner substantieller Verbesserung der finanziellen Situation im Heimbereich kommen wird.

Es darf nicht sein, dass unter dem Deckmantel der Kostenneutralität die beiden wichtigsten Versorgungsbereiche der Langzeitpflege gegen einander ausgespielt werden. Besonders unverständlich ist die Argumentation des Departements, dass aufgrund des sinkenden Konsumentenpreisniveaus eine zusätzliche Senkung der Beiträge der Versicherer zu prüfen wäre. Wir sind klar der Ansicht, dass für die vorliegende Berechnung nicht der Konsumentenpreisindex massgebend sein darf, sondern vielmehr die generelle Steigerung der Gesundheitskosten. Diese haben auch im Bereich der „Spitex“ laufend zugenommen, weil vor allem die Löhne und das verwendete Material die Ausgaben massgebend beeinflussen. Aus diesen Überlegungen muss als Folge der Kostensteigerung im Gesundheitswesen eine grundsätzliche Erhöhung der Beiträge der OKP in Betracht gezogen werden. Diese Kostensteigerung kann nicht einseitig auf die Kantone und Gemeinden überwältzt werden, da die Ergebnisse der Evaluation aufzeigen, dass die Gesamtkosten der OKP deutliche abgenommen haben.

Im Weiteren möchten wir darauf hinweisen, dass mit diesen Änderungen dem dringenden Handlungsbedarf im Bereich der Palliativ- und Demenzpflege nicht Rechnung getragen wird. In den Strategien zur Demenz und Palliativpflege hat der Bund den speziellen Bedarf dieser Patientengruppen aufgezeigt. Wir erwarten daher, dass sich der Bund seiner Verantwortung bewusst wird, indem er für diese zeitintensive Spezialpflege und Betreuung eine angemessene Zusatzfinanzierung festlegt.

3. Restfinanzierung

Der Evaluationsbericht zeigt die unterschiedliche Regelung der Restfinanzierung in den Kantonen auf. Damit wird deutlich, dass auch hier von Seiten des Bundes eine Präzisierung bezüglich der Verantwortung der Kantone und Gemeinden erforderlich ist. Der Bundesgerichtsentscheid zur Finanzierung der Vollkosten unterstreicht diese Verantwortung, doch gilt es hier nun sicherzustellen, dass dieser Entscheid auch in allen Kantonen richtig umgesetzt wird und nicht die Pflegebedürftigen zusätzlich belastet werden. Wir schlagen folgende Änderung von Artikel 25a Abs. 5 Satz 2 KVG vor:

„Die Kantone stellen die Finanzierung der ausgewiesenen Restkosten der Pflegeleistungen sicher. Der Bundesrat erlässt einheitliche Kriterien zur Erhebung, Berechnung und zur Festsetzung der Vollkosten sowie ergänzend zur Finanzierung der Versorgungspflicht in der ambulanten Pflege.»

4. Akut-und Übergangspflege (AÜP) Art. 8 KLV

Eine zukunftsweisende integrierte Versorgung in der Langzeitpflege ist auf eine gute, flächendeckende Akut- und Übergangspflege angewiesen. Die Strategie des Bundes, „ambulant vor stationär im Spitalbereich“ zu fördern, wird zu mehr ambulanten Eingriffen führen. Gerade ältere Menschen werden da auf eine professionelle pflegerische Nachbetreuung angewiesen sein. Deshalb müssen dringend die im Evaluationsbericht angesprochenen Probleme ernst genommen und entsprechende Massnahmen eingeleitet werden. Die Aufenthaltskosten in den Institutionen der AÜP dürfen nicht weiter den Patienten übertragen werden, da sonst nur diejenigen in Genuss dieses Angebots

kommen, welche sich das auch leisten können. Es widerspricht dem sozialen Grundgedanken des KVG, dass der Bezug von Leistungen von der wirtschaftlichen Situation des Patienten abhängig ist. Wir empfehlen dem Bundesrat im Rahmen dieser Änderung die erforderlichen Anpassungen in der stationären Spitalfinanzierung vorzunehmen:

„Die Leistungen der Akut- und Übergangspflege, welche sich im Anschluss an einen Spitalaufenthalt als notwendig erweisen und ärztlich angeordnet werden, müssen von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung und vom Wohnkanton des Versicherten längstens vier Wochen vergütet werden, und zwar nach den Regeln der Vergütung der stationären Behandlung einschliesslich Aufenthalt und Pflegeleistungen in einem Spital (Art. 49 Abs. 1) sowie nach den Regeln der Spitalfinanzierung (Art. 49a Abgeltung der stationären Leistungen). Die Akut- und Übergangspflege kann bei Bedarf auf ärztliche Anordnung einmal um längstens vier Wochen verlängert werden.“

5. Bedarfsermittlung Art. 8 KLV

Mit der vorgeschlagenen Änderungen bezüglich Bedarfsermittlung will der Bundesrat auf die Forderung der Pflegeinitiative eingehen. Damit macht er einen gewissen Handlungsbedarf geltend, doch die Lösung ist halbherzig und nicht praxistauglich. Der Schweizerische Seniorenrat ist der Ansicht, dass die künstliche Trennung zwischen A/C-Leistungen und B-Leistungen nicht sinnvoll und schon gar nicht praxistauglich ist. Die Pflegefachpersonen sind sehr wohl in der Lage, fachlich zu beurteilen, welche Leistungen notwendig sind – auch im Bereich der Behandlungspflege (z.B. Messung der Vitalwerte, Messung Blutzucker, Wundversorgung). In den Pflegeheimen erfolgt die Bedarfsermittlung mit den entsprechenden Instrumenten, die den Pflegebedarf als Ganzes ausweisen, d.h. es wird nicht zwischen A-, B- oder C- Leistungen unterschieden, sondern der Bedarf weist die erforderliche Pflegestufe aus, welche dann für den Beitrag der OKP massgebend ist. Daher ist die vorgeschlagene Unterscheidung im Bedarfsermittlungsverfahren nicht zielführend. Eine echte Stärkung des Pflegeberufes kann so nicht erreicht werden und wird in diesem Sinne auch den Forderungen der Initiantinnen und Initianten der Pflegeinitiative nicht gerecht.

6. Mindestanforderungen an Pflegebedarfsermittlungssystemen in Pflegeheimen

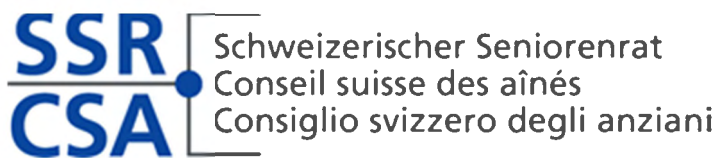
Die Problematik in der Bedarfsermittlung in Pflegeheimen ist bekannt, insbesondere was die Unterscheidung zwischen Pflegebedarf und Betreuung betrifft. Ob die vorgeschlagene Lösung hier allerdings zielführend ist, darf mit Recht bezweifelt werden. Aus unserer Sicht macht es auch wenig Sinn, neue Zeitstudien in Pflegeheimen durchzuführen, ohne dass vorgegeben wird, nach welchem Erfassungsinstrument diese durchgeführt werden müssen und welche Methode als wissenschaftlich anerkannt wird. Wir sind der festen Überzeugung, dass die Trennung zwischen Pflege und Betreuung nicht mit einem wissenschaftlich basierten Instrument erreicht werden kann. Die Praxis zeigt, dass die Grenze zwischen Pflege und Betreuung fließend ist. Letztlich ist der Kontext, in welchem eine Leistung erbracht wird, massgebend für die Beurteilung, ob es sich um eine pflegerische Leistung oder um soziale Betreuung handelt.

7. Kosten für Mittel- und Gegenstände (MiGeL)

Der Entscheid des Bundesverwaltungsgerichts von 2017 legt fest, dass die bei der Pflege verwendeten Mittel und Gegenstände im OKP Beitrag mitenthalten sind. Dieses Urteil richtet jedoch in der Umsetzung ein grosses Chaos an, was zeigt, dass hier dringender Handlungsbedarf von Seiten des Bundesrates besteht. Der Schweizerische Seniorenrat

beantragt daher, die KLV auf den 1. Januar 2019 dahingehend zu ändern, dass die Leistungserbringer der Pflege gemäss Art. 7 Abs. 1 KLV das Pflegematerial der OKP in Rechnung stellen können. Auf die unsägliche Trennung des Materials zwischen Selbstanwendung und Anwendung durch eine Pflegefachperson ist zu verzichten. Damit soll die in den vergangenen Jahren funktionierende Praxis legalisiert werden. In diesem Zusammenhang möchten wir festhalten, dass diese Praxis bereits vor Einführung der neuen Pflegefinanzierung üblich war und zu keiner Zeit in den Diskussionen und Beratungen der zuständigen Kommissionen in Frage gestellt wurden. Es ist für uns unverständlich, warum der Bundesrat in dieser akuten Problematik nicht bereit ist, zeitnah eine unbürokratische Lösung herbeizuführen.

Wir danken Ihnen für die Berücksichtigung unserer Anliegen.
Mit freundlichen Grüssen



Arbeitsgruppe Gesundheit
Der Präsident:

A handwritten signature in blue ink, which appears to read 'Lukas Bäumle'. The signature is fluid and cursive, written in a dark blue color.

Lukas Bäumle

FX

EIV **EN**

2. Okt. 2018

Regis a C EDI

AmtL	GP	KLV	OeG	VS	R	SE
DS	Bundesamt für Gesundheit					
OG						
CC						
Int	24. Okt. 2018					
RM						
GB						
GeS	7 AS Chem					
Lst	VA	NCD	MT	BioM	Chem	Str

An Herrn Bundesrat
Alain Berset
Eidgenössisches Departement des
Innern EDI
Inselgasse 1
CH-3003 Bern

Biel, der 21. Oktober 2018

Änderung der Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung

Sehr geehrter Herr Bundesrat Berset

Als Präsident des «Verein Ambulante Psychiatrische Pflege» (VAPP) erlaube ich mir, Ihnen das neueste Exemplar unserer Fachzeitschrift «psychiatrische Pflege» mit Verweis auf die Verbandsseiten des VAPP (Lesezeichen) zuzustellen.

Der VAPP vertritt 300 der rund 1000 freiberuflichen ambulant – psychiatrischen Pflegefachpersonen und arbeitet eng mit dem Schweizerischen Berufsverband Krankenpflege (SBK) zusammen.

Nachdem wir uns an der laufenden Vernehmlassung beteiligt haben, ist es uns ein Anliegen, diesen Teil der ambulanten Versorgung vorzustellen und auf die Vorteile und Bedürfnisse aufmerksam zu machen.

Die Rolle der spezialisierten ambulanten psychiatrischen Pflege (APP) im schweizerischen Gesundheitswesen ist es, im Sinne der WZW Regel die Kosten der ambulant – psychiatrischen Versorgung zu begrenzen und den Nutzen der Leistungsempfänger zu optimieren.

Dies erreichen die Freiberufler durch gezielte Bedarfsabklärung, gute Vernetzung mit anderen involvierten Leistungserbringern und bewussten Einsatz der Ressourcen.

Ein besonderes Augenmerk hat der Freiberufler dank seines Selbstverständnisses auf die Rolle des Vernetzers, des Koordinators, des Casemanagers. Denn oft wissen die involvierten Fachpersonen (Hausärzte, Psychiater, Sozialarbeiter, Ergotherapeuten etc.) nichts voneinander und es ist die (natürliche) Aufgabe der Pflege, hier für eine fließende Kommunikation, eine Aufgabenklärung und Vernetzung zu sorgen.

Ebenso möchte ich die Alleinstellungsmerkmale der freiberuflichen APP hervorheben:

- Eine fixe Bezugsperson für die Klienten
- Kontinuierliche Betreuung im Bedarfsfall über Jahre (z.B. zur Sicherstellung der Medikation) bei regelmässiger Überprüfung der Notwendigkeit
- Pünktlichkeit, Verlässlichkeit
- Kein Overhead mit zusätzlichen Kosten
- Jeder Freiberufler ist (auf eigene Kosten) Top ausgebildet und zu lebenslanger Weiterbildung verpflichtet

Leider ist es noch nicht statistisch belegbar, aber durch diese personifizierte, kontinuierliche Betreuung machten wir die Erfahrung, dass die Klinikeintritte der betreuten Personen massiv rückläufig sind (bis hin zu keinem Klinikaufenthalt).

Auf diesem Hintergrund würde die geplante Änderung der Krankenpflegeleistungsverordnung ein zweckmässiges, wirksames und wirtschaftliches System in ihren Grundfesten erschüttern, ohne einen erkennbaren Effekt zu erzielen. Gleichzeitig akzeptieren die Kantone es immer noch nicht, dass sie für die Begleichung der Restkosten zuständig sind (laut einer Erhebung des Kanton Bern belaufen sich die Vollkosten für eine Stunde Pflege bei aktuell CHF 125.-).

So möchte ich Sie bitten, im Sinne einer gesicherten Versorgung gegen eine Änderung der Krankenpflegeleistungsverordnung einzutreten.

Besten Dank für Ihr Verständnis!

Mit freundlichen Grüssen



Udo Finklenburg
Präsident VAPP

Beilage:

- Heft 5/18 Psychiatrische Pflege
- Flyer VAPP



Vereinigung aktiver Senioren- und
Selbsthilfe-Organisationen der Schweiz, 3000 Bern
*Fédération des Associations des
retraités et de l'entraide en Suisse, 3000 Berne*
Federazione associazioni dei
pensionati e d'autoaiuto in Svizzera, 3000 Berna

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Gesundheit
3097 Liebefeld

zu Hd. abteilung-leistung@bag.admin.ch, gever@bag.admin.ch

Bern, 24. Oktober 2018

**Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung – Krankenpflege-
Leistungsverordnung KLV**

Sehr geehrte Damen und Herren

Wir danken für die Gelegenheit zur Stellungnahme, die wir gerne wahrnehmen. Unseren Beitrag erhalten Sie in beiliegendem Formular.

Wir danken für die Berücksichtigung unserer Anliegen.

Mit freundlichen Grüssen
VASOS, Co-Präsidium

Bea Heim, NR

i.V.

Jacques Morel

i.V.

Inge Schädler
(Vizepräsidentin)

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation / Kanton : Vereinigung Aktiver Senioren- und Selbsthilfeorganisationen

Abkürzung der Firma / Organisation : VASOS

Adresse : 3000 Bern

Kontaktperson : Sekretariat VASOS Françoise Bassand, Co-Präsidium Bea Heim

Telefon : 076 583 60 90 oder 079 790 52 03

E-Mail : info@vasos.ch

Datum : 23. 10. 2018

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen!
2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen möchten, so können Sie unter "Extras/Dokumentenschutz aufheben" den Schreibschutz aufheben.
3. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **bis am 26. Oktober 2018** an folgende E-mail Adressen: abteilung-leistung@bag.admin.ch
gever@bag.admin.ch

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV)

VASOS Name / Firma (bitte auf der ersten Seite angegebene Abkürzung verwenden)	Allgemeine Bemerkungen
	Die VASOS nimmt den Entwurf zur Änderung der Verordnung des Eidgenössischen Departements des Innern (EDI) über Leistungen der Krankenversicherung (KLV) und den Evaluationsbericht zur Kenntnis. Wir messen ihn unter anderem an den Aussagen und Empfehlungen des INFRAS-Evaluationsberichtes zur Pflegefinanzierung. Diesen entsprechen die KLV-Änderungen zu wenig. Sie stehen z.T. gar im Widerspruch zu denselben. Wir fokussieren unsere Kritik auf die Aspekte, die insbesondere ältere Menschen betreffen. Unseres Erachtens sollte der INFRAS-Evaluationsbericht die Grundlage für die geplanten Änderungen sein. Wir stellen jedoch fest, dass die Kernpunkte der Evaluation, die wir unterstützen kaum berücksichtigt sind. Es sind insbesondere folgende wichtige Punkte: - Die heute fehlenden Kriterien der Restfinanzierung sind klar und schweizweit verpflichtend zu regeln. - Die Verfahren und Standards mit denen die Kantone die Normkosten ermitteln sind zu vereinheitlichen. - Die Abgrenzung von Pflege- und Betreuungsleistungen ist mit Kriterien zu präzisieren. - Die Pflegebedarfserfassungssysteme sind zu harmonisieren oder zumindest so zu überarbeiten, dass vergleichbare Bemessungsgrundlagen resultieren. - Die Akut- und Übergangspflege ist sachgerechter zu regeln: sie ist mit 14 Tagen zu kurz. Sie ist bedarfsgerecht auszugestalten. Die Kosten sind für die PatientInnen zu hoch. Die Hotellerie-Kosten für die PatientInnen sind zu streichen um den bestehenden Fehlanreiz frühe Verlagerung ins Pflegeheim mit entsprechend hohen Langzeitkosten zu eliminieren. - Die Pflegekostenbeiträge sind jährlich der Kostenentwicklung in der Pflege und beim Pflegematerial anzupassen. Dies aufgrund der steigenden Pflegekomplexität und -intensität, resultierend aus der „neuen“ Spitalfinanzierung, den verkürzten Spitalaufenthalten und aus dem Grundsatz „ambulant vor stationär“. - Den wachsenden Aufwänden und den erhöhten beruflichen Anforderungen aus der dringlich umzusetzenden Demenzstrategie, der Palliative Care, der Onko-Spitem und der Psychogeriatric ist auch tariflich Rechnung zu tragen. - Ebenso der Notwendigkeit von 24h-Notrufdiensten und Wochenend- und Nachtdiensten - Berücksichtigung der im Evaluationsbericht festgestellten 2%igen Unterfinanzierung der Spitem-Pflege. Zusammenfassend ist zu sagen, die vorliegenden Verordnungsänderungen gehen in die falsche Richtung. Sie basieren auf ungenügenden statistischen Grundlagen und gehen von der sachfremden Grundannahme, der Kostenneutralität aus. Ohne die Feststellungen des Evaluationsberichtes zu beachten, nämlich dass die Neue Pflegefinanzierung zu einer Entlastung der Krankenkassen geführt und damit die Kostenneutralität unterschritten, resp. übertroffen hat (S.61). Etwas abenteuerlich, finanzwirksame Änderungen vorzuschlagen ohne all diese Punkte und insbesondere die steigenden Herausforderungen in der Heim-Pflege und der ambulanten Spitempflege berücksichtigen.

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

Wir lehnen eine Senkung der OKP-Beiträge an die ambulante Pflege (Spitex) ab. Wir fordern im Gegenteil eine Erhöhung im selben Masse wie sie für die stationäre Pflege im Heim vorgesehen ist. Denn die Spitex ist ein Eck-Pfeiler der Grundversorgung sowohl in der spitalexternen Nachsorge wie in der Langzeitpflege. Wir fordern bezüglich der Abgeltung des Pflegematerials, dass die Unterscheidung zwischen Selbst- und Fremdanwendung aufgehoben wird und die entsprechenden Kosten wie vor den Bundesverwaltungsgerichtsurteilen vom Herbst 2017 nach MiGeL separat von der OKP abzugelten ist. Wir fordern die Stärkung der Autonomie der Pflegefachpersonen. Wir fordern die Umsetzung und sichere Finanzierung den vom Bund erarbeiteten Demenz- und Palliativ-Care-Strategien. Die Verordnungsänderungen müssen auf die Bedürfnisse der PatientInnen und Pflegebedürftigen und nicht auf die Kassen-Interessen fokussieren. Co-Präsidentin Co-Präsident Vizepräsidentin Bea Heim Jacques Morel Inge Schädler			
Name / Firma	Artikel	Kommentar / Bemerkungen	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
VASOS	Art. 7a Abs. 1 und 3	Wir lehnen die Senkung der OKP Beiträge entschieden ab und verweisen auf die Ausführungen „Allgemeine Bemerkungen“.	Vasos fordert eine substantielle Erhöhung der OKP-Beiträge für die Spitex-Pflege
VASOS	Art 8 Abs. 2 Bst.c	Die max. 2 Wochen Akut- und Übergangspflege (AÜP) sind zu kurz. Die bisherige Regelung zur AÜP ist ungenügend. Wir verweisen auf die Eingabe der IG Pflegefinanzierung und den Evaluationsbericht zur Pflegefinanzierung von INFRAS. Es braucht eine grundlegende Änderung auf KVG-Ebene. Wir verweisen auf die Ausführungen „Allgemeine Bemerkungen“.	
		Die Leistungen der Akut-und Übergangspflege, die im Anschluss an einen Spitalaufenthalt ärztlich angeordnet werden sind von der OKP und vom Wohnkanton der versicherten Person bedarfsgerecht +/- 4 Wochen zu vergüten und zwar nach den Regeln der Vergütung der stationären Behandlung incl. Aufenthalt und Pflegeleistungen in einem Spital (Art. 49 Abs.1) sowie nach den Regeln der Spitalfinanzierung (Art. 49 a Abgeltung stationäre Leistungen. Die Akut- und Übergangspflege kann nach ärztlicher Anordnung verlängert werden.	
VASOS	Art. 8a Abs.3	Gemäss Kommentar bezieht sich Art. 8a auf die Bedarfserfassung resp. –ermittlung im Allgemeinen, also sowohl für die Spitex, Pflegeheime und für selbständige Pflegefachpersonen	Abs. 3: die Bedarfsermittlung erfolgt im stationären und im ambulanten Pflegebereich jeweils aufgrund einheitlicher Kriterien.
VASOS	Art. 20 KLV	Die KLV ist auf spätestens den 1. Januar 2019 so abzuändern, dass die Leistungserbringer (LE) nach Art. 7 Abs.1 KLV Pflegematerialien der OKP in Rechnung stellen können, unabhängig davon ob es sich um eine Abgabe zur Selbstanwendung oder zur Anwendung durch eine Pflegefachperson handelt	Die Versicherung leistet eine Vergütung an Mittel und Gegenstände, die bei der Behandlung od. der Untersuchung im eine Überwachung der Behandlung einer Krankheit und ihrer Folgen dienen, die auf ärztliche Anordnung von einer Abgabestelle nach Art. 55 KVV abgegeben werden

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

VASOS	Art. 25a Abs. 5 Satz 2 KVG	Einführung verbindlicher Kriterien der kantonalen Restkostenfinanzierung	Die Kantone stellen die Finanzierung der ausgewiesenen Restkosten der Pflegeleistungen sicher. Der Bundesrat erlässt einheitliche Kriterien zur Erhebung, Berechnung und zur Festsetzung der Vollkosten sowie ergänzend zur Finanzierung der Versorgungspflicht in der ambulanten Pflege.

Per E-Mail an:
Bundesamt für Gesundheit
Abteilung Leistungen
abteilung-leistungen@bag.admin.ch
gever@bag.admin.ch

Bern, 26. Oktober 2018

Stellungnahme von BESA Care und Q-Sys zur geplanten Anpassung der Verordnung über Leistungen in der obligatorischen Krankenversicherung (Kostenneutralität und Bedarfsermittlung)

Sehr geehrte Damen und Herrn

Als Systemanbieter sind BESA Care und Q-Sys von der geplanten KLV-Anpassung direkt betroffen, insbesondere wenn es um neue Anforderungen an die Bedarfsermittlung in Pflegeheimen geht. Wir nehmen die Gelegenheit zu einer Stellungnahme gerne gemeinsam wahr, da eine praktikable Umsetzung nicht nur im Interesse von uns Systemanbietern ist, sondern von allen Institutionen welche BESA oder RAI/RUG anwenden.

Wir begrüssen die Entscheidung, dass eine gewisse Vereinheitlichung der Instrumente mit der Definition von Mindestanforderungen erreicht werden soll und sind grundsätzlich der Meinung, dass die formulierten Ziele mit den Systemen BESA und RAI/RUG erreicht werden können.

1. Erweiterung der Kompetenzen der Pflegefachpersonen bei der Abklärung und Ermittlung des Pflegebedarfs

- Wir begrüssen die grundsätzliche Stossrichtung, die Kompetenzen des Pflegefachpersonals bei der Abklärung und Ermittlung des Pflegebedarfs zu erweitern.
- Den aktuellen Vorschlag zur Umsetzung beurteilen wir in der Praxis als untauglich. Statt der beabsichtigten Entlastung, entsteht ein Zusatzaufwand, der niemandem etwas bringt:
 - o Eine Differenzierung, welche Leistungen (a, b oder c) erforderlich sind, kann erst nach der durchgeführten Bedarfsabklärung erfolgen und ist nicht a-priori bekannt.
 - o In der Mehrzahl der Fälle werden nach unserer Einschätzung sowieso alle drei Leistungsarten benötigt.
 - o Zudem erfolgt die Bedarfsermittlung im Sinne des zeitlichen Pflegebedarfs zumindest beim RAI-Instrument ähnlich wie bei DRG's aufgrund von Diagnosen/Bewohnerzuständen, was eine Prozesssteuerung aufgrund von Leistungsarten unsinnig macht.
- Um tatsächlich eine Vereinfachung zu bewirken, schlagen wir vor
 - o auf eine Differenzierung zu verzichten
 - o alle 6 Monate routinemässig eine Bedarfsabklärung vorzusehen

- welche aber nur bei Änderungen der Pflegestufe einer neuen ärztlichen Unterschrift bedarf
 - dass die ärztliche Verordnung maximal 12 Monate gilt.
- Die mit Verweis auf Art. 49 KVV geforderte im Pflegeheimbereich bisher nicht gestellte Voraussetzung von 2 Jahre Berufserfahrung ist fachlich unnötig und nicht durchführbar. Es ist bereits heute für viele sehr schwierig, genügend diplomiertes Pflegepersonal für die Durchführung der Bedarfsklärung zu finden und zu schulen.

2. Art. 8 a Bedarfsermittlung

Abs. 3: „Dort ist insbesondere auch der voraussichtliche Zeitaufwand anzugeben“. BESA Care und Q-Sys interpretieren diese Anforderung so, dass die Pflegestufe, welche ja einen Minutenrahmen definiert, die BESA Minuten oder die RUG-Gruppe, welche ebenfalls einen Minutenwert beinhaltet, angegeben werden soll.

Art. 8 b Bedarfsermittlung in Pflegeheimen

Abs. 2: Die Formulierung, dass der von den Bedarfserfassungsinstrumenten ausgewiesene Pflegebedarf im Durchschnitt den tatsächlich erbrachten Pflegeleistungen in Minuten entsprechen soll, entspricht voll und ganz unserer bereits mehrfach so deklarierten Auffassung. Zur Präzisierung ist allerdings festzuhalten, dass die tatsächlich erbrachten Pflegeleistungen in Zeitstudien ermittelt werden und keine laufende Messung der tatsächlich erbrachten Pflegeleistungen erfolgt.

Wir schlagen deshalb folgende Anpassungen vor: „Bei der Bedarfsermittlung muss der ausgewiesene zu erbringende Pflegebedarf im Durchschnitt den tatsächlich erbrachten, **in Zeitstudien ermittelten** Pflegeleistungen entsprechen. Die tatsächlich erbrachten **in Zeitstudien gemessenen** Pflegeleistungen.... . Das für die Bedarfsermittlung in Pflegeheimen verwendete Instrument muss ... für jede Bedarfsstufe **in Zeitstudien** ausweisen.

In Bezug auf die künftige Interpretation bzw. Anforderungen an eine eventuell zu definierende Varianz muss der unterschiedliche Charakter der Bedarfsermittlungssysteme berücksichtigt werden. Je stärker ein System für die Bedarfsermittlung auf Bewohnerzuständen und Diagnosen aufbaut, desto grösser wird die Varianz sein - oder umgekehrt - je mehr ein System bei der Bedarfsermittlung auf einzelne zu erbringende Leistungen abstellt, desto geringer wird die Varianz ausfallen.

3. Zuständigkeiten und Verfahren zur Durchführung und Umsetzung von Zeitstudien

Generell vermissen wir klare Regelungen, welche Zuständigkeiten und Verfahren zur Durchführung der Zeitstudien und zur Umsetzung der sich daraus ergebenden kostenrelevanten Anpassungen festlegen.

Konkret schlagen wir folgende **Modifikation von Art. 8c** vor:

Abs. 1: «Die Leistungserbringer nach Artikel 7 Absatz 1, die Versicherer und die Kantone legen die Verfahren zur Durchführung und Umsetzung von Zeitstudien gemeinsam fest und vereinbaren für die ganze Schweiz Kontroll- und Schlichtungsverfahren.

Sie einigen sich insbesondere auf die anzuwendende Methodik, welche anerkannten empirischen und statistischen Grundsätzen entspricht. »

Abs. 2:

«Kommt keine Einigung zustande, setzt der Bundesrat nach Anhören der Beteiligten die Verfahren zur Durchführung und Umsetzung von Zeitstudien sowie das Kontroll- und Schlichtungsverfahren fest.»

Konkret müssen insbesondere folgende Verfahrensfragen geklärt werden:

- Es muss eine einheitliche und verbindliche Tätigkeitsliste, welche KLV-Leistungen und Nicht-KLV-Leistungen als Basis für Zeitmessungen operativ und praktikabel definiert festgelegt werden.
- Repräsentativität bedeutet schlussendlich, dass jede/r Bewohner/in, welche mit einem der Bedarfserfassungssysteme eingestuft wird, die gleiche Chance hat, in die entsprechende Stichprobe miteinbezogen zu werden (Zufallsstichprobe). Die Systemanbieter haben keine Möglichkeit ihre Kunden zur Durchführung von Zeitstudien zu zwingen. Deshalb schlagen wir vor, in Art. 8b Abs. 3 von einer „ausreichenden“ Repräsentativität zu sprechen, welche in Bezug auf die wichtigsten relevanten Faktoren zu definieren ist.
- Die Datenschutzfragen müssen geklärt werden.
- Die Methodik muss geklärt sein. Statt der Formulierung in 8b Abs. 3: „Die von den Zeitstudien angewendete Methode muss wissenschaftlich anerkannt sein“ ziehen wir eine Delegation der Entscheidung über die Methodik an das oben definierte Gremium vor.

4. Erfüllung der Mindestanforderungen bis Ende 2020

Eine Erfüllung der Mindestanforderungen bis Ende 2020 ist nur möglich, wenn bereits bestehenden Zeitstudien verwendet werden können.

- Bereits vorliegende Zeitstudien mit dem **Instrument** CURAtime müssen für die erstmalige Erfüllung der Mindestanforderungen akzeptiert werden.
- Eine CURAtime-Zeitstudie kostet für ein durchschnittliches Heim ungefähr CHF 25'000.-. Eine Neuerhebung mit Zeitstudien bei 20 Heimen verursacht daher Kosten von ungefähr einer halben Million Franken (ohne Aufwand für die Datenanalyse, ohne die Erarbeitung der Anpassungsvorschläge in den Instrumenten und ohne die Umsetzung allfälliger Anpassungen).
- Es muss auch möglich sein, kleinere Anpassungen der Systeme mit bestehenden Daten aus Zeitstudien belegen bzw. plausibilisieren zu können. Wenn jede kleinere Veränderung mit einer umfassenden Zeitstudie belegt werden muss, entstehen gewaltige Kosten.
- Die Finanzierung der Zeitstudien wurde bisher von den Heimen auf freiwilliger Basis geleistet. Wenn die Systemanbieter zukünftig die Zeitstudien mitfinanzieren müssten, werden die Systemkosten für die Heime deutlich ansteigen.
- Für die Durchführung einer ausreichend repräsentativen Zeitstudie werden mindestens 2 Jahre benötigt. Vorgängig müssen die oben erwähnten Fragen geklärt werden. Bis Ende 2020 kann daher eine neue Zeitstudie nicht abgeschlossen werden. Die heute vorliegenden Daten aus den Zeitmessungen CURAtime sind aus unserer Sicht ausreichend.

5. Art. 8c Abs. 4.

Soll dieser Artikel, welche bisher nur für den ambulanten Bereich Gültigkeit hatte, tatsächlich auf für Pflegeheime gelten? Eine Differenzierung beim Pflegebedarf nach a, b, c. Leistungen ist derzeit in den Bedarfserfassungssystemen nicht implementiert. Falls tatsächlich eine Differenzierung der Kontrollverfahren auch für Pflegeheime gefordert wird (was wir als unnötig ablehnen würden), wäre ein Bezug auf die Pflegestufen sinnvoller (z.B. ab Pflegestufe 3).

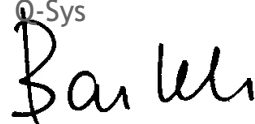
Freundliche Grüsse

BESA Care AG



Beat Stübi
Geschäftsführer

Q-Sys



Dr. Guido Bartelt
Partner, Geschäftsführer

Kopien an:

- CURAVIVA Schweiz
- senesuisse
- GDK

Neuchâtel, le 24 octobre 2018

Commission technique intercantonale PLAISIR

Envoi par courrier électronique
Office fédéral de la santé publique

abteilung-leistung@bag.admin.ch
gever@bag.admin.ch

Prise de position de la Commission technique intercantonale PLAISIR au sujet de la modification de l'ordonnance du DFI sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie (neutralité des coûts et évaluation des soins requis)

Madame, Monsieur,

La Commission technique intercantonale PLAISIR a pris connaissance du projet de modification précité de l'OPAS et souhaite par le présent courrier faire état de ses remarques et questions sur la consultation en cours, portant exclusivement sur les aspects techniques des adaptations proposées, susceptibles d'engendrer de grandes difficultés d'interprétation et de mise en œuvre. Aussi, les changements législatifs prévus quant à l'augmentation de la fréquence des évaluations sont de nature à alourdir les charges des établissements médico-sociaux (EMS), étant ici rappelé que ces charges supplémentaires ne sont qu'à la seule charge des institutions. Nous limitons nos commentaires aux propositions figurant aux articles 8a, 8b OPAS ainsi qu'aux dispositions transitoires.

Introduction : éléments méthodologiques – PLEX/PLAISIR & RAI

La méthode RAI définit le coût des soins institutionnels attribuables à une personne en classant cette dernière, après évaluation de ses caractéristiques propres, dans un groupe de personnes dont les caractéristiques sont similaires. Ce groupe sert de référence pour l'attribution d'un financement forfaitaire. Le temps moyen de production des soins y a été mesuré. Ces groupes « RUG » ou *Resources Utilization Groups* sont analogues aux DRG (Diagnostic related group) utilisés dans le monde hospitalier. La personne à classer et le groupe de référence doivent être issus de la même population. La stabilité et l'homogénéité de cette dernière sont importantes. Si la population se modifie (vieillit par exemple), un ajustement du temps de soins est nécessaire, comme dans le cas des DRG.

La méthode PLEX/PLAISIR, utilisée dans les cantons de Genève, Jura, Neuchâtel et Vaud, définit quant à elle directement et individuellement les actes de soins nécessaires à chaque bénéficiaire de soins, puis détermine la durée totale des soins attribuée à cette personne par addition des durées unitaires de chaque acte. Les

Pour adresse :

*Service cantonal de la santé publique
J.-L. Pourtalès 2 – 2000 Neuchâtel
Tél.: +41 32 889 52 03
E-mail: yves.grosclaude@ne.ch
Web: <http://www.ctplaisir.ch>*

durées attribuées à chaque acte de soins dépendent aussi du niveau de handicap de la personne. Les méthodes *Delphi* et du *Groupe Nominal*, scientifiquement reconnues, ont été utilisées pour la détermination de ces durées. Chaque évaluation PLAISIR fait l'objet d'un contrôle externe qui garantit que seuls les actes nécessaires, et que tous les actes nécessaires, sont inclus dans le résultat de l'évaluation. Cette double exigence définit la durée des soins requis.

L'outil PLEX est utilisé à l'admission pour définir la classification initiale. Cette évaluation est ensuite remplacée dans les délais prescrits par une évaluation PLAISIR, sauf en cas de court séjour, cas échéant. L'outil PLEX peut être encore utilisé par la suite, sans impact sur la facturation, si le soignant juge une telle évaluation nécessaire pour la confronter à l'évaluation PLAISIR valide ; cas échéant, en cas de variation notable du besoin en soins, une nouvelle évaluation PLAISIR est réalisée.

Le coût externe d'une évaluation PLAISIR est d'environ 120 CHF. Celle-ci est ensuite valable deux ans au maximum et doit être renouvelée plus tôt si les soignants observent une évolution notable du temps nécessaire aux soins pour le justifier. Le coût externe d'une évaluation PLEX est d'environ 26 CHF ; sa durée de validité est limitée à 2 mois par décision des cantons utilisateurs car elle ne fait pas l'objet d'un contrôle externe. Cette validité est néanmoins bien supérieure car, hormis la relecture et la précision, les principes fondant l'évaluation PLAISIR sont respectés : une durée de six mois serait par exemple admissible. L'outil PLEX relève un sous-ensemble des éléments utilisés lors d'une évaluation PLAISIR. Il est dès lors moins précis. PLAISIR mesure la charge en soins par heure de chaque journée sur 7 jours consécutifs, alors que PLEX mesure la charge en soins sur 7 jours, sans distinction des heures et des journées. Le résultat de l'évaluation PLEX fournit le niveau d'aide et de soins moyen de la personne par 24h, à 10 minutes près. Les deux outils peuvent donc aboutir, pour un même individu évalué au même moment, à de minimes différences de classe de soins et de niveau de financement.

Alors que le RAI utilise un ensemble de personnes à un moment donné pour définir le temps et le coût des soins, ce qui lui donne les propriétés d'une étude transversale, PLEX/PLAISIR procède à un suivi des mêmes personnes au cours du temps. Il fournit donc des résultats ayant les propriétés d'une étude longitudinale. La périodicité des relevés est intégrée à l'outil.

Art 8a OPAS – fréquence des évaluations

Les réévaluations périodiques PLAISIR ont lieu en moyenne tous les ans. Les exiger tous les six mois en augmentera considérablement le coût, sans réelle pertinence pour la qualité ou la quantité des soins requis. Les avantages de la méthode et du processus de validation externe en seront fortement réduits, voire anéantis.

L'augmentation du coût d'utilisation de la méthode serait de l'ordre de +1.3 à +1.5 million de francs par an, répartie entre les 4 cantons utilisateurs, si une évaluation PLAISIR devait être refaite systématiquement tous les 6 mois, au contraire de la pratique actuelle qui est qu'une évaluation n'est refaite que si le besoin en soins est modifié, ce qui est contrôlable par une évaluation PLEX. Une réévaluation trop fréquente et systématique, si elle n'est pas ciblée sur des individus, engendrera des coûts supplémentaires, sans apporter de plus-value au niveau de la prise en charge des bénéficiaires.

Par contre, si une évaluation PLAISIR peut être validée sans modification de classe par une évaluation PLEX, comme c'est la pratique actuellement, l'accroissement du

coût des évaluations serait moindre et les effets pertinents. Cette manière de faire pourrait être précisée et formalisée.

La nouvelle teneur de l'article 8a al. 5 renvoie à l'article 8a al 1, mais les termes « nouvelle évaluation » laissent une ambiguïté sur la manière de procéder à ladite évaluation. Il pourrait s'agir d'une évaluation de la validité de l'évaluation existante, auquel cas l'infirmière évaluatrice pourrait reconduire la précédente, comme pour la reconduction du mandat médical et sans recourir au médecin. Elle pourrait aussi décider de s'en assurer avec une réévaluation PLEX ou de procéder à une réévaluation PLAISIR complète, avec des impacts financiers bien différents. Cette ambiguïté doit être levée.

- **La périodicité de six mois pour l'évaluation devrait être abandonnée car contraire même aux principes de l'outil PLAISIR et à sa stabilité démontrée, et parce qu'elle engendrerait un surcoût annuel considérable, sans plus-value effective.**
- **La reconduction d'une évaluation sans réévaluation formelle complète devrait rester possible. L'intervalle entre réévaluations devrait être défini en lien explicite avec la méthodologie utilisée et respecter les caractéristiques scientifiquement démontrées de l'outil concerné.**

Art 8b OPAS – critères les outils d'évaluation des soins requis dans les EMS

L'alinéa 2 de l'article 8b « Évaluation des soins requis dans les établissements médico-sociaux » suscite de nombreuses questions.

La méthodologie rappelée ci-dessus et l'abondante littérature sur l'outil PLAISIR sont en contradiction avec la teneur de cet article, quelle que soit la durée d'une période transitoire, pour ce que nous en comprenons. La formulation semble partir de l'hypothèse que l'outil d'évaluation de la charge en soins est aussi l'outil de gestion du dossier de soins. Si c'était le cas, chaque soin planifié pourrait effectivement être quittancé après exécution, en liaison directe et complète avec l'évaluation. L'écart qualitatif entre les soins exécutés et les soins non exécutés serait alors mesurable et exact, pour chaque individu, sous réserve de la compétence et de l'intégrité des collaborateurs au moment de quittancer l'exécution. Des mesures de centralité et de dispersion pourraient être alors calculées (moyenne, variance, étendue, etc.).

La première phrase de l'art. 8b al 2 « *L'évaluation des soins requis garantit que le besoin en soins affiché correspond en moyenne aux prestations de soins effectives fournies en minutes* » semble impliquer une mesure de requis-donné individuelle et non plus une mesure de requis, bien qu'une notion de moyenne apparaisse dans le texte. Dans la conception de PLAISIR, le requis est limitatif : tous les soins désirés par le soignant ou le bénéficiaire qui ne sont pas requis sont éliminés au cours de la relecture de l'évaluation, garantissant ainsi l'intégrité de l'évaluateur et celle de l'institution. Ne pas fournir ensuite les prestations requises, un repas par exemple, peut être assimilé à de la maltraitance. Si les durées critiques prévues pour l'exécution des soins peuvent varier un peu d'un résident à l'autre, la méthode elle-même est le résultat d'une convergence et le requis défini représente le minimum éthiquement acceptable.

- **La première phrase de l'art. 8b al 2 nouvelle teneur doit être modifiée afin de ne pas laisser une interprétation fondée sur le requis-donné individuel, et permettre la validation de son objectif par les études méthodologiques existantes.**

La seconde phrase de l'alinéa 2 « *Les prestations de soins effectives fournies se situent en moyenne par niveau de besoin en soins affiché dans le cadre de la fourchette en minutes définie dans les douze niveaux de besoins en soins* » semble vouloir évaluer la cohérence entre le temps de soins attribué par la classification du bénéficiaire et son besoin réel. Là aussi, la notion de moyenne ne nous est pas compréhensible.

- **La seconde phrase de l'art. 8b al 2 et la manière de la mettre en œuvre doivent être précisées, y compris par la soumission des formules de calcul s'il y a lieu.**

La troisième phrase de l'alinéa 2 « *L'instrument utilisé pour l'évaluation des soins requis dans les EMS doit présenter la variance des prestations de soins effectives fournies par rapport au besoin en soins affiché pour chaque niveau de besoin en soins* » demande que l'instrument utilisé pour l'évaluation des soins requis dans les établissements médico-sociaux présente la variance des prestations de soins effectives fournies par rapport au besoin en soins affichés pour chaque niveau de besoin en soins. S'il est raisonnable de prévoir une variance pour les outils RAI et BESA, il serait toutefois indispensable de préciser comment elle doit être calculée ; s'agit-il de la variance mesurée dans le groupe de référence ? Notons que cette information ne renseignera pas sur l'évolution de la population.

Pour PLAISIR, la mesure de la durée des soins est individuelle. Sa variance est donc nulle. Cela ne signifie pas que les durées des soins sont invariantes puisqu'elles sont définies pour un résident ordinaire à un moment donné dans des conditions de travail moyennes. Un rejet de la variance nulle conduirait donc à exclure l'outil PLEX/PLAISIR des instruments admis par l'AOS, ce qui est contraire aux affirmations des commentaires du projet de révision.

- **Il doit être explicite qu'une variance nulle est admise en cas de mesure individuelle des soins requis.**

Enfin, en lien avec l'art 8b al 3, nous précisons ce qui suit concernant PLAISIR. La méthode *Delphi* utilisée par ÉROS pour l'établissement de la durée nécessaire aux actes de soin est scientifiquement reconnue. Elle a été réalisée en Suisse et complétée dans le cas de prestations très rares par des données provenant de l'ensemble des données d'ÉROS. Les résultats des évaluations sont peu affectés par le vieillissement de la population ou la date de l'étude de temps. Ils sont dès lors représentatifs. Par exemple, sauf cas particulier, une seule douche par semaine est admise par l'outil. Toutefois, entre 1995 et 2018, la désirabilité sociale de douches plus fréquentes est manifeste. La méthode d'évaluation PLAISIR permet de faire la part des choses, en conformité avec l'art 8b al. 1.

Les prestations de soins sont clairement identifiées dans le catalogue PLAISIR et peuvent être distinguées, comme dans l'exemple de la douche ci-dessus, entre douche fréquente requise dans des cas particuliers, de celles qui relèveraient de la désirabilité sociale ou du confort. Les dossiers traités ces dernières années montrent cependant que plus il y a de détails dans l'information relative aux composants et durées des actions, plus il y a de contestation (exemple du dossier des CSB « communications au sujet du bénéficiaire » porté devant le Tribunal fédéral par Philos Assurance Maladie SA).

Il importe donc de définir dans l'OPAS le niveau de décomposition des durées des prestations, que ce soit pour les douches, comme dans l'exemple ci-dessus, ou encore pour les déplacements à la salle à manger, le temps utilisé pour entrer en contact avec d'autres personnes, etc. Il faudrait en effet éviter que le morcellement des durées de

prestations en catégories de financement ne conduise à un défaut de soin ou à de nouvelles contestations.

- **La manière d'attribuer des temps aux prestations reconnues servant au financement des prestations devrait être précisée dans l'ordonnance.**

Dispositions transitoires

- **Cette disposition ne semble concerner que l'art 8b OPAS mais au vu des questionnements relatifs à l'art. 8a et des coûts qui seraient engendrés, nous demandons également qu'un délai de mise en œuvre soit prévu concernant l'art. 8a.**

La Commission technique intercantonale PLAISIR vous remercie de lui permettre de répondre à la consultation en cours et reste à votre disposition pour tout complément d'information.

Je vous prie de croire, Madame, Monsieur, à l'expression de ma haute considération.

COMMISSION TECHNIQUE INTERCANTONALE PLAISIR

Yves Grosclaude
Président

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation / Kanton : LEP AG, St. Gallen

Abkürzung der Firma / Organisation : LEP AG

Adresse : Blarerstrasse 7, 9000 St. Gallen

Kontaktperson : Regula Jenzer Bürcher, EMBA und Dr. Dieter Baumberger

Telefon : 071 246 37 57

E-Mail : info@lep.ch

Datum : 24.10.2018

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen!
2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen möchten, so können Sie unter "Extras/Dokumentenschutz aufheben" den Schreibschutz aufheben.
3. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **bis am 26. Oktober 2018** an folgende E-mail Adressen: abteilung-leistung@bag.admin.ch
gever@bag.admin.ch

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV)

Name / Firma
(bitte auf der
ersten Seite
angegebene
Abkürzung
verwenden)

Allgemeine Bemerkungen

LEP AG

Sehr geehrte Damen und Herren

Wir danken Ihnen für die Möglichkeit zur Anhörung in der rubrizierten Vernehmlassung.

Da die LEP AG ein Schweizer Pflegebedarfssystem für eine leistungsorientierte Finanzierung entwickelt hat und pflegt, das von einzelnen Pflegeheimen zu deren vollen Zufriedenheit in der Praxis eingesetzt wird, erhalten Sie die nachfolgende Stellungnahme.

Die Abkürzung LEP stand 1988 – zu Beginn der Entwicklung – für „Leistungserfassung in der Pflege“. Weitere Berufsgruppen des Gesundheitswesens kamen ab 2001 kontinuierlich dazu. Ab 2006 wird mit der neuen LEP-Generation 3 die direkte Patientendokumentation in den Vordergrund gestellt und wird zusammen mit Assessments als Pflegebedarfsmesssystem eingesetzt, das die Anforderungen für die Pflegefinanzierung erfüllt. LEP wird in Deutschland, Österreich und der Schweiz (Französisch, Italienisch, Deutsch) in rund 500 Gesundheitsbetrieben angewendet. Über der Hälfte sind zwar Spitäler, darunter finden sich aber auch psychiatrische Kliniken, Rehabilitationskliniken oder Pflegeheime. In der Schweiz sind es derzeit fünf Pflegeheime. Möchte ein Pflegeheim in der Schweiz sich von einem der vorgegeben Pflegebedarfssystemen abwenden und mit LEP im Pflegeprozess arbeiten, wird es daran durch aktuelle Regulierungen behindert.

Der Aufbau von LEP basiert auf der Idee, dass das elektronische Patientendossier (EPD) und die elektronische Patientendokumentation der zentrale Dreh- und Angelpunkt für den Austausch von relevanten Gesundheitsdaten zwischen einzelnen Gesundheitsinstitutionen im Rahmen von eHealth Suisse sind oder werden. LEP ist keine Software und wird von rund 20 Softwarefirmen umgesetzt.

Neben dem Patientennutzen und der Behandlungsqualität kann LEP auch für eine leistungs- und patientenbezogene Abgeltung genutzt werden. LEP setzt sich dafür ein, dass die Pflegefachleute nur einmal dokumentieren müssen und die sich dabei ergebenden Daten anhand zeitgemässer softwaretechnischer Möglichkeiten mehrfach genutzt werden können. Dadurch entsteht kein Mehraufwand für die Pflegepraxis durch die unnötige Erfassung von redundanten Daten respektive Doppelerfassungen wie beispielsweise für Finanzierungszwecke in Parallelsystemen, die keinen Nutzen für die Pflegepraxis haben, entfallen. LEP ist ein transparentes und manipulationsresistentes System, da es in der täglichen Patientendokumentation eingesetzt und von den Pflegefachpersonen bei der täglichen Arbeit direkt genutzt wird sowie sämtliche Berechnungen offengelegt und einfach nachvollzogen werden können. Wissenschaftlich wird LEP kontinuierlich im Rahmen eines transparenten Versionierungsmanagements auf

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

	Basis neuer Anforderungen angepasst und weiterentwickelt. 2016 wurden in einer Zeitstudie (<u>Deutsch / Französisch</u>) beispielsweise die LEP-Minutenwerte basierend auf rund 12.5 Millionen Messungen von LEP-Interventionen, die für über 100'000 Fälle durchgeführt wurden, getestet und modifiziert. Ebenfalls 2016 wurde die Eignung von LEP in Pflegeheimen zur Tarifeinstufung nach KLV 7 mit automatisierten Daten direkt aus der Patientendokumentation in einer <u>Pilotstudie</u> getestet und mit zwei vorgegebenen Pflegebedarfssystemen verglichen. Als innovatives Schweizer Kleinunternehmen setzt sich die LEP AG fortwährend für deregulierende und zeitgemässe Lösungen ein. Sie möchte die Pflegefachpersonen bei der Patientendokumentation systematisch unterstützen und durch eine gezielte Mehrfachnutzung der Gesundheitsdaten, beispielsweise durch eine automatisierte Erfassung von Leistungen nach KLV 7, von zusätzlichem Administrativaufwand fernhalten. Die unterbreiteten Änderungsvorschläge mit Bezug auf das Pflegebedarfssystem werden begrüsst, da sie eine reliable und valide Bedarfsabklärung, pflegewissenschaftlich relevante Erkenntnisse für die Anwendung, Zeitstudien sowie Qualitätsindikatoren und vollständige Transparenz fordern. Wir danken Ihnen für die Kenntnisnahme und Berücksichtigung unserer Stellungnahme und stehen für weitere Informationen gerne zur Verfügung. Freundliche Grüsse Regula Jenzer Bürcher, EMBA Geschäftsführerin LEP AG Blarerstrasse 7 CH-9000 St. Gallen Tel.: +41 71 246 37 57 Fax: +41 71 246 37 59 info@lep.ch www.lep.ch Dr. Dieter Baumberger Leiter Forschung und Entwicklung		
Name / Firma	Artikel	Kommentar / Bemerkungen	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
LEP AG	Art. 7 Abs. 2 Bst. a Ziff. 1 KLV	Die Änderung des Begriffs "Abklärung" hin zu „Ermittlung“ macht mit Bezug auf den Einsatz von Pflegebedarfssystemen Sinn. Ein Verzicht auf die Aussage, eine Planung der notwendigen Massnahmen habe mit Ärzten und Patienten zu	

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

		erfolgen, entspricht der Praxis. Grundsätzlich erlauben wir uns darauf hinzuweisen, dass der Begriff "Pflegebedarf" im Zusammenhang mit der Vernehmlassung immer auf Basis einer einheitlichen, verbindlichen Definition verwendet werden sollte. Der Pflegebedarf misst das Erfordernis an pflegerischen Massnahmen, also wer wie viel und welche Pflege benötigt (z.B. BAG, 2017; Bartholomeyczik, 2004). Er beschreibt ein SOLL. Der Pflegeaufwand hingegen beschreibt diejenigen Massnahmen, die tatsächlich erbracht wurden. Er beschreibt ein IST. Abweichungen zwischen SOLL und IST können vielfältig sein. Idealerweise sollte der Bedarf zum Aufwand in einem 1:1-Verhältnis stehen. Im KLV 7 wird das Assessment (Gesundheitszustand) zur Begründung des Leistungsbedarfs und zur Erklärung der Varianz zwischen dem Bedarf und Aufwand herangezogen. Pflegebedarfssysteme gemäss KLV 7 setzen sich demnach aus Assessment (Ist; Gesundheitszustand) und Pflegebedarf (Soll; Handlung) sowie Pflegeaufwand (Ist; Handlung) zusammen. Erfahrungsgemäss ist dieser Sachverhalt nicht einfach umzusetzen in der realen Praxis, da die professionelle Pflege eines Menschen eine personenbezogene, interaktive Arbeit ist, die ausgerichtet auf die Sicherheit, das Wohlbefinden oder die Gefühlslage nach dem "Uno-actu-Prinzip" vollzogen wird.	
LEP AG	Art. 8b Abs. 1 KLV	Es ist zu begrüßen, dass in Pflegeheimen verwendete Instrumente zwischen Pflegeleistungen nach Artikel 33 Buchstabe b KVV und anderen Leistungen differenzieren können muss. Wichtig aus Sicht eines Instrumentenentwicklers ist bei diesem Punkt, dass einheitliche und inhaltlich verständliche Rahmenbedingungen seitens der Leistungserbringer und -vergüter vorliegen. Beispielsweise punkto Trennschärfe zu Leistungen für die Betreuung. Strukturierte und einheitliche Leistungsdefinitionen könnten zudem zur statistischen Erklärung von Varianzen (Art. 8b Abs. 2 KLV) und zur Wissenschaftlichkeit (Art. 8b Abs. 3 KLV) massgeblich beitragen. Mit klaren Leistungsdefinitionen könnten aufwändige und gesundheitsökonomische Ineffizienzen vermieden werden.	

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

		Antrag: Einsetzung einer Fachkommission Aufgabe: Erstellung einheitlicher Leistungsdefinitionen und trennscharfe Abgrenzung zwischen Pflegeleistungen nach Artikel 33 Buchstabe b KVV und anderen Leistungen.	
LEP AG	Art. 8b Abs. 2 KLV	Soll "Geld der Leistung folgen" ist die Änderung grundsätzlich zu begrüssen, da der ausgewiesene Pflegebedarf (Soll) im Durchschnitt den tatsächlich erbrachten Pflegeleistungen (Ist) in Minuten entsprechen soll. Damit liegt eine Begründung vor, die auf dem aktuellen Gesundheitszustand einer Patientin/eines Patienten basieren und die auch auf aktuellen Qualitätsstandards (Soll) zurückgreifen könnte. Neu kann die Finanzierung an den tatsächlichen Aufwand gekoppelt und dieser muss gleichzeitig mit der Pflegebedarfsermittlung begründet sein. Mit diesem Vorgehen kann zum einen gewährleistet werden, dass eine „Kalibrierung“ an die tatsächlichen Gegebenheiten stattfindet und zum anderen keine realitätsfremden Pflegebedarfswerte für die Finanzierung herangezogen werden können. Zu beachten ist allerdings, dass es schwierig sein könnte, die Einflussfaktoren auf das erwünschte "1:1 Verhältnis" zwischen Soll (erforderliche Leistung, Pflegebedarf) und Ist (erbrachte Leistung, Pflegeaufwand) unter Kontrolle zu bringen. Nebst dem Instrument könnten weitere Einflussfaktoren - über die bisher wenig bekannt ist - für die Varianzreduktion zwischen Soll und Ist eine relevante Rolle spielen. Antrag: Wissenschaftliche Überprüfung der Varianz zwischen Soll und Ist Aufgabe der Studie: Identifizierung von relevanten Einflussfaktoren zur Erklärung der Varianz zwischen Soll (erforderliche Leistungen, Pflegebedarf) und Ist (erbrachte Leistungen, Pflegeaufwand).	
LEP AG	Art. 8b Abs. 3 KLV	Als Instrumentenentwickler begrüssen wir grundsätzlich die Anforderungen an die Pflegebedarfssysteme,	

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

		insbesondere, weil die Zeitstudien auf den erbrachten Pflegeleistungen basieren sollen. Zu bedenken ist, dass es für die in Zeitstudien angewendeten Methoden keinen wissenschaftlich anerkannten Goldstandard gibt. Ein de-facto-Standard ist ebenso zu vermeiden wegen den zu erwartenden gesundheitsökonomisch unnützen Diskussionen und Ineffizienzen. Antrag: Einsetzung einer Fachkommission Aufgabe: Erstellung einer einheitlichen Methodologie für die durchzuführenden Zeitwertstudien und wissenschaftliche Testung der Methode mit Daten aus den betroffenen Bereichen.	
--	--	---	--