

ERLÄUTERNDER BERICHT
zum Vorentwurf des Ausführungsgesetzes zum Bundesgesetz über
die Neuordnung der Pflegefinanzierung

Dieser Bericht ist wie folgt aufgebaut:

1. Einführung	1
2. Zusammenfassung der neuen KVG-Regeln	1
3. Allgemeine Stossrichtung der kantonalen Ausführung	2
4. Erläuterung der Bestimmungen	3
5. Auswirkungen	10

1. Einführung

Am 13. Juni 2008 verabschiedeten die eidgenössischen Räte das Bundesgesetz über die Neuordnung der Pflegefinanzierung, welches Pflegeleistungen betrifft, die von den Organisationen für Krankenpflege und Hilfe zu Hause, den Pflegeheimen und den selbstständigen Pflegefachpersonen erbracht werden. Am 24. Juni 2009 wiederum verabschiedete der Bundesrat die Änderungen der Ausführungsverordnungen.

Diese Reform muss nun auf Kantonsebene umgesetzt werden. Dazu bedarf es einer kantonalen Ausführungsgesetzgebung und einer Änderung des Gesetzes vom 8. September 2003 über die Hilfe und Pflege zu Hause (HPfIG) sowie des Gesetzes vom 23. März 2000 über Pflegeheime für Betagte (PfiHG).

In finanzieller Hinsicht birgt diese Reform das Risiko einer weitgehenden Kostenverschiebung von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) weg an die Kantone (Staat – Gemeinden). Ziel dieses Vorentwurfs ist es deshalb, diese Kostenverschiebung einzuschränken und den Kostenanstieg einzudämmen, bei gleichzeitiger Aufrechterhaltung der Leistungsqualität.

2. Zusammenfassung der neuen KVG-Regeln

Die Revision des Bundesgesetzes betrifft einerseits die Finanzierungsregeln für Pflegeleistungen, die von selbstständigen Pflegefachpersonen und Organisationen für Krankenpflege und Hilfe zu Hause ambulant erbracht werden, und andererseits die Finanzierungsregeln für Pflegeleistungen, die von Pflegeheimen stationär erbracht werden.

Gemäss den neuen Bestimmungen legt der Bundesrat die Tarife der Pflegeleistungen zulasten der OKP fest; für den ambulanten Bereich ist dies ein Stundentarif je Pflegekategorie (Evaluation und Beratung, Untersuchungen und Behandlungen, Grundpflege), für die Pflegeheime ist dies ein Beitrag in Franken, der einer auf 12 Pflegestufen und auf 20-minütige Zeiteinheiten basierenden Pauschale entspricht.

Pflegekosten, die von den Tarifen der OKP nicht gedeckt werden, können den Versicherten in Höhe von höchstens 20 % des maximalen Beitrags der OKP in Rechnung gestellt werden. Allfällige Restkosten, soll heissen: Kosten, die weder von der OKP noch von den Patientinnen oder den Patienten übernommen wurden, gehen zulasten der Kantone.

Mit der Revision wird auch eine neue Pflegekategorie eingeführt: die Akut- und Übergangspflege. Es handelt sich dabei um Pflegeleistungen, die im Anschluss an einen Aufenthalt in einem Akut- oder Rehabilitationsspital ambulant, zu Hause oder in einem Pflegeheim erteilt werden. Solche Pflegeleistungen müssen von einer Spitalärztin oder einem Spitalarzt für eine Dauer von höchstens 14 Tagen verschrieben werden und werden zu den unter den Tarifpartnern (Versicherer der OKP – Leistungserbringer) ausgehandelten Tarifen verrechnet. Die Kosten werden zu 100 % vom Kanton (Staat – Gemeinden) und von der OKP getragen, entsprechend der in der Spitalfinanzierung vorgesehenen Lastenverteilung (55 %/45 %).

Gemäss Entscheid des Bundesrates tritt die Neuordnung der Pflegefinanzierung auf den 1. Januar 2011 in Kraft.

Im Rahmen der Verabschiedung dieser Neuordnung haben die eidgenössischen Räte parallel zur KVG-Revision eine Änderung am Bundesgesetz über die Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHVG) vorgenommen und darin eine Hilflosenentschädigung für Hilflosigkeit leichten Grades eingeführt. Des Weiteren wurde auch das Bundesgesetz über Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (ELG) geändert; die anrechenbaren Einkünfte und der Freibetrag für Liegenschaften wurden angehoben.

3. Allgemeine Stossrichtung der kantonalen Ausführung

Zur Umsetzung der eidgenössischen Bestimmungen müssen einerseits neue kantonale Gesetzesbestimmungen eingeführt und andererseits Änderungen an den jeweiligen Gesetzen über die Hilfe und Pflege zu Hause und über die Pflegeheime vorgenommen werden. Für die Leistungen der ambulanten Pflege und der Langzeitpflege gilt es zu bestimmen, wer diese Leistungen erbringt, welches ihre Kosten sind und wie ihre Finanzierung aussieht. Für die Leistungen der Akut- und der Übergangspflege gilt es als Erstes, zunächst den Begriff zu definieren, sodann zu bestimmen, wer diese Leistungen erbringen kann, wie hoch der Kantonsanteil (Staat – Gemeinden) ausfällt und wie ihre Finanzierung aussieht. Schliesslich müssen in den jeweiligen Gesetzen noch die Einzelheiten der Finanzierung der betreffenden Leistungserbringer, also der Dienste für Hilfe und Pflege zu Hause mit Leistungsauftrag und der anerkannten Pflegeheime, geregelt werden.

3.1. Ambulante Pflege und Langzeitpflege

Die Pflegekosten werden vom Staatsrat festgelegt, sodass der vom Tarif nicht gedeckte Anteil bestimmt werden kann, für den die Patientin oder der Patient und der Kanton aufkommen.

Um die Patientinnen und Patienten zu einem Verbleib zu Hause zu bewegen, möchte der Staatsrat die KVG-Revision nicht dazu verwenden, einen Teil der Kosten für die von selbstständigen Pflegefachpersonen und Organisationen für Krankenpflege und Hilfe zu Hause erteilten Pflegeleistungen auf sie abzuwälzen, zumindest dann nicht, wenn die betreffenden Organisationen im Besitze eines Leistungsauftrags und nicht gewinnorientiert sind. Die übrigen Kosten, die weder von der OKP noch von den Patientinnen oder den Patienten gedeckt werden, sind nach den Grundsätzen des HPfIG zu begleichen. Somit gibt es für die Patientinnen und Patienten, abgesehen vom Anstieg in Zusammenhang mit den neuen Tarifen nach KLV, keine Änderungen was ihren finanziellen Beitrag betrifft; einzig die Franchise und der Selbstbehalt gehen wie bisher zu ihren Lasten.

An den Leistungen von Organisationen für Krankenpflege und Hilfe zu Hause *ohne* Leistungsauftrag hingegen muss sich die Patientin oder der Patient mit einem Anteil von 20 % des Beitrags der Krankenversicherer beteiligen.

Stationäre Leistungen müssen von der Patientin oder vom Patienten in Höhe von max. 20 % des Tarifs des notwendigen Pflegeniveaus mitfinanziert werden. Die übrigen Kosten, die weder von der OKP noch von der im Heim untergebrachten Person gedeckt werden, sind nach den Grundsätzen des PflHG zu begleichen. Der Beitrag der öffentlichen Hand an die Restkosten für Pflegeleistungen, die in einem Pflegeheim erteilt werden, wird direkt der Einrichtung entrichtet.

3.2. Akut- und Übergangspflege

Mit der KVG-Revision wird eine neue Pflegekategorie eingeführt: die Akut- und Übergangspflege. Der Staatsrat will diesen Begriff in Anlehnung auf die Empfehlungen der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) definieren. Zur Erbringung von Leistungen der Akut- und Übergangspflege werden die vom Staatsrat mittels Verordnung bezeichneten Leistungserbringer berechtigt sein.

Der Beitrag der öffentlichen Hand an die Restkosten für Pflegeleistungen, die in einem Pflegeheim erteilt werden, wird direkt der Einrichtung entrichtet, wobei die selben Modalitäten angewendet werden wie bei den Betreuungskosten.

3.3. Änderung der Gesetze

Die zuvor erwähnten Bestimmungen für die Finanzierung der Leistungen der ambulanten Pflege sowie der Akut- und Übergangspflege verweisen – was den kantonalen Beitrag anbelangt – auf die spezifischen Regelungen des HPfIG und des PflHG.

Mit der Änderung des HPfIG wird der kantonale Beitrag künftig nicht mehr den Diensten für Hilfe und Pflege zu Hause sondern den Gemeindeverbänden entrichtet. Mit der Änderung wird sich der Staat überdies neu an den Gesamtausgaben der Gemeindeverbände für Leistungen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause beteiligen und nicht mehr nur an den Personalkosten für Hilfe und Pflegeleistungen, wie es das geltende HPfIG vorsieht.

Die Übernahme der Pflegekosten in Pflegeheimen wird mit der Änderung des PflHG geregelt.

4. Erläuterung der Bestimmungen

1. KAPITEL: Ambulante Pflege und Langzeitpflege

Dieses Kapitel erläutert die Bestimmungen, die zur kantonalen Ausführung von Artikel 25a KVG für die Krankenpflege notwendig sind, mit Ausnahme der Akut- und Übergangspflege, welche im 2. Kapitel behandelt wird. Es handelt sich hierbei um ambulante Pflegeleistungen, die von selbstständigen Pflegefachpersonen und von Organisationen für Krankenpflege und Hilfe zu Hause erteilt werden, sowie um stationäre Pflegeleistungen, die den in den Pflegeheimen untergebrachten Personen erteilt werden. Sie betreffen Pflegeleistungen von kurzer als auch von langer Dauer.

Art. 1

In diesem Artikel werden die zur Erbringung von Pflegeleistungen (ambulante Pflege und Langzeitpflege) bewilligten Leistungserbringer aufgezählt. Im Besonderen handelt es sich dabei um Pflegeheime, Organisationen für Krankenpflege und Hilfe zu Hause, selbstständige Pflegefachpersonen und andere vom Staatsrat bezeichnete Leistungserbringer.

NB: Im eidgenössischen Recht wird der Begriff «Pflegeheim» anders definiert als im kantonalen Recht. Nach Bundesrecht ist ein Pflegeheim eine Einrichtung oder eine Institution, die Patientinnen und Patienten unabhängig von ihrem Alter für eine längere Zeit Pflegeleistungen erteilt. Nach Kantonsrecht betreut ein Pflegeheim Patientinnen und Patienten sowohl für eine lange als auch für eine kurze Dauer, allerdings grundsätzlich erst ab dem Rentenalter. Mit den Pflegeheimen nach Artikel 1 Bst. a sind die Pflegeheime nach PflHG gemeint. Weil dieser Begriff im PflHG enger gefasst ist als im Bundesrecht, wurde unter Buchstabe d vorgesehen, dass der Staatsrat noch weitere Einrichtungen bezeichnen kann. Damit könnten z. B. religiöse Gemeinschaften (Kongregationen) gemeint sein, die sich um ihre betagten Glaubensschwestern und -brüder kümmern.

Art. 2 und 3

Pflegekosten, die von den Tarifen der OKP nicht gedeckt werden, können den Versicherten in Höhe von höchstens 20 % des maximalen Beitrags der OKP in Rechnung gestellt werden. Allfällige Restkosten, soll heissen: Kosten, die weder von der OKP noch von den Patientinnen oder den Patienten übernommen werden, gehen zulasten der Kantone. Zur Regelung der Restfinanzierung muss der Kanton im Vorfeld die verrechenbaren Pflegekosten festlegen. Für die Festlegung dieser Kosten ist der Staatsrat zuständig.

Im stationären Bereich gibt es verschiedene Arten von Kosten, nämlich:

- Pensionskosten;
- Pflegekosten;
- Betreuungskosten für alle Massnahmen, die zur Förderung der physischen, psychischen, spirituellen und sozialen Fähigkeiten der im Heim lebenden Personen beitragen.
- Finanzierungskosten.

Die Pflege- und Betreuungskosten ergeben sich aus den Personalausgaben. Weil jedoch nur die Pflegekosten zulasten der OKP gehen, muss zwischen diesen Kosten und den Betreuungskosten unterschieden werden. Eine solche Unterscheidung ist jedoch nur schwer möglich, da diese Leistungen von denselben Fachpersonen erbracht werden und es ihnen ja nicht möglich ist, die Dauer jedes einzelnen Eingriffs sozusagen mit der Stoppuhr zu messen. Aus diesem Grund werden die Pflegekosten für jede Einrichtung und nach Pflegestufe pauschal in Prozent der Gesamtkosten des Pflege- und Betreuungspersonals definiert (**Art. 2**). Schätzungen der GDK zufolge machen die Pflegeleistungen 60 % aller Leistungen aus.

Im ambulanten Bereich, d. h. für die Organisationen für Krankenpflege und Hilfe zu Hause sowie für die selbstständigen Pflegefachpersonen, bestimmt der Staatsrat die Kosten der erbrachten Pflegeleistungen, und zwar auf Grundlage einer Leistungsstatistik und einer Kosten- und Leistungsrechnung (**Art. 3**). Wenn keine Kosten- und Leistungsrechnung vorhanden ist, so werden die Pflegekosten anhand von anderen relevanten Indikatoren festgelegt (namentlich Referenzlöhne). Weil der Bundesrat für alle Erbringer ambulanter Leistungen eine Einheitspauschale festgelegt hat, strebt auch der Staatsrat einheitliche Pflegekosten für alle Erbringer von ambulanten Leistungen an. Sollten allerdings deutliche erwiesene Unterschiede auftreten, so können je nach Leistungserbringer auch unterschiedliche Pflegekosten ins Auge gefasst werden. So könnte z. B. eine Organisation für Krankenpflege und Hilfe zu Hause, die zur Anwendung der Gehaltsrichtlinien des Staates verpflichtet ist, andere Lohnkosten haben als eine Organisation, die dieser Verpflichtung nicht nachkommen muss.

Art. 4 bis 7

In diesen Bestimmungen wird die Finanzierung der Pflegekosten geregelt, die von den vom Bundesrat in Artikel 7a KLV festgelegten Tarifen der OKP nicht gedeckt werden. Diese Kosten können der versicherten Person in Höhe von max. 20 % des anwendbaren Tarifs in Rechnung gestellt werden, der Saldo geht als Restkosten zulasten der öffentlichen Hand (Staat – Gemeinden).

Für die stationären Leistungen sieht **Artikel 4** vor, dass der Anteil der Pflegekosten, die von der OKP nicht übernommen werden, der im Heim untergebrachten Person in Rechnung gestellt wird, und zwar in Höhe von 20 % des Beitrags der Krankenversicherer, der wiederum anhand der erforderlichen Pflegestufe festgelegt wird (Art. 7 Abs. 3 KLV). Die Finanzierung der Restkosten erfolgt nach den Grundsätzen des PflHG (s. Tabelle 1).

Tabelle 1

Stationäre Leistungen

Kosten	Finanzierung
Pflegekosten	Allfälliger Restbetrag der Pflegekosten (Restkosten) zu Lasten der öffentlichen Hand wird nach den Grundsätzen des PflHG finanziert
	Beteiligung der versicherten Person: 20 % des anwendbaren Tarifs
	KVG-Tarif

Nach **Artikel 5 Abs. 1** werden Pflegekosten, die vom OKP-Tarif nicht gedeckt werden, den Patientinnen und Patienten nicht verrechnet, wenn die Pflegeleistungen von einem Dienst für Hilfe und Pflege zu Hause *mit* Leistungsauftrag im Sinne des HPfIG erbracht worden sind. Alle Kosten, die vom Tarif nicht gedeckt werden, sind von der öffentlichen Hand (Staat – Gemeinden) nach den Grundsätzen des HPfIG zu begleichen (s. Tabelle 2).

Tabelle 2

Leistungen der Dienste für Hilfe und Pflege zu Hause nach HPfIG

Kosten	Finanzierung
Pflegekosten	Allfälliger Restbetrag der Pflegekosten (Restkosten) zu Lasten der öffentlichen Hand wird nach den Grundsätzen des HPfIG finanziert
	KVG-Tarif

Organisationen für Krankenpflege und Hilfe zu Hause *ohne* Leistungsauftrag im Sinne des HPfIG (**Art. 5 Abs. 2**) verrechnen den Anteil an den Pflegekosten, der von der OKP nicht übernommen wird, der versicherten Person, und zwar in Höhe von 20 % der für die erbrachte Pflegeleistung anwendbaren Tarife. Allfällige Restkosten gehen zulasten des Staates; der administrative Aufwand, der mit einer allfälligen Verrechnung an die Gemeinden nach HPfIG einhergehen würde, wäre unangemessen. Aufgrund der Beteiligung der Patientinnen und Patienten sollten die Kosten jedoch gering ausfallen (s. Tabelle 3). Die Frage der Bezahlung über einen gemeinsamen Topf nach dem Beispiel der Fakturierung der Betreuungskosten der Pflegeheime bleibt offen.

Tabelle 3

Leistungen der Organisationen für Krankenpflege und Hilfe zu Hause
Kosten

Pflegekosten

Finanzierung

Allfälliger Restbetrag der Pflegekosten (Restkosten) zu Lasten des Staates
Beteiligung versicherte Person: 20 % des anwendbaren Tarifs
KVG-Tarif

Artikel 6 regelt die Finanzierung der Leistungen der selbstständigen Pflegefachpersonen. Es ist nicht vorgesehen, dass die vom OKP-Tarif nicht gedeckten Pflegekosten für ihre Leistungen den Patientinnen oder den Patienten verrechnet werden. Alle Kosten, die vom Tarif nicht gedeckt werden, sind nach den Grundsätzen des HPfIG von der öffentlichen Hand zu begleichen, das sinngemäss anwendbar ist. Für die Einzelheiten der Rechnungsstellung können verschiedene Lösungen in Erwägung gezogen werden. Diese kann z. B. über die von den Gemeindeverbänden beauftragten Dienste für Hilfe und Pflege zu Hause laufen, oder sie können an die Krankenversicherer gerichtet werden, welche den Kantonsanteil weiterverrechnen. Weitere Lösungen sind denkbar.

Artikel 7 regelt die Situation der ausserkantonale erbrachten Leistungen. Patientinnen und Patienten aus anderen Kantonen tragen die Kosten für die Pflegeleistungen, die von der OKP nicht übernommen werden; es ist an ihnen, die Frage des Kantonsbeitrags mit ihrem Wohnkanton abzuklären (**Abs. 1**). Die Finanzierung der öffentlichen Hand des Kantons Freiburg für Pflegeleistungen, die einer im Kanton Freiburg wohnhaften Person ausserkantonale erbracht werden, ist höchstens so hoch wie diejenige, die im Kanton Freiburg für dieselbe Pflegestufe gewährt wird. (**Abs. 2**). Der Wohnsitz einer Pflegeheimbewohnerin oder eines Pflegeheimbewohners im Sinne dieses Gesetzes wird nach dem PflHG festgelegt.

2. KAPITEL: Akut- und Übergangspflege

Art. 8

Artikel 8 definiert die Bedingungen für die Verschreibung von Leistungen der Akut- und der Übergangspflege; diese basieren auf den Empfehlungen der GDK, damit die Spitalärztinnen und Spitalärzte für die Verschreibung solcher Leistungen Regeln zur Hand haben. Nicht jeder Spitalaustritt geht zwingend mit einer Verschreibung von Akut- und Übergangspflegeleistungen einher. Diese Pflegeleistungen müssen eindeutig die Erhöhung der Selbstpflegekompetenz zum Ziel haben, sodass die Patientin oder der Patient die vor dem Spitalaufenthalt vorhandenen Fähigkeiten und Möglichkeiten wieder in der gewohnten Umgebung nutzen kann. Es ist ein Pflegeplan mit den Massnahmen zur Erreichung der Ziele zu erstellen. Sollte ausserdem auch eine medizinische, therapeutische oder psychosoziale Betreuung oder Behandlung notwendig sein, so fällt diese nicht unter die Kosten der Akut- und Übergangspflege. Leistungen der Akut- und Übergangspflege betreffen Patientinnen und Patienten mit bekannten und stabilisierten akuten Gesundheitsproblemen, die keine diagnostischen und therapeutischen Leistungen in einem Akutspital mehr benötigen und für die weder ein Aufenthalt in einer Rehabilitationsklinik noch ein Aufenthalt in einer geriatrischen Abteilung eines Spitals indiziert ist.

Art. 9

Artikel 9 überträgt dem Staatsrat die Kompetenz, die Leistungserbringer zu bezeichnen, die zur Erbringung von Leistungen der Akut- und Übergangspflege berechtigt sind. Mangels praktischer Erfahrungen für diese Art von Pflegeleistungen wird der Staatsrat die berechtigten Leistungserbringer zu einem späteren Zeitpunkt festlegen.

Die Aufgabe könnte einem oder zwei Pflegeheimen im Kanton übertragen werden. Das Hauptproblem ist indes die Erbringung dieser Leistungen an die in einem Heim untergebrachten Personen. Diese Pflegeleistungen erfordern nämlich eine besondere Organisation und eine entsprechende Dotation, da die Intensität der Betreuung höher ist als für die anderen Heimbewohnerinnen und -bewohner. Die bezeichneten Pflegeheime müssten in der Lage sein, die Kosten für die Akut- und Übergangspflege gesondert zu behandeln, denn ihre Tarife unterscheiden sich von den anderen Pflgetarifen und werden zwischen den Versicherern und den Leistungserbringern ausgehandelt. Für im Heim untergebrachte Personen, die Akut- und Übergangspflege benötigen, könnte auch der Beizug von Organisationen für Krankenpflege und Hilfe zu Hause oder von selbstständigen Pflegefachpersonen ins Auge gefasst werden, unter der Voraussetzung, dass diese die entsprechende organisatorische Flexibilität an den Tag legen.

Was die zu Hause erbrachten Akut- und Übergangspflegeleistungen betrifft, so ist das Problem für die Organisationen für Krankenpflege und Hilfe zu Hause und für die selbstständigen Pflegefachpersonen etwas einfacher zu lösen. Das Hauptproblem liegt darin, die notwendigen Ressourcen bereitstellen zu können. Ebenso stellt sich die Frage nach dem Tarif, den diese Leistungserbringer mit den Krankenversicherern aushandeln können werden, sowie nach der Rentabilität der Leistungen.

Art. 10

Nach KVG gelten für die Leistungen der Akut- und Übergangspflege die gleichen Massstäbe wie für die Spitalfinanzierung: Die Kosten werden dual finanziert. Die Versicherer übernehmen höchstens 45 % der Kosten, während die öffentliche Hand (Staat – Gemeinden) für den Restbetrag aufkommen muss, also für mindestens 55 %. Der Staatsrat legt jedes Jahr spätestens neun Monate vor Beginn des Kalenderjahrs den Kantonsanteil fest (Art. 7b Abs. 1 KLV). Für 2011 hat der Staatsrat, gestützt auf das Ausführungsgesetz vom 24. November 1995 zum Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG), den Kantonsanteil bei seinem Mindestanteil, also bei 55 %, festgesetzt. Im Übrigen muss der Kanton (Staat – Gemeinden) seinen Anteil den Leistungserbringern direkt überweisen, er kann jedoch auch mit den Versicherern vereinbaren, dass dieser Anteil ihnen überwiesen wird.

Art. 11

Die Finanzierung des Kantonsanteils erfolgt zwischen dem Staat und den Gemeinden, wie bei der Finanzierung der Langzeitpflege, gemäss der jeweiligen Gesetzgebung (HPfIG oder PflHG).

Art. 12

Die Bestimmungen über die Finanzierung der Akut- und Übergangspflege sind auf die im Kanton betreuten Freiburger Patientinnen und Patienten anwendbar. **Artikel 12** ist auf Patientinnen und Patienten aus anderen Kantonen sowie auf Freiburger Patientinnen und Patienten, die in einem anderen Kanton (ausserkantonal) betreut werden, anzuwenden.

Diese Bestimmung orientiert sich an der Logik von Artikel 7 für ambulante Leistungen und für Leistungen der Langzeitpflege.

3. KAPITEL: Schlussbestimmungen

Bestimmungen zur Änderung des HPfIG (Art. 13)

Art.14 Abs.1 Bst. c und Abs. 2

Die öffentliche Hand des Kantons Freiburg übernimmt den gesamten Betriebskostenüberschuss der Dienste für Hilfe und Pflege zu Hause, jedoch nur unter der Voraussetzung, dass diese einem überwiegenden öffentlichen Interesse entsprechen (Präzisierung von **Artikel 14 Abs. 1 Bst. c** HPfIG). Damit ist z. B. ein Dienst gemeint, der über einen Bereitschaftsdienst verfügt, 7 Tage die Woche in Betrieb ist, der Aufnahmepflicht unterliegt und Nicht-OKP-Leistungen wie Beratung, Hilfe oder Präventionsmassnahmen erbringt.

Absatz 2 wird aufgehoben, da der Bund infolge des Inkrafttretens der NFA im 2008 Dienste für Hilfe und Pflege zu Hause nicht mehr subventioniert.

Art. 16 Abs. 2

Diese Bestimmung regelt die Subventionierung der Leistungen von Diensten für Hilfe und Pflege zu Hause, die in Besitze eines Leistungsauftrags eines Gemeindeverbandes sind (Art. 8 Abs. 3 HPfIG). Wie in der geltenden Gesetzgebung ist auch hier vorgesehen, dass die Gemeindeverbände für den Betriebskostenüberschuss ihrer Dienste bzw. der von ihnen beauftragten Dienste für Hilfe und Pflege zu Hause aufkommen. Der Betriebskostenüberschuss ergibt sich aus den Gesamtkosten für die Erbringung von Pflegeleistungen, Hilfeleistungen und gemeinwirtschaftlichen Leistungen abzüglich der Einnahmen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause. In den Gesamtkosten enthalten sind die Krankenpflege- und Hilfekosten sowie die Kosten für Leistungen von öffentlichem Interesse, die nicht in die Berechnung der Krankenpflege- und Hilfekosten fallen (s. Tabelle 4). Die Gemeindeverbände erhalten einen kantonalen Beitrag, der sich gesamthaft durchschnittlich auf 28,5 % des Betriebsüberschusses beläuft.

Tabelle 4

Finanzierung der Dienste für Hilfe und Pflege zu Hause

Gesamtkosten	Finanzierung
Kosten andere Leistungen (Pauschalentschädigungen + u. z. B. Fernalarm, Mahlzeitendienst, Mütter- und Väterberatung)	Pauschalentschädigungen zu Lasten der Gemeinden, alles andere = ausserhalb HPfIG u. wird gemäss Leistungsauftrag der Gemeinden bezahlt
Kosten für gemeinwirtschaftliche Leistungen nach HPfIG- Leistungsauftrag + Hilfekosten	Betriebsüberschuss zu Lasten der Gemeinden für Dienste nach HPfIG (davon Beitrag Staat: 28,5 %)
Pflegekosten	Einnahmen Tairfe Hilfe zu Hause
	Einnahmen KLV-Tarif

Gesamtkosten für Erbringung von Pflege- u. Hilfeleistungen

Mit 28,5 % entspricht der staatliche Beitrag der derzeitigen (2008) Beteiligung des Staates an den Betriebskosten der Dienste für Hilfe und Pflege zu Hause (s. Tabelle 5 im Anhang).

Bei der Änderung geht es darum, das Berechnungssystem für die Subvention zu vereinfachen, indem für die Kosten für zu Hause erteilte Pflegeleistungen, die von den Gemeinden übernommen

werden, eine Gesamtbeteiligung gewährt wird. Die gegenwärtige Berechnung der Subvention (basierend auf dem Lohn aller Angestellten des beauftragten Dienstes, die den Patientinnen und Patienten Leistungen erbringen, sowie der Kilometerentschädigung), ist nämlich in administrativer Hinsicht äusserst kompliziert und auch mit Blick auf die Prinzipien der Spitalfinanzierung obsolet.

Für die Kosten besonderer Leistungen, die durch Dienste mit Leistungsauftrag erbracht werden, gewährt der Staat auch weiterhin eine Subvention (Art. 17 HPfLG). Der staatliche Beitrag hängt von den Kosten ab, die entsprechend dem Tätigkeitsvolumen für die Durchführung des Leistungsauftrages nötig sind, nach Abzug der Einnahmen aus der OKP.

Bestimmungen zur Änderung des PflHG (Art. 13)

Art. 18 Abs. 1 Bst. b bis d, e und f (neu)

Die Betriebskosten der Pflegeheime nach Abzug der Finanzierungskosten werden gedeckt durch die Eigenmittel der im Heim lebenden Person, die Übernahme eines Teils der Pflegekosten durch die Krankenversicherer, den Beitrag der öffentlichen Hand (an die restlichen Pflegekosten und an die Betreuungskosten) und die übrigen Einnahmen des Pflegeheims. Die neue Formulierung der Bestimmung ermöglicht die Einführung einer finanziellen Beteiligung an den Pflegekosten der im Heim untergebrachten Person und der öffentlichen Hand.

Die Eigenmittel der im Heim untergebrachten Person dienen der Deckung der Pensionskosten, des Beitrags an die Pflegekosten und der Betreuungskosten.

Art. 19 Abs. 1 und 3

Nach Übernahme der Pensionskosten und einer Beteiligung an den von den Krankenversicherern nicht übernommenen Pflegekosten, verwenden die Heimbewohnerinnen und -bewohner die verbleibenden eigenen Mittel für die Finanzierung der Betreuungskosten, mit Ausnahme eines Freibetrages von 200 000 Franken auf das Vermögen.

Art. 21 Abs. 1

Die Neuordnung führt eine andere Aufteilung der Pflegekosten ein; diese gehen fortan zulasten des Versicherers, der im Heim untergebrachten Person und der öffentlichen Hand. Der Beitrag des Krankenversicherers entspricht einer Tagespauschale oder einem Tarif, der auf 12 Pflegestufen basiert. Pflegekosten, die vom Krankenversicherer nicht gedeckt werden, werden der im Heim untergebrachten Person in Rechnung gestellt, und zwar in Höhe von 20 % des Beitrags der Krankenversicherer. Dieser wiederum wird entsprechend der jeweiligen Pflegestufe festgelegt, sodass die Summe des anwendbaren Tarifs und des Beitrags der im Heim untergebrachten Person tiefer oder gleich hoch ausfällt wie die tatsächlichen Pflegekosten. Allfällige Restkosten gehen zulasten der öffentlichen Hand.

Inkrafttreten

Das Inkrafttreten des Bundesgesetzes über die Neuordnung der Pflegefinanzierung wurde auf den 1. Januar 2011 festgesetzt; das Ausführungsgesetz muss zum selben Zeitpunkt in Kraft treten.

5. Auswirkungen

5.1 Finanzielle und personelle Auswirkungen

Dieser Gesetzesvorentwurf hat finanzielle Auswirkungen für Staat und Gemeinden; diese sind direkt bedingt durch die neuen Bestimmungen des KVG.

Ambulante Pflege und Langzeitpflege

Stationäre Leistungen: In Pflegeheimen will man mit der Einführung des neuen 12-stufigen Bedarfsabklärungsinstruments im Vergleich zur heutigen Situation eine Kostenneutralität erzielen. Folglich stehen die finanziellen Auswirkungen der Neuordnung der Pflegefinanzierung hauptsächlich in Zusammenhang mit der Einschränkung der Kostenbeteiligung der im Heim untergebrachten Personen. Allerdings bezieht die Mehrheit der im Heim untergebrachten Personen Ergänzungsleistungen, weshalb die Auswirkungen der Neuordnung der Pflegefinanzierung für die öffentliche Hand kaum spürbar sein sollten. Anhand einer Stichprobe von 120 im Pflegeheim untergebrachten Personen wird derzeit eine Simulation der finanziellen Auswirkungen durchgeführt. Die Schlussfolgerungen aus dieser Simulation werden Teil der Botschaft zum Entwurf des Ausführungsgesetzes sein. Für diese Simulation müssen für alle 120 Personen die Pflege- und Betreuungskosten anhand der 12 Pflegestufen neu definiert werden, ihr Anspruch auf Ergänzungsleistungen und auf einen allfälligen Beitrag an die Betreuungskosten neu berechnet werden sowie der Restbetrag der Pflegekosten zulasten des Staates und der Gemeinden bestimmt werden.

Ambulante Leistungen: Sowohl für die selbstständigen Pflegefachpersonen als auch für die Organisationen für Krankenpflege und Hilfe zu Hause *ohne* Leistungsauftrag wird von der Annahme ausgegangen, dass die Pflegekosten dem in der KLV vorgesehenen Tarif entsprechen werden. Damit würden von vorneherein keine Restkosten zulasten der öffentlichen Hand entstehen, und es stünden auch keine Beteiligung der Patientinnen und Patienten an. Die finanziellen Auswirkungen wären somit gleich Null. Was die Dienste für Hilfe und Pflege zu Hause *mit* Leistungsauftrag betrifft, so liegen die KLV-Tarife über den derzeit gültigen Tarifen, was einer Verbesserung der Finanzlage entspricht. Diese Verbesserung muss allerdings gewichtet werden, weil die Verrechnung künftig nicht mehr pro Viertelstunde sondern pro fünf Minuten erfolgt, was einen Rückgang von 10 % der verrechneten Stunden zur Folge haben dürfte. Die Steigerung der Einnahmen der Dienste für Hilfe und Pflege zu Hause kann auf ca. 125 000 Franken, d. h. +1,2 % geschätzt werden (s. Tabelle 6). Auch wenn insgesamt eine Verbesserung der Einnahmen festgestellt werden kann, so muss dennoch darauf hingewiesen werden, dass die Entschädigung für die Krankenpflegeleistungen «Untersuchung» und «Behandlung» mit den Tarifen weniger hoch ausfallen wird als jetzt, wohingegen die Leistungen der Grundpflege stark aufgewertet werden.

Schätzungen Tarifauswirkungen Neuordnung Pflegefinanzierung (ambulant + Langzeit)	Stundentarif 2008-2010	Total verrechnete Stunden 2008	Stunden ambulante Pflege u. Langzeit- pflege	Einnahmen ambulante Pflege u. Langzeitpflege 2008 (in Fr.)	Verlust Stunden mit 5 Min.-Tarif- gestaltung (Schätzung 10 %)	Stunden- tarif 2011	Absehbare Einnahmen ambulante Pflege u. Langzeitpflege 2011 (Stundenbasis 2008) (in Fr.)	Absehbare zusätzliche Einnahmen Neuordnung Pflegefinanzierung (in Fr.)
Evaluation u. Beratung	67	18'490	14'607	978'676	1'461	79.8	1'049'082	70'406
Untersuchung u. Behandlung	67	71'057	56'135	3'761'047	5'614	65.4	3'304'108	-456'939
Komplexe Grundpflege	50	97'455	76'989	3'849'473	7'699	54.6	3'783'262	-66'211
Einfache Grundpflege	36	55'705	44'007	1'584'250	4'401	54.6	2'162'502	578'251
Total		242'707	191'739	10'173'445	19'174		10'298'953	125'507
davon 71,5 % Gemeinden								89'738
davon 28,5 % Staat								35'770

Akut- und Übergangspflege

Für die Leistungen der Akut- und Übergangspflege hat das KVG eine duale Finanzierung vorgesehen. Die Patientinnen und Patienten sind lediglich zur Zahlung der Franchise und des Selbstbehalts verpflichtet. Der Tarif, den die Krankenversicherer zahlen, deckt höchstens 45 % der Kosten der Akut- und Übergangspflege, die Restkosten übernimmt die öffentliche Hand. Die Tarife handeln Krankenversicherer und Leistungserbringer unter sich aus. Die finanziellen Konsequenzen für 2011 sind nur schwer einschätzbar, da sie nicht nur vom Leistungsvolumen sondern auch von den Ergebnissen der Tarifverhandlungen abhängig sein werden.

Für die Kosten wird von der Annahme ausgegangen, dass sie dem Tarif entsprechen; der ausgehandelte Tarif für Leistungen der Akut- und Übergangspflege darf nicht von den Kosten der anderen Pflegeleistungen abweichen. Sicher ist nur, dass die Kosten der Leistungen der akut- und Übergangspflege zulasten der öffentlichen Hand Freiburgs nicht unter dem KLV-Tarif liegen dürfen. Weil die Kosten zulasten der öffentlichen Hand aus den Tarifverhandlungen zwischen Leistungserbringern und Krankenversicherern hervorgehen werden, können die finanziellen Auswirkungen für die Finanzierung der Leistungen der Akut- und Übergangspflege bloss auf Ebene der KLV-Tarife veranschlagt werden. Weil es unmöglich ist, eine generelle einheitliche Aussage zu den Kosten zu formulieren, beruhen die Schätzungen des Leistungsvolumens auf der einzigen vorliegenden Referenz, nämlich auf derjenigen, welche die GDK im Rahmen der eidgenössischen Vernehmlassung ins Spiel gebracht hat. Dieser zufolge machen die Leistungen der Akut- und Übergangspflege 21 % der zu Hause erteilten Pflegeleistungen aus.

Tabelle 7 **Einschätzung finanzielle Auswirkungen Akut- und Übergangspflege**

Selbstständige Pflegefachpersonen Schätzung 2011	Evaluation u. Beratung	Untersuchung u. Behandlung	Grundpflege	Total
Schätzung erbrachte Stunden	842	3'545	8'214	12'600
Gesamtkosten	67'200	231'816	448'458	1'005'497
Anteil öffentliche Hand 55 %	36'960	127'499	246'652	411'111
davon 71,5 % Gemeinden				293'944
davon 28,5 % Staat				117'167

Für die Dienste für Hilfe und Pflege zu Hause basieren die Schätzungen ferner auf einem jährlichen Anstieg der Rechnungsstellung von 1,5 %.

Tabelle 8 **Einschätzung finanzielle Auswirkungen Akut- und Übergangspflege**

Dienste für Hilfe und Pflege zu Hause Schätzung 2011	Evaluation u. Beratung	Untersuchung u. Behandlung	Komplexe Grundpflege	Grundpflege	Total
Verrechnete Stunden 2008	18'490	71'057	97'455	55'705	242'707
Stunden Akut- u. Übergangspflege 21 %, inkl.+4,5 % Anstieg im Vergleich zu 2008	4'058	15'593	21'386	12'224	53'262
Gesamtkosten aktueller Tarif	271'861	1'044'762	1'069'325	440'081	2'826'029
Gesamtkosten neuer Tarif	323'799	1'019'812	1'167'703	667'456	3'178'770
Anteil öffentliche Hand – Differenz zwischen aktuellem u. veranschlagtem Tarif	51'938	-24'950	98'378	227'375	352'741
davon 71,5 % Gemeinden					252'210
davon 28,5 % Staat					100'531

Für Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause *ohne* Leistungsauftrag sind keinerlei finanzielle Auswirkungen zu erwarten, wobei davon ausgegangen wird, dass es heute im Kanton Freiburg keine Organisation dieser Art gibt und, wenn es denn eine geben sollte, der Staatsrat nicht dazu verpflichtet wäre, diese zur Erbringung von Akut- und Übergangspflegeleistungen zu ermächtigen, sofern sie nicht einem überwiegenden öffentlichen Interesse entspricht.

Den berücksichtigten Annahmen zufolge müssten sich die finanziellen Auswirkungen für die Freiburger öffentliche Hand insgesamt auf 638 344 Franken belaufen, bei folgender Verteilung (s. Tabelle 9 und 10):

Tabelle 9

Total finanzielle Auswirkungen für den Staat	Fr.	181'928
Ambulante Pflege u. Langzeitpflege	Fr.	-35'770
Pflegeheime	Fr.	-
Selbstständige Pflegefachpersonen	Fr.	-
Dienste für Hilfe u. Pflege zu Hause mit Auftrag	Fr.	-35'770
Organisationen für Krankenpflege u. Hilfe zu Hause ohne Auftrag	Fr.	-
Akut- und Übergangspflege	Fr.	217'698
Pflegeheime	Fr.	-
Selbstständige Pflegefachpersonen	Fr.	117'167
Dienste für Hilfe u. Pflege zu Hause mit Auftrag	Fr.	100'531
Organisationen für Krankenpflege u. Hilfe zu Hause ohne Auftrag	Fr.	-

Tabelle 10

Total finanzielle Auswirkungen für die Gemeinden	Fr.	456'416
Ambulante Pflege u. Langzeitpflege	Fr.	-89'738
Pflegeheime	Fr.	-
Selbstständige Pflegefachpersonen	Fr.	-
Dienste für Hilfe u. Pflege zu Hause mit Auftrag	Fr.	-89'738
Organisationen für Krankenpflege u. Hilfe zu Hause ohne Auftrag	Fr.	-
Akut- und Übergangspflege	Fr.	546'154
Pflegeheime	Fr.	-
Selbstständige Pflegefachpersonen	Fr.	293'944
Dienste für Hilfe u. Pflege zu Hause mit Auftrag	Fr.	252'210
Organisationen für Krankenpflege u. Hilfe zu Hause ohne Auftrag	Fr.	-

Schliesslich hat der Gesetzesvorentwurf in seiner jetzigen Formulierung auf Personalebene keine Auswirkungen für den Staat. Es müssen weder Stellen geschaffen noch welche abgebaut werden.

5.2 Auswirkungen auf die Aufgabenverteilung zwischen Staat und Gemeinden

Angesichts des vorgesehenen kantonalen Beitragssatzes wirkt sich der Gesetzesvorentwurf nicht auf die Aufgabenverteilung zwischen dem Staat und den Gemeinden aus. Dieser Beitragssatz äussert sich zwar sowohl für den Staat als auch für die Gemeinden in der Verpflichtung, sich an der vom Bund auferlegten Pflegefinanzierung beteiligen zu müssen, ent- oder belastet jedoch weder den einen noch den anderen.

5.3 Verfassungsmässigkeit, Vereinbarkeit mit dem Bundesrecht und dem Europarecht

Der Gesetzesvorentwurf ist mit der Kantonsverfassung und dem Bundesrecht vereinbar. Er ist auch mit dem Europarecht vereinbar.

5.4 Gesetzesreferendum

Die Vorlage unterliegt dem Gesetzesreferendum. Sie unterliegt nicht dem Finanzreferendum.

Anhang:

Tabelle 5

Hilfe und Pflege nach Bezirken 2008	Saane		Sense		Greyerz		See		Glane		Broye		Vivisbach		Total	
	in Franken	in %	in Franken	in %	in Franken	in %	in Franken	in %	in Franken	in %	in Franken	in %	in Franken	in %	in Franken	in %
Löhne u. Personalkosten	7'706'714	90%	3'943'813	87%	5'358'806	91%	3'675'169	86%	2'927'558	91%	3'045'477	88%	2'009'907	90%	28'667'444	89%
andere Ausgaben	809'286	10%	590'855	13%	560'774	9%	603'075	14%	292'997	9%	430'572	12%	232'487	10%	3'520'046	11%
Gesamtausgaben	8'516'000	100%	4'534'668	100%	5'919'580	100%	4'278'244	100%	3'220'555	100%	3'476'049	100%	2'242'394	100%	32'187'490	100%
Betriebsentnahmen (Rechnungsstellung der Dienste)	4'014'910	47%	2'355'798	52%	2'844'938	48%	2'694'732	63%	1'261'691	39%	1'658'672	48%	954'993	43%	15'785'734	49%
KLV	3'289'521	39%	1'777'209	39%	2'368'528	40%	2'331'124	54%	965'126	30%	1'356'886	39%	735'360	33%	12'823'754	40%
HILFE	611'629	7%	362'162	8%	389'611	7%	256'788	6%	271'872	8%	251'584	7%	202'062	9%	2'345'708	7%
ANDERE	113'760	1%	216'427	5%	86'799	1%	106'820	2%	24'693	1%	50'202	1%	17'571	1%	616'272	2%
Andere Einnahmen	383	0%	1'504	0%	9'347	0%	20'810	0%	123	0%	524	0%	-	0%	32'691	0%
Kantonaler Beitrag	1'310'796	15%	665'674	15%	880'300	15%	297'105	7%	656'823	20%	466'370	13%	391'769	17%	4'668'837	15%
Restbetrag zu Lasten der Gemeinden	3'189'911	37%	1'511'692	33%	2'184'995	37%	1'265'597	30%	1'301'918	40%	1'350'483	39%	895'632	40%	11'700'228	36%
Gesamteinnahmen	8'516'000	100%	4'534'668	100%	5'919'580	100%	4'278'244	100%	3'220'555	100%	3'476'049	100%	2'242'394	100%	32'187'490	100%

Hilfe und Pflege nach Bezirken 2008	Saane		Sense		Greyerz		See		Glane		Broye		Vivisbach		Total	
	in Franken	in %	in Franken	in %	in Franken	in %	in Franken	in %	in Franken	in %	in Franken	in %	in Franken	in %	in Franken	in %
Netto-Ausgaben (ohne Betriebsentnahmen der Dienste)	4'501'090		2'178'870		3'074'642		1'583'512		1'958'864		1'817'377		1'287'401		16'401'756	
Kantonaler Beitrag	1'310'796		665'674		880'300		297'105		656'823		466'370		391'769		4'668'837	
Kantonaler Beitrag in % der Netto-Ausgaben	29.1%		30.6%		28.6%		18.8%		33.5%		25.7%		30.4%		28.5%	