



Bundesamt
für Gesundheit

Office fédéral
de la santé publique

Ufficio federale
della sanità pubblica

Uffizi federal
da sanadad publica

Bericht zu den Ergebnissen der Vernehmlassung zur

Neuordnung der Pflegefinanzierung

Rapport sur les résultats de la consultation relative au

Nouveau régime de financement des soins

Oktober 2004/octobre 2004

INHALT

Durchführung der Vernehmlassung	3
Zustimmung und Kritik	3
Liste der Stellungnahmen im Vernehmlassungsverfahren	5
Ergebnisse im Einzelnen:	8
- Grundsätzliche Bemerkungen	8
- Modell A	19
- Modell B	29
- Anpassung der Ergänzungsleistungen	40
- Stärkung der Prävention	44
- Weiterführende Vorschläge	47

SOMMAIRE

Organisation de la consultation	3
Approbation et critique	3
Liste des avis exprimés lors de la procédure de consultation	5
Résultats en détail :	8
- Remarques générales	8
- Modèle A	19
- Modèle B	29
- Modification des prestations complémentaires	40
- Renforcement de la prévention	44
- Propositions complémentaires	47

Durchführung

Mit Schreiben vom 24. Juni 2004 lud das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) die Kantonsregierungen, die politischen Parteien, das Bundesgericht, das Eidgenössische Versicherungsgericht und die interessierten Organisationen ein, zur Neuordnung der Pflegefinanzierung bis zum 24. September 2004 Stellung zu nehmen.

Die Vernehmlassungsunterlagen wurden an 156 Adressatinnen und Adressaten versandt. 26 Kantone, 7 Parteien und 92 andere interessierte Stellen und Organisationen (insgesamt 125) äusserten sich näher zu den vorgeschlagenen Änderungen.

Zustimmung und Kritik

Die Auswertung der Vernehmlassung hat klar gezeigt, dass die Notwendigkeit einer Reform der aktuellen Pflegefinanzierung unbestritten ist. Die Mehrzahl der Teilnehmenden hat die Vorschläge des Bundesrates aber – aus unterschiedlichen Gründen – als unbefriedigend beurteilt.

Die Kantone, politischen Parteien und konsultierten Kreise haben *Modell A* in seiner Gesamtheit deutlich abgelehnt. Angezweifelt wurde in erster Linie die Praxistauglichkeit des Modells, insbesondere in Bezug auf die Abgrenzung zwischen einfachen und komplexen Situationen bzw. zwischen krankheits- und altersbedingter Pflege. Mehrere Teilnehmende haben darauf hingewiesen, dass die finanzielle Belastung für Personen, die zwar überhaupt keine Behandlungspflege benötigen, die aber auf intensive Grundpflege angewiesen sind, sehr hoch sein würde. In diesem Zusammenhang wurde zugleich die Befürchtung geäussert, Modell A könnte die Ärzteschaft dazu bewegen, gewisse Fälle einzig aus sozialen Gründen als komplex einzustufen. Der Vorschlag, eine AHV-Entschädigung für Hilflosigkeit leichten Grades einzuführen, wurde mehrheitlich begrüsst. Hingegen stiess die Streichung der Hilflosenentschädigung für Heimbewohner, insbesondere bei den Kantonen, auf klare Ablehnung.

Modell B konnte auch nicht überzeugen, wobei die Kritiken weniger hart ausfielen als bei Modell A. Eine Mehrheit der Kantone und

Organisation

Par lettre du 24 juin 2004, le Département fédéral de l'intérieur (DFI) a invité les gouvernements cantonaux, les partis politiques, le Tribunal fédéral, le Tribunal fédéral des assurances et les organisations intéressées à s'exprimer sur le nouveau régime de financement des soins jusqu'au 24 septembre 2004.

La documentation relative à la consultation a été envoyée à 156 destinataires. 26 cantons, 7 partis et 92 autres intéressés (125 au total) ont exprimé leur avis sur les modifications proposées.

Approbaton et critique

L'évaluation des résultats de la procédure de consultation a mis en évidence que la quasi totalité des participants estimaient indispensable une réforme du système actuel de financement des soins, mais que la plupart – pour diverses raisons – jugeaient les mesures proposées par le Conseil fédéral insatisfaisantes.

L'ensemble des cantons, partis politiques et milieux consultés ont catégoriquement rejeté le *modèle A* dans sa globalité. Ils se sont en effet montrés sceptiques quant à la faisabilité pratique du modèle, en particulier en ce qui concerne la délimitation entre les situations simples et complexes, respectivement entre les soins dus à la maladie et ceux liés à l'âge. Plusieurs ont par ailleurs relevé que la charge financière serait très lourde pour les personnes n'ayant pas du tout besoin de soins infirmiers, mais nécessitant d'importants soins de base. Dans ce contexte, ils ont exprimé la crainte que le modèle A n'incite les médecins à déclarer certains cas complexes pour des raisons sociales. La proposition d'introduire une allocation AVS pour impotence de faible degré a été accueillie favorablement par la plupart des participants, alors que la suppression de l'allocation pour impotent pour les pensionnaires de homes s'est heurtée à l'opposition massive des cantons.

Le *modèle B* n'a pas non plus convaincu, même si les critiques à son égard ont été

Gemeinden unterstützten gar das Modell B, allerdings lediglich im Grundsatz und unter verschiedenen Bedingungen. Die Teilnehmenden werfen dem Modell B wiederholt einen systemfremden Einbruch im schweizerischen Krankenversicherungssystem vor: Die Limitierung auf einen Beitrag für die Kostenübernahme von medizinischen Leistungen durch die soziale Krankenversicherung könnte Präjudizcharakter haben, was sozialpolitisch unerwünscht sei. Negativ hervorgehoben wurde ebenfalls die unvermeidliche Willkür einer zeitlichen Abgrenzung zwischen Akut- und Langzeitpflege.

Der *Ausbau der Ergänzungsleistungen* wurde mehrheitlich begrüsst. Die Kantone haben jedoch Korrekturmassnahmen auf der Finanzierungsseite gefordert: als Kompensation für die Verlagerung der Kosten auf die Ergänzungsleistungen verlangten sie eine Erhöhung der Bundesbeteiligung an die Ergänzungsleistungen.

Die Ergebnisse in bezug auf die *Stärkung der Prävention* waren gemischt: Zwar ist die Bedeutung der Prävention unbestritten, die Fokussierung der Tätigkeit der Institution nach Artikel 19 KVG auf die Prävention der Pflegebedürftigkeit wird aber mehrheitlich als kontraproduktiv angesehen, da die Bevorzugung einer bestimmten Bevölkerungsgruppe nur auf Kosten anderer Gruppen erfolgen könne. Zudem ist verschiedentlich betont worden, die Prävention der Pflegebedürftigkeit müsse, um wirksam zu sein, bereits in früheren Lebensphasen einsetzen.

moins virulentes qu'à l'encontre du modèle A. La majorité des cantons et des communes ont même soutenu modèle B, mais seulement en principe et à certaines conditions. Les participants ont principalement reproché au modèle B d'ouvrir une dangereuse brèche dans le système d'assurance-maladie suisse : la limitation de la prise en charge par l'assurance-maladie sociale à une participation au coût des prestations médicales pourrait avoir un caractère préjudiciel, ce qui n'est pas souhaitable du point de vue de la politique sociale. Beaucoup ont également souligné le caractère inévitablement arbitraire d'une limite temporelle entre soins aigus et soins de longue durée.

L'*élargissement des prestations complémentaires* a été salué par la majorité des participants. Les cantons ont toutefois exigé des mesures de correction concernant le financement : ils ont demandé que la part de la Confédération dans les prestations complémentaires soit augmentée, en contrepartie des transferts de coûts vers les PC.

Quant au *renforcement de la prévention*, les résultats ont été mitigés. Personne ne conteste l'importance de la prévention, mais la majorité considère qu'il est contre-productif de focaliser l'activité de l'institution selon l'art. 19 LAMal sur la prévention du besoin de soins, car on ne peut favoriser une catégorie particulière de population qu'au détriment des autres groupes. En outre, certains ont relevé que, pour être efficace, la prévention du besoin de soins devait déjà commencer dans les phases antérieures de la vie.

Liste der Stellungnahmen im Vernehmlassungsverfahren Liste des avis exprimés lors de la procédure de consultation

Abkürzung	Absender
Abréviation	Expéditeur
	Kantone und kantonale Konferenzen / cantons et conférences cantonales
AG	Kanton Aargau
AI	Kanton Appenzell Innerrhoden
AR	Kanton Appenzell Ausserrhoden
BE	Kanton Bern
BL	Kanton Basel-Land
BS	Kanton Basel-Stadt
FR	Canton de Fribourg
GE	Canton de Genève
GL	Kanton Glarus
GR	Kanton Graubünden
JU	Canton du Jura
LU	Kanton Luzern
NE	Canton de Neuchâtel
NW	Kanton Nidwalden
OW	Kanton Obwalden
SG	Kanton St. Gallen
SH	Kanton Schaffhausen
SO	Kanton Solothurn
SZ	Kanton Schwyz
TG	Kanton Thurgau
TI	Cantone Ticino
UR	Kanton Uri
VD	Canton de Vaud
VS	Canton du Valais
ZG	Kanton Zug
ZH	Kanton Zürich
GDK	Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren
	Politische Parteien / partis politiques
FDP	Freisinnig-Demokratische Partei der Schweiz
SPS	Sozialdemokratische Partei der Schweiz
SVP	Schweizerische Volkspartei
CVP	Christlichdemokratische Volkspartei der Schweiz
EVP	Evangelische Volkspartei der Schweiz
GPS	Grüne Partei der Schweiz
EDU	Eidgenössisch-Demokratische Union
	Organisationen der Wirtschaft / organisations de l'économie
FRC	Fédération romande des consommateurs
SKS	Stiftung für Konsumentenschutz
SGB	Schweizerischer Gewerkschaftsbund
SAGV	Schweizerischer Arbeitgeberverband
	economiesuisse
ZV	Zentralverband des Staats- und Gemeindepersonals der Schweiz
Kf	Konsumentenforum Schweiz
acsi	Associazione Consumatrici della Svizzera Italiana

FER	Fédération des entreprises romandes
CP	Centre patronal
SKV	Kaufmännischer Verband Schweiz
SSV	Schweizerischer Städteverband
SBV	Schweizerischer Bauernverband
	Leistungserbringer / fournisseurs de prestations
SBK	Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner
SVBG	Schweizerischer Verband der Berufsorganisationen im Gesundheitswesen
FMH	Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte
Spitex CH	Spitex Verband Schweiz
PKS	Privatkliniken Schweiz
SGPG	Schweizerische Gesellschaft für Prävention und Gesundheitswesen
H+	H+ Die Spitäler der Schweiz
ChiroSuisse	ChiroSuisse, Schweizerische Chiropraktoren-Gesellschaft
FISIO	Schweizer Physiotherapie Verband
SRK	Schweizerisches Rotes Kreuz
VSAO	Verband Schweizerischer Assistenz- und Oberärztinnen und -ärzte
SIPP	Schweizerischer Verband privater Pflegeheime
FRAPIDA	Fédération romande des associations d'institutions pour personnes âgées
FORUM	Forum für stationäre Altersarbeit
CURAVIVA	CURAVIVA – Verband Heime und Institutionen Schweiz
	Interpharma
K3	Konferenz Kantonale Krankenhausverbände K3
	PULSUS
SVDE	Schweizerischer Verband dipl. ErnährungsberaterInnen
SGIM	Schweizerische Gesellschaft für Innere Medizin
	Wohlbefinden Schweiz
	Versicherer / assureurs
	santésuisse
	Medizinertarif-Kommission UVG
COSAMA	Conférence d'assureurs suisses maladie et accident
	PatientInnen und BenutzerInnen / patients et usagers
PROCAP	Schweizerischer Invalidenverband
SPO	Schweiz. Patienten- und Versicherten Organisation
Pro Infirmis	Schweizerische Vereinigung PRO INFIRMIS
	Pro Senectute Schweiz
AVS/AHV	Fédération des retraités
SSR	Schweizerischer Seniorenrat
FARES	Fédération des Associations des retraités et de l'entraide en Suisse
	Andere / autres
	Gesundheitsförderung Schweiz
ffg	Forum für Ganzheitsmedizin
	Pro Mente Sana
PF	Pro Familia Suisse
WEKO	Wettbewerbskommission
	Commission fédérale de la consommation

	Ohne Einladung / sans invitation
Spitex Bern	Spitex Stadt Bern
Spitex BE	Spitex Kanton Bern
VLSS	Verein der leitenden Spitalärzte der Schweiz
DOK	Dachorganisationenkonferenz der Privaten Behindertenhilfe
SVG	Schweizerische Vereinigung der Gelähmten
SZB	Dachorganisation des Schweiz. Sehbehindertenwesens
Zürich	Stadtrat Zürich
VAKA	Vereinigung aargauischer Krankenhäuser
Hausbetreuung	Hausbetreuungsdienst für Stadt und Land
Krebsliga	Krebsliga Schweiz
MPF	Mouvement populaire des familles
FFR	Fédération fribourgeoise des retraités
KKAK	Konferenz der kantonalen Ausgleichskassen
ÖKKV	Öffentlichen Krankenkassen der Schweiz
MS	Schweizerische Multiple Sklerose Gesellschaft
Uni BS	Universität Basel, Institut für Pflegewirtschaft
VKG	Vereinigte Krankenhäuser Gottesgnad des Kantons Bern
AGSG	Senioren-Arbeitsgruppe für Gerechtigkeit und Solidarität im Gesundheitswesen
Gemeindeverb.	Schweiz. Gemeindeverband
Uni BE	Universität Bern, Institut für Sozial- und Präventivmedizin
VAA	Vereinigung Aargauischer Angestelltenverbände
SAG	Schweiz. Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsökonomie
FASSIS	Fachstelle Assistenz Schweiz
VBK	Verband Bernischer Krankenhäuser
A. Weidmann	Dr. med. Alfred Weidmann, Uhwiesen
BASPO	Bundesamt für Sport
SGG	Schweiz. Gesellschaft für Gerontologie
SFGG	Schweiz. Fachgesellschaft für Geriatrie
Spital Bern	Spital Bern, Universitäre Klinik für Geriatrie
SAMV	Schweiz. Akademie der Medizinischen Wissenschaften
Alzheimer	Schweiz. Alzheimervereinigung
GQP	Gesellschaft für Qualitätspolitik in Alters- und Pflegeheimen

Ergebnisse im Einzelnen

Vorbemerkung

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

Die Ausführungen wurden teilweise gekürzt.

Résultats en détail

Remarque préliminaire

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

Les exposés ont en partie été raccourcis.

Grundsätzliche Bemerkungen Remarques générales

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions	Verfasser Auteurs
<p>Die vorgeschlagenen Modelle sehen einseitig eine finanzielle Mehrbelastung der Kantone und Gemeinden zugunsten der Versicherer und des Bundes vor. Die GDK wiederholt ihre Forderung, wonach die Spital- und die Pflegefinanzierung in einem einzigen Paket zu regeln und finanzierungsneutral auszugestalten sind.</p> <p>Die mittel- und langfristigen Wirkungen sind in die Berechnungen des Finanzbedarfs einzubeziehen. Das System ist so auszugestalten, dass die durch die demographische, medizinische und soziale Entwicklung verursachten Mehrkosten in der Langzeitpflege auch langfristig unter den Kostenträgern gleich verteilt werden, zumal diese nicht beeinflusst werden können.</p> <p>Im Zusammenhang mit der Übergangsregelung wird noch einmal betont, dass die Kantone dieser Regelung zur Entlastung der Krankenversicherer nur unter der Bedingung zugestimmt haben, dass sich der Tarifschutz gemäss Art. 44 KVG einzig auf die geltenden Tarife bezieht.</p>	GDK, AR, BE, GL, GR, LU, NE, NW, OW, SH, VD, ZH
<p>Beide Modelle sehen eine einseitige Verschiebung der Kosten auf die Kantone und die Gemeinden und eine Entlastung für den Bund und die Versicherer vor. Es muss geklärt werden, wie mit den z.Z. verbleibenden Pflegeleistungen zu verfahren ist. Auch fehlt ein Lösungsansatz, wie die Finanzierung von Pflegebedürftigen in Krankenhäusern geregelt werden soll, die aufgrund Erreichen des Rentenalters aus der IV ausgeschieden werden.</p>	AG
<p>Reformpaket verstösst gegen den Sinn und Geist des NFA, da die Kantone zur Finanzierung herangezogen werden, obwohl sie mit keinen diesbezüglichen Kompetenzen ausgestattet sind. Die Spital- und Pflegefinanzierung sind als Ganzes zu betrachten und finanzierungsneutral zu gestalten.</p>	AI
<p>S'oppose fermement aux modèles A et B. Admet le bien-fondé d'une réglementation du financement des soins de longue durée, pour autant qu'elle s'inscrive dans une démarche globale.</p> <p>Les modèles A et B introduisent des notions nouvelles. Leur analyse financière et l'évaluation de leurs retombées pour le canton de Genève revêtent dès lors un caractère particulièrement aléatoire. Cette insécurité se trouve renforcée par le fait que ces deux modèles sont proposés de manière dissociée d'un système global.</p> <p>Comme il est quasiment impossible de mesurer les transferts de charges, il conviendra de veiller à ce que les effets soient équilibrés. Il ne serait pas admissible que la charge financière soit supportée uniquement par les can-</p>	GE

<p>tons et les communes, au profit d'un allègement pour les assureurs-maladie et la Confédération.</p> <p>Quant aux retombées financières des modèles A et B pour le canton et leur lien avec la réforme de la péréquation financière (RTP), ces éléments sont très difficilement mesurables. Une analyse globale plus poussée est nécessaire, intégrant en particulier la nouvelle répartition des charges concernant les soins de longue durée des personnes âgées et les nouvelles dépenses relatives à la 4e révision AI. Les modalités de la prise en charge du déficit financier actuel de l'assurance-maladie ne sont pas évoquées.</p> <p>Les modèles A et B constituent une double brèche dans la couverture des soins liés à la maladie et à ses séquelles, telle qu'elle découle actuellement de la LAMal. Ils éliminent la prise en charge des séquelles de la maladie et limitent l'assurance-maladie au paiement des coûts des prestations qui servent à la diagnostiquer ou à la traiter. Or, les soins donnés aux personnes âgées dépendantes, dans les EMS, sont nécessités par la prise en charge d'une ou de plusieurs séquelles résultant d'une ou de plusieurs maladies. En excluant des prestations en raison de l'âge, en l'occurrence de la vieillesse, on exclut de façon explicite une parmi toutes les autres conséquences de la maladie. Le signal donné pourrait inciter à exclure ou à traiter de manière particulière d'autres conséquences liées à l'âge (chez les enfants, les séquelles d'une maladie grave) ou liées à une habitude de vie.</p>	
<p>Les modèles n'apportent pas de réponses satisfaisantes. Ils ne font que reporter les charges financières de l'assurance-maladie sur les personnes âgées, sur les cantons, par le biais des PC et de l'aide sociale ainsi que sur l'AVS.</p> <p>Le transfert de charges de l'assurance-maladie vers les cantons résultant des deux modèles n'est pas supportable pour les finances cantonales. La répartition des charges entre les différents acteurs doit être revue dans le cadre de la RPT afin d'arriver à une situation équilibrée.</p> <p>La distinction entre les soins dus à l'âge et les soins dus à la maladie est contraire au principe fondamental de solidarité intergénérationnelle prévu dans la LAMal. Cette distinction ouvre la voie à une assurance-maladie spécifique pour la vieillesse, ce qui serait un retour en arrière en matière de sécurité et de cohésion sociale.</p>	JU
<p>Gleiche Haltung wie GDK; zudem: Halten eine intensive Prüfung einer Pflegeversicherung als unabdingbar.</p>	SG
<p>Lehnen grundsätzlich beide Modelle ab, weil sie die Kostenbeteiligung der Krankenversicherer im Bereich der eigentlich KVG-pflichtigen Leistungen auch weiterhin beschränken.</p> <p>Sollte eines der vorgeschlagenen untauglichen Modelle beschlossen werden, ist der Tarifschutz im KVG aufzuheben oder explizit auf den Beitrag der Krankenpflegeversicherung zu beschränken.</p>	SO
<p>Lehnen beide Modelle vollumfänglich ab. Beide Modelle führen zu einer Mehrbelastung des Kantons und der Gemeinden. Teilen die Meinung nicht, wonach mit diesen Vorlagen ein gebremstes Wachstum der Pflegekosten erreicht wird.</p>	SZ
<p>Keine gerechte Verteilung der Mehrkosten zwischen den Kostenträgern Bund, Versicherer, Kantone und Gemeinden. Schliessen sich grösstenteils der Stellungnahme der GDK an.</p>	TG
<p>Die Verlagerung zulasten der Kantone verursacht nicht nur direkte Mehrkosten, sondern auch indirekte Mehrkosten für den Vollzug. Diese Durchführungskosten (Verwaltungskosten) müssen transparent aufgezeigt werden.</p>	UR
<p>Les deux modèles n'abordent pratiquement pas le problème d'une application pratique et la question se pose s'ils sont effectivement réalisables.</p> <p>L'estimation des conséquences financières semble manquer de consistance et de crédibilité.</p> <p>Pas favorables à un changement de la législation allant dans le sens des deux projets proposés.</p>	VS

<p>Gleiche Haltung wie GDK; zudem: Die heute beschränkten Spitex-Leistungen sind generell zu verbessern.</p>	<p>ZG</p>
<p>Die FDP erachtet es als vehement wichtig, dass sozialversicherungsübergreifende Anreizmodelle zur Förderung des eigenverantwortlichen Sparens ausgearbeitet werden. Das Finanzierungsmodell muss so ausgestaltet sein, dass es den verschiedenen Pflegekategorien (auch Behinderte und Kranke unter dem AHV-Alter) gerecht wird. Die Forderungen der FDP im Bereich der Pflegefinanzierung:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Eine bessere Koordination der verschiedenen Sozialversicherungszweige. - Die Finanzierung der Pflegeleistungen soll nach gerechten und einfach nachvollziehbaren Kriterien erfolgen. - Klarere Abgrenzung zwischen der medizinischen Pflege (Grundversicherung gemäss KVG) und der Betreuungspflege. - Subjektfinanzierung. - Leistungsvergütung in Anlehnung an das Finalitätsprinzip unabhängig vom Ort, wo die Leistungen erbracht werden. - Keine speziellen Krankenversicherungsprämien für Pflegeleistungen. 	<p>FDP</p>
<p>Die SP Schweiz hält mit aller Deutlichkeit fest, dass das geltende KVG die volle Übernahme der grundversicherten Pflegekosten durch die Krankenversicherer bei der Einführung des KVG postuliert hat und zwar unabhängig davon, ob sie während eines Spitalaufenthaltes, im Alters- oder Pflegeheim oder im Rahmen von Spitex entstehen. Die im ersten Reformpaket vorgeschlagene und auf zwei Jahre befristete Übergangsbestimmung zur Finanzierung der Pflege darf in Hinblick auf die Neuordnung der Finanzierung der Pflege nichts präjudizieren. Die SP Schweiz ist klar der Auffassung, dass die Neuordnung der Pflegefinanzierung finanzpolitisch zu regeln ist und nicht sozialpolitisch über Leistungsabbau oder über einen Eingriff ins Versicherungssystem. Für die NFA ergeben sich mit der vorgesehenen Neuordnung zur Pflegefinanzierung im EL-Bereich veränderte Voraussetzungen. Zwar wird nach NFA auf eine EL-Obergrenze verzichtet und die Kantone können eine Heimtaxbegrenzung vornehmen. Mit der nun geplanten EL-Akzentsetzung im Pflegebereich ist bei der NFA eine nationale Systemstabilität zwingend. Das Pflegerisiko ist ein strukturelles Armutsrisiko und landesweit einheitlich zu regeln. Deshalb ist bei der Einführung der NFA eine mindestens gleich hohe Beteiligung des Bundes bei der EL im Heimbereich unabdingbar. Die Verlagerung eines wesentlichen Anteils der Pflegekosten der Krankenversicherung auf Kantone und Gemeinden müsste durch eine Erhöhung der Bundesbeteiligung bei der EL für HeimbewohnerInnen auf 25 bis 50% (Art. 9 Abs. 2 ELG) kompensiert werden können. Unter dem Aspekt NFA ist es unter den veränderten Voraussetzungen unabdingbar, dass die Mehrkosten für die Kantone (Aufhebung Obergrenze, Änderung beim Vermögensverzehr und Freibetrag) vom Bund zu übernehmen sind.</p>	<p>SPS, SKS</p>
<p>Die SVP lehnt die beiden Modelle ab. Die vorgeschlagene Revision bringt keine wesentlichen Einsparungen. Solche wären aber dringend nötig. Die SVP lehnt alle Modelle ab, die Personen, welche sich während ihres ganzen Lebens etwas angespart haben und pflegebedürftig werden, zusätzlich belasten.</p>	<p>SVP</p>
<p>Der vorliegende Bericht lässt die gesellschaftlichen und familiären Dimensionen völlig ausser Betracht. Die CVP hält deshalb die Datenlage zur Pflege für ungenügend und verlangt vom Bundesrat für die Entscheidungsfindung verschiedene insbesondere statistische Informationen und Ergänzungen (z.B. die Anteile Akutpflege / Langzeitpflege bei Spitex oder die Anzahl Sozialhilfebezüger in der Langzeitpflege). Die Finanzierung der Pflege darf nicht vom Ort der Leistungserbringung ab-</p>	<p>CVP</p>

<p>hängig sein, sondern einzig vom Pflegezustand der Patientinnen und Patienten. Es müssen die gleichen Finanzierungsregeln gelten, unabhängig davon, wo die Pflege erbracht wird. Heute besteht der Anreiz, die Patienten möglichst lange im Akutspital zu lassen, weil sie dort finanziell nicht belastet werden. Dieser falsche Anreiz kann nur mit der direkten Einführung des monetarischen Finanzierungssystems beseitigt werden.</p>	
<p>Die Revision der Spitalfinanzierung und jene der Pflegefinanzierung sollten eine Einheit bilden. Die finanziellen Auswirkungen auf die OKP, die Kantone, die EL und die Selbstzahler sind transparent darzustellen.</p>	GPS
<p>In der vorliegenden Vernehmlassung fehlt die Begünstigung gesunder Lebenshaltung vollständig. Eigenverantwortung muss auch vom Gesetzgeber gefördert – und auch belohnt werden!</p>	EDU
<p>Le nouveau régime du financement des soins soumis en consultation souffre de nombreux défauts que ce soit dans la variante A ou B. Un défaut en particulier empêche de donner une réponse réellement détaillée et approfondie : c'est le flou qui entoure les notions déterminantes des soins et le calcul de leur financement. La FRC n'est pas satisfaite des propositions A et B et les rejette.</p>	FRC
<p>Der SGB hält am Grundsatz fest, dass das geltende KVG die volle Übernahme der Pflegekosten durch die Krankenversicherer postuliert. Den beiden vorliegenden Modellen liegt kein neuer Ansatz der Finanzierung der Pflege vor. Die Finanzierung ist weiterhin stark aufgesplittet und bleibt damit unübersichtlich.</p>	SGB
<p>Eine Neuregelung der Pflegefinanzierung auf gesetzlicher Ebene und im Rahmen des Krankenversicherungsgesetzes wird grundsätzlich unterstützt. Der Verzicht auf eine separate Pflegeversicherung wird begrüsst. Die Neuregelung der Pflegeversicherung sollte sicherstellen, dass gesamtschweizerisch dieselben Grundsätze und ein einziges Grundkonzept etabliert werden. Im Detail stellen sich bei den vorgelegten Modellen noch Fragen: Zum Beispiel, ob die vollen Pflegekosten oder nur Teil-Pflegekosten in die diversen Abgeltungen miteinbezogen sind.</p>	SAGV
<p>Die Wirtschaft begrüsst den Grundsatzentscheid des Bundesrates, auf eine eigenständige Pflegeversicherung zu verzichten. Die Stabilisierung der Ausgaben der OKP ist wichtig. Es besteht ein Unbehagen der Wirtschaft gegenüber beiden Modellen, wobei Modell B vorgezogen wird. economiesuisse erwartet, dass Massnahmen zur Kostendämpfung gesucht und umgesetzt werden. Die im Bericht vorgeschlagene Stärkung der Prävention genügt dafür nicht. Es fragt sich, ob die Mehraufwendungen der EL im vorgeschlagenen Ausmass notwendig und sinnvoll sind. Es fehlen genauere Angaben in den Vernehmlassungsunterlagen. economiesuisse verlangt eine präzisere Analyse der mittelfristigen und langfristigen finanziellen Auswirkungen der Modelle auf alle Kostenträger. Grundsätzliche Forderungen an eine Neuregelung:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Die Neuregelung der Pflegefinanzierung darf nicht in einer reinen Kostenumverteilung resultieren, sondern muss kostendämpfende Elemente enthalten. - Stärkung der Eigenverantwortung. Alterspflege ist nicht allein eine Aufgabe der Sozialversicherungen, sondern auch der individuellen Vorsorge - Keine separate Pflegefinanzierung. - Prüfwert scheint hingegen die Einführung einer nach Alter abgestuften Kopfprämie in der OKP zur Finanzierung der Pflege. - Die verschiedenen Sozialversicherungen müssen besser koordiniert werden. - Die Ausgaben der OKP sollen weitgehend auf dem heutigen Niveau 	economiesuisse

<p>(Rahmentarife) stabilisiert werden: Es wird dadurch ein möglichst prämieneutraler Übergang in ein neues Finanzierungssystem gewährleistet. Bereits der in der Botschaft 2A (Spitalfinanzierung) vom Bund vorgeschlagene Kostenverteilungsschlüssel zwischen Kantonen und Versicherer würde einen Prämienanstieg in ähnlichem Umfang bewirken. Deshalb müssen die zwei Vorlagen Spitalfinanzierung und Neuordnung der Pflegefinanzierung unter anderem in Bezug auf die Auswirkungen auf die Prämien aufeinander abgestimmt werden.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Die KVG-Revision ist nötig, um die Rechtsunsicherheit zu beseitigen und die Rahmentarife durch eine definitive Lösung abzulösen. - Subjektfinanzierung: Die geltende Objektfinanzierung ist durch eine Subjektfinanzierung abzulösen. - Die Finanzierung der Pflege muss in Anlehnung an das Finalitätsprinzip unabhängig vom Ort bzw. Leistungserbringer erfolgen. - Gewisse gesamtschweizerische Vereinheitlichung im Pflegebereich: Gegenwärtige kantonal und insbesondere regional unterschiedliche Finanzierung führt zu stossenden unterschiedlichen Eigenanteilen der Patienten. <p>Es ist zu prüfen, ob die unzähligen Pflegebedarfsinstrumente im Heimbereich analog dem Spitexbereich vereinheitlicht werden sollten.</p>	
<p>Da die wesentlichen Fragen, wie zum Beispiel die Frage der Solidarität der Generationen, die Solidarität innerhalb der Familien und die Frage, was unter Hilfe im Alter und was unter Pflege fällt, im Bereich der Pflegefinanzierung noch nicht beantwortet sind, sind beide vorgeschlagenen Lösungen unbefriedigend.</p> <p>Bei einer umfassenden Beurteilung der Problematik der Pflege- und Hilfekosten für die Menschen im dritten und vierten Alter müsste eine Gesamtschau der verschiedenen Versicherungen vorgenommen werden und auch deren Interdependenzen aufgezeigt werden.</p> <p>Wie sich die beiden Vorschläge auf das Budget der einzelnen KonsumentInnen auswirkt, wird nicht aufgezeigt.</p> <p>Die Definitionen von Pflege und Hilfe sind sehr ungenau, was in Zukunft zu einer Flut von juristischen Einsprachen führen könnte.</p> <p>Es sind Lösungen zu suchen, die einen möglichst langen Verbleib zu Hause ermöglichen. Es muss unbedingt beachtet werden, dass dies durch die Gesetze unterstützt und nicht verunmöglicht wird.</p>	kf
<p>Sono in particolare favorevoli al principio secondo cui i costi degli istituti medicalizzati per anziani e delle cure a domicilio non devono essere messi integralmente a carico della LAMal.</p>	acsi
<p>Ils donnent leur préférence au modèle A, tout en réservant leur position sur les amendements qui devront être apportés à l'OPAS. La solution A, si elle n'implique pas de modifications importantes dans la LAMal, nécessite en revanche des modifications essentielles dans l'OPAS. Ils ne pourront donc donner un avis définitif que lorsqu'ils seront consultés sur la refonte de cette ordonnance.</p>	CP
<p>Beide Modelle begünstigen einseitig Versicherer und Bund, während sie für Kantone und Gemeinden zu finanziellen Mehrbelastungen führen. Sie werden den Mittelstand in einem nicht akzeptablen Mass belasten und führen zu volkswirtschaftlich unerwünschten Anreizen.</p>	SSV
<p>In Anbetracht der unsicheren Datenlage und der im Bericht zitierten Dynamik müssen auch die Auswirkungen auf die Patienten aufgezeigt werden. Nur so wird deutlich, dass einmal mehr der Mittelstand zur Kasse gebeten wird.</p>	SBK, SVBG
<p>Les modifications proposées suscitent plutôt perplexité et scepticisme. Dans l'ensemble le modèle B a la préférence. Mais il demande à être approfondi dans sa conception et affiné dans ses définitions.</p>	FMH
<p>Die Vorschläge basieren auf einer Unterscheidung zwischen krankheitsbedingter und altersbedingter Pflege. Diese Unterscheidung ist nicht haltbar.</p>	Spitex CH

<p>Auch im Alter ist die Notwendigkeit von Pflege in den allermeisten Fällen krankheitsbedingt. Die rein altersbedingte Pflegebedürftigkeit wegen allgemeiner Altersschwäche ist die seltene Ausnahme. Dabei ist unbestritten, dass gewisse Krankheiten wie Parkinson, Demenzen oder Erkrankungen des Bewegungsapparates im Alter häufiger vorkommen.</p> <p>Die hinter der Unterscheidung des Bundesrates stehende Differenzierung zwischen Behandlungspflege und Grundpflege ist heute veraltet.</p> <p>Die Grundpflege ist ein integraler Bestandteil der Pflege, wie sie heute in den fünf Funktionen der Pflege definiert wird. Die Grundpflege muss deshalb unbedingt als kassenpflichtige Leistung in Art. 7 KLV beibehalten werden.</p> <p>Der Spitex Verband Schweiz ist nach wie vor der Meinung, dass die einfachste und patientenfreundlichste Pflegefinanzierung im Vollzug des geltenden KVG besteht, welches eine Finanzierung der Vollkosten der Pflege durch die Krankenversicherer vorsieht, wobei der Tarifschutz gewahrt und die Pflegeleistungen nach Art. 7 KLV bestehen bleiben.</p>	
<p>Die Privatkliniken Schweiz halten am Vollzug des ursprünglichen KVG in Sachen Pflegefinanzierung fest. Die Vorschläge wollen wieder nur einen Teil der ursprünglich vorgesehenen Pflegekosten übernehmen. Verweisen im übrigen auf die Stellungnahme von H+.</p>	PKS
<p>Sind mit der Neuordnung der Pflegefinanzierung grundsätzlich einverstanden.</p>	SGPG
<p>H+ hält am Vollzug des ursprünglichen KVG fest. Mitglieder von H+ hatten das bestehende KVG vor allem auch deshalb bei seiner Einführung mitgetragen, weil damals die Finanzierung der Pflege über das KVG versprochen worden ist. Diese wurde bisher von Kantonen und Versicherern verweigert. Eine Umsetzung des bestehenden Gesetzes bleibt trotzdem der vordringlichste Wunsch von H+.</p>	H+
<p>Es ist wichtig, dass die obligatorische Krankenpflegeversicherung nicht über ihre ursprünglichen Aufgaben hinaus Leistungen erbringen muss.</p>	ChiroSuisse
<p>Der VSAO bedauert, dass nicht das von den Leistungserbringerverbänden ausgearbeitete Pflegefinanzierungsmodell aufgegriffen wurde. Lehnt beide Modelle zur Pflegefinanzierung ab.</p>	VSAO
<p>Se rallient globalement à la position prise par le Forum helvétique pour l'accueil prolongé des personnes âgées :</p> <ul style="list-style-type: none"> - refus du modèle A et B - Si l'un de ces deux modèles était adopté dans sa présente forme, ils se verraient dans l'obligation de soutenir un référendum contre cet avant-projet. - La LAMal actuellement en vigueur devrait être appliquée et certaines adaptations par voie d'ordonnance seraient judicieuses. <p>Par contre rejet catégorique de toute limitation arbitraire de la prise en charge des soins par l'assurance-maladie, que ce soit selon le modèle B ou tout autre modèle.</p>	FRAPIDA
<p>Das Forum ist nach wie vor in erster Priorität der Ansicht, das geltende KVG sollte vollzogen werden. Um noch mehr Klarheit im Vollzug zu erreichen, gewisse Änderungen bei der Definition der Leistungen in Art. 7 KLV vornehmen.</p>	Forum
<p>Modelle A und B genügen nicht, da sie keine substantielle Verbesserung zum Status quo bringen und der Forderung „Vermeidung der Armengenösigkeit der Heimbewohner“ nicht gerecht werden. Für die rund 80'000 Bewohnerinnen und Bewohner von Pflegeheimen bedeuten beide Modelle einen massiven Rückschritt gegenüber den heutigen KVG-Bestimmungen. Damit rüttelt die Landesregierung an einer Versicherungsleistung, die 1994 in der Abstimmungskampagne speziell als Argument für die Einführung des KVG ins Feld geführt wurde. Damals drückte sich der Souverän klar für die volle Kostenübernahme der Pflegeleistungen - namentlich auch im stationären Altersbereich - durch die Krankenversicherer aus.</p> <p>CURAVIVA ist nach wie vor überzeugt, dass die Umsetzung des heutigen</p>	CURAVIVA

KVG für die Heimbewohnerinnen und -bewohner die beste und gerechteste Pflegefinanzierung ist. Sollte hingegen der Bundesrat zum Entscheid gelangen, dass das geltende Gesetz im Pflegeheimbereich nicht umgesetzt werden darf, ist eine Finanzierung der Pflegekosten anzustreben, die weder die alten Menschen noch deren Angehörigen in die Armut treibt.	
Mittelfristig sind auch Modelle der Pflegefinanzierung zu prüfen, welche der demografischen Entwicklung und der steigenden Lebenserwartung verstärkt Rechnung tragen, wie etwa die Einführung einer privaten oder obligatorischen Pflegeversicherung oder eine nach Alter abgestufte Kopfprämie.	Interpharma
Lehnen eine vorgezogene Teilrevision grundsätzlich ab. Die Finanzierung aller KVG-Bereiche sollte gesamtheitlich gelöst werden. Die vorgeschlagene Teilrevision bringt praktisch keine Einsparungen. Ist nur ein Kostentransfer von der durch Prämien finanzierten Versicherung zu den aus allgemeinen Mitteln der Kantone finanzierten EL.	PULSUS
Die Vollkostendeckung der Pflegeleistungen durch die Krankenversicherer ist die richtige Lösung.	K3
Die Neuordnung der Pflegefinanzierung ist sinnvoll. Beide Finanzierungsmodelle haben eine Mehrbelastung der Pflegebedürftigen zur Folge, was sie auf ein Minimum zu beschränken empfehlen.	SGIM
Die Problematik der Pflegefinanzierung in den Kurhäusern ist vor allem aus der Optik der Patienten bis heute unbefriedigend gelöst. Es herrscht eine hohe Rechtsunsicherheit bezüglich Anerkennung als Leistungserbringer und Abgeltung im Rahmen der Grundversicherung. Sie beantragen, in der Revision für die Pflegeleistungen in Kurhäusern eine klare Regelung im KVG aufzunehmen, welche für die ganze Schweiz Gültigkeit erhält.	Wohlbefinden
santésuisse begrüsst die Absicht, die Krankenversicherung grundsätzlich auf krankheitsbedingte Pflegeleistungen zu beschränken. Da eine präzise Trennung zwischen alters- und krankheitsbezogenen Kosten in der Praxis nicht möglich ist, befürwortet santésuisse eine Beitragslösung in der Finanzierung der Pflege.	santésuisse, Cosma
Die Invalidenversicherung deckt die Pflegekosten nach heutigem Recht bei weitem nicht ab. Die Pflegefinanzierung durch die Krankenversicherung darf deshalb nicht aufgehoben werden.	PROCAP
Pflegekosten, auch wenn sie zuhause anfallen, dürfen nicht aus der Krankenversicherung ausgelagert werden.	SPO
En affirmant que "En vertu de son but, l'AM ne devrait prendre en charge que les soins liés à la maladie, mais pas les soins liés à la vieillesse", on invente un principe qui n'existe pas, on dit qu'il est "incontesté" et l'on s'attaque ainsi directement à la solidarité entre jeunes et vieux. On oublie un point très important: il n'y a pas de soins rendus nécessaires uniquement du fait de l'âge, mais bien des maladies qui peuvent provenir du vieillissement.	AVS/AHV
Die Übernahme der vollen Kosten durch die Krankenversicherung war in der Volksabstimmung von 1994 als einer der wesentlichen Vorzüge des neuen Gesetzes empfohlen worden. Vom Prinzip dieser Kostendeckung darf daher nicht ohne eine andere gleichwertige Lösung abgewichen werden. Die Entlastung der Betroffenen muss ein gleichrangiges Ziel der Revision sein, neben der angestrebten Begrenzung der Kosten zulasten der Krankenversicherung. Eine Gleichbehandlung von Heim- und Spitexpatienten ist unbedingt erforderlich, um Verschiebungen von pflegebedürftigen Personen aus rein finanziellen Gründen zu vermeiden.	SSR
Le projet et les modèles sont inacceptables. - Sur le plan financier, le projet ne fait que transférer des charges des assurances-maladie sur les assurés, et, dans la plupart des cas, sur d'autres assurances sociales et sur l'aide sociale fournie par les cantons. Ce transfert des charges a aussi pour effet de vider l'assurance-maladie	FARES

<p>collective sociale d'une partie de sa substance propre, donc de la démanteler, et de rendre les prestations financières compensatoires de ces autres assurances et aides sociales moins adaptées au rôle qu'il leur est ainsi attribué, donc moins cohérentes, moins transparentes, même plus fragiles politiquement, et finalement discriminante pour les personnes âgées.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les mesures prévues sont discriminatoires car fondées sur un certain refus de fournir les prestations de la LAMal pour des soins à des patients malades, parce que ceux-ci sont des personnes âgées. - Le projet est contraire à la solidarité voulue par la LAMal. - Les modèles ne respectent pas le « principe de la mutualité » - Les modèles pourraient pousser les assurés à conclure, avant d'entrer dans la vieillesse, des assurances complémentaires individuelles privées destinées à payer les prestations dont les modèles transfèrent la charge de la LAMal sur eux. - Le projet et ses modèles remettraient gravement en question les soins à domicile et pourraient intensifier la tendance, inutile et dangereuse pour les personnes âgées, à placer celles-ci trop précocement en EMS. <p>La FARES est opposée au projet et aux modèles présentés, et demande un nouveau projet conforme à l'esprit et à la lettre de la LAMal.</p>	
<p>Eine erhebliche "Minderheit" der pflegebedürftigen Personen hat das AHV-Alter noch nicht erreicht. Weder im Modell A noch im Modell B wird eine adäquate Lösung für diesen Personenkreis gesucht.</p> <p>Die Krankenversicherung bleibt trotz Erhöhung der HE insbesondere für Personen, die nicht in einem Heim leben, in den meisten Fällen die wichtigste Finanzierungsquelle von pflegerischen Leistungen. Dies ist bei allen Modellen einer künftigen Pflegefinanzierung zwingend mitzubedenken.</p> <p>In beiden vorgeschlagenen Modellen wird eine starke Tendenz erkannt, die Pflegefinanzierung teilweise an das Bedarfssystem der EL und damit letztlich an die Kantone zu delegieren (welche nach Inkrafttreten der NFA für die Krankheits- und Behinderungskosten allein aufzukommen haben).</p> <p>Die Absicherung des Pflegerisikos muss Bestandteil des nationalen Sozialversicherungssystems bleiben und darf nicht dem Ermessen der Kantone überlassen werden.</p>	<p>Pro Infirmis, DOK, SVG</p> <p>Pro Infirmis, DOK</p>
<p>Beide Modelle führen zu einem erheblichen Leistungsabbau und zu einer ausgeprägten Verschlechterung der Situation krankheitsbedingt pflegebedürftiger Personen.</p> <p>Die Situation wird praktisch ausschliesslich im Hinblick auf Personen im AHV-Alter erörtert und dabei wird ausser acht gelassen, dass eine grosse „Minderheit“ der pflegebedürftigen Personen das AHV-Alter noch nicht erreicht hat. Der Pflegebedarf, der bei psychischen Störungen entsteht, wird ausgeklammert, obwohl psychische Krankheiten in allen Altersklassen stark zunehmen und zudem hohe Anforderungen an die Pflege stellen.</p>	<p>Pro Mente Sana</p>
<p>Il est important de reconsidérer l'ensemble de la problématique des soins apportés aux personnes âgées dans un contexte bien plus global et pas seulement économique. La richesse des compétences au sein de la famille doit, elle aussi, être exploitée.</p> <p>Les deux modèles n'apportent pas, bien au contraire, un renforcement des soins à domicile - moins coûteux que les prises en charges en institution spécialisée. Il aurait été indispensable de développer un modèle permettant soit aux membres de la famille de soutenir et d'accompagner la personne âgée en leur octroyant une aide financière afin qu'ils ne soient pas pénalisés par rapport aux personnes qui confient leurs parents à une institution spécialisée. Un renforcement des soins à domicile, soit de l'organisation Spitex en prévoyant une extension des prestations (y.c. médicales), permettrait de mieux tenir compte des souhaits des personnes âgées.</p>	<p>PF</p>
<p>Neuregelung der Finanzierung der Pflege widerspricht in einem hohen Mass</p>	<p>Spitex BE</p>

<p>dem Bedürfnis der Seniorinnen und Senioren, möglichst lange zu Hause zu wohnen. Die Differenzierung (Grundpflege und Behandlungspflege) ist veraltet. Unterscheidung zwischen „medizinisch notwendiger“ und „medizinisch nicht notwendiger“ Pflege ist nicht nachvollziehbar. Die Grundpflege ohne Unterscheidung muss deshalb unbedingt als kassenpflichtige Leistung im Art. 7 der KLV belassen werden. Die Kosten für die Behandlungs- und Grundpflege in der Spitex müssen auch zukünftig von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übernommen werden. Für Heime und Spitex muss eine getrennte Finanzierung eingeführt werden. Die entsprechenden Finanzierungsmodelle sollten dabei identisch sein.</p>	
<p>Beide Modelle im Bereich der Spitex werden nicht funktionieren, wenn die Klienten zu hohe finanzielle Belastungen selber tragen müssen. Dabei ist nicht die Rede von den sozial unteren Schichten, sondern von den anderen, die dem Verzehr ihres Vermögens ausweichen können und werden. Die meisten Spitex-Klienten können ausweichen. Sie werden mit ihrem Hausarzt versuchen zu vereinbaren, vermehrt im Spital zu sein und nicht von der Spitex betreut zu werden. Vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung der nächsten 25 Jahre und der für neue Heime kaum verfügbaren Mittel ist die Schwächung der Spitex ein grosser Fehler.</p>	Spitex Bern
<p>Die Vorschläge des Bundesrates sind nicht praxisgerecht. Bei beiden Modellen gewinnen die Krankenkassen zu Lasten der Patientinnen und Patienten. Das revidierte KVG, welches 1994 vom Volk genehmigt wurde, hat den Solidaritätsgedanken ins Zentrum gestellt. Es ist deshalb nicht einzusehen, dass die Unterscheidungen von Pflegeleistungen im Spital, Heimen oder zu Hause gemacht werden sollen. Durch die demographische Entwicklung wird der Staat dereinst sehr froh sein, wenn möglichst viele ältere bzw. alte Leute zu Hause gepflegt werden können. Es werden kaum genügend Plätze in Heimen zur Verfügung stehen, auch wenn schweizweit viel dafür getan wird, um die Kapazitäten zu erhöhen. Dazu kommt, dass die (Langzeit-) Pflege zu Hause in der Regel erheblich günstiger zu haben ist als in Heimen und Spitälern. Die Pflege darf nicht zum Luxusgut werden, welches sich nur noch Gutbetuchte leisten können. Mit den vorliegenden Modellen wird in diese Richtung hin gearbeitet. Zudem ist zu erkennen, dass einmal mehr der Mittelstand die Zeche bezahlt, weil massiv auf dessen privates Vermögen zurückgegriffen würde.</p>	Hausbetreuung
<p>Mit der vorgesehenen Neuordnung der Pflegefinanzierung verabschiedet sich der Bundesrat definitiv von der vollen Kostenübernahme der Pflegeleistungen durch das Krankenversicherungsgesetz.</p>	Stadt Zürich
<p>Das Tarifschutzproblem im Pflegeheimbereich gilt es grundsätzlich zu lösen. Die Anpassung an die Teuerung für alle Tarifstufen sollte im Rahmen einer Verordnung sichergestellt werden. Der Tarifschutz gemäss KVG ist auf die Beiträge der Versicherer zu beschränken, damit den Leistungserbringern keine finanziellen Risiken erwachsen. Grundsätzlich wäre die Umsetzung des KVG die beste Lösung.</p>	VAKA
<p>Die Lösung muss, sofern sie im Rahmen des bisherigen Finanzierungssystems erfolgt, durch bessere Abgrenzung der dringend benötigten Pflegeleistungen von weniger dringend notwendigen Leistungen gesucht werden. Letzteres mit dem Ziel, dass der Eigenverantwortung und der Übernahme sozialer Verpflichtung im familiären Umfeld wieder vermehrte Bedeutung zukommt. Leider ist in beiden Modellen nicht oder zu wenig erkennbar, wo die Mechanismen zur Kostensenkung stecken.</p>	VLSS
<p>Les révisions proposées sont conçues pour favoriser les assureurs maladie au détriment des assurés. Ce projet, au lieu de s'attaquer à des questions primordiales pour la santé des gens, ne soumet qu'un déplacement des parts</p>	MPF

<p>de financement des coûts de la santé entre les différentes lois sociales sans effet notoire sur l'évolution des dépenses globales. Ce sont une fois de plus les malades, c'est à dire à ceux qui ont le plus besoin de solidarité effective et non verbale, qui doivent supporter une part importante des frais en EMS. Le MPF est totalement opposé et indigné par les moyens détournés qui sont utilisés pour vider la LAMAL de sa substance sociale. Le MPF ne peut que rejeter les deux projets de lois présentés.</p>	
<p>Les modèles présentés veulent visiblement diminuer les charges des assureurs et les reporter notamment sur la catégorie des personnes âgées et cela sans attendre la clarification des coûts que devrait apporter l'ordonnance sur le calcul des coûts et le classement des prestations par les hôpitaux et les EMS. Dans les tableaux sur les répercussions financières, on ne voit nulle part ce que représente ce transfert de charge sur les assurés. Selon le tableau du financement actuel des soins, la part des ménages (y c. coûts de LAMal) est déjà de 40,7 %. Ces modèles introduisent des dispositions exagérément limitatives pour les personnes âgées, créant ainsi une discrimination propre à abaisser leur qualité de vie. De plus, la solidarité entre jeunes et vieux et l'égalité de traitement des assurés ne seront plus que des mots vides de sens. Cela est inacceptable, la FFR veut un nouveau projet conforme à l'esprit et à la lettre de la LAMal.</p>	FFR
<p>Der Hauptmangel der vorgeschlagenen Modelle besteht darin, dass sie betreffend der Definitionen, welche Leistungen aus der Krankenversicherung zu zahlen sind und wie die Kosten zu ermitteln sind, sehr vage und ungenau bleiben. Auf kostendämpfende Ansätze im Pflegebereich wird verzichtet. Die statischen Berechnungen sind nur sehr begrenzt aussagekräftig.</p>	ÖKKV
<p>Die vorliegende Revision richtet den Fokus fast ausschliesslich auf die Problematik der Pflegefinanzierung im AHV-Alter. Weder Modell A noch Modell B bieten gangbare Lösungen für ihre Klientengruppe an (Pflegebedürftigkeit im IV-Alter). Der Hinweis auf die Zuständigkeit der IV für Menschen im IV-Alter entspricht nicht der Realität. In aufwändigen Situationen reicht auch die doppelte Hilflosenentschädigung nicht zur Bezahlung ungedeckter Pflegekosten zu Hause und schon gar nicht bei Pflege im Heim. Schon heute - und noch vermehrt bei den beiden vorgeschlagenen Modellen - werden die Kosten auf die EL (Krankheits- und Behinderungskosten) überwält.</p>	MS
<p>Altersbedingte Pflegebedürftigkeit : Die Kategorisierung ist fiktiv, d.h. entbehrt einer realen Basis, wenn damit die Pflegebedürftigkeit alter Menschen gemeint sein soll. Durch die Vorschläge zur neuen Pflegefinanzierung werden ältere und alte Menschen gegenüber jüngeren (pflegebedürftigen) Menschen auf Grund ihres Alters klar benachteiligt. Modell A und B sind Sparprogramme auf Kosten eines grossen Anteils der Bevölkerung. Besonders diskriminiert werden die finanziell Schwachen, die künftig auf die Unterstützung durch Kanton und Gemeinde angewiesen sind. Lehnen beide Modelle ab, weil eine gesellschaftliche Entsolidarisierung von den abhängigsten Menschen der Gesellschaft und gleichzeitig eine verstärkte Privatisierung von Pflegebedürftigkeit in die Wege geleitet wird.</p>	Uni BS
<p>Die VKG sind der Überzeugung, dass nachdem nun die verlangte Kostentransparenz vorliegt, die Versicherer die im KVG vorgesehenen Kosten voll zu übernehmen haben, da dies die einfachste und patientenfreundlichste Form der Pflegefinanzierung bleibt. Die Folge der „Entlastung“ der Krankenversicherung kann zu einer Diskriminierung des Alters, zu einer zweiten Klasse für alte, pflegebedürftige Menschen führen.</p>	VKG
<p>Anstelle eines Abbaus der finanziellen Last auferlegt der Bundesrat den</p>	AGSG

<p>Pflegebedürftigen noch höhere Eigenleistungen an die Pflegekosten. Die Höhe dieser zusätzlichen Eigenleistungen der Haushalte ist nirgends beziffert. Die Anreize für häusliche Pflege durch Angehörige und Spitex sind in beiden Modellen ungenügend.</p>	
<p>Mit der Neuordnung der Pflegefinanzierung verabschiedet sich der Bundesrat definitiv vom Grundsatz der vollen Kostenübernahme der Pflegeleistungen durch die Krankenkassen. Aus kommunaler Sicht ist dieser Schritt recht problematisch, denn er führt unweigerlich zu einer Kostenverlagerung auf die Gemeinden.</p>	Gemeindeverband
<p>Die vorliegenden kurzfristigen Massnahmen im Bereich der Pflegefinanzierung können in pragmatischer Betrachtung akzeptiert werden. Die SAG ist jedoch der Auffassung, dass so schnell wie möglich die langfristige Sicherung und Konsolidierung der Pflegefinanzierung angegangen werden muss, wobei die Schaffung einer minimalen obligatorischen Pflegeversicherung geprüft wird.</p>	SAG
<p>Die Vorschläge stellen für pflegebedürftige Mitmenschen einen klaren und unzumutbaren Rückschritt dar.</p>	VAA
<p>Die Anzahl von 43'500 Personen, welche eine Hilflosenentschädigung der AHV mittelschweren und schweren Grades beziehen, lässt darauf schliessen, dass eine Hilflosigkeit nicht primär alters-, sondern krankheitsbedingt ist. Die Grundpflege gehört darum zwingend in den Leistungskatalog des KVG. Zu oft gehen jüngere Behinderte, welche zu Hause leben (wollen), vergessen, da Pflege meist mit Altersgebrehen verbunden wird und Behinderung mit dem Aufenthalt in spezialisierten Behinderteninstitutionen der IV. Dies geschieht auch im vorliegenden erläuternden Bericht immer wieder. Aus Gründen der Lebensqualität wie auch aus ökonomischen Überlegungen heraus sollen weniger stationäre Anstalten gefördert werden, sondern Strukturen, in denen der behinderte Mensch in seinem gewohnten Umfeld verbleiben kann. Dies muss auch Auswirkungen auf Konzept und Finanzierung der Langzeitpflege haben.</p>	FASSIS
<p>Grundsätzlich erscheint die Umsetzung des KVG die beste Lösung.</p>	VBK
<p>Die Umsetzung des KVG in der jetzt gültigen Form wäre nach wie vor die beste Lösung.</p>	SGG
<p>Die Fragen rund um die Pflegefinanzierung werden praktisch ausschliesslich im Hinblick auf Personen im AHV-Alter diskutiert. Es darf nicht vergessen werden, dass eine erhebliche "Minderheit" der pflegebedürftigen Personen das AHV-Alter noch nicht erreicht hat. Gegen den Verweis auf die IV wäre nichts einzuwenden, wenn die IV tatsächlich die Deckung der Pflegekosten sowie der übrigen Assistenzkosten, z.B. im Rahmen einer Assistenzentschädigung, übernehmen würde. Erkennen eine starke Tendenz, die Pflegefinanzierung teilweise an das Bedarfssystem der EL und damit letztlich an die Kantone zu delegieren. Die Absicherung des Pflegerisikos muss ihres Erachtens jedoch Bestandteil des nationalen Sozialversicherungssystems bleiben und darf nicht dem Ermessen der Kantone überlassen werden.</p>	SZB
<p>Durch die Mischfinanzierung der Langzeitpflege entstehen ungünstige Kostenanreize. Eine Kasse wird so nur ein beschränktes Interesse haben, präventive Hausbesuche anzubieten.</p>	Spital Bern
<p>Weist auf die vor kurzem veröffentlichten medizinisch-ethischen Richtlinien zur „Behandlung und Betreuung von älteren, pflegebedürftigen Menschen“, welche in einer interdisziplinären Kommission (mit Vertretern und Vertreterinnen von Geriatrie, Pflege, Heimen, Recht, Ethik und Seniorenorganisationen) erarbeitet und nach einem breiten Vernehmlassungsverfahren in Kraft gesetzt wurden. Es muss dringend darauf geachtet werden, dass die Neuordnung der Pflegefinanzierung die steigenden Anforderungen quantitativer, vor allem aber auch qualitativer Art im Bereich der Alterspflege nicht ausser Acht lässt.</p>	SAMW

Beide Modelle sind abzulehnen. Bauen auf einem Menschen- und Altersbild auf, welches in Fachkreisen längst überholt ist.	Alzheimer
Die Qualität der Langzeitpflege wird entscheidend beeinflusst durch die Qualifikation des Personals. Die GQP plädiert dafür, beim Stand des gegebenen Wissens in unserem Land nicht so zu legislieren, dass aus finanziellen Zwängen Resultate zu befürchten sind, die aus ethisch-moralischen Überlegungen heraus nicht gewollt sein können. Das ist aber bei den vorgeschlagenen Modellen der Fall. Sanktioniert wird nämlich in beiden Modellen weitgehend der Status quo. Das gilt auch für die Dotierung mit diplomiertem Personal. Mit dieser Sanktionierung des Status quo wird aber in Kauf genommen, dass die Bewohnerinnen und Bewohner von Pflegeheimen an Qualität nicht das bekommen, was heute möglich wäre.	GQP

Modell A Modèle A

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions	Verfasser Auteurs
Modell A wird von der GDK kategorisch abgelehnt. Die wesentlichen Nachteile sind die fehlende Praxistauglichkeit sowie die finanz- und verteilungspolitischen Schwächen. Bereits die Abgrenzung zwischen Behandlungs- und Grundpflege erweist sich heute als schwierig. Die zusätzlich erforderliche Unterscheidung zwischen alters- oder krankheitsbedingtem Pflegebedarf bei fehlender Behandlungspflege erscheint höchst unglücklich. Aufgrund der Leistungskürzungen zulasten der Personen in einfachen Pflegesituationen resultiert für die OKP eine Entlastung. In der Bilanz zahlen OKP und Bund weniger, Kantone und Pflegebedürftige mehr. Mit der NFA steigt die Last der Kantone zusätzlich. Zudem hält die GDK es für unannehmbar, im Bereich der Hilflosenentschädigung zur AHV Leistungskürzungen (im Heim) in Erwägung zu ziehen. Interessant ist indessen die Idee, eine Hilflosenentschädigung zur AHV für leichte Hilflosigkeit für Pflegebedürftige zu Hause einzuführen. Dieser Ansatz sollte zur Verbesserung von Modell B unbedingt weiterverfolgt werden.	GDK, AI, AR, BE, BL, BS, GL, GR, LU, NE, OW, SH, UR
Gleiche Haltung wie GDK; zudem Die Gleichbehandlung von pflegebedürftigen Personen zu Hause und im Heim ist nicht gewährleistet.	AG
Die Definition von Behandlungspflege erscheint noch nicht griffig genug und es stellt sich die Frage, ob sie praxistauglich ist. Die Einführung einer leichten HE bei zu Hause Wohnenden AHV-Rentner/innen und die Streichung der HE bei Personen in Pflegeheimen wird begrüsst. Sie regen eine weitere Reduktion der Karenzfrist auf sechs Monate an.	BS
Sont opposés au « modèle A » en raison de la part trop large laissée à l'interprétation, voire à l'arbitraire, dans la distinction entre les situations de soins dits simples et complexes. Ils tiennent particulièrement à ce que les soins à domicile restent à charge des assureurs-maladie. Les effets escomptés sur les coûts à charge de l'assurance-maladie sont relativement faibles.	FR
La suppression de l'allocation pour impotents pour les résidents EMS n'est pas acceptable. Il est probable que la mise en oeuvre du modèle A, en l'absence d'une modification de la LAMal, violerait le principe de la séparation des pouvoirs.	GE
Rejet du modèle, qui se base sur une distinction entre les situations de soins complexes à charge des assureurs-maladie et les situations de soins simples exclues du champ de prestations des caisses maladie. Cette délimitation est	JU

<p>vague et difficilement applicable en pratique. La marge de manoeuvre des organes d'application est trop importante et manque de transparence envers les personnes concernées. En effet, la distinction entre les soins dus à la maladie et ceux dus à la vieillesse risque d'être une source de conflit permanent.</p> <p>La plupart des personnes âgées nécessitant uniquement des soins de base, la charge financière, sera tout à fait insupportable. Les personnes dans le besoin devront donc faire appel aux PC, ce qui aura pour effet une forte augmentation du nombre de bénéficiaires et donc des coûts à charge des cantons.</p>	
<p>Gleiche Haltung wie GDK; zudem: Die Mehrbelastung bei den EL wird wesentlich höher ausfallen, als dies in der Vernehmlassungsunterlage angenommen wird. Es ist mit einem Anstieg der EL-Verwaltungskosten zu rechnen.</p>	NW
<p>Gleiche Haltung wie GDK, ausser dass die Wartezeit zum Bezug von Hilflosenentschädigung auf drei Monate zu verkürzen ist.</p>	SG
<p>Das Modell ist schlicht nicht praxistauglich. Die Kosten für die Behandlungs- und Grundpflege durch die Spitex sind vollständig durch die Krankenversicherer zu decken und von der Regelung der Pflegefinanzierung auszunehmen.</p>	SO
<p>Gleiche Haltung wie GDK; zudem: Der Modellvorschlag hat keine Stabilisierung der Kosten zur Folge. Es kann davon ausgegangen werden, dass beinahe sämtliche Betagte einer Pflegesituation unter die komplexen Pflegefälle zu subsumieren wären.</p>	SZ
<p>Modell A wird als untaugliche Lösung abgelehnt: Ist sehr kompliziert und praxisfremd, weist finanz- und verteilungspolitische Schwächen auf. Unglücklich erscheint die Koppelung der Hilfslosenentschädigung an den Pflegebedarf. Die heutige Abstufung in der Hilfslosenentschädigung steht in keinem Verhältnis zur Abstufung des Pflegeaufwandes gemäss KVG. In der Gesamtbilanz bezahlen OKP und Bund weniger, Kantone und Pflegebedürftige mehr.</p>	TG
<p>La premessa teorica su cui si fonda questo modello potrebbe essere condivisibile, in quanto conforme alla ratio della LAMal. Tuttavia una traduzione in concreto di questo principio è estremamente difficile. La soluzione proposta è pertanto da accantonare in quanto:</p> <ul style="list-style-type: none"> • estremamente complessa; • difficile da definire in modo sufficientemente rigoroso e circostanziato; • investe radicalmente vari settori di previdenza sociale e assicurativa; • determina due categorie di cittadini: quelli beneficiari di diritti acquisiti e i nuovi casi di persone in età AVS (a cui si applicherà la nuova soluzione). <p>Al riguardo sono integralmente condivise le argomentazioni critiche espresse dalla CDS.</p>	TI
<p>Le modèle doit être rejeté catégoriquement, car il est simplement inapplicable; notamment parce que la distinction entre les soins complexes et les soins simples est artificielle et impraticable :</p> <ul style="list-style-type: none"> - les personnes entrent en EMS, lorsqu'il n'y a plus de possibilité de maintien à domicile, donc la plupart du temps lorsque l'état de santé physique et surtout psychique est gravement atteint; - les EMS ne sont pas des lieux de convalescence mais des institutions de soins; - cette variante développera la tentation de généraliser l'établissement des diagnostics indiquant une maladie sous-jacente avec des conflits permanents entre assureurs et EMS; - lorsque cette variante pense résoudre une partie du financement grâce à l'allocation pour impotent faible, elle oublie le délai de carence <i>d'une année</i> pour les assurés AVS n'ayant jamais bénéficié de l'AI; - ce modèle provoquerait un transfert de charge financière de la LAMal 	VD

sur les patients et, partant, sur les cantons par les régimes sociaux.	
Décharge partiellement l'assurance-maladie pour les personnes à domicile et complètement l'AVS au niveau des allocations pour impotents dans les homes, tout cela au détriment des PC et des personnes âgées qui ont des ressources. Craignent les surcoûts pour les cantons et la classe moyenne qui se sent de plus en plus découragée. L'introduction d'une allocation pour impotent de degré faible dans l'AVS nécessite une évaluation qui devrait être du ressort des Offices AI. Le processus est assez long et requiert un travail administratif assez lourd.	VS
Dieser Vorschlag hätte keine Stabilisierung der Kosten, sondern vielmehr eine Verlagerung zu Folge. Die erforderliche Unterscheidung zwischen komplexer und einfacher Pflegesituation erscheint als höchst unglücklich. Der Kanton Zug ist nicht in der Lage, die Mehrbelastungen einfach hinzunehmen.	ZG
Gleiche Haltung wie GDK; zudem: Über alles würden die Krankenversicherer und der Bund weniger, die Kantone und Pflegebedürftigen mehr bezahlen müssen. Mit der NFA würde die Belastung der Kantone noch zusätzlich steigen.	ZH
Die FDP lehnt das vorgeschlagene Modell A aus folgenden Gründen ab: <ul style="list-style-type: none"> - Fehlende Praxistauglichkeit; birgt die Gefahr einer Verlagerung der Pflegesituation in höhere Pflegestufen. - Die Unklarheiten können zu einer unbeabsichtigten Kostensteigerung im Pflegeheimbereich führen. - Die Finanzierung von Pflegeleistungen für Personen unterhalb des AHV-Alters wird offen gelassen. Interessant erscheint die Idee, eine Hilflosenentschädigung zur AHV für leichte Hilflosigkeit einzuführen, welche den Pflegebedürftigen zu Hause zu Gute käme.	FDP
Die vorgeschlagene Lösung ist ein Leistungsabbau, den die SPS ablehnt. Kompensiert werden soll dieser Leistungsabbau mit der Einführung einer Hilflosenentschädigung „leichten Grades“, d.h. gegenwärtig 211 Franken im Monat. Dieser Betrag ist viel zu tief und reicht gerade mal aus, um drei Stunden Spitex im Monat zu finanzieren.	SPS
Es ist nicht sichergestellt, dass auch Nicht-AHV-Bezügern in einfachen Pflegeverhältnissen analoge Leistungen zustehen. Verkürzung der Karenzfrist auf neun Monate lehnt die SVP klar ab.	SVP
Die CVP Schweiz lehnt das Modell A ab. Die CVP ist der Ansicht, dass die Unterscheidung zwischen den komplexen und den einfachen Pflegesituationen nicht brauchbar ist. Dazu kommt, dass das Modell für gewisse Personengruppen untragbare finanzielle Konsequenzen hätte.	CVP
Gründe für die Ablehnung von Modell A: <ul style="list-style-type: none"> - Eine Abgrenzung von altersbedingten und krankheitsbedingten Pflegeleistungen ist nicht möglich. Diese Unterscheidung ist weder sinnvoll noch praktikabel. - Grund- und Behandlungspflege sind veraltete Begriffe, die in der Pflegeliteratur nicht einheitlich definiert sind. Die Behandlungspflege erhält ein zu grosses Gewicht. - Die Gleichsetzung von komplexer Pflege mit Behandlungspflege und von einfacher Pflege mit Grundpflege ist falsch und entspricht nicht den Tatsachen. - Die Ungleichbehandlung von Heim- und Spitexpatienten ist nicht akzeptabel. - Statt Anreize zur Kosteneindämmung zu schaffen, werden die Kosten nur auf andere Träger verschoben. - Das Modell A regelt die Finanzierung der Pflegeleistung für Personen im AHV-Alter. Es lässt aber offen, wie die Pflegeleistungen bei jüngeren Personen, insbesondere von jenen ohne IV, vergütet werden. 	EVP

<ul style="list-style-type: none"> - Unklar ist die Regelung für Personen, die nur vorübergehend (z.B. nach einem Spitalaufenthalt) pflegebedürftig sind. - Die Pflege zielt auf Hilfe zur Selbsthilfe ab. Das vorgeschlagene Modell schafft aber Anreize zur Hilflosigkeit. <p>Die Verminderung der Karenzfrist für die Hilflosenentschädigung auf 9 Monate ist wünschenswert.</p>	
<p>Die GPS lehnt Modell A als praxisfremd ab. Der Vorschlag weist finanz- und verteilungspolitische Schwächen auf. Unter dem Strich bezahlen OKP und Bund weniger, Kantone und Pflegebedürftige mehr. Die Idee, eine Hilflosenentschädigung zur AHV für leichte Hilflosigkeit für Pflegebedürftige zu Hause einzuführen, ist aufzugreifen.</p>	GPS
<p>La distinction entre les « soins de base » et les « soins de traitement » peut être théoriquement compréhensible, dans la pratique, on voit mal comment les prestataires de soins pourront trancher de manière claire. L'art. 43 al. 1 bis est trop vague, les partenaires sociaux - EMS, Service des soins à domicile, assureurs maladie, cantons (AVS) et AI - vont se renvoyer la balle et le patient se trouvera au cœur du système perturbé et véritablement pris en otage. Ce modèle risque d'entraîner une « surmédicalisation » des cas de « soins simples » pour les faire profiter des conditions plus généreuses prévues pour les « soins complexes ».</p>	FRC
<p>Modell ist praxisfremd, diskriminiert Patienten mit hohem Grundpflegebedarf und öffnet Missbrauch Tür und Tor. Die Begriffe Grund- und Behandlungspflege eignen sich heute nicht mehr zur Differenzierung der Pflegeleistungen. Die heutige Finanzierung basiert auf einem Spitexpflegebedarf von 20 Stunden pro Monat oder einer Stunde täglich. Es besteht die Gefahr einer Unterversorgung.</p>	SGB
<p>Das Modell A wird abgelehnt, weil es die 1. Säule mit der Pflegeproblematik belastet. Es wäre auch eine Variante vorzulegen, welche die Hilflosenentschädigungen von der AHV definitiv auf die IV überträgt. Die IV verfügt über die nötigen medizinischen Kompetenzen im Pflegebereich. Die zeitlichen Kriterien zur Abgrenzung der Pflegestufen sind praktikabler, als das Begriffspaar "komplexe" und "einfache" Pflege.</p>	SAGV
<p>economiesuisse lehnt Modell A aus folgenden Gründen ab:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Die Grundlagen des neuen Finanzierungssystems werden nicht im KVG verankert. Dies ist eine der Hauptschwächen des Modells A, da sie die Forderung nach Schaffung von Rechtssicherheit nicht gerecht wird. - Der verfolgte Grundgedanke, zwischen alters- und krankheitsbedingter Pflege zu unterscheiden, lässt sich nicht in die Praxis umsetzen. - Für die Beschreibung der einfachen und komplexen Pflegesituation werden zwei unterschiedliche Definitionen verwendet, die nicht kompatibel sind: (a) Einteilung aufgrund der Behandlungspflege (b) Einteilung aufgrund der Hilflosigkeit - economiesuisse lehnt eine unterschiedliche Finanzierung der Leistungen der Pflegeheime und Leistungen der Spitex ab, da dies zu Wettbewerbsverzerrungen führen kann. - die Pflegefinanzierung für Personen, die weder AHV- noch IV-Bezüger sind, wird im Modell A offen gelassen. Gibt es hier keine OKP-Leistungen oder OKP-Leistungen gemäss dem heutigen KVG? Wenn ja in welchem Umfang (Übernahme der Rahmentarife oder der vollen Pflegekosten durch die OKP)? 	economie-suisse
<p>Il modello A può apparire condivisibile. Sembra tuttavia che l'introduzione concreta di questo modello ponga parecchi problemi in quanto è praticamente impossibile, per un paziente anziano, distinguere le cure dovute a malattia da quelle dovute a vecchiaia.</p>	acsi

<p>Riteniano quindi che questo modello vada scartato poiché:</p> <ul style="list-style-type: none"> - troppo complicato - impossibile definire in modo rigoroso le cure dovute a malattia da quelle dovute a vecchiaia - implica un cambiamento troppo radicale del sistema previdenziale e assicurativo 	
<p>La Fédération ne peut que saluer la volonté de séparer les coûts liés aux soins de ceux liés à la vieillesse. La distinction entre des soins «purement dus à l'âge» et des soins «dus à la maladie» est particulièrement difficile. L'idée que les soins de base sont simples et que les soins de traitement sont complexes ne correspond pas forcément à la réalité. Une telle distinction ne manquera pas de se heurter au grief de l'arbitraire. La mise en oeuvre du modèle A ne requiert aucune modification au niveau de la loi mais uniquement au niveau de l'OPAS. Au nom de la sécurité du droit, il serait préférable de fixer dans la loi les bases d'un nouveau régime de financement des soins.</p>	FER
<p>Le modèle A est acceptable dans son principe, mais nécessite un remaniement des dispositions pertinentes de l'OPAS et notamment des articles 7 (définition des soins) et 8 (prescription ou mandat médical et évaluation des soins requis). Il conviendra de préciser les deux cas de figure, pour que la qualification de situation des soins simples ou de soins complexes s'effectue sans difficulté, rapidement et avec le moins de contestation possible. Les EMS ont des raisons de craindre d'acheter un chat dans un sac, compte tenu des nombreux litiges qu'a soulevé la rédaction actuelle de l'ordonnance. Cette variante ne devrait pas modifier considérablement la donne actuelle et la part relative de financement entre les différents payeurs. Elle favoriserait le maintien à domicile et retarderait l'entrée en institution par l'octroi de l'allocation d'impotence légère et moyenne aux personnes restant à domicile. Elle aurait toutefois pour effet d'accélérer la tendance à transformer les EMS en hôpitaux gériatriques.</p>	CP
<p>Mit dem vorgesehenen Kriterium der Behandlungspflege werden Ärztinnen und Ärzte entscheiden, ob die Kosten zulasten der Krankenversicherung gehen oder von Patientinnen und Patienten selbst bezahlt werden müssen. Diese Situation ist unhaltbar und wird zu einer Flut von Streitigkeiten um die Leistungspflicht der Krankenversicherung führen. Personen, die keine Behandlungspflege benötigen, die aber auf intensive Grundpflege angewiesen sind, werden in unzumutbarer Weise finanziell belastet. Wie es bereits heute der Fall ist, würden die Krankenkassen bei einer Beschränkung der Kosten lediglich auf die Behandlungs- und Grundpflege wiederum nicht die Vollkosten übernehmen und die Gemeinden müssten den damit verbundenen administrativen Aufwand entschädigen.</p>	SSV
<p>Der SBV befürchtet, dass von der Einteilung in den Bereich "Komplexe Pflegesituation" häufig Gebrauch gemacht wird. Erschwerend kommt hinzu, dass sowohl die Pflegeinstitution wie auch der Versicherte an einer hohen Einstufung interessiert sind. Der SBV lehnt Modell A ab. Sollte dieser Lösungsansatz trotzdem mehrheitsfähig werden, ist auf Gesetzesstufe eine griffige Beschreibung des komplexen Pflegefalles absolut erforderlich.</p>	SBV
<p>Die Idee, dass Grundpflege einfach und deshalb von Laien ausgeführt werden könne und Behandlungspflege komplex sei und diplomiertes Pflegefachpersonal benötige, entspricht nicht der Realität im Pflegalltag. Führt zu einer Schlechterstellung von Patienten, die in der Bewältigung ihres Alltages stark eingeschränkt sind.</p>	SBK, SVBG
<p>Le modèle A est essentiellement une opération de redistribution des cartes entre les différentes instances de financement concernées. Ses effets concrets, mais difficilement perceptibles, ouvrent discrètement la porte à des réductions de prises en charge et à des complications administratives. Le dé-</p>	FMH

<p>lai de carence de 9 mois n'a aucune véritable justification. Le modèle A ne semble permettre ni économies ni rationalisation significatives. La seule logique y est le passage de la prise en charge par l'AI à celle de l'AVS. Toutefois elle crée une disparité difficile à justifier entre la prise en charge dans le cadre d'un hébergement ou celui des soins à domicile.</p>	
<p>Die gewählte Abgrenzung ist praxisuntauglich und diskriminierend. So würde z.B. bereits die Notwendigkeit von Insulininjektionen durch Pflegepersonen (Behandlungspflege) dazu führen, dass die zusätzlich notwendige Grundpflege mitbezahlt wird, während bei einem analogen Pflegefall - ohne Diabetes als Komplikation - die notwendige Grundpflege nicht durch die Krankenversicherung übernommen würde. Damit würden in diskriminierender Weise zwei Klassen von pflegebedürftigen Betagten geschaffen. Umgehungen der vorgesehenen Regelung sind absehbar und können kaum verhindert werden.</p> <p>Die finanzielle Belastung würde damit für die meisten betagten Personen, welche nur Grundpflege benötigen, finanziell völlig untragbar. Damit wird die Spitex zum Luxusgut. Dies widerspricht sämtlichen gesundheits-, gesellschafts- und finanzpolitischen Anstrengungen, die Pflege zu Hause zu fördern, damit kostenintensive Heim- und/oder Spitalaufenthalte vermieden werden können.</p>	Spitex CH
<p>Die Begriffe Grund- und Behandlungspflege gehören der Vergangenheit an. Die Unterscheidung krankheitsbedingter und altersbedingter Pflege ist nicht nur realitätsfremd, sondern birgt die Gefahr von neuen Fehlanreizen im Gesundheitswesen.</p>	H+
<p>Bei der Neudefinition des krankensicherungsrechtlichen Leistungsbeereichs ist ein markanter Einbezug auch des Parlaments zu prüfen (Parlamentsverordnung oder Verordnungsgenehmigung). Ein systematischer Einbezug von Vertrauensärzten bzw. -ärztinnen zur Überprüfung der Bedarfsabklärungen und Kontrollverfahren allein über eine Verordnungsanpassung erscheint ebenfalls kaum stufengerecht. Wird die Rolle der Vertrauensärzte im Sinne der Erläuterungen zu Modell A grundsätzlich ausgeweitet und geändert, sollte Art. 57 KVG entsprechend angepasst werden. Dabei muss auch an die Chiropraktik gedacht und deren Einbezug geprüft werden.</p>	Chirosuisse
<p>Die Grundidee von Modell A ist abzulehnen. Die Unterscheidung zwischen krankheits- und altersbedingten Pflegesituationen ist abstrakt.</p>	FISIO, SVDE
<p>Die Differenzierung zwischen komplexer und einfacher Pflege ist nicht praktikabel.</p>	VSAO
<p>Sachlich gesehen ist es logisch und folgerichtig, die Leistungspflicht der Krankenkasse an die Behandlungspflegebedürftigkeit der Patienten zu knüpfen.</p>	SRK
<p>Das Modell A bietet keinen tauglichen Lösungsansatz und wird abgelehnt:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Die Abgrenzungen komplexe/einfache Pflegesituation, krankheitsbedingt/altersbedingt, Behandlungspflege/Grundpflege sind nicht praktikabel. - Es ist nicht richtig, dass Grundpflege immer durch Laien und umgekehrt nicht immer notwendig, dass Behandlungspflege nur durch qualifiziertes Personal erfolgen muss. - Wenn einfache Pflegesituation im Heim weder durch die Krankenkasse noch durch die Hilflosenentschädigung anteilmässig bezahlt werden, so könnten die Heime dazu tendieren, möglichst für alle Arbeiten Fachpersonal einzusetzen. - Die Einführung von tauglichen Abgrenzungssystemen dürfte in den Heimen Kosten von bis zu 75 Mio. verursachen. Modell A löst höhere Kosten aus und ist somit ein untauglicher Vorschlag. - Da die HE zu Hause gewährt werden soll im Heim aber nicht, würden Personen in einfachen Pflegesituationen im Heim benachteiligt. 	SIPP
<p>Das Forum lehnt das Modell A klar ab. Die Trennung in Behandlungspflege</p>	Forum

und Grundpflege ist sachlich nicht gerechtfertigt, in der Praxis nicht durchführbar und sozial nicht tragbar. Das Modell könnte einen unbeabsichtigten Kostenschub auslösen, z.B. durch längere Spitalaufenthalte. Das Modell würde neue Einstufungsinstrumente bedingen.	
CURAVIVA unterstützt es sehr, dass die HE angepasst werden soll. Hingegen können die im Modell A gewählten Abgrenzungen in komplexe und einfache Pflegesituation sowie in krankheits- und altersbedingte Pflege nicht unterstützt werden, da die dazu beschriebenen Kriterien nicht praxistauglich und diskriminierend sind. Abgelehnt wird auch die Aufteilung in Grund- und Behandlungspflege, da beide Begriffe in den Ausbildungsrichtlinien des Schweizerischen Roten Kreuzes für die Pflegefachpersonen durch die „fünf Funktionen“ ersetzt wurden.	CURAVIVA
Die Möglichkeit, die Beurteilung der Pflegesituationen durch Vertrauensärzte überprüfen zu können, ist zu begrüssen. Es ist zu befürchten, dass in der Praxis die Beurteilung zu Gunsten der komplexen Pflegesituation und damit zur Leistungspflicht der KV tendieren wird. Die vorgesehenen Anreize, die persönliche Selbständigkeit zu Hause möglichst lange aufrecht zu erhalten, wird unterstützt. Auch erscheint das Missbrauchpotential von Modell A höher als von Modell B. Die Kranzfrist für die Ausrichtung von HE ist bei 12 Monaten zu belassen.	PULSUS
Ist nicht praktikabel, da die Begriffe Grundpflege und Behandlungspflege seit jeher Anlass zu definitorischen Diskussionen gegeben haben.	K3
Die Grundzüge des Modells A lassen eine einfachere Einteilung zu und verhindern, dass Willküreinteilungen in Akut- und Langzeitpflege erfolgen. Das Modell wird deshalb favorisiert.	SGIM
Dass die Hilflosenentschädigung nur im Rahmen der Spitex ausgerichtet werden soll, führt zu einer ungleichen Behandlung von Heim- und Spitexpatienten und wirkt so wettbewerbsverzerrend. Prinzipiell ist die Aufteilung der Pflege in Grund- und Behandlungspflege (gemäss Modell A) sinnvoller als jene in Akut- und Langzeitpflege (gemäss Modell B). Es ist jedoch problematisch, eine komplexe Pflegesituation vom Vorliegen von Behandlungspflege abhängig zu machen, da in den meisten Pflegesituationen sowohl Behandlungs- wie auch Grundpflege nötig sind. Eine weitere Schwäche des Modells A ist, dass die Finanzierung der Pflegeleistungen für Personen unterhalb des AHV-Alters offen gelassen wird. Im Interesse der Rechtssicherheit sollte die Grundlage für die neue Pflegefinanzierung auf Gesetzes- und nicht auf Verordnungsebene geschaffen werden.	santésuisse
Un soin particulier doit être apporté aux définitions des soins / traitement à charge de l'assurance obligatoire des soins.	Cosama
Procap lehnt das Modell A ab. Es erscheint unpraktikabel. Behinderte mit grossem Pflegebedarf in den täglichen Lebensverrichtungen, nicht aber in der Behandlungspflege, fallen aus dem Leistungsbereich der Krankenversicherung heraus.	Procap
Die diesem Modell zugrunde liegende Unterscheidung zwischen krankheits- und altersbedingten Pflegeleistungen ist fiktiv: Das Alter allein führt nicht zu Pflegebedürftigkeit. Jede Pflegeleistung stützt sich auf die Einschätzung des Pflegebedarfs aufgrund eines bestimmten Krankheitsbildes und den damit einhergehenden Einschränkungen in den Aktivitäten des täglichen Lebens.	Pro Senectute
La distinction entre "situation de soins complexe" et "situation de soins simple" est totalement artificielle et ne correspond pas du tout à ce qui est prévu par la LAMal. Elle semble n'avoir qu'un but: soulager les assureurs-maladie. La possibilité pour les personnes âgées à domicile d'obtenir une rente pour impotence de degré faible, après 9 mois d'impotence déclarée, n'est qu'une piètre compensation à la non-intervention de la LAMal. Durant les 9 premiers mois, tous les frais seraient à la charge du patient et les 211 francs alloués par la suite ne représenteraient qu'une petite partie des soins de base.	AVS/AHV

<p>La suppression des allocations pour impotents aux personnes placées en EMS augmente la charge des assurés. Ce modèle ne donne pas du tout satisfaction. Il risquerait de conduire vers un abandon thérapeutique les personnes considérées en "situation de soins simple".</p>	
<p>Der SSR lehnt dieses Modell mit Entschiedenheit ab. Es beruht auf einer fragwürdigen Unterscheidung zwischen krankheits- und altersbedingten Kosten, wobei unterstellt wird, dass leichtere Pflegebedürftigkeit ein rein altersbedingtes Risiko darstelle, das nicht von der Krankenversicherung zu decken sei. KVG-Leistungen sollen nicht durch die bisher sehr restriktiv gehandhabte HE ersetzt werden.</p>	SSR
<p>Il y a un manque évident de cohérence entre les notions définies par la LAMal et celles définies par ce modèle qui, de fait, les brouille astucieusement. Le remplacement de ce que la LAMal prévoit, soit des traitements et des soins, par un amalgame réductif, n'est pas admissible.</p> <p>Les assurés seront considérés comme étant en « situation simple » de risque dû à la vieillesse. Le risque est grand qu'une tendance soit instaurée pour considérer que le plus grand nombre de personnes âgées est dans ce cas. Ces assurés devront assumer intégralement la charge de leurs soins de base, contrairement à l'esprit et à la lettre de la LAMal. Quitte à avoir recours aux aides déjà mentionnées. Mais il y a un danger tout aussi grave : le risque pour ces personnes de ne pas, ou ne plus, recevoir les soins que le maintien du meilleur état de santé possible nécessiterait, sous prétexte que leur santé relève du « risque général de vieillesse », donc finalement le danger d'une baisse généralisée de la qualité des soins aux personnes âgées, en ne voulant plus soigner les maladies qui peuvent accompagner le vieillissement. Or, entre l'acharnement thérapeutique et l'abandon thérapeutique et financier, il y a, mis à part les soins palliatifs, place pour des soins et traitements thérapeutiques de qualité pour les maladies qui peuvent accompagner les personnes âgées.</p>	FARES
<p>Die Abgrenzung zwischen krankheits- und altersbedingter Pflege ist nicht praktikabel, da es sich bei den Altersgebrechen ja gerade in vielen Fällen um unmittelbare Folgen von Krankheiten handelt und die Grenze fliessend ist.</p> <p>Die Anknüpfung an die Notwendigkeit von Behandlungspflege ist ein völlig untaugliches Kriterium: Schwerbehinderte Menschen mit einer Lähmung bedürfen z.B. häufig intensivste Pflege bei allen Lebensverrichtungen, nicht aber Behandlungspflege. Andere Menschen (wie z.B. Diabetiker) weisen Einschränkungen auf, die weit weniger intensiven Pflegebedarf verursachen, aber eine regelmässige oder zeitweilige medizinische Behandlung nötig machen. Es ist nicht einzusehen, weshalb die Krankenversicherung im ersten Fall jegliche Leistungen verweigern, im zweiten jedoch die Kosten voll übernehmen soll.</p> <p>Die vorgeschlagene Lösung führt zu inakzeptablen sozialen Härten. Das System der EL, gedacht als Notsystem zur Existenzsicherung, wird somit zum Normalsystem zur Pflegefinanzierung missbraucht. Das Modell schafft auch noch falsche Anreize: Der Anreiz zum Verbleiben in den eigenen Wänden geht verloren, wenn die genannten Nachteile bereits bei der Spitex-Pflege eintreten.</p>	Pro Infirmis DOK, SVG
<p>Die Abgrenzung zwischen einfachen und komplexen Pflegesituation im Einzelfall erscheint nur schwer möglich.</p>	ffg
<p>Verweisen auf die Stellungnahme der DOK, mit folgenden Ergänzungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Die Anknüpfung an die Behandlungspflege führt bei psychisch kranken Menschen zu einem massiven und diskriminierenden Leistungsabbau. - Modell A setzt eine praktikable Abgrenzung zwischen der Behandlungs- und Grundpflege voraus. Im Bereich der psychiatrischen Pflege ist die- 	Pro Mente Sana

<p>se Voraussetzung nicht erfüllt. Denn die Frage, ob die psychiatrischen Pflegeleistungen heute von der Grundversicherung gedeckt sind, ist umstritten.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Die Einführung einer AHV-Hilflosenentschädigung für Hilflosigkeit leichten Grades vermag die entstehende Lücke nicht zu schliessen. 	
<p>Ce modèle introduit une allocation pour impotents en cas de handicap léger afin d'inciter les personnes à retarder au maximum leur institutionnalisation. Cette petite allocation ne permet en aucun cas de couvrir les frais engendrés par l'accompagnement de la personne âgée. Si véritablement l'objectif poursuivi consistait au maintien de la personne dans son environnement habituel, il serait nécessaire de la soutenir plus efficacement financièrement. Le délai de carence de 9 mois contraindra de nombreuses familles à recourir plus rapidement à l'aide institutionnalisée. Le délai de carence prévu doit être rejeté catégoriquement.</p> <p>Inconvénient additionnel: en introduisant l'allocation pour impotent, proposition est faite de ne plus financer les soins de base et en partie les traitements médicaux lorsqu'ils sont apportés en institution. Si ces personnes ou leurs familles peuvent faire valoir des PC et une allocation pour impotent, les coûts additionnels engendrés par l'institutionnalisation seront tout de même à la charge de la personne âgée. Les inconvénients de ce modèle sont nombreux et conduisent à une médecine à deux vitesses et à une situation discriminatoire pour les familles aux revenus moyens ou inférieurs à la moyenne. Le modèle A est refusé.</p>	PF
<p>La commission s'oppose au modèle A. Elle regrette le manque de clarté au niveau des définitions et est préoccupée par les conséquences financières engendrés, en particulier pour les ménages.</p>	Comm. féd. consommation
<p>Ob eine komplexe oder eine einfache Pflegesituation vorliegt, lässt sich in der Praxis häufig nicht klar beantworten.</p> <p>Wer neben Grundpflege auch Behandlungspflege benötigt, kann die Hilflosenentschädigung für andere Zwecke verwenden. Wer „nur“ Grundpflege bezieht, muss die Hilflosenentschädigung für deren Finanzierung einsetzen. Die Ungleichbehandlung zwischen zwei Personengruppen ist sachlich nicht zu begründen.</p> <p>Der SPITEX Verband des Kantons Bern lehnt Modell A klar ab.</p>	Spitex BE
<p>In der Praxis dürfte die Grundidee des Modells A kaum umsetzbar sein, eine Unterscheidung ist höchst problematisch. Der Anreiz ist gross, aus so genannten einfachen Pflegefällen komplexe zu machen. Das Modell A ist klar abzulehnen.</p>	Stadt Zürich
<p>Die im Modell A vorgeschlagene Unterscheidung zwischen Grundpflege (nur KVG-pflichtig in komplexen Pflegesituationen, nicht KVG-pflichtig in einfachen Pflegesituationen) und Behandlungspflege (KVG-pflichtig) ist als Grundlage für ein Finanzierungsinstrument in der Praxis nicht tauglich.</p>	VAKA
<p>Die Aufteilung zwischen krankheits- und altersbedingter und zwischen komplexer und einfacher Pflege ist nicht praxistgerecht.</p>	Hausbetreuung
<p>Obwohl die AHV neu eine Hilflosenentschädigung für leichte Hilflosigkeit gewähren würde, wird gemäss den behaupteten Zahlen mit einem erheblichen Leistungsabbau gerechnet, weshalb die Sozialverträglichkeit des Modells A in Frage gestellt wird.</p>	VLSS
<p>Le MPF a de la peine à comprendre que quelqu'un qui ne peut accomplir les activités de la vie quotidienne ne souffre pas d'une maladie sous-jacente. Le MPF soupçonne que les soins de base et les soins de traitement sont différenciés dans l'unique but de justifier la volonté de désolidarisation entre les générations. Il juge ceci contraire à la volonté exprimée lors de l'introduction de la LAMAL, dont un des objectifs était la solidarité entre les générations et un autre une prise en charge de l'ensemble des soins de la naissance à la mort.</p>	MPF
<p>Le modèle A ne convient pas, il libère les assureurs de toute prestation dans les cas de situation simple alors que la maladie, notamment pour les mala-</p>	FFR

des chroniques, ne doit pas être incluse dans les soins de base, des soins médicaux sont nécessaires.	
Die Abgrenzung zwischen komplexen und leichten Pflegefällen erweist sich in der Praxis als zu schwierig. Mit diesem Modell ist ein wesentlicher Mehraufwand für die EL und die Durchführungskosten zu erwarten.	KKAK
Grosser Schwachpunkt dieses Modells ist, dass die in der Praxis bestehenden Abgrenzungsprobleme zwischen Alters- und Krankheitsrisiken nicht gelöst werden können. Im Gesetzesvorschlag ist nirgends erwähnt, dass das Modell A bloss für Personen im AHV-Rentenalter zur Anwendung kommen soll. Analog der Hilflosenentschädigung ist zu klären, wie es sich mit dem Rentenvorbezug verhält. Befürwortet wird eine weitere Reduktion der Karenzfrist auf maximal sechs Monate.	ÖKKV
Die MS-Gesellschaft lehnt das Modell A ab. Sie erachten es als nicht praktikabel und befürchten, dass es falsche Anreize schaffen könnte. Es ist nicht einsehbar, weshalb zum Beispiel ein 60- und ein 70-jähriger MS-Patient innerhalb der gleichen Sozialversicherung ungleich behandelt werden sollen. Die geplante Einführung der leichten Hilflosenentschädigung im AHV-Alter erachten sie als „Tropfen auf den heissen Stein“. In den meisten Kantonen können damit gerade mal drei Stunden Grundpflege im Monat finanziert werden.	MS
Eine a priori Einteilung von Pflegesituationen in „komplex“ und „einfach“ auf Grund medizinischer Diagnosen/Therapien bzw. von Tarifvorschriften wäre in den meisten Fällen realitätsfremd. Die Unterscheidung von „Grundpflege“ und „Behandlungspflege“ ist für die Einschätzung der Komplexität von Pflegesituationen völlig inadäquat.	Uni BS
Die Unterscheidung in komplexe und einfache Pflegefälle ist ein untaugliches Instrument. Einfache Pflegesituationen ohne Krankheitshintergrund gibt es praktisch nicht. In Pflegeheimen haben die meisten Patienten im Durchschnitt 6-8 Krankheitsdiagnosen, sodass es sich immer um sogenannte komplexe Situationen handeln würde. Die veralteten Begriffe „Grund- und Behandlungspflege“ sind für die Abgrenzung ungeeignet.	VKG
Modell A ist eine rein theoretisch, praktisch nicht umsetzbare Konstruktion. Die Einteilung in „einfache Situation = Laienpflege“ - „komplexe Situation = professionelle Pflege“, und die Abgrenzung „alters- und krankheitsbedingte Pflege“ stellt eine Diskriminierung von Alten und Pflegebedürftigen dar. Modell A wird kategorisch abgelehnt.	AGSG
Das Modell A wird vom Verband abgelehnt. Es ist in der Praxis nicht umsetzbar.	Gemeindeverband
Die Unterscheidung „einfach“ und „komplex“ ist höchst problematisch.	VAA
Auch wenn das Finanzierungsmodell A die Gruppe der jüngeren Behinderten (zur Zeit) nicht trifft, lehnen sie es vehement ab. Es führt zu vermehrten Heimeintritten, gefährdet die Gesundheit jener, die einzig auf Grundpflege angewiesen sind und setzt Anreize für medizinisch nicht indizierte Eingriffe.	FASSIS
Die Unterscheidung zwischen Grundpflege und Behandlungspflege ist in der Praxis nicht tauglich. Einfache Pflegesituationen ohne Krankheitshintergrund gibt es praktisch nicht. Die veralteten Begriffe „Grund- und Behandlungspflege“ sind für die Abgrenzung ungeeignet.	VBK
Die Abgrenzung zwischen Grundpflege und Behandlungspflege ist zu begrüssen. In komplexen Pflegesituationen ein völlig anderes Finanzierungssystem anzuwenden als in einfachen, lehnt Herr Weidmann ab. In „einfachen“, stabilen Situationen im Pflegeheim kann die Pflege schwierig sein, so dass es gut ausgebildete Pflegende braucht. Die Einführung der HE der AHV für Hilflosigkeit leichten Grades sollte generell allen ausgerichtet werden, unabhängig vom Aufenthaltsort. Mit dem Verzicht auf die HE bei Heimbewohnern ist er nicht einverstanden.	A. Weidmann

Da die Grundlage aus gerontologischer Sicht nicht vorhanden ist, lehnen sie Modell A ab.	SGG
Die Unterscheidungen zwischen komplexer und einfacher Pflegesituation sowie zwischen Grund- und Behandlungspflege sind in der Praxis nicht realisierbar. Lehnt das Modell A ab.	SFGG
Die Anknüpfung an die Notwendigkeit von Behandlungspflege ist ein völlig untaugliches Kriterium: Taubblinde Menschen beispielsweise bedürfen oft intensivster Pflege bei allen Lebensverrichtungen, nicht aber Behandlung. Führt auch zu inakzeptablen sozialen Härten, denn die Einführung einer Hilflosenentschädigung leichten Grades ist bestenfalls ein Tropfen auf dem heissen Stein.	SZB
Die Unterscheidung zwischen komplexen und einfachen Pflegesituationen ist in der Praxis kaum umsetzbar, gerade auch bei demenzkranken Menschen. Die Unterteilung in Grundpflege und Behandlungspflege ist veraltet. Die HE bei leichter Hilflosigkeit ist gesamthaft gesehen absolut ungenügend.	Alzheimer
Die Unterscheidung zwischen „krankheitsbedingter Pflege“ und „altersbedingter Pflege“ ist in der Praxis beinahe unmöglich zu treffen. Analoges gilt für die „Grundpflege“ und die „Behandlungspflege“. Diese in der Praxis kaum umzusetzende Unterscheidung führt sie zu einer Ablehnung von Modell A.	GQP

Modell B Modèle B

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions	Verfasser Auteurs
<p>Modell B kommt der Forderung der GDK entgegen, wonach die Krankenpflegeversicherung an die Pflichtleistungen einen Beitrag zu entrichten hat. Hat den Vorteil, dass die im Pflegealltag schwierige Unterscheidung zwischen Behandlungs- und Grundpflege irrelevant bleibt. Die GDK kann Modell B im Sinne einer sinnvollen Regelung der Pflegefinanzierung unter nachfolgenden Bedingungen zustimmen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Der Tarifschutz muss im KVG explizit auf den Beitrag der Krankenpflegeversicherung beschränkt werden. - Die Kosten für die Behandlungs- und die Grundpflege zu Hause (Spitex) müssen weiterhin vollständig durch die OKP-Versicherung abgedeckt werden und sind somit von der Neuregelung der Pflegefinanzierung auszunehmen. Anreiz zur Vermeidung eines Pflegeheimübertritts. - Hilflosenentschädigung leichten Grades für Personen zu Hause einführen und bei 30% der minimalen AHV-Rente ansetzen. Die Karenzfrist für Hilflosenentschädigungen auf 6 Monate verkürzen. - Rahmentarife für die beiden oberen Pflegebedarfstufen sind anzuheben. Auf Verordnungsebene wird die periodische Anpassung an die Teuerung vorgesehen. - In der Langzeitpflege ist die Finanzierungslast der OKP-Versicherung verbindlich zu präzisieren. - Auf die Karenzfrist gänzlich verzichten. 	GDK, AI, AR, BE, BL, FR, GL, GR, LU, NW, SH, UR, ZH
<p>Das Modell weist die richtigen Ansätze auf, muss jedoch überarbeitet werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Die Tarife für die beiden oberen Pflegebedarfstufen sind anzuheben. - Die Behandlungs- und Grundpflege zu Hause wird vollumfänglich von der Krankenpflegeversicherung abgegolten. - Die Abgrenzung zwischen Akut- und Langzeitpflege ist nicht nur von der zeitlichen Limite (90 Tage) her nachzuprüfen, sondern bedarf einer klaren Definition. 	AG
Die Schwäche von Modell B ist die volle Kostenübernahme der Akutpflege	BS

aus der Krankenversicherung. Modell B lädt direkt dazu ein, immer wieder Akutfälle zu konstruieren. Die Beiträge für die Langzeitpflege für die Versicherer je Kanton sind kostenneutral auszugestalten. Der Kanton Basel-Stadt bevorzugt in Übereinstimmung mit der Stellungnahme der GDK das praxistauglichere Modell B.	
L'évaluation financière du modèle B est impossible, en raison d'une description lacunaire de la répartition du financement entre l'assurance-maladie, les pouvoirs publics et les personnes âgées.	GE
Le Gouvernement jurassien ne peut pas adhérer au modèle B : Ce modèle implique une charge supplémentaire importante pour les PC et donc les cantons, ce qui n'est pas acceptable. Ce modèle est insuffisamment étayé. Un examen approfondi des conséquences financières doit être opéré notamment en ce qui concerne une prise en charge moins forte des assureurs-maladie pour les soins de longue durée. Il est également insoutenable que les tarifs cadres des caisses-maladie ne puissent pas suivre l'évolution des coûts. Par contre et contrairement au modèle A, il considère que le modèle B est applicable en pratique. Au surplus, l'allocation pour impotent n'est pas remise en question et remplit pleinement son rôle.	JU
Neuchâtel est en mesure d'approuver le modèle B, mais uniquement sous certaines conditions : <ul style="list-style-type: none"> - Que si la question du financement des hôpitaux et des soins de longue durée est réglementée dans un seul et même paquet, dans le respect de la neutralité des coûts pour les pouvoirs publics. - La notion de protection tarifaire telle qu'énoncée dans la LAMal doit être modifiée: il doit être explicitement fait mention dans la loi que la protection tarifaire se limite à la contribution de l'assurance obligatoire des soins. - Le coût des soins thérapeutiques et des soins de base à domicile doit continuer d'être couvert intégralement par l'assurance obligatoire des soins, l'objectif étant de favoriser clairement le maintien à domicile lorsque cela s'avère possible. - La participation de l'assurance obligatoire des soins doit impérativement être précisée, s'agissant du financement des soins de longue durée lors de séjour en EMS, comme c'est le cas aujourd'hui avec les tarifs-cadre; cette participation devra en outre être adaptée régulièrement au renchérissement. 	NE
Haltung wie GDK, ausser bei der Karenzfrist: Die Karenzfrist für HE ist auf 6 Monate zu verkürzen.	OW
Grundsätzlich ein Schritt in die richtige Richtung. Die Definition Langzeitpflege ab 91. Tag ist eine willkürlich gezogene Grenze; die Zeitlimite müsste mindestens ein Jahr betragen. Bis zum Inkrafttreten neuer Bestimmungen müssen die Rahmentarife für die beiden oberen Pflegebedarfsstufen angepasst und der Tarifschutz explizit auf den Beitrag der OKP beschränkt werden.	SG
Die Karenzfrist von 90 Tagen ist willkürlich. Die Spitexleistungen sind von der Pflegefinanzierung auszunehmen. Die Hilflosenentschädigung für Hilflosigkeit leichten Grades sollte auch im Modell B Eingang finden. Ohne präzisere Kostenberechnungen (EL) ist eine Zustimmung zum Modell B von vornherein nicht möglich.	SO
Die Abgrenzung zwischen Akut- und Langzeitpflege erscheint praxistauglicher. Zweifel, ob die Karenzfrist von 90 Tagen sachlich richtig ist. In der Praxis sind auch hier erhebliche Abgrenzungsprobleme zu erwarten. Modell B ist deshalb abzulehnen.	SZ
Die Unterteilung in Akutpflege und Langzeitpflege ist unpraktikabel und fachlich nicht herzuleiten. Die Karenzfrist von 90 Tagen entspricht nicht den Realitäten im Pflegealltag.	TG
Può per contro trovare un accoglimento, almeno in linea di principio, il "Mo-	TI

<p><i>dello B'</i>, anche perchè delinea una soluzione maggiormente in linea con la situazione oggi vigente nel Cantone Ticino.</p> <p>"Il limite <i>potrebbe</i> essere fissato a 90 giorni, ma a <i>determinate condizioni potrebbe anche</i> essere prolungato ". Se da un lato ciò può essere inteso come indicatore di un logico margine di flessibilità, dall'altro bisogna convenire che non è esente da aspetti potenzialmente problematici.</p> <p>Nel merito del "<i>Modello B'</i>", che propone impostazioni maggiormente condivisibili, si osserva quanto segue:</p> <ul style="list-style-type: none"> - le "cure a domicilio" devono essere tralasciate da questa specifica revisione della LAMal; - si deve prendere atto, con preoccupazione, di un ulteriore trasferimento di costi della Confederazione sui Cantoni; - in considerazione delle importanti ricadute finanziarie sui Cantoni, devono essere introdotti correttivi che possano neutralizzarne gli effetti; - le stime dei costi dovrebbero essere sottoposte a ulteriori verifiche; - il periodo iniziale 90 giorni - può apparire "poco scientifico": riflessioni più approfondite si impongono. Da analizzare anche la possibilità di non prevedere alcun termine iniziale, nell'ottica di semplificare il funzionamento del modello; - il finanziamento ospedaliero e quello delle cure di lunga durata di tipo stazionario dovrebbero far parte di un medesimo contesto e non essere trasposti in due compartimenti separati e a sé stanti; - PC: da verificare gli effetti sul "<i>Modello B'</i>" della sostanza e del conseguente consumo della stessa sul breve-medio periodo. 	
<p>La variante B doit être amendée de façon à mettre en place une solution simple et gérable, dont les effets sont déjà connus et qui permettra notamment d'être supportable socialement et maîtrisable financièrement</p> <p>Propositions :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les soins à domicile, tels que définis aujourd'hui par la LAMal et ses ordonnances, doivent être remboursés intégralement par l'assurance-maladie. - Le remboursement par l'assurance-maladie du prix des soins en EMS est limité à une contribution représentant au maximum entre 40 et 50 % des coûts réels. Le taux doit être choisi sur la base d'estimations financières fiables, élaborées avec les cantons; la part du coût des soins non remboursée par l'assurance-maladie est facturée aux résidents et la protection tarifaire de l'art. 44 LAMal ne s'applique qu'aux tarifs facturés aux assureurs-maladie. - L'allocation pour impotent doit subsister et pouvoir être facturée par l'EMS. 	VD
<p>Le modèle, insuffisamment analysé dans le rapport, comporte l'avantage de laisser perdurer les allocations d'impotence dans les homes.</p> <p>Le modèle ne tient pas compte de la protection tarifaire selon l'art. 44 de la LAMal. Il définit une participation limitée des assureurs-maladie aux soins de longue durée, mais ne dit pas qui doit financer les coûts de soins non couverts. La couverture de l'insuffisance du financement des soins est prévue par le biais des PC: Qu'en est-il des personnes financièrement indépendantes ? Une adaptation de la LAMal incluant une limitation de la prise en charge des prestations des assureurs doit tenir compte de l'insuffisance de financement qui en résulte. La classe moyenne est, une fois de plus, appelée à financer ce manco.</p>	VS
<p>Kann dem Modell B unter der Bedingung zustimmen, dass sich die Lastenverteilung am Status Quo orientiert. Zudem muss die Behandlungs- und Grundpflege der Spitex weiterhin vollständig durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung abgedeckt werden.</p>	ZG
<p>Die FDP priorisiert das vorgeschlagene Finanzierungsmodell B. Die Karenzfrist von 90 Tagen ist jedoch willkürlich. Ein solches System könnte einen Kosten treibenden Anreiz mit sich bringen, indem die Angehörigen</p>	FDP

<p>von pflegebedürftigen Personen immer wieder auf eine Akutbehandlung drängen. Die Finanzierungslast der obligatorischen Krankenversicherung sollte bereits auf Gesetzesstufe verbindlich präzisiert werden.</p>	
<p>Dieses Modell lehnt die SPS ab, weil es einen Eingriff ins Versicherungssystem bedeutet, der sozialpolitisch nicht annehmbar ist. Der Eingriff ins Versicherungssystem besteht darin, dass bei einer Versicherungsleistung, hier der Langzeitpflege, seitens der Krankenversicherer nur noch ein Beitrag bezahlt werden soll und die verbleibenden Kosten der Pflege auf die Privathaushalte und ins Bedarfssystem (EL) abgewälzt werden. Nicht auszuschliessen ist, dass dieser Systemeingriff einst Präjudizcharakter annimmt. Zudem erachten sie eine unterschiedliche Aufteilung der Kosten zwischen Akut- und Langzeitpflege als nicht sinnvoll.</p>	SPS
<p>Das Modell B enthält einen kostentreibenden Anreiz; Chronischkranke könnten mehr als nötig ins Spital eingewiesen werden.</p>	SVP
<p>Die CVP steht grundsätzlich hinter dem Modell B, fordert jedoch die Ergänzung des Modells mit folgenden wichtigen Änderungen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Eine klare Definition der Bezügergruppen. 2. Die Leistungen für die Akutpflege werden in den ersten 30 Tagen von der OKP übernommen. 3. Die Leistungen für die Übergangspflege werden vom 30. bis zum 90. Tag von der OKP übernommen. 4. Die Langzeitpflege wird ab 90 Tagen im Rahmen der Beiträge der heutigen Rahmentarife abgegolten. <ul style="list-style-type: none"> - Im Einzelfall muss es möglich sein, mit der Zustimmung eines Vertrauensarztes die zeitlichen Grenzen zu verschieben. - Die Anpassung der Hilflosenentschädigung gemäss den Vorschlägen aus dem Modell A. - Der Freibetrag für selbstbewohntes Wohneigentum muss angepasst werden. Dieser Betrag muss mindestens auf 300'000 Franken festgesetzt werden, mit Möglichkeiten für die Kantone, den Betrag anzupassen. 	CVP
<p>Gründe für die Ablehnung von Modell B:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Die Begriffe Akut- und Langzeitpflege sind nicht geeignet, um KVG-pflichtige und nicht KVG-pflichtige Leistungen abzugrenzen. Langzeitpflege heisst nicht einfach Grundpflege. Sie beinhaltet neben den allgemeinen täglichen Lebensverrichtungen auch aktivierende, präventive und palliative Massnahmen. - Die vorgesehene Lösung führt zu einer Diskriminierung von Chronischkranken (z.B. Diabetiker, die sich das Insulin nicht selber spritzen können). - Die vorgeschlagenen Lösungen verschieben die Kosten lediglich auf andere Träger, schaffen aber keine wesentlichen Anreize zur Eindämmung der Kosten. Es besteht sogar die Gefahr, dass chronisch Kranke vermehrt ins Spital eingewiesen werden, um wieder in den Bereich der 90 Tage dauernden Akutpflege zu gelangen. 	EVP
<p>Das System ist zu kompliziert. Nicht zu überzeugen vermögen die willkürlich wirkende Karenzfrist von 90 Tagen und die unklare gesetzliche Regelung bezüglich des Tarifschutzes. Der Finanzierungsanteil der OKP-Versicherung sollte im Gesetz klar definiert werden.</p>	GPS
<p>La notion déterminante n'est pas d'ordre médical ou théorique; elle relève uniquement de l'intensité (quantité de soins prodigués) et de la durée des soins. L'avantage d'une telle distinction est qu'elle est purement quantitative et donc mesurable; on peut imaginer fixer des mesures (tant de jours en milieu hospitalier, etc.); son désavantage évident est qu'elle ne correspond pas à la réalité dans la pratique. Ce modèle présente le défaut majeur de prévoir un financement différent, pour les soins de longue durée, selon que la personne est en Spitem ou en</p>	FRC

<p>EMS. Dans les faits, prévoir les PC seulement pour les EMS et en exclure le Spitex revient à pousser les assurés dans les EMS, et cela même si le Spitex est moins coûteux ou également coûteux.</p>	
<p>Die vorgeschlagene Definition von Langzeitpflege ab dem 91. Tag orientiert sich weder am Krankheitsverlauf noch am Pflegebedarf eines Patienten. Prüfwert wäre hier, sich auf unterschiedliche Pflegephasen abzustützen, die zur Abgrenzung weitergehende Kriterien verwenden (gemäss Eingabe der Verbände der Leistungserbringer).</p> <p>Die heute gültigen Rahmentarife in der Spitex decken lediglich 50 % der Vollkosten der Pflege. Da kein Beitrag der öffentlichen Hand vorgesehen ist und die Beiträge der Krankenversicherer eingefroren werden sollen, heisst dies im Klartext, dass Modell B die SpitexpatientInnen benachteiligen wird.</p>	SGB
<p>Die Neuordnung der Pflegefinanzierung sollte auf Basis des Modells B entwickelt werden. Bezüglich des neuen Finanzausgleiches, der Funktionsweise innerhalb des Sozialversicherungssystems, der kostendämpfenden Wirkung und der praktischen Akzeptanz sind noch weitere Anpassungen an diesem Modell nötig.</p> <p>Es fällt schwer zu prüfen, ob und wie das Modell B mit der vom SAGV angestrebten monistischen Spitalfinanzierung kompatibel ist. Auch die gesellschaftlichen Auswirkungen des Modells können schwer nachvollzogen werden.</p> <p>Der Hinweis auf den Vertrauensarzt bleibt sehr offen und sagt nichts zur Angemessenheit und Praxisbezogenheit der 90 Tage.</p>	SAGV
<ul style="list-style-type: none"> - Eine der bedeutendsten Stärken des Modell B ist die Regelung der Grundlagen im Gesetz (KVG) durch die gesetzliche Verankerung der Beitragspflicht der OKP. - Die Entlassung aus dem aus volkswirtschaftlicher Sicht teureren Spital in die günstigere Akutpflege wird gefördert, weil in beiden Fällen die OKP und der Kanton (im Falle des Spitals) bzw. die OKP allein (im Falle der Akutpflege) die vollen Pflegekosten übernehmen. - Missbrauchspotential: Langzeitpflegebedürftige könnten mehr als nötig ins Spital eingewiesen werden, um anschliessend wieder während 90 Tagen als Akutpflegebedürftige die vollen Pflegekosten auf die OKP überwälzen zu können. - Die Höhe der Pflegekostenübernahme durch die OKP in der Akutphase ist unklar. 	economie-suisse
<p>La preferenza cade sul modello B di cui condividono il principio descritto nel rapporto esplicativo: "La distinzione tra cure acute e cure di lunga durata deve essere operata secondo criteri temporali, ma senza fissare un limite rigido, bensì un valore di riferimento che in determinate circostanze può essere modificato, ossia prolungato".</p> <p>Il rapporto esplicativo propone un limite di 90 giorni prolungabile a determinate condizioni. Questa flessibilità, di per sé positiva, rischia tuttavia di porre alcuni problemi (rischio di ospedalizzazioni improprie per far ripartire il termine di 90 giorni, mancanza di chiarezza ad esempio per le cure a domicilio per cui non si capisce se questi 90 giorni devono essere interpretati in totale o all'anno,...). Sarà dunque necessario riflettere a fondo su questo termine e proporre definizioni più chiare.</p>	acsi
<p>Il n'est pas précisé quel serait le pourcentage de la contribution aux frais de soins de longue durée. Cette formule laisse au Conseil fédéral une marge d'appréciation trop grande.</p> <p>Les caisses maladie se retirent du financement à partir du 91ème jour de soins, ce qui entraînera donc un report sur les assurés du coût des soins de longue durée. Ceci est d'autant moins admissible qu'il ne s'agit pas ici de faire supporter à l'assuré un risque bénin, comparable à une franchise. Il s'agit précisément de coûts très lourds sur la durée, qui dépassent la portée d'un budget familial moyen. Or, l'assurance est justement là pour couvrir un risque important.</p>	FER

<p>Ce modèle contient un facteur potentiel d'augmentation des coûts. En effet, les patients souffrant de maladies chroniques pourraient être hospitalisés plus souvent que nécessaire, afin que l'assurance maladie prenne en charge l'intégralité des coûts pour les soins aigus pendant 90 jours au lieu de verser une contribution réduite aux soins de longue durée. La Fédération s'oppose catégoriquement au modèle B.</p>	
<p>Le modèle B est à rejeter. Il laisse une marge d'appréciation trop grande au Conseil fédéral, qui pourrait fixer ou modifier arbitrairement le pourcentage de la contribution des assureurs, au détriment des assurés. Le report sur les assurés du coût des soins de longue durée est d'autant moins admissible qu'il ne s'agit pas de faire supporter à l'assuré un risque bénin, comparable à une franchise.</p>	CP
<p>Beim Städteverband äussert sich eine Mehrheit positiv zu Modell B. Die Kosten für die Behandlungs- und die Grundpflege zu Hause (Spitex) müssen weiterhin vollständig durch die OKP-Versicherung abgedeckt sein.</p>	SSV
<p>Die Abgrenzung zwischen Akutpflege und Langzeitpflege ist in der Praxis sehr schwierig, gegenüber Modell A jedoch einfacher. Zudem entfällt bei diesem Modell der Anreiz, unbedingt in den Anspruch von teuren und langen Langzeit-Leistungen zu kommen, da in berechtigten kürzeren Akutsituationen ebenfalls schon Ansprüche bestehen. Es empfiehlt sich auch hier, durch die Politik auf Gesetzesstufe möglichst eindeutig und klar die Anspruchsvoraussetzungen zu regeln. Soll verhindert werden, dass tatsächlich keine Kostenverschiebung zu Lasten der Krankenversicherung eintritt – was der SBV sehr begrüßen würde – muss auf Gesetzesstufe eine entsprechende Regelung eingebaut sein, welche den Status quo fixiert.</p>	SBV
<p>Die vorgeschlagene Definition von Langzeitpflege ab dem 91. Tag zieht eine willkürliche mathematische Grenze. Um falsche Anreize zu vermeiden, müssen für die Akutpflege und die Übergangspflege die Vollkosten der Pflege durch die Krankenversicherer übernommen werden, unabhängig vom Ort wo die Patientinnen und Patienten gepflegt werden. Das gleiche gilt auch für die Langzeitpflegephase für das erste Jahr. Die Patienten zu Hause werden klar benachteiligt. Modell B macht keine Aussage zu den finanziellen Auswirkungen auf jüngere Langzeitpatienten.</p>	SBK, SVBG
<p>Le modèle B touche davantage le coeur du problème, mais il n'apporte lui non plus aucune solution évidente.</p>	FMH
<p>Die finanzielle Belastung würde für die meisten Personen (unabhängig des Alters) völlig untragbar. Spitex würde zum Luxusgut. Dies widerspricht, ebenso wie Modell A, sämtlichen gesundheits-, gesellschafts- und finanzpolitischen Anstrengungen, die Pflege zu Hause zu fördern, damit kostenintensive Heim- und/oder Spitalaufenthalte vermieden werden können.</p>	Spitex CH
<p>Sie bevorzugen grundsätzlich das Modell B, weil es einfacher zu handhaben ist als Modell A. Der Zeitfaktor als Leistungsbegrenzung kann als praktikabel gelten. Die vorgeschlagene Lösung für die Langezeitpflege, welche ab dem 91. Tag nicht mehr die volle Deckung, sondern nur einen Beitrag der KV vorsieht, erscheint als praktikable Lösung.</p>	PULSUS
<p>Am vorgelegten Modell B sind einige Korrekturen im Sinne des Modells der Leistungserbringer notwendig, ohne die H+ dem Modell B nicht zu stimmen kann:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Die Finanzierung der Pflege basiert auf einer Vollkostenrechnung (Basis VKL); - Die einzelnen Finanzierungsträger für die Übernahme der vollen Pflegekosten sind gesamtschweizerisch verbindlich zu regeln; - Die übrigen Sozialversicherungen und insbesondere die EL sind in einem Gesamtpaket so anzupassen, dass der Beitrag an die Langzeitpflege für die wirtschaftlich schwächeren Pflegebedürftigen keine un- 	H+

<p>zumutbare Belastung darstellt;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Die Kantone müssen die Vermögensobergrenze für die EL angepasst und gesetzlich verankert haben. Die Übergangspflege muss genauso wie die Akutpflege abgegolten werden, um Brüche in der Finanzierung und daraus folgende Fehlanreize wie Lenkung aus Kosten und nicht aus medizinischen Gründen zu vermeiden; - Eine Neuordnung nimmt Bezug auf das von den Leistungserbringern ausgearbeitete Modell; - Festlegung der Unterscheidungskriterien der Legalkategorien - keine Einfrierung der Tarife; - Eine blossе Anpassung der EL genügt nicht. 	
<p>Es stellt sich die Frage, ob die Verordnungsebene ausreicht. Sehr problematisch ist die Vorstellung, dass solche weit reichende Definitionen vom Bundesrat noch weiterdelegiert werden sollen. Die allfällige Rolle des Vertrauensarztes ist klar und auf höherer Rechtsetzungsebene zu regeln. Beim Entscheid über die Verlängerung der Akutpflege bzw. Unterbrechung der Langzeitphase sind gegebenenfalls auch Vertrauenschiropraktoren vorzusehen.</p>	Chirosuisse
<p>Modell B wird abgelehnt. 90 Tage Grenze: Es wird dabei weder der Krankheitsverlauf noch der Pflegebedarf einer Patientin/eines Patienten berücksichtigt.</p>	FISIO, SVDE
<p>Der gewählte Beginn der Langzeitpflege ist sehr willkürlich und unter Umständen für den betroffenen Patienten schwer verständlich. Die Notwendigkeit zur Begründung einer Akutpflege, die länger als 90 Tage dauert (Antrag an den Vertrauensarzt) schafft administrativen Aufwand und generiert für die betroffenen Patienten einen nicht notwendigen Rechtfertigungsdruck. Unbefriedigend ist die Tatsache, dass der von der Krankenversicherung zu übernehmende Anteil an die Langzeitpflege eine politisch zu definierende Grösse darstellt, die gemäss den Vernehmlassungsunterlagen noch nicht festgelegt ist. Es ist zu erwarten, dass die Aushandlung resp. Festlegung des Anteils viele Diskussionen / Verhandlungen und unnötige Ressourcen kosten wird.</p>	SRK
<p>Läuft auf einen erheblichen Leistungsabbau hinaus, welche durch die EL nur unvollständig kompensiert wird.</p>	VSAO
<p>Das Modell B geht in die richtige Richtung, benötigt jedoch noch Anpassungen und Präzisierungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vorteilhaft, dass es keine Abgrenzungsprobleme geben dürfte, da die Zeitdauer ein absoluter Wert darstellt; - benötigt keine neuen Bedarfserfassungsinstrumente; - Kostenfolgen sind kalkulierbarer; - Modell enthält keinerlei Kriterien, wie die Beiträge der Krankenversicherer pro Stufe festgelegt werden sollen; - Es ist nicht akzeptabel, dass vom heutigen Tarifniveau ausgegangen wird; - Es muss präzisiert werden, dass bei „Akutpflege“ die volle und „Langzeitpflege ab 90 Tagen“ die anteilmässige Pflegekostenübernahme durch die Krankenversicherung erfolgt; - Ebenso ist zu präzisieren, wie Akutphasen in der Langzeitpflege gehandhabt werden (Rückfälle, vorübergehende Krankheit, Unfall, etc.). 	SIPP
<p>Das Forum lehnt das Modell B klar ab. Es enthält keinerlei Angaben über die Kriterien, nach denen die Höhe des Beitrages der Krankenversicherer festgelegt werden soll. Dass die Höhe dieses Beitrages gegenüber heute unverändert bleiben soll, ist nicht akzeptierbar. Die Anpassung bei den EL genügt nicht, um eine übermässige Belastung der Heimbewohnerinnen und -bewohner zu verhindern.</p>	Forum
<p>Das Modell B enthält keinerlei Angaben über die Kriterien, nach denen die Höhe des Beitrages des Krankenversicherers festgelegt werden soll. Ebenso genügt die Anpassung bei den EL nicht, um eine übermässige Belastung der</p>	CURAVIVA

Heimbewohnerinnen und -bewohner und damit eine mögliche Abhängigkeit von der Sozialhilfe zu verhindern. Aus diesen Gründen lehnt CURAVIVA das Modell B ab.	
Modell B ist ein gangbarer Weg. Die Unterscheidung zwischen Akut- und Langzeitpflege ist sinnvoll, auch wenn eine strikte Grenzziehung schwierig sein wird. Behördlich festgelegte Rahmentarife, die eine zusätzliche finanzielle Belastung der Krankenversicherer über den heute zu leistenden Beitrag hinaus verhindern, werden begrüsst.	Interpharma
Das rein zeitliche Kriterium zur Abgrenzung von Akut- und Langzeitpflege wird vielen Situationen nicht gerecht. Der vorgesehene Anteil der Krankenversicherer muss insbesondere für Schwerstpflegebedürftige markant angehoben werden.	K3
Die im Modell B neu eingeführten Begriffe „Akut-, Langzeit- und Überbrückungspflege“ sind ungeeignet, um KVG-pflichtige von nicht KVG-pflichtigen Leistungen abzugrenzen. Führt zu einer unterschiedlichen und damit wettbewerbsverzerrenden Abgeltung für Leistungen der Spitex und der Pflegeheime. Modell B enthält einen Kosten treibenden Anreiz. Er besteht darin, dass Chronischkranke mehr als nötig ins Spital eingewiesen werden könnten.	santésuisse
Un soin particulier doit être apporté aux définitions des soins / traitement à charge de l'assurance obligatoire des soins.	Cosama
Procap lehnt das Modell B ab, da sich insbesondere im ambulanten Bereich erhebliche finanzielle Lücken für die versicherten Personen ergeben.	Procap
Modell B orientiert sich an einer Unterscheidung zwischen Akut- und Langzeitpflege, wie sie in Grundzügen auch im Vorschlag „Finanzierung der Langzeitpflege. Gemeinsame Standpunkte der Leistungserbringer“ vom April 2004 vorgelegt worden ist. Pro Senectute unterstützt den Vorschlag der Leistungserbringer, weil dieser die finanziellen Belastungen der Patientinnen und Patienten durch Kostenbeteiligungen besser mit dem bestehenden System der Sozialen Sicherheit (beispielsweise den Ergänzungsleistungen) koordiniert.	Pro Senectute
Ce modèle ne présente aucun avantage pour les assurés, il réintroduit une limite de durée pour la prise en charge des soins, alors que la suppression de cette limite était un des arguments-clés pour faire accepter la LAMaI. Ils ne peuvent accepter ce retour en arrière.	AVS/AHV
Dieser Vorschlag weist in die richtige Richtung, indem ein klares und praktikables Kriterium der Abgrenzung eingeführt wird. Allerdings ist die vorgeschlagene Regelung, dass bereits nach 90 Tagen nur noch „ein Beitrag“ an die Langzeitpflege geleistet werden soll, viel zu einschränkend. Sie stellt einen eigentlichen Leistungsabbau zulasten der Versicherten dar, die bereits heute die finanzielle Hauptlast der Pflegekosten tragen.	SSR
Dangers évidents du modèle B: Une augmentation des charges des assurés en soins de longue durée. La raréfaction d'exams, de traitements et de soins ou de réadaptation pour les personnes âgées en EMS surtout, mais aussi à domicile. Ainsi que l'intensification de la tendance, funeste, de renvoi hâtif de personnes âgées des soins aigus donnés en milieu hospitalier, les condamnant souvent à devoir entrer rapidement en EMS, au lieu de pouvoir vivre un bon retour à domicile, et sans risquer des complications qui peuvent être en définitive coûteuses pour les assurances, en cas de réhospitalisation surtout. Le modèle B ne donne pas assez de précisions relatives à plusieurs points, pourtant capitaux dans sa logique. Par exemple la durée qui serait admise en soins aigus avant le passage en soins de longue durée serait-elle fixée ? avec précision ? Serait-elle uniforme pour tous les cas ? Les garanties de prise en charge par l'assureur de phases de soins aigus survenant en cours de soins de longue durée manquent. La hauteur et la forme de la contribution des assureurs aux frais des soins de longue durée reste aussi un mystère très inquiétant; d'autant plus que le pro-	FARES

jet dit « ne pas imposer à l'assurance-maladie des charges financières supplémentaires ».	
Im ambulanten Bereich führt es zu Mehrbelastungen und verursacht bei behinderten Versicherten im IV-Alter teilweise erhebliche Finanzierungslücken. Schreibt das Gesetz nun aber fest, dass die Krankenversicherer nur einen Beitrag an die Kosten zu leisten haben, ohne sich über die weitere Finanzierung zu äussern, so entfällt der Tarifschutz. Es ist zu befürchten, dass sich die Kantone und Gemeinden mehr und mehr aus der Spitexfinanzierung zurückziehen und dass die Kosten je länger je mehr auf die Privathaushalte verschoben werden. Diese Wirkung stellt aus sozialpolitischer Sicht einen bedenklichen Rückschritt dar. Dass jede schwere Pflegebedürftigkeit automatisch zu einer persönlichen Verarmung führt, ist eine Wirkung, welche nicht akzeptiert werden kann: Sie widerspricht der Idee unseres Sozialversicherungsrechts.	Pro Infirmis, DOK, SVG
Die Grundidee von Modell B erscheint grundsätzlich zweckmässig. Die Abgrenzungsfrist zwischen Akut- und Langzeitpflege ist von 3 auf 12 Monate zu verlängern.	ffg
Schliessen sich vollumfänglich den Überlegungen und Anträgen der DOK an. Ergänzungen: <ul style="list-style-type: none"> - Eine solche enge zeitliche Limite (90 Tage) geht an der Realität der psychischen Krankheit und ihrer Folgen vorbei. Denn die akute Phase dauert bei psychischen Störungen in vielen Fällen deutlich länger. - Da psychische Störungen nur in seltenen Fällen vor Ablauf eines Jahres als chronifiziert bezeichnet werden können, ist zu fordern, dass die Krankenversicherer bis zum 365. Pfelegetag die vollen Kosten der Pflege übernehmen. - Nach Ablauf des ersten Jahres der Pflegebedürftigkeit darf der Beitrag der Versicherten 20% der Kosten nicht überschreiten. 	Pro Mente Sana
Le modèle B opère une différenciation plus judicieuse que le modèle A. Les soins sont financés à la fois par les assurés, resp. les assureurs et par les pouvoirs publics. Ce mode de financement garantit une égalité de traitement des personnes âgées puisque la seule distinction s'opère selon des critères temporels. La situation financière de la personne n'entrant pas en jeu, seuls critères de détermination restent l'hospitalisation, l'institutionnalisation ou/et la garde à domicile. Ils demandent que ce modèle soit approfondi et retenu.	PF
La Commission s'oppose au modèle B. Elle regrette le manque de clarté au niveau des définitions. Elle est préoccupée par les conséquences financières engendrés, en particulier pour les ménages.	Comm. féd. consomm.
Nach Ablauf von 90 Tagen richtet die Krankenversicherung nur noch Beiträge an die Pflegekosten aus. Dies führt zu den gleichen Nachteilen wie Modell A, insbesondere für den Mittelstand. Der Spitex Verband des Kantons Bern lehnt auch das Modell B ab.	Spitex BE
Es fehlen Ausführungen zur Stellung der Spitex in diesem Modell. Die Änderung von Art. 25 KVG betr. der Höhe des KVG-Beitrags muss konkretisiert werden. Für den Bereich der Langzeitpflege in Heimen ist eine dual-fixe Finanzierung vorzusehen. Das Modell B ist annehmbar, wenn gewisse inhaltliche Klärungen vorgenommen werden und die Übernahme durch KVG bzw. EL/Selbstfinanzierung auf Gesetzesstufe konkretisiert ist.	Stadt Zürich
Die Umsetzung/Handhabung in der Praxis dürfte schwierig und das Konfliktpotential Leistungserbringer/Versicherer gross sein. Hier bestünde ihres Erachtens ein detaillierter Regelungsbedarf, damit Willkür und Rechtsunsicherheiten verhindert werden können. Die Begriffe Akutpflege (bzw. Halbakutpflege) und Langzeitpflege sind näher zu definieren. Es gilt zu überlegen, ob nicht andauernde höchst aufwändige und komplexe Fälle (bspw. nach Hirnschlag) gänzlich der Akutpflege zugeordnet werden sollten. Die Abgrenzung solcher schwerster Pflegefälle gegenüber den übr-	VAKA

gen Langzeitfällen könnte bspw. auf der Basis der Zuordnungskriterien eines RAI-RUG-Systems erfolgen.	
Die Unterscheidung zwischen Akut- und Langzeitpflege ist grundsätzlich praxistauglicher. In der täglichen Arbeit wird jedoch deutlich, dass bei alten Menschen zwischen Akut- und Langzeitpflege sehr oft nicht mehr unterschieden werden kann.	Hausbetreuung
Die Definitionen der Pflege und Langzeitpflege erscheinen transparenter definiert und eher handhabbar. Behandelt zudem alle Generationen gleich, was sie als zusätzlichen Vorteil erachten.	VLSS
Dans le projet B, la limite des soins aigus à 90 jours avec prolongation laissée à l'appréciation du médecin conseil, paraît aussi peu conforme à la lettre et à l'esprit de la LAMAL.	MPF
Die Kranzfrist von 90 Tagen verlangt noch eine vertiefte Prüfung. Nur das Modell B ist vertretbar.	KKAK
Dieses Modell wird gegenüber der Variante A favorisiert, da nun im KVG festgeschrieben werden soll, dass die Leistungspflicht der Krankenversicherung auf einen Beitrag limitiert wird. Anpassung von Art. 44 KVG notwendig, dass sich der Tarifschutz ausschliesslich auf den in Art. 25 Abs. 2 Bst. a bis KVG festgelegten Betrag erstreckt. Schwachstelle von Modell B ist die volle Kostenübernahme der Akutpflege aus der Krankenversicherung. ÖKKV kann einer Kostenübernahme der Akutpflege nur zustimmen, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind: Die zeitliche Limitierung von 90 Tagen reicht für die Definition der Akutpflege nicht aus. Die Akutpflege ist auch qualitativ zu definieren. Z.B. könnte in Anlehnung an den Expertenbericht (Rolf Iten/Stephan Hammer, Finanzierung der Pflege, Zürich 2003, S. 43 ff) festgelegt werden, dass die Akutpflege nur im Anschluss an einen Akutspitalaufenthalt erfolgen soll. Die zu finanzierenden Leistungen müssen in einem abschliessenden Katalog definiert werden. Die Abgrenzung von Pflege und Betreuung soll mit einem fixen Schlüssel festgelegt werden. Es sollte ein Richtwert definiert werden, wonach sich die unterschiedlichen Abrechnungsmodalitäten zu orientieren haben. Es sind gewisse Kontrollmechanismen einzuführen.	ÖKKV
Die MS-Gesellschaft lehnt auch das Modell B ab. Grundsätzlich anerkennen sie, dass dieser Vorschlag in die richtige Richtung geht, zumal sich dieses teilweise an den heutigen Finanzierungsmodus lehnt und ein Teil der pflegebedürftigen Menschen entlastet, die im Heim leben. Sie müssen aber das Modell aber im Interesse ihrer Klienten dennoch zurückweisen. Die vorgeschlagene Akutphase von 90 Tagen ist gerade bei schubartigen Erkrankungen wie Multiple Sklerose viel zu kurz. Nicht selten können Schübe mehrere Monate dauern und dann ohne Rückbildung in einen chronischen Verlauf übergehen. In solchen Situationen kann mit der „90-Tage-Regel“ nicht adäquat reagiert werden. Da die Dauer solcher Schübe nicht vorhersehbar ist, würde auch eine Prüfung durch den Vertrauensarzt keine neuen Aufschlüsse bringen.	MS
Komplexe Pflegesituationen, die lange dauern, beinhalten immer wieder akute Situationen. Sinnvoller wäre es, zwischen Pflegesituationen, die zeitlich begrenzt sind bzw. sich über lange Zeit hinziehen, zu unterscheiden.	Uni BS
Modell B wirft in der vorliegenden Form viele Fragen auf: vor allem sind die Definitionen „akut“ und „langzeit“ problematisch. Es darf nicht unterschätzt werden, dass gerade bei (Langzeit) pflegebedürftigen Menschen immer wieder akute Komplikationen hinzukommen, die diagnostische und therapeutische Massnahmen erfordern. Es besteht auch die Gefahr, dass akute Erkrankungen im Heim nicht mehr wie bisher dort behandelt werden, sondern aus Kostenüberlegungen zu einer vorübergehenden Spitaleinweisung führen (weil danach z.B. wieder 90 Tage als „akut“, durch die Krankenversicherung voll bezahlt, berechnet werden	VKG

können).	
Die Dauer der „Akut-Langzeitphase“ innerhalb der Langzeitphase ist mit 90 Tagen eindeutig zu kurz. Die heutige Praxis, Patienten aus Kostengründen rasch aus dem Akutspital zu entlassen, führt dazu, dass auch Rehabilitationsmassnahmen und Übergangspflege in diese „Akut-Langzeitphase“ fallen. Im Modell B gibt es keine präzise Aussage zur Höhe der Leistungen aus der Grundversicherung in der „Langzeitphase“. Modell B wird abgelehnt.	AGSG
Das Modell B zielt in die richtige Richtung, muss aber noch korrigiert werden: die Spitexkosten sollen weiterhin vollständig durch die obligatorischen Krankenpflegeversicherung abgedeckt werden. Dies stellt für die Pflegebedürftigen einen wesentlichen Anreiz zur Vermeidung eines Pflegeheimübertritts dar. Die einhergehenden Kosten müssen mit einem ausgewogenen Finanzierungsmodell aufgefangen werden. Insbesondere darf nicht auf Kosten der Kantone resp. Gemeinden gespart werden, indem die Versicherer und der Bund ihre Kosten verlagern. Der Tarifschutz muss im KVG explizit auf den Betrag der Krankenpflegeversicherung beschränkt werden.	Gemeindeverband
Ist ein Schritt in die richtige Richtung. Grenze von 90 Tagen ist aber ein einschneidender Leistungsabbau.	VAA
Die Abgrenzung zwischen Akut- und Langzeitpflege ist nachvollziehbar. Von Bedeutung ist jedoch, welchen "Beitrag" die Krankenversicherer auch in Zukunft an die Kosten der Langzeitpflege leisten werden: Wie wird innerhalb der heutigen Kosten (Kostendach für die Zukunft) die Gleichbehandlung der Pflege zu Hause und im Heim sichergestellt? Wie wird verhindert, dass ein Anstieg bei den Plätzen in Pflegeheimen und die Ausweitung des Bezügerkreises auf leichte Pflegefälle dazu führt, dass insbesondere für Schwerstpflegebedürftige immer weniger Geld zur Verfügung steht?	FASSIS
Die Umsetzung in der Praxis dürfte schwierig und das Konfliktpotential gross sein. Gerade bei langzeitpflegebedürftigen Menschen kommen immer wieder akute Komplikationen hinzu, die diagnostische und therapeutische Massnahmen erfordern. Es wird kein Anreiz zu einer besseren vertikalen Integration und Vernetzung der Leistungserbringer geschaffen. Es wird immer noch so sein, dass Betroffene längst möglich das Spital oder die Akutpflege beanspruchen möchten.	VBK
Ist damit einverstanden, dass die Langzeitpflege von der obligatorischen Krankenversicherung nicht vollständig finanziert wird. Da heute die Transparenzforderung der VKL von den Heimen erfüllt wird, sind die Rahmentarife möglichst rasch durch kostenbasierte Tarife zu ersetzen.	A. Weidmann
Das Modell wirft zu viele Fragen auf, vor allem, da die Definition zwischen akut und langzeit problematisch ist.	SGG
Es fehlt eine genaue Definition des Begriffes „Akutpflege“. Verschiedene Fragen wären noch zu klären, wie z.B. bei allfälligen Härtefällen, bei mehrfachen, konsekutiven Hospitalisationen, bei medizinisch instabilen Situationen.	SFGG
Der SZB weist auch das Modell B ab. Schreibt das Gesetz nun fest, dass die Krankenversicherer nur einen Beitrag an die Kosten zu leisten haben, ohne sich über die weitere Finanzierung zu äussern, so entfällt der Tarifschutz. Es ist deshalb zu befürchten, dass sich die Kantone und Gemeinden mehr und mehr aus der Spitexfinanzierung zurückziehen und dass die Kosten je länger je mehr auf die Privathaushalte verschoben werden. Eine schwer pflegeabhängige Person wird bald einmal ihre privaten Ressourcen aufgebraucht haben und auf EL angewiesen sein, und zwar selbst dann, wenn sie noch teilweise einer Erwerbstätigkeit nachgeht. Dass ein erzielttes Erwerbseinkommen zur Pflegefinanzierung eingesetzt werden muss und damit praktisch jede schwere Pflegebedürftigkeit automatisch zu einer	SZB

persönlichen Verarmung führt, kann der SZB nicht akzeptieren.	
Eine Langzeitpflege kann immer wieder durch eine akute Phase unterbrochen werden. Ausserdem ist die Grenze von 90 Tagen viel zu kurz, sie sollte auf jeden Fall auf ein Jahr verlängert werden.	Alzheimer
Modell B wäre akzeptierbar, wenn die Versicherer weiterhin nicht einen „Beitrag“, sondern die vollen Kosten der Pflege übernehmen müssten. Diese Verpflichtung kann zeitlich limitiert und dann degressiv abgebaut werden, dürfte aber 50% der Pflegekosten nicht unterschreiten. Für die ersten 90 Tage sieht das Modell B die volle Kostenübernahme unter bestimmten Bedingungen vor. Diese Dauer ist willkürlich. Sie verhindert insbesondere eine Rehabilitation resp. eine wirksame Übergangspflege. Deshalb plädiert die GQP dafür, dass die vollen Kosten der Rehabilitation und der Übergangspflege durch die Versicherer während maximal 6 Monaten zu übernehmen sind, sofern diese Kosten nicht durch eine andere Sozialversicherung getragen werden.	GQP

Anpassung der Ergänzungsleistungen Modification des prestations complémentaires

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions	Verfasser Auteurs
Die GDK anerkennt, dass ein Ausbau der EL unumgänglich ist. Die Finanz-Verschiebungen müssen in der Globalbilanz der NFA bzw. im Rahmen deren Neubeurteilung berücksichtigt werden, was nicht möglich ist, wenn wie vorgesehen auf die Jahre 2004-2006 abgestellt wird. Es ist zu prüfen, ob aufgrund der absehbaren hohen Lastenverschiebung zu den Kantonen der Bund als Kompensation seinen EL-Anteil zur Existenzsicherung über 5/8 hinaus erhöhen sollte.	GDK, AI, AR, BS, GR, LU, SH, ZH
Der Ausbau der EL wird grundsätzlich begrüsst. Wird jedoch die EL nur für Heimbewohner ausgebaut, wird ein teures Heim bevorzugt, statt die Pflege zu Hause in Anspruch zu nehmen.	AG
Gleiche Haltung wie GDK; zudem: Es muss befürchtet werden, dass die Mehrbelastung bei den EL wesentlich höher ausfallen als angenommen wird. Die Zahl der EL-Anspruchsberechtigten wird merklich zunehmen, so dass mit einem Anstieg der EL-Verwaltungskosten zu rechnen ist.	BE
Mit der vorgesehenen Aufhebung des bisher geltenden Höchstbetrages sind unter Berücksichtigung der AHV, Pensionen und angemessenen Beitrag der Krankenkasse die Heimkosten in den meisten Fällen gedeckt.	BL
Die Kompetenz der Kantone, die Kosten, die wegen des Aufenthaltes in einem Heim oder Spital berücksichtigt werden, zu begrenzen, gewinnt einen viel höheren Stellenwert als heute.	OW
Die Vorschläge des Bundes führen zu erheblichen Mehrbelastungen der Kantone und Gemeinden und zur Entlastung von Bund und Krankenversicherern. Es muss verhindert werden, dass vermehrt alte und pflegebedürftige Menschen in die Sozialhilfe abgedrängt werden.	SG
Eine ausgewogene Verteilung der finanziellen Mehrbelastung zwischen Krankenversicherern und Kantonen, indem die Rahmentarife angehoben werden, ist zu überprüfen. Die Kostenverschiebungen zwischen Bund und Kantonen müssen in der Globalbilanz der NFA vollständig berücksichtigt werden. Pflegebedürftigen mit kleinem Einkommen, die im eigenen Haus wohnen, bringt die vorgesehene Aufhebung der Leistungsbegrenzung bei den EL nichts.	TG

In entrambi i modelli presentati si ammette un maggior carico sulle PC di (almeno) fr. 236 mio. E' innegabile che tale importo sarà destinato ad aumentare negli anni futuri, in ragione dell'accresciuto bisogno che si manifesterà in questo contesto. Con la NPF questo maggior carico ricadrà integralmente sui Cantoni. Sarà quindi indispensabile prevedere a livello di NPF dei meccanismi di compensazione che possano neutralizzare questo maggior carico sui Cantoni.	TI
La franchise de la fortune, c'est-à-dire la part qui n'est pas prise en considération pour déterminer le droit aux PC ne doit pas être haussée: sinon, on crée une inégalité de traitement envers ceux qui ont cotisé à la LPP et n'ont pu « mettre de côté » et, surtout plus du 90% des résidents auront droit aux PC.	VD
La forte mise à contribution des PC induit des analyses de dossiers qui prennent beaucoup de temps et qui aboutiront parfois à un remboursement de frais de maladie pour des montants dérisoires. En outre, l'organe PC établit systématiquement des décisions sujettes à opposition.	VS
Zu prüfen ist in diesem Zusammenhang die Anhebung des Vermögensfreibetrages unter gleichzeitiger Senkung des maximalen Vermögensverzehrs im ELG.	ZG
Die Korrektur durch Ergänzungsleistungen erscheint sozialpolitisch grundsätzlich sinnvoll. Dem ausgewiesenen Mehrbedarf von 236 Mio. Franken liegen äusserst optimistische Schätzungen zu Grunde. Die FDP verlangt realistische und präzise Berechnungen bzgl. der Mehrkosten zu Lasten der öffentlichen Hand.	FDP
In beiden Modellen wird vorgeschlagen, dass die EL-Obergrenze aufgehoben werden soll. Die SPS unterstützt diesen Schritt. Um jedoch zu verhindern, dass luxuriöse Alterseinrichtungen von der Allgemeinheit via Steuergelder finanziert werden, soll den Kantonen weiterhin die Möglichkeit zur Begrenzung der Höchsttaxen eingeräumt werden. Um dies sicherzustellen, sollte als Rahmenbedingung gesetzlich festgehalten werden, dass Ziel und Zweck der Taxbegrenzung ist, die Finanzierung von luxuriösen Alterseinrichtungen zu verhindern.	SPS
Positiv ist, dass die Höhe der EL in Heimen nicht mehr beschränkt ist. Dabei wird unterstellt, dass die Kantone den Höchstbetrag für die massgebenden Taxen vorsehen. Bei Heimen mit Pflegekosten innerhalb der definierten Taxgrenzen könnten die Pflegekosten voll übernommen und das Sozialrisiko praktisch ausgeschlossen werden.	EVP
Es ist unklar, ob die vorgeschlagene Streichung von Art. 3a Abs. 3 ELG allein zu den ausgewiesenen Mehrleistungen der EL von 236 Mio. Fr. führt.	SAGV
Les solutions proposées ne sont pas acceptables dès lors qu'elles visent à stabiliser les coûts des soins au prix d'une augmentation des dépenses de l'AVS et des PC.	FER
Cette mesure complète le dispositif des modèles A et B et paraît logique.	CP
Die Abbaumassnahme im KVG ist zwingend zu kompensieren durch eine massgebliche Verstärkung des Versicherungsprinzips im EL-System, für Personen in Heimen und für Personen mit Betreuung und Pflege zu Hause.	SSV
Der SKB erachtet es grundsätzlich als positiv, dass die heutige oberste Grenze aufgehoben wird, doch wird diese gleich wieder eingeführt, da die Kantone nach eigenen Vorgaben Richtwerte für die Heime definieren können. Weiter werden die viel zu tiefen Freigrenzen, insbesondere bei Wohneigentum, nicht angetastet.	SBK, SVBG
La possibilité d'une participation accrue des PC est à saluer.	FMH
Die Aufhebung der Leistungsbegrenzung bei den EL mag die zusätzlichen Belastungen bei wirtschaftlich schwächeren Heimbewohnerinnen und -bewohnern abfedern. Für Pflegebedürftige, welche mit Hilfe der Spitex zu Hause leben, bringt die Aufhebung der Leistungsbegrenzung in vielen Fällen gar nichts. Benachteiligt bezüglich EL sind vor allem Pflegebedürftige, wel-	Spitex CH

<p>che mit einem relativ kleinen Monatseinkommen im Eigenheim wohnen. Wegen den Vorschriften über den Vermögensverzehr sind sie häufig von der EL praktisch ausgeschlossen. Sie würden deshalb durch die hohen Pflegekosten, welche ihnen aus den vorgeschlagenen Modellen erwachsen würden, besonders stark belastet.</p> <p>Es ist deshalb unverständlich, weshalb die im Infras-Bericht (2003) vorgeschlagenen Anpassungen der EL, insbesondere bezüglich selbstbewohntes Wohneigentum, nicht aufgegriffen wurden.</p>	
<p>Falsch ist, die EL nur für die Heimbewohnerinnen und –bewohner anzupassen.</p>	FISIO, SVDE
<p>Anpassungen bei den Ergänzungsleistungen erscheinen vernünftig.</p>	SRK
<p>Es ist unabdingbar, dass Anpassungen stattfinden. Es fehlen die nötigen Präzisierungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Die jährliche Kostenobergrenze (maximaler Beitrag pro Jahr und Person) muss aufgehoben werden. - Die Kostenobergrenzen pro Aufenthaltstag sind anzupassen. Sie müssen jedoch aufgrund der tatsächlichen Kostenstrukturen der Heime berechnet werden. - Es ist ein ausreichender Freibetrag festzuschreiben (min. Fr. 100'000.- bis 150'000.-). 	SIPP
<p>Die EL sind in einem Gesamtpaket so anzupassen, dass der Beitrag an die Langzeitpflege für die wirtschaftlich schwächeren Pflegebedürftigen keine unzumutbare Belastung darstellt. Vermögensobergrenzen für die EL müssen angepasst und gesetzlich verankert werden.</p>	K3
<p>Sie teilen die Auffassung, dass es in die Autonomie der Kantone fallen soll, die Leistung der EL im Rahmen der Pflegefinanzierung durch die Begrenzung der Anrechnung von Heimplatzanteilen kantonsweise zu regeln.</p>	PULSUS
<p>Die SPO schlägt vor, die EL-Freibeträge gesamtschweizerisch auf 100 000 Franken für Alleinstehende und 200 000 Franken für Ehepaare anzuheben.</p>	SPO
<p>La suppression du plafond pour les PC des personnes placées en EMS est positive. Ils regrettent qu'il n'y ait aucune proposition pour modifier la prise en compte de la fortune.</p>	AVS/AHV
<p>Bedauern, dass die Vorschläge des SSR zum Ausbau der EL nur teilweise berücksichtigt werden, nämlich nur für HeiminsassInnen, aber nicht für die Spitexleistungen. Auch wurden die Vorschläge für eine Anpassung der Vermögenslimiten nicht aufgenommen. Fordern daher, dass die Vorlage an das Parlament in diesem Bereich verbessert wird.</p> <p>Die vorgeschlagene Aufhebung der Höchstlimite für EL im Pflegeheim ist sehr zu begrüßen, da sie dazu beitragen kann, dass Pflegefälle nicht mehr zur Inanspruchnahme von Sozialhilfe führen. Ferner ist aber auch eine Erhöhung der Vermögenslimiten, die seit bald 20 Jahren unverändert blieben, für die Heimpflege unbedingt notwendig. Damit würden die Kosten für Personen, die ihren Anteil nicht aus eigenen Mitteln aufbringen können, soweit als möglich abgedeckt. Parallel dazu muss aber auch die EL für Spitex-Patientinnen ausgebaut werden, wie dies der SSR vorgeschlagen hat. Nur so kann vermieden werden, dass pflegebedürftige Personen aus rein finanziellen Gründen ins Heim eingewiesen werden.</p>	SSR
<p>Les modifications permettront de soutenir légèrement les personnes ayant des revenus modestes. Sachant que les deux modèles engendreront une augmentation des primes d'assurance, ils s'inquiètent plus particulièrement pour les personnes âgées issues de la classe moyenne et ayant eu des charges familiales puisque les personnes au bas revenu bénéficieront des PC.</p> <p>Proposition est faite de prendre en compte la fortune des pensionnaires, ce qui permettrait aux cantons, et aux institutions spécialisées de réduire leurs charges. Cette option est problématique puisqu'elle tend à pénaliser les personnes ayant économisé, les personnes disposant d'un certain revenus mais dépendantes bénéficieront plus rapidement que les autres de l'aide de la col-</p>	PF

lectivité. Ils estiment toutefois, que bien que cette mesure s'inscrive dans le contexte de la nouvelle péréquation financière, les disparités cantonales existantes ne sauraient persister à l'avenir.	
Die Ausweitung des EL-Maximums ist zu begrüßen, damit eine Pflegefinanzierung in Zukunft (wieder) gesichert werden kann. Die Festsetzung der Taxbegrenzungen muss weiterhin den Kantonen überlassen werden, hingegen sollte als Rahmenbedingung gesetzlich fixiert werden, dass Ziel und Zweck der Taxbegrenzungen ist, die Finanzierung von luxuriösen Alterseinrichtungen zu verhindern. Als Teilkompensation für den Verzicht auf die Vollfinanzierung der Pflegekosten durch das KVG muss das System der EL für HeimbewohnerInnen etwas grosszügigere Rahmenbedingungen erhalten. Die Freibeträge sind zu erhöhen und der Vermögensverzehr ist einheitlich auf einen Zehntel festzulegen. Die Verlagerung eines wesentlichen Anteils der Pflegekosten von der Krankenversicherung auf Kantone und Gemeinden ist durch eine Erhöhung der Bundesbeteiligung bei der EL für HeimbewohnerInnen auf 25 bis 50 % (Art. 9 Abs. 2 ELG) zu kompensieren. Unter dem Aspekt NFA ist unter den veränderten Voraussetzungen eine in der Saldobalanz nicht wirksame Bundesbeteiligung von 15 % im EL-Heimbereich unabdingbar. Im Vorschlag zur Pflegefinanzierung fehlen Kompensationsmassnahmen für Personen mit Betreuung und Pflege zu Hause. Solche sind notwendig, damit das Verbleiben in der eigenen Wohnung - solange als möglich - erleichtert wird und nicht aus finanziellen Überlegungen ein Wechsel in ein Pflegeheim bevorzugt wird.	Stadt Zürich
Eine Berechnung über die Entwicklung der Inanspruchnahme der BewohnerInnen gegenüber heute wird nicht gemacht und wäre für die Transparenz der Finanzierungsbeitragung zu Lasten der BewohnerInnen dringend notwendig.	VAKA
L'augmentation des PC viennent en aide aux résidents disposant d'un revenu modeste. Mais néanmoins, la participation des assureurs reste limitée, les charges sont donc reportées sur les cantons et les assurés, en particulier les assurés de la classe moyenne.	FFR
Zu prüfen ist eine Anhebung des Vermögensfreibetrages sowie eine Senkung des maximalen Vermögensverzehrs.	KKAK
Der ÖKKV unterstützt aus sozialpolitischen Gründen die Aufhebung der Obergrenze bei den Ergänzungsleistungen.	ÖKKV
Eine Erweiterung der vorgeschlagenen Ergänzungsleistungen ist sinnvoll.	VKG
Das Aufheben der Begrenzung von Leistungen der EL an Pflegekosten bei Heimaufenthalten, die Erweiterung der Berechtigungsgrenzen bei Spitex-Pflege und die Anhebung der Vermögensfreigrenzen: Sie beantragen, dass diese Bedingungen vom Bund gesamtschweizerisch festgelegt werden, um stossende Ungleichheiten zu vermeiden.	AGSG
Ein weiterer Schwachpunkt des Modells B ist die Absicht, die Ergänzungsleistungen nur für Heimbewohnerinnen und -bewohner anzupassen.	Gemeindeverband
Ein Schwachpunkt sind hier die Ergänzungsleistungen für Heimbewohner.	VAA
Die Erweiterung der vorgeschlagenen Ergänzungsleistungen ist sinnvoll.	VBK
Damit ist er voll einverstanden.	A. Weidmann
Wenn ein Teil der Pflegekosten durch die EL finanziert werden soll, muss die Gefahr eines Leistungsabbaus ausgeschlossen werden können.	SFGG
Das System der EL, gedacht als Notsystem zur Existenzsicherung, wird als Normalsystem für die Pflegefinanzierung missbraucht.	SZB
Der Ausbau betrifft nur den Heimbereich, nicht aber die Pflege zu Hause. Zur Förderung der ambulanten Pflege wird der Ausbau der Hilflosenentschädigung auf das (neue verdoppelte) Niveau der Hilflosenentschädigung der IV gefordert.	Alzheimer

Stärkung der Prävention Renforcement de la prévention

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions	Verfasser Auteurs
Der in Art. 19 KVG eingesetzte Satz ist ersatzlos zu streichen. Gesundheitsförderung muss früher beginnen, um Wirkung zu zeigen.	AR
Es ist für den Handlungsspielraum der Stiftung ungünstig, auf Gesetzesebene einen thematischen Schwerpunkt isoliert hervorzuheben.	BL
Die Lösung die Altersprävention als Schwerpunkt zu definieren, ist zu begrüssen.	BS
Si un tel projet est partiellement compréhensible pour des raisons démographiques, la priorité de l'activité prévue ne paraît ni efficace, ni très économique, ni particulièrement appropriée à long terme. Rien ne justifie scientifiquement ni légalement qu'un groupe spécifique de personnes bénéficie d'un traitement privilégié. Les mesures de promotion de la santé et de prévention des maladies doivent être prises même très tôt. Cette activité essentielle pour l'ensemble de la population est financée par les primes que paient les enfants, les femmes et les hommes de toutes les classes d'âge.	FR
Les modèles proposés n'apportent aucune incitation directe à la maîtrise des coûts de la maladie et à la rationalisation des soins. Le renforcement de la prévention chez les personnes âgées, tout en constituant une nécessité absolue, n'apparaît pas comme étant une mesure suffisante et efficace à court et à moyen terme.	GE
Le gouvernement jurassien salue la volonté de maîtriser les coûts par un renforcement de la prévention, notamment dans le but du maintien à domicile des personnes âgées.	JU
La promotion de la santé s'adresse à toute la population, tous âges confondus. Ils s'étonnent que la révision de l'article 19 LAMal propose de limiter ses prestations à la prévention des personnes âgées et fasse abstraction du reste de la population. La promotion de la santé devrait définir aussi bien des priorités pour la population jeune (tabac, obésité, santé mentale, etc.) que pour la population âgée (prévention des chutes, alimentation équilibrée, prévention pathologiques chroniques, etc.)	NE
Die Änderung in Art. 19 Abs. 2 KVG ist ersatzlos zu streichen. Begründung: Interventionen für ein gesundes Alter müssen oft früher beginnen.	NW
Interventionen für ein gesundes Alter müssen wesentlich früher beginnen, um im Alter wirksam zu sein. Sie erachten eine Schwerpunktbildung auf Gesetzesstufe als nicht notwendig und lehnen die Änderung von Art. 19 Abs. 2 KVG ab.	OW
Der Regierungsrat lehnt die vorgesehene Änderung von Artikel 19 KVG ab.	UR
La proposition paraît inappropriée. Il n'y a pas de raison de réduire les moyens affectés à la prévention pour les enfants et les adultes afin d'investir plus en faveur de la prévention pour les personnes âgées. Au demeurant, un tel objectif n'a pas sa place dans la loi; tout au plus pourrait-il être inscrit au niveau des ordonnances d'application.	VD
Favorable aux programmes de prévention de la santé pour les personnes âgées à domicile qu'il faut étendre à toutes les régions. Les cantons et les communes, par le biais du Spitex, seront probablement amenés à apporter leurs contributions financières.	VS
Erachten diesen auf die Gruppierung von älteren Personen bezogenen Auf-	ZG

trag als einseitig und einschränkend. Von der vorgeschlagenen Änderung ist abzusehen.	
Ein solcher Ansatz ist abzulehnen. Gesundheitsförderung muss früher beginnen, um Wirkung zu zeigen. Andere vom Bund subventionierte Organisationen wie Pro Senectute sind bereits heute mit der Prävention im Alter „beauftragt“.	ZH
Die Gesundheitsförderung Schweiz hat einen ganzheitlichen Auftrag zur Gesundheitsförderung, und eine spezielle Hervorhebung der Gesundheitsprävention im Alter ist nicht angezeigt.	FDP
Unterstützen die im Bericht gemachten Aussagen bezüglich Prävention im Alter und fordern, dass diesem Aspekt mehr Gewicht beigemessen wird.	SPS
Auf der Ebene der generellen Prävention könnte der Stiftung „Gesundheitsförderung Schweiz“ ein klarer Auftrag erteilt werden. Auf der Ebene der individuellen Prävention sollten die Versicherer im Rahmen von Managed Care-Modellen die Möglichkeit erhalten, Hausbesuche zu veranlassen und aus der OKP zu bezahlen.	CVP
Die Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz soll Projekte für das Alter durchführen.	EVP
Präventive Hausbesuche sollten im Leistungsangebot jeder Spitexorganisation eine Selbstverständlichkeit sein.	SGB
Der angeführte Erkenntnisgewinn des NFP 32 bezüglich des Stellenwertes solcher Hausbesuche ist, gemessen am allgemeinen Kenntnisstand der Bevölkerung, klein. Die ganze Frage der Funktion der "Stiftung für Gesundheitsförderung" sollte nicht in diesem Zusammenhang durch eine einseitige Prioritätensetzung rechtlich präjudiziert werden.	SAGV
economiesuisse begrüsst die Absicht des Bundesrates, die geriatrische Prävention zu fördern. Es ist aber nicht die Aufgabe des Gesetzgebers, die konkrete inhaltliche Schwerpunktsetzung der Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz mittels der KVG-Reform festzuhalten.	economiesuisse
Die Prävention und auch die Eigenverantwortung der PatientInnen müssten in allen Gesetzen, die sich mit der Gesundheit und dazugehörigen Versicherungen beschäftigen, zwingend und prominent vorkommen. Dies würde auch bedeuten, dass der Prävention mehr finanzielle Mittel zur Verfügung stehen müssen.	kf
Cette mesure complète le dispositif des modèles A et B et paraît logique.	CP
Sie unterstützen die gemachten Aussagen bezüglich Prävention im Alter. Präventive Hausbesuche müssten schon längst zum selbstverständlichen Leistungsangebot in der ambulanten Pflege gehören.	SBK, SVBG
La FMH salue la volonté de développer la prévention dans le domaine gériatrique. Mais elle doute que cet objectif puisse être véritablement atteint par un engagement accru de la fondation pour la promotion de la santé. Cette institution agit essentiellement au niveau de la communication; même si l'art. 19 al. 2 LAMal ne le précise pas expressément. Des incitatifs très concrets devraient être mis en place, tels qu'une participation financière directe à la suppression d'obstacles favorisant les chutes, l'installation de mains courantes, la mise en place de dispositifs d'appels d'urgence (Sécutel) pour toute personne vivant seule, etc. Il convient également d'examiner si ces incitatifs ne peuvent pas être pris en charge par la Fondation pour la promotion de la santé, éventuellement au prix d'une modeste augmentation du taux de participation perçu sur chaque prime.	FMH
Begrüssst die vorgeschlagenen Massnahmen zur Vermeidung oder Verzögerung der Pflegebedürftigkeit. Die zitierten Studien zeigen deutlich auf, dass mit gezielter Prävention im Alter Pflegebedürftigkeit vermindert werden kann, was auch zu konkreten finanziellen Einsparungen führt. Anstrengungen in diese Richtung sind jedoch bis heute über Pilotprojekte nicht hinausgekommen, weil die Finanzierung nicht möglich war. Entsprechende Finanzierungsgrundlagen in Gesetz und Verordnung wären sehr zu begrüßen, damit	Spitex CH

auch länger dauernde Präventionsprogramme in guter Qualität umgesetzt werden können, was sich positiv auf die Pflegekosten auswirkt.	
Sie erachten die in Art. 19 Abs. 2 KVG vorgeschlagene Einschränkung der Tätigkeit der Stiftung „Gesundheitsförderung Schweiz“ als nicht sinnvoll und kontraproduktiv. Sie stellen deshalb den Antrag, auf diese Änderung zu verzichten und den eingefügten zweiten Satz zu streichen. Gesundheitsförderung ist eine interdisziplinäre Tätigkeit, die sich mit Lebensbedingungen, Lebensstilen, Risikofaktoren für Krankheit und Gesundheitsdeterminanten beschäftigt. Eine Einschränkung ihres Interventionsfelds auf die alte Bevölkerung hat weder eine wissenschaftliche, noch eine konzeptuelle Begründung.	SGPG
Lehnen die Schaffung von Art. 19 Abs. 2 KVG ab. Diese Frage muss in der ausschliesslichen Kompetenz der Versicherer und der Kantone bleiben.	PULSUS
H+ unterstützt eine neue Schwerpunktbildung in der „Altersprävention“, sowohl auf Ebene der generellen Prävention als auch der individuellen, und bittet den Bundesrat, hier schnell zu Handeln. H+ ist bereit, an Programmen mitzuarbeiten. H+ weist jedoch daraufhin, dass für eine solche notwendige Verstärkung der Prävention und speziell der Altersprävention eine Überarbeitung des Gesundheitswesens innerhalb einer verfassungsrechtlichen Neuordnung angebracht ist. Nur die Ausweitung einzelner Massnahmen mag opportun sein, der Konsistenz einer Schweizer Gesundheitspolitik hilft es nicht.	H+
Art. 19 Abs. 2 KVG unverändert belassen.	Chirosuisse
Die Ergänzung von KVG Art. 19 Abs. 2 mit dem Ziel, dass die für die Gesundheitsförderung vorgesehenen Mittel zielgerichtet auch zugunsten der Altersprävention eingesetzt werden, erscheint angesichts der im Langzeitpflegebereich zu erwartenden Kosten äusserst sinnvoll. Die Mittel dazu müssen jedoch aus dem bereits heute definierten Beitrag ausgeschieden werden.	SRK
Das ffg erachtet die Förderung der Altersprävention als sinnvoll und zweckmässig.	ffg
Die Stiftung Gesundheitsförderung soll ihre Schwerpunkte selbständig setzen. Es ist nicht die Aufgabe des Gesetzgebers, die konkrete inhaltliche Schwerpunktsetzung der Stiftung via KVG-Revision festzuhalten.	santésuisse
Aucun objectif précis d'économies à réaliser sur le plan de cette mesure accessoire n'a été fixe. La Fondation Promotion Santé Suisse sera placée devant un choix : changer de priorité ou étendre son programme en prélevant davantage de contributions. La première option est privilégiée. Il y a cependant des fruits à attendre d'un tel effort de prévention et cette initiative est saluée.	Cosama
Der SSR begrüsst, die Prävention im Alter zu einem Schwerpunkt der Gesundheitsförderung auszugestalten.	SSR
Les mesures conduisant à accorder une importance particulière à la promotion de la santé et à la prévention des maladies chez les personnes âgées reçoivent l'appui de la FARES à condition que les associations de personnes âgées soient considérées comme des partenaires reconnus aux côtés des professionnels de la santé, et que l'on forme spécialement et en suffisance du personnel qualifié pour ces tâches.	FARES
Lehnt diese gesetzgeberische Einschränkung ihres Public Health Auftrages ab und stellt den Antrag, auf Änderung von Art. 19 Abs. 2 KVG zu verzichten und den eingefügten zweiten Satz zu streichen. Bei vielen Menschen treten die belastenden Faktoren, ja sogar behandlungsbedürftigen Symptome nicht erst im Alter, sondern bereits in mittleren und bei manchen gar in jüngeren Jahren auf. Public Health Massnahmen müssen früh angesetzt werden. Haben heute eine auf die gesamte Bevölkerung ausgerichteten Auftrag zu erfüllen. Weshalb soll bei dieser grundlegenden Tätigkeit zugunsten der Ge-	Gesundheitsförderung

<p>samtbevölkerung eine bestimmte Altersgruppe gesetzlich bevorzugt behandelt werden? Gesundheitsförderung Schweiz investiert bereits heute recht viel in die Prävention im Alter. Intensive Zusammenarbeit mit Pro Senectute hat sich etabliert. Die Tätigkeit ist bereits heute darauf ausgerichtet, Probleme, die sich im Alter manifestieren, zu verhüten. Andere Organisationen, wie Pro Senectute und das SRK, erhalten von Bund und Kantonen diesbezüglich auch Aufträge, gesundheitlichen Anliegen der älteren Bevölkerung anzunehmen.</p>	
<p>Das ffg erachtet die Förderung der Altersprävention als sinnvoll und zweckmässig.</p>	ffg
<p>Lehnen diese gesetzgeberische Einschränkung des Auftrages der Gesundheitsförderung ab und stellen Antrag auf eine Änderung von Art. 19 Abs. 2 KVG zu verzichten und den eingefügten zweiten Satz zu streichen.</p>	Krebsliga
<p>La seule partie de la révision qui pourrait recevoir l'acceptation du MPF, est la modification de l'art.19 al. 2, qui renforce les mesures de préventions spécialement pour les personnes âgées.</p>	MPF
<p>Art. 19 Abs. 2 KVG ist zu begrüssen. Der vorgeschlagene Ausbau ist über allgemeine Steuermittel zu finanzieren und nicht die Kopfprämien zusätzlich zu belasten. Die individuelle Prävention gemäss Art. 26 KVG ist auszubauen. Wichtig dabei ist, dass die einzelnen Präventionsmassnahmen nachweisbar andere Behandlungskosten reduzieren Der Leistungsumfang muss klar umrissen werden.</p>	ÖKKV
<p>Lehnen eine solche einseitige Einschränkung des Auftrags von Gesundheitsförderung Schweiz ab. Gesundheitsförderung und Prävention haben im frühen und mittleren Alter ansetzen, wenn Gesundheit im Alter gefördert werden soll.</p>	Uni BE
<p>Unabdingbar, die Gesundheitsförderung und Prävention im Alter gesetzlich zu verankern. Die individuelle Prävention auf Verordnungsebene sollte hoch prioritär erfolgen.</p>	Spital Bern
<p>Die Ausweitung der Altersprävention auf individueller Ebene zu Lasten der Krankenversicherung lehnen sie aufgrund der angespannten Finanzlage ab.</p>	FASSIS
<p>Können die Fokussierung der Aktivitäten von Gesundheitsförderung Schweiz auf eine spezifische Lebensphase nicht verstehen und deshalb in keiner Weise akzeptieren. Aus Sicht der Sport- und Gesundheitspolitik lohnt sich keine Lebensphase vor allen anderen für vermehrte Promotionsanstrengungen.</p>	BASPO

Weiterführende Vorschläge Propositions complémentaires

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions	Verfasser Auteurs
<p>Sie schlagen die Einführung einer eidgenössischen Erbschafts- und Schenkungssteuer vor.</p>	BS
<p>Auf Verordnungsstufe sollten konkrete Richtzeiten (z.B. in Stunden pro Tag) für die verschiedenen Pflegestufen festgehalten werden, sonst besteht die Gefahr einer grenzenlosen Ausweitung der Zuwendungspflege.</p>	FDP
<p>Stellen fest, dass weder eine Änderung im Bereich des EL-Freibetrages noch beim Vermögensverzehr vorgesehen ist. Im Zusammenhang mit den vorgeschlagenen Modellen müsste zwingend der Freibetrag von gegenwärtig 25'000 Franken für Alleinstehende und 40'000 Franken für Ehepaare wesentlich erhöht werden z.B. 100'000 Franken für Alleinsehende, 150'00 Franken</p>	SPS

<p>für Ehepaare. Auch der Vermögensverzehr müsste einheitlich auf einen Zehntel festgelegt werden. Die Kantone können heute den Vermögensverzehr auf einen Fünftel erhöhen, wovon nahezu alle Kantone Gebrauch machen.</p> <p>Die Abbaumassnahmen im KVG betrifft alle Personen, nicht nur jene, die in einem Heim leben. Für Personen, welche Leistungen der Spitex beziehen, muss gewährleistet bleiben, im Alter möglichst lange zu Hause wohnen zu können. Die vorgeschlagene Neuordnung zur Pflegefinanzierung sieht jedoch keine Kompensationsmassnahmen im Rahmen der EL für Personen mit Betreuung und Pflege zu Hause vor. Die Höchstbeträge müssten gemäss Art. 3d Abs. 2 ELG angepasst werden. Zudem müsste die Vergütung von Kosten für die Betreuung und Pflege zu Hause über Krankheitskosten der EL auch dann möglich sein, wenn in der EL-Berechnung die Einnahmen die Ausgaben übersteigen.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Die grundversicherten Pflegeleistungen sind in einem dual/fixen System zwischen Versicherer und Kantone aufzuteilen. - Für alle Pflegestufen von der Akut- und Übergangspflege bis zur Langzeitpflege gilt der gleiche Kostenverteiler. - Es ist zu prüfen, ob der steuerfinanzierte Anteil der Kantone an die grundversicherten Pflegeleistungen über eine nationale Erbschaftsteuer mit Ertragsbeteiligung der Kantone finanziert werden könnte. 	
<p>Es wird nicht mehr möglich sein, dass die Krankenversicherung und die HE völlig unabhängig voneinander die Pflegebedürftigkeit bzw. den Unselbständigkeitsgrad eines Pflegepatienten, einer Pflegepatientin überprüfen. Fordern daher, dass die Pflegebedarfsabklärung in der Praxis vereinheitlicht, mit demselben Formular und nur von einer Stelle durchgeführt werden müssen. Die CVP fordert, dass die pflegenden Angehörigen durch Steuerabzüge finanziell entlastet werden.</p> <p>Die CVP fordert den Ausbau der Betreuungsgutschriften gemäss dem Bundesgesetz über die Alters- und Hinterlassenenversicherung. Die Ausrichtung der Gutschriften soll nicht an den gemeinsamen Haushalt gebunden werden, sondern an die geleistete Mindestbetreuung (in Stunden pro Woche) durch Verwandte und Bekannte.</p>	CVP
<p>Die Mehrbelastung der privaten Haushalte soll durch eine Erhöhung der EL gemildert werden. Anregung: Durch eine Erhöhung der Obergrenze der EL für Heimbewohner könnte ein grosser Teil der Pflegeleistungen gedeckt werden, und das mit einer tragbaren Erhöhung der Steuerbelastung.</p>	EVP
<p>Im Einklang mit den Vorschlägen der GPS zur Spitalfinanzierung ist eine fixduale Finanzierung der Leistungen in Pflegeheim und Spitex vorzusehen. Finanziell für alle Seiten tragbar und sozial abgedeckt ist folgendes Finanzierungsmodell:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Am Leistungskatalog für Pflegeleistungen gemäss Artikel 7 KLV wird nicht gerüttelt. 2. Die heute bestehenden Rahmentarife werden aufgehoben. 3. Krankenversicherer bezahlen in Pflegeheimen je 50 Prozent der gemäss Art. 7 KLV anrechenbaren Kosten. 4. Die Kantone bezahlen für Pflegeleistungen in Pflegeheimen 25 Prozent der anrechenbaren Kosten. 5. Für die ambulanten Leistungen und für Spitex übernimmt die Krankenversicherung 75 Prozent der anrechenbaren Kosten, die Kantone ebenfalls 25 Prozent. 6. Eine Hilflosenentschädigung leichten Grades für Personen zu Hause wird eingeführt und bei 30% der minimalen AHV-Rente angesetzt. 7. Die verbleibenden 25 Prozent werden wie bisher durch Selbstzahlerinnen und im Falle von Bedürftigkeit durch die EL getragen. Dasselbe gilt wie bisher für die Betreuungs- und die Hotelleriekosten. 	GPS
<p>Grundsätzlich finden sie es richtig, dass von einer erweiterten Erbschaftsteuer zu Gunsten der Sozialausgaben abgesehen wird.</p>	EDU

<p>Eine weitere Versicherung führt zu weiteren Kosten im Sozialbereich! Die "miniMax"-KVG-Petition von 1998 der EDU zeigt Wege für einen Kosten sparenden Weg im Gesundheitswesen auf und müsste in Sozialversicherungsfragen von der IV bis zur AHV miteinbezogen werden.</p>	
<p>Der SGB schlägt vor, dass die Finanzierung der Pflege grundsätzlich dualfix über die öffentliche Hand und über das KVG läuft, wobei sie sich wie bereits in der Vernehmlassung zur Spitalfinanzierung am Verhältnis 70% öffentliche Hand und 30 % KVG (Kopfprämien) orientieren. Die Finanzierung der stationären Pflege und der SPITEX soll grundsätzlich nach dem gleichen Schlüssel erfolgen. Die Zuteilung Heim oder SPITEX soll nach sachgerechten Kriterien erfolgen und nicht nach finanziellen.</p>	SGB
<p>Die vorgeschlagene Verstärkung der geriatrischen Prävention ist als Massnahme zur Kostendämpfung ungenügend. Eine bessere, auf den effektiven Bedarf ausgerichtete Planung und Gestaltung des Pflegebereichs muss gefördert werden, zum Beispiel durch überregionale Planungen. Die Prüfung einer 4. Altersstufe im KVGPrämiensystem wäre dringend nötig.</p>	SAGV
<p>Dans la mesure où la distinction entre soins liés à la maladie et ceux liés à la vieillesse est impossible à réaliser, une solution consisterait, pour le 4ème âge (notion à préciser le cas échéant), à sortir de l'assurance maladie le financement des soins et de l'encadrement.</p>	FER
<p>Ils restent convaincus que la solution passe par une prime différenciée de l'assurance-maladie en fonction de l'âge et calculée de manière à couvrir les frais liés à une classe d'âge donnée. Les récentes propositions des groupes d'assureurs, visant à introduire une prime applicable aux « seniors », vont dans le bon sens. Ce type de solution éviterait de faire supporter à la classe active, le surcroît de charges qu'entraînerait une forte augmentation des primes pour couvrir les frais des soins aux personnes âgées. Il paraît plus équitable que les classes d'âge qui sont libérées des charges de famille consacrent une part plus importante de leurs moyens pour assumer leurs propres coûts de santé.</p>	CP
<p>Sie begrüssen es, dass davon abgesehen wird, eine separate Pflegeversicherung vorzuschlagen. Streichen der Prämienkategorie "Junge Erwachsene" im KVG: Es ist faktisch unmöglich, als Krankenversicherer die Prämienkategorie "Junge Erwachsene" kostendeckend anzubieten. Selbst bei sehr geringer oder gar keiner Rabattgewährung, verläuft diese Kategorie betriebswirtschaftlich defizitär. Besonders störend ist die Situation bei Krankenversicherern, welche relativ tiefe Prämien aufweisen. Durch den Umstand, dass diese Prämienkategorie am meisten Geld in den Risikoausgleich abliefert (und weil sich der Risikoausgleich an den Durchschnittskosten orientiert), ist es selbst ohne Schadenfälle nicht mehr möglich, diese Kategorie kostendeckend zu führen. Diese Altersgruppe verfügt in der Regel über eine sehr gute finanzielle Situation, da sehr häufig noch keine kostenintensiven familiären Verpflichtungen bestehen. Besteht z.B. infolge einer länger dauernden Ausbildung keine gute finanzielle Situation, so kann auch von den Personen in dieser Alterskategorie die Prämienverbilligung in Anspruch genommen werden. Sie fordern daher, dass es den Krankenkassen verboten wird, der Kategorie "Junge Erwachsene" Prämienrabatte zu gewähren. Erhöhung der Prämie ab Alter 50/ Schaffung einer zweiten Erwachsenen-kategorie: Nach ihrer Auffassung sollten die Erwachsenen ab Alter 50 in vermehrtem Rahmen zur Deckung der Pflegekosten beitragen. Diese immer grösser werdende Personengruppe verursacht ja naturgemäss den grössten Teil dieser Kosten. Sie schlagen deshalb vor, dass in der Krankenversicherung nach KVG die Erwachsenen ab Alter 50 eine erhöhte Prämie zu zahlen haben und damit eine zusätzliche Erwachsenen-kategorie eingeführt wird. Der Zuschlag sollte eine Grösse umfassen, dass die durch die Krankenkassen zu bezahlenden Pflegekosten zur Hälfte damit finanziert werden können. Eine Prä-</p>	SBV

<p>mienanpassung im vorgeschlagenen Rahmen ist der Personengruppe über 50 durchaus zuzumuten, da ja verschiedene Studien hinlänglich belegen, dass heute die älteren Personen wirtschaftlich oft sehr viel besser gestellt sind als die jüngeren, insbesondere solche mit Kindern.</p>	
<p>Sie sind der Ansicht, dass eine zweckgebundene Erbschaftssteuer der Tendenz entgegen wirken könnte, sein Geld in gesunden Tagen auszugeben. Eine soziale Neuregelung der Pflegefinanzierung muss auf folgenden Grundsätzen basieren:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Vollkostenmodell. 2. Der Anteil der Krankenversicherer an den Vollkosten der Langzeitpflege ist prozentual zu fixieren, und zwar oberhalb des heutigen Kostendeckungsgrades von ca. 50%. Die Kostenbeteiligung der Patientinnen und Patienten beträgt höchstens 20%. 3. Alle übrigen Arten der Pflege müssen im Rahmen der Grundversicherung finanziert werden. 4. Der Vorschlag bezüglich Ergänzungsleistungen im Expertenbericht Infrac wird unterstützt. 	SBK, SVBG
<p>H+ setzt sich für das von den Leistungserbringern (Spitex, SBK und Forum für stationäre Alterspflege vertreten durch CURAVIVA und H+) im April dieses Jahres vorgeschlagene Modell ein.</p> <p>Eine blosser Verschiebung der Kosten von einer Versicherung in eine neue erscheint H+ keine gangbare Lösung. Eine volle Abgeltung aller Pflegeleistungen im Rahmen des KVG reicht aus, um die Leistungsentschädigung zu sichern. Eine neue Versicherung verursacht neue Verwaltungskosten. Letztlich bleibt das Abgrenzungsproblemen zwischen altersbedingter und krankheitsbedingter Pflege bestehen.</p>	H+
<p>Sie bedauern, dass beide Modelle kaum dazu beitragen, mehr Licht in die Finanzierungsmodalitäten der Pflegeleistungen zu bringen. Nach wie vor bleibt die Vielfalt der Finanzierungsträger erhalten, ja die Finanzierung droht gar noch unübersichtlicher zu werden. Sie teilen die Meinung, dass die Errichtung einer Pflegeversicherung im skizzierten Sinne keine Lösung darstellt und haben kein Verständnis dafür, dass eine eidg. Erbschaftssteuer als ergänzende Finanzierungsquelle überhaupt erwähnt wird.</p>	ChiroSuisse
<p>Il convient de mettre en chantier sans plus tarder l'élaboration à l'échelon fédéral d'une nomenclature des soins, sur la base de laquelle les tarifs cantonaux pourront être négociés, mettant ainsi fin aux énormes disparités actuelles qui existent d'un canton à l'autre.</p>	FRAPIDA
<p>Ein Modell C ist auszuarbeiten:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Die Finanzierung der Pflegekosten wird als Teil der Finanzierung der Gesamtkosten eines Heimaufenthaltes geregelt, wobei von den Vollkosten auszugehen ist. Die Aufteilung der Gesamtkosten auf Krankenversicherer, EL und Private ist im Gesetz festzuhalten. - Die Kriterien, nach denen der Bundesrat den Anteil der Krankenversicherer an den Pflegekosten festlegt, sind im Gesetz festzuschreiben. - Auf eine strikte Plafonierung der Leistungen der Krankenversicherer auf der aktuellen Höhe ist zu verzichten. - Finanzierungslücke darf nicht einfach auf die Betroffenen überwälzt werden. - Die EL sind so anzupassen, dass keinesfalls zur Abhängigkeit von Sozialhilfe führt. Die Obergrenze der Leistungen ist aufzuheben und der Freibetrag beim Vermögensverzehr ist deutlich zu erhöhen. 	Forum
<p>CURAVIVA beantragt, dass sich das zukünftige Modell der Pflegefinanzierung an das Modell der Leistungserbringer vom 6. April 2004 anzulehnen hat und damit zwingend die folgenden Rahmenbedingungen beinhalten muss:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Die Finanzierung der Pflegekosten wird als Teil der Finanzierung der Gesamtkosten eines Heimaufenthaltes geregelt, wobei von einer Vollkostenrechnung (Basis VKL) auszugehen ist. 	CURAVIVA

<ol style="list-style-type: none"> 2. Die einzelnen Finanzierungsträger für die Übernahme der vollen Pflegekosten sind gesamtschweizerisch verbindlich zu regeln. 3. Die übrigen Sozialversicherungen und insbesondere die EL sind in einem Gesamtpaket so anzupassen, dass der Beitrag an die Langzeitpflege für die wirtschaftlich schwächeren Pflegebedürftigen keine unzumutbare Belastung darstellt. 4. Die Kantone haben die Vermögensobergrenze für die EL anzupassen und gesetzlich zu verankern. 	
<p>Sollte der Bundesrat dem geltenden Gesetz entsprechende Lösung (Finanzierung der Vollkosten der Pflege durch die Krankenversicherer) nicht übernehmen wollen, muss ein alternatives Modell der Pflegefinanzierung mindestens folgenden Anforderungen entsprechen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Die Finanzierung der Pflege basiert auf einem Vollkostenmodell. 2. Die Pflegekosten während des ersten Pflegejahres, Pflegekosten während intermittierender Akut-, Rehabilitations- und Übergangspflegephasen, Pflegekosten von Personen, welche kein Anrecht auf EL haben sowie die Kosten der psychiatrischen Pflege müssen uneingeschränkt durch die Krankenversicherer im Rahmen der Grundversicherung finanziert werden. 3. Der Anteil der Krankenversicherer an den Vollkosten der Langzeitpflege (ab 366. Pfegetag) ist prozentual zu fixieren und zwar oberhalb des heutigen Kostendeckungsgrades von ca. 50%. Die Kostenbeteiligung der Patientinnen und Patienten beträgt höchstens 20% und darf nur erhoben werden, wenn bei Bedarf Anspruch auf Bezug von EL besteht. Eine Finanzierungslücke ist aus Mitteln der öffentlichen Hand zu decken; das KVG legt den Verteilschlüssel fest. 4. Die übrigen Sozialversicherungen und insbesondere die EL müssen so angepasst werden, dass der Beitrag an die Langzeitpflege für wirtschaftlich schwächere Pflegebedürftige keine unzumutbare Belastung darstellt. Der speziellen Situation von Pflegebedürftigen, welche mit Hilfe von Spitex zu Hause wohnen, ist im Rahmen der Vorschläge bezüglich Änderung der EL im Expertenbericht Infras Rechnung zu tragen. 5. Eine Neuregelung der Finanzierung der Langzeitpflege im unter Punkt 3 erwähnten Sinn muss in Kombination mit einer sozialen Abfederung im Sinne von Punkt 4 erfolgen (Paketlösung). <p>Sie können einer Neuregelung der Pflegefinanzierung nur zustimmen, wenn diese Minimalanforderungen erfüllt sind. Weisen auf die Eingabe „Finanzierung der Pflege, gemeinsame Standpunkte der Leistungserbringer“ vom 6. April 2004 hin, welche aus für sie unverständlichen Gründen in keiner Art und Weise berücksichtigt wurde.</p>	Spitex CH
<p>Ein Vorschlag bezüglich der Finanzierung der Grundpflege fehlt. Es ist unklar, ob die Grundpflege vom Kranken selber übernommen werden muss oder ob Spitalbedürftige grundsätzlich immer eine komplexe Pflegesituation aufweisen.</p>	SGIM
<p>santésuisse schlägt vor, die positiven Elemente der beiden Modelle zu kombinieren.</p> <p>Die Lösung geht davon aus, dass über die Krankenversicherung lediglich Leistungen für „krankheitsbedingte“ Pflege zu finanzieren sind. Das KVG übernimmt einen Beitrag an die Leistungen der Grundpflege. Die Behandlungspflege geht voll zu Lasten des KVG. Betreuungsleistungen sind generell nicht durch die OKP zu vergüten. Auch die Unterkunft und Verpflegung (sog. Hotellerieleistungen bei einem Aufenthalt im Pflegeheim) gehören nicht zu den Pflichtleistungen. Ebenso werden keine allgemeinen Betriebs- und Infrastrukturkosten vergütet.</p> <p>Die Begriffe „Grundpflege“ und „Behandlungspflege“ müssen auf Verordnungsebene so präzisiert werden, dass sie der gängigen Lehre und Praxis entsprechen.</p>	santésuisse

<p>Änderungen im ATSG: Art. 9 Abs. 2 neu : „Die Einstufung der Hilflosigkeit und Pflegebedürftigkeit erfolgt aufgrund schweizerisch einheitlicher Kriterien durch eine dafür vorgesehene unabhängige Instanz.“ Die Einstufung der Hilfe- und Pflegebedürftigkeit mit einem einheitlichen Instrument hat zum Ziel, die multidisziplinäre, langfristige Versorgung durch alle Sozialversicherungen zu gewährleisten. Diese einheitliche Einstufung erleichtert die dringend notwendige Koordination der Sozialversicherungen. Art. 66a ATSG : Eine Koordinationsbestimmung zwischen den der Entschädigung für Hilflosigkeit und der Entschädigung für Pflegemassnahmen aufgrund von Pflegebedürftigkeit ist zwingend nötig. Wird von den Krankenversicherer die Pflegemassnahmen vergütet, soll mindestens ein Teil der Hilflosenentschädigung der Krankenversicherung zugute kommen. Auch soll die Leistungspflicht der EL zur AHV und IV koordiniert werden.</p>	
<p>Il serait bon de prévoir des incitatifs pour développer des réseaux informels (famille, connaissances, amis, etc.). Grâce à toutes ces bonnes volontés, le maintien à domicile pourrait être allongé.</p>	Cosama
<p>Procap bevorzugt das Modell der Leistungserbringer.</p>	Procap
<p>Die SPO fragt ob Pflegeleistungen als Pflegegutschriften für das eigene Alter geschrieben werden könnten. Sollte nicht Freiwilligenarbeit wie Einkaufen, Wohnungsreinigung, Kochen, Spaziergänge usw. aber auch Pflegeleistungen von Freiwilligen mit Steuerabzügen belohnt werden?</p>	SPO
<p>Um die Belastungen durch zusätzliche Pflegekosten für die Prämienzahlerinnen und -zahler in Grenzen halten zu können, geben sie zu bedenken, ob nicht die Einführung einer nationalen Erbschafts- und Schenkungsteuer, deren Erträge zweckgebunden für die Pflegefinanzierung eingesetzt werden, hier Abhilfe schaffen könnte. Im erläuternden Bericht wird unter Punkt 3.6.2 darauf verwiesen, der Bundesrat habe entsprechende Vorschläge bislang immer abgelehnt, weil damit das Steuersubstrat der Kantone geschwächt werde. Angesichts der Tatsache, dass die meisten Kantone die Erbschaftssteuer für direkte Nachkommen inzwischen abgeschafft haben, kann dieses Argument nicht mehr gelten.</p>	Pro Senectute
<p>Der SSR hat an einer Plenarsitzung im Mai 2004 beschlossen, das Modell der Pflegeverbände (SBK, Spitex, Forum stationäre Altersarbeit mit Heimen und Spitälern) zur Pflegefinanzierung vollumfänglich zu unterstützen.</p>	SSR
<p>Sie bevorzugen gegenüber den beiden vorgeschlagenen Modellen A und B eine Variante, wie sie im Vorfeld der Vernehmlassung vom SBK, vom Spitexverband Schweiz und vom Forum stationäre Altersarbeit Schweiz vorgestellt worden ist. Die Schaffung einer eigenen Pflegeversicherung hätte den Vorteil, dass zur Finanzierung andere Quellen als jene bei der obligatorischen Krankenversicherung herbeigezogen werden könnten. Die Versicherung könnte dennoch durch die heutigen Krankenversicherer durchgeführt werden, damit keine neue Organisation geschaffen werden müsste. Die Finanzierung über eine Eidg. Erbschaftssteuer schafft einen solidarischen Ausgleich zur Verbesserung des Erbenschutzes als Folge der erhöhten Übernahme des Pflegerisikos. Die Schwächung des (oft nur noch potentiellen) Steuersubstrats der Kantone müsste durch eine entsprechende Reduktion des Finanzierungsanteils der Kantone an den Kosten der Pflege kompensiert werden.</p>	DOK, SVG Pro Infirmis, DOK
<p>Wie in Japan ist mittels einer Alternativwährung in Form von Zeitgutschriften die Laienpflege zu fördern.</p>	ffg
<p>Modell einer eigenen Pflegeversicherung, die zumindest teilweise durch eine Eidg. Erbschaftssteuer finanziert werden könnte, sollte weiterverfolgt werden.</p>	Pro Mente Sana
<p>La proposition est faite d'introduire une assurance pour soins (de longue durée), en fixant pour cette prime l'âge à 55 ans. La réflexion doit aussi porter sur l'introduction d'un «revenu de citoyenneté»</p>	PF

<p>garantissant à chaque personne âgée une vie dans la dignité. L'AVS et les PC vont dans ce sens mais ne couvrent pas les frais de base, lorsqu'une personne doit recourir aux prestations d'une institution spécialisée.</p>	
<p>Es ist immens wichtig, Heime und Spitex für die künftigen Finanzierungswege und -modelle gesondert zu betrachten. 2 Varianten, welche als Alternative für Spitex sinnvoll erscheinen: a) die Krankenkassen bezahlen Vollkosten (wie schon heute vorgesehen nach Einführung der Kostenrechnung bei den Spitex); b) die Spitexleistungen werden nach dem gleichen Modell finanziert wie die Spitäler; damit wären - bei guter Auslegung - hier die Spiesse gleich lang.</p>	<p>Spitex Bern</p>
<p>Die Einführung einer obligatorischen Pflegeversicherung ist auf die vorgeschlagene Art und Weise ernsthaft zu prüfen; unter Rücksichtnahme der finanziellen Leistungsfähigkeit der einzelnen Personen.</p>	<p>Hausbetreuung</p>
<p>Es sollte ein Anreiz zur Pflege zu Hause in Form angemessenen Entschädigung Freiwilligenpflege gesetzlich verankert werden.</p>	<p>VAKA</p>
<p>In den Übergangsbestimmungen zu dieser Revisionsvorlage ist festzulegen, dass für das Modell B die Beiträge für die Langzeitpflege für die Versicherer je Kanton Kosten neutral auszugestalten sind, sodass das Gesamtvolumen nicht überschritten wird.</p>	<p>ÖKKV</p>
<p>Als Gegenvorschlag unterbreiten sie das Modell der Leistungserbringer.</p>	<p>MS</p>
<p>Die AGSG fordert die Umsetzung von Art. 25 KVG in Bezug auf die Übernahme der Pflegevollkosten, bis andere gleichwertige Lösungen vorliegen. Dabei muss:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Eine zusätzliche finanzielle Belastung von Pflegebedürftigen vermieden oder gemildert werden. - Die Finanzierung der vollen Pflegekosten auf die Dauer eines Jahres ab Eintritt der Akutphase ausgedehnt werden. - Es soll nicht unterschieden werden zwischen ambulanten oder stationären Leistungserbringern. - Der zusätzliche Eigenanteil in der Langzeitpflege 10% nicht übersteigen und jene, die diese Quote nicht leisten können, über EL entlastet werden. <p>Andere Finanzierungsquellen, wie zum Beispiel eine Eidg. Erbschaftssteuer, sind zu erwägen.</p>	<p>AGSG</p>
<p>Das Modell C greift die Idee der Unterscheidung zwischen Akut- und Langzeitpflege sowie einfacher und komplexer Grundpflege aus den beiden vorgelegten Modellen auf:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Altersbedingte Pflege: Hilflosigkeit wird nur anerkannt, wenn sie über das altersübliche Mass hinaus geht. - Komplexe Pflegesituation in der Akutpflege: Im Bereich der Akutpflege, welche in der Regel eine Zeitspanne von 90 Tagen umfasst, werden die Leistungen für die Grundpflege zu Hause gestrafft. Sie wird nur noch in komplexen Pflegesituationen gewährt, d.h. dann, wenn die versicherte Person ebenfalls einer Behandlungspflege (z.B. Wundversorgung) bedarf. - Der Begriff der Hilflosigkeit wird im Langzeitbereich zum zentralen Anknüpfungspunkt. Da die ATL weitgehend (Ausnahme: Fortbewegung, gesellschaftliche Kontakte) dem Leistungskatalog der Krankenversicherung gemäss Art. 7 KLV entsprechen, ist eine Verknüpfung zwischen Hilflosigkeit und anerkanntem Pflegebedarf im Langzeitbereich naheliegend. - Grundpflege bei <i>Hilflosigkeit</i>: Im Bereich der Langzeitpflege werden die Leistungen für die Grundpflege vom Vorliegen einer anerkannten Hilflosigkeit in den alltäglichen Lebensverrichtungen (ATL) abhängig gemacht und in Form von personenfolgenden Budgets je nach Schwere der Pflegebedürftigkeit bis zu einer gewissen Obergrenze gewährt. Die Budgets entsprechen "Beiträgen" an die Kosten der Langzeitpflege, 	<p>FASSIS</p>

<p>welche so festgelegt sind, dass die Krankenversicherer gegenüber der heute geltenden Regelung mit Rahmentarifen nicht zusätzlich finanziell belastet werden.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Behandlungspflege: Diese wird im Akutbereich vollständig von den Krankenversicherern übernommen. Für den Langzeitbereich sehen sie zwei Varianten: Entweder wird die Behandlungspflege ebenfalls ganz übernommen oder die Krankenkasse zahlt im Sinne eines Kostenbeitrages ein Behandlungspflege-Langzeitbudget. <p>Finanzielle Auswirkungen des Modells C: Die KV wird im Bereich der einfachen Grundpflege im Akutbereich entlastet und zahlt im Langzeitbereich nur noch hilflosen Versicherten einen Beitrag an die Grundpflege, ähnlich dem heutigen Rahmen.</p> <p>Begleitende sozialpolitische Massnahmen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Die Einführung einer Hilflosenentschädigung leichten Grades für Personen im AHV-Alter, welche zu Hause leben, würden sie begrüssen, wenn sie - wie hier im Modell C vorgeschlagen - damit berechtigt wären, zu Lasten der Krankenversicherung einen Beitrag an die nötige Grundpflege zu erhalten. - Die Aufhebung der Hilflosenentschädigung für Personen in Pflegeheimen lehnen sie hingegen eher ab. - Mit der Aufhebung der Leistungsbegrenzung für Personen im Heim gemäss Art. 3a Abs. 3 ELG sind sie einverstanden, würden es allerdings begrüssen, wenn die Kantone den Höchstbetrag für die massgebenden Heimtaxen je nach Behinderungsgrad abstufen und dabei die reinen Beherbergungskosten separat ausweisen würden. - Wünschenswert wäre, wenn die Kantone zur Förderung der Wahlfreiheit als Pendant zu den Heimsubventionen kantonale Assistenzbudgets im Altersbereich schaffen würden. <p>Begleitende kostendämpfende Massnahmen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Leistungserbringer: Es ist wenig einsehbar, warum Betroffene auf in den Gesamtkosten teure Leistungserbringer wie die Spitex verpflichtet werden, wenn sie zu Hause leben wollen. Die Möglichkeit, Personen aus dem nahen Umfeld mit der Pflege, bei der es sich meist um täglich wiederholende Tätigkeiten handelt, zu betrauen und dabei teure Verwaltungs- sowie Wegkosten zu umgehen, sollte den Betroffenen innerhalb eines festgelegten Langzeitpflegebudgets eröffnet werden. - Bedarfsabklärung: Heute legen Pflegeheime die Pflegebedarfsstufe sowie Spitexdienste den Bedarf der Versicherten an häuslicher Pflege fest. Da beide gleichzeitig Leistungserbringer sind, ist eine unabhängige Begutachtung nicht möglich. Hilflosenentschädigungen können losgelöst von Leistungserbringern abgeklärt und von unabhängigen Stellen verfügt werden. - Für das vorgeschlagene Assistenzbudget, welches durch die Kantone zu finanzieren wäre, wird ein sozialverträglicher Selbstbehalt vorgesehen. 	
<p>Es sind die vollen Pflegeleistungen während einer klar definierten Mindestzeit zu übernehmen sind und zwar unabhängig vom Ort. Nach Ablauf dieser Mindestzeit (z.B. 365 Tagen) ist eine massvolle Kostenbeteiligung des Patienten zu prüfen.</p>	<p>VBK</p>
<p>Pflegeversicherung: Er möchte einen Vorschlag einer „Grundpflegeversicherung“ aus Basis Hilflosenentschädigung in die Diskussion einbringen. Eidg. Erbschaftssteuer ist als Option weiterzuvorführen.</p>	<p>A. Weidmann</p>
<p>Denkbar ist eine Variante mit Leistungsdefinition über den Pflegebedarf.</p>	<p>SGG</p>
<p>Der SZB unterstützt das Modell der Dachorganisationenkonferenz der privaten Behindertenhilfe DOK, welches gegenüber den beiden vorgeschlagenen</p>	<p>SZB</p>

Modellen A und B eine Variante bevorzugt, wie sie im Vorfeld der Vernehmlassung vom SBK, vom Spitexverband Schweiz und vom Forum stationäre Altersarbeit Schweiz vorgestellt worden ist.	
--	--