

Ausführungsreglement

vom ...

über die sozialmedizinischen Leistungen (SmLR)

Der Staatsrat des Kantons Freiburg

gestützt auf das Gesetz vom 12. Mai 2016 über die sozialmedizinischen Leistungen (SmLG);
auf Antrag der Direktion für Gesundheit und Soziales,

beschliesst:

1. Definitionen

Art. 1 Pflegeleistungen (Art. 2 Abs. 1 SmLG)

Pflegeleistungen sind Leistungen gemäss Definition nach Artikel 7 Abs. 2 der Verordnung des Eidgenössischen Departements des Innern vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (KLV).

Art. 2 Betreuungsleistungen im Pflegeheim (Art. 2 Abs. 3 Bst. a SmLG)

¹ Betreuungsleistungen sind individuelle Leistungen, die zur Erhaltung und Entwicklung der physischen, psychischen, spirituellen und sozialen Fähigkeiten der Person beitragen, und die ausdrücklich zwischen dem Pflegeheim und der leistungsbeziehenden Person oder ihrem gesetzlichen Vertreter vereinbart wurden.

² Die Direktion für Gesundheit und Soziales (im Folgenden: die Direktion) definiert den Katalog der Leistungen, die als Betreuungsleistungen finanziert werden.

Art. 3 Beherbergungsleistungen im Pflegeheim (Art. 2 Abs. 3 Bst. b SmLG)

Beherbergungsleistungen sind Leistungen, die in einem Pflegeheim erbracht werden und die im Zusammenhang stehen mit:

- a) der Verpflegung;
- b) dem hauswirtschaftlichen Dienst;
- c) der gemeinschaftlichen Aktivierung;
- d) der Organisation sowie der administrativen und finanziellen Verwaltung des Pflegeheims;

Art. 4 Katalog der zu Hause erbrachten Hilfeleistungen (Art. 2 Abs. 3 Bst. c und Art. 6 Abs. 2 SmLG)

Die Hilfe zu Hause umfasst:

- a) hauswirtschaftliche Arbeiten wie Kochen, Einkaufen, Unterhalt der Wäsche und der Wohnung;
- b) Beurteilung des Hilfebedarfs der Person, einschlägige Information und Beratung.

2. Freie Wahl der Leistungserbringenden

Art. 5 Grundsatz (Art. 3 SmLG)

Die Wahlfreiheit einer Person, die eine sozialmedizinische Leistung benötigt, gilt für alle Leistungserbringenden mit einer im Kanton erteilten Betriebsbewilligung oder einer Bewilligung zur selbstständigen Berufsausübung.

Art. 6 Ausserkantonale Leistungen (Art. 3 SmLG)

¹ Entscheidet sich eine Person für stationäre Leistungen in einem ausserkantonalen Pflegeheim, beteiligt sich die Freiburger öffentliche Hand nicht an den damit verbundenen Kosten. Die Bestimmungen der kantonalen und eidgenössischen Gesetzgebung im Zusammenhang mit der Pflegefinanzierung und den Ergänzungsleistungen sowie interkantonale Vereinbarungen bleiben vorbehalten.

² Ist die Leistung in einem anerkannten Pflegeheim nicht verfügbar, so kann die Direktion eine Garantie für die Übernahme der Kosten eines ausserkantonalen Pflegeheimaufenthalts gewähren. Der Beitrag der öffentlichen Hand kann jedoch nicht höher sein als derjenige, der für den Aufenthalt in einem anerkannten Pflegeheim gewährt wird.

3. Bedarfsermittlung und Planung des Angebots

Art. 7 Bedarfsermittlung (Art. 4 und 12 SmLG)

¹ Wer Leistungen von sozialmedizinischen Leistungserbringenden beziehen möchte, die von einem Gemeindeverband (nachfolgend: Verband) betrieben oder beauftragt werden, muss seine Bedürfnisse im Hinblick auf einen Leistungsvorschlag abklären lassen.

² Die individuelle Bedarfsermittlung kann von den Leistungserbringenden, die von einem Gemeindeverband oder vom Staat betrieben oder beauftragt werden, von den Spitalnetzen sowie von allen Einrichtungen und Gesundheitsfachpersonen, die mit dem dafür vorgesehenen Instrument arbeiten (Art. 8.), durchgeführt werden.

Für die Bedarfsermittlung muss die Person die dafür erforderlichen Informationen liefern und akzeptieren, dass diese Daten für folgende Zwecke an den Verband des Bezirks, in dem die Person wohnhaft ist, weitergegeben werden:

- a) die Erhebung der Daten, die es für die Erstellung des Bedarfsdeckungsplans braucht (Bst. a);
- b) die Koordination der sozialmedizinischen Leistungen, die es für den Verbleib zu Hause einer Person braucht (Bst. b);
- c) die Validierung eines allfälligen Einzelgesuchs um einen Langzeitaufenthalt im Pflegeheim (Bst. c).

⁴ Vorbehaltlich der Zustimmung der Person dürfen die Daten nicht zu anderen Zwecken verwendet werden.

Art. 8 Instrument zur Bedarfsermittlung (Art. 4 SmLG)

¹ Die Bedarfsermittlung erfolgt mit Hilfe eines von der Direktion in Zusammenarbeit mit den betroffenen Kreisen ausgearbeiteten Instruments.

² Das Instrument gibt an, welche sozialmedizinischen Leistungen den Bedürfnissen der Person entsprechen und gegebenenfalls welche Massnahmen notwendig sind, um die Sicherheit der Person zu gewährleisten und ihre Selbstständigkeit sowie ihre soziale Eingliederung zu fördern.

Art. 9 Planung des Angebots (Art. 5 SmLG)

¹ Die Planung des Angebots definiert die für den Kanton insgesamt sowie für die Bezirke im Einzelnen zu entwickelnden sozialmedizinischen Leistungen. Außerdem legt sie das zu Hause zu leistende Pflegevolumen fest, in Entsprechung mit der Gesundheitsgesetzgebung.

² Die zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zugelassenen und die anerkannten Pflegeheime – einschliesslich die mit spezifischen Aufträgen im Sinne von Art. 10 Abs. 5 SmLG – sind in der Planung getrennt voneinander aufgeführt.

³ Die Planung des Angebots wird für einen Zeitraum von fünf Jahren erstellt.

4. Sozialmedizinische Leistungen zu Hause

Art. 10 Leistungen, die von mehreren Leistungserbringenden angeboten werden (Art. 7 Abs. 2 Bst. d SmLG)

Ein Verband, der mehreren Erbringenden von Teilleistungen Beiträge gewährt, muss dafür sorgen, dass:

- a) alle Leistungen der Hilfe und Pflege zu Hause auf dem Bezirksgebiet erhältlich und koordiniert sind;
- b) alle im Bezirk wohnhaften Personen zu den gleichen Bedingungen Zugang zu diesen Leistungen haben.

Art. 11 Rahmenbedingungen für den Betrieb (Art. 7 Abs. 2 Bst. f SmLG)

Die Rahmenbedingungen für den Betrieb der Leistungserbringenden beinhalten namentlich:

- a) die Einsatzzeiten;
- c) die Qualitätsnormen;
- c) die Kriterien für die Festsetzung der Personaldotation;
- d) den Kontenplan und den Inhalt der Statistik.

5. Leistungen im Pflegeheim

Art. 12 Zugang zu den Leistungen (Art. 8 Abs. 1 SmLG)

Der Zugang zu den Leistungen eines Pflegeheims wird auch allen Personen garantiert, die das gesetzliche Rentenalter noch nicht erreicht haben, wenn diese Leistungen ihren anhand des in Artikel 8 vorgesehenen Instruments ermittelten Bedürfnissen entsprechen.

Art. 13 Recht auf Information (Art. 8 Abs. 1 SmLG)

¹ Entsprechend der Gesundheitsgesetzgebung werden die Person, die in ein Pflegeheim eintreten möchte, sowie ihre gesetzlicher Vertreter schriftlich über die Rechte und Pflichten der Person sowie über die Bedingungen ihres Aufenthalts informiert.

² Die Information betrifft insbesondere:

- a) die Leistungen des Pflegeheims nach Artikel 1 bis 3;
- b) die Rechte und Pflichten der aufgenommenen Person, namentlich ob sie das Recht hat, innerhalb des Pflegeheims eine Sterbehilfeorganisation beizuziehen oder ob dies verboten ist;
- c) die finanziellen Bedingungen (Leistungen zulasten der Person, Fakturierungs- und Zahlungsmodalitäten, Garantien);
- d) die Vertragsdauer und die Kündigungsmodalitäten;
- e) die im Falle eines Streitfalls zu kontaktierende Instanz sowie das Verfahren.

³ Diese Informationen sind fester Bestandteil des Beherbergungsvertrags.

Art. 14 Kategorien der sozialmedizinischen Leistungen (Art. 8 Abs. 2 SmLG)

¹ Die vorübergehende Aufnahme in einem Wartebett wird der stationären Langzeitaufnahme gleichgestellt.

² Die Aufnahme von Personen mit besonderen Bedürfnissen kann in Spezialabteilungen erfolgen.

Art. 15 Gemeinschaftshäuser (Art. 8 Abs. 3 SmLG)

Die Bestimmungen über die Pflegekosten in den Pflegeheimen gelten nicht für Gemeinschaftshäuser, in denen die Pflegeleistungen von sozialmedizinischen Leistungserbringenden im Sinne von Artikel 7 SmLG erbracht werden.

Art. 16 Bedingungen für die Zulassung zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Art. 9 SmLG)

¹ Um zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zugelassen zu werden, muss ein Pflegeheim:

- a) im Besitz einer Betriebsbewilligung sein, entsprechend der Gesundheitsgesetzgebung;
- b) den vom Dachverband der Heime und Sozialeinrichtungen definierten Kontenplan verwenden und eine Buchhaltung führen, die es erlaubt, Ausgaben und Einnahmen jeder sozialmedizinischen Leistung einzeln zu betrachten;
- c) den Diensten der Kantonsverwaltung alle Auskünfte erteilen, die es für die Kontrolle der Tätigkeit des Pflegeheims braucht;
- d) die Daten für die Führung der eidgenössischen und kantonalen Statistiken liefern;
- e) die von den zuständigen Behörden festgelegten oder ratifizierten Preise anwenden.

² Die Direktion legt die Qualitätsstandards und die Anforderungen im Zusammenhang mit dem Pflegepersonal fest.

Art. 17 Voraussetzungen für die Anerkennung (Art. 10 SmLG)

¹ Um anerkannt zu werden, muss ein zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zugelassenes Pflegeheim der Person individuell auf ihre Bedürfnisse und Wünsche zugeschnittene Betreuungsleistungen garantieren.

² Ziel, Art und Häufigkeit der Leistungen werden mit der Person und/oder mit ihrem gesetzlichen Vertreter vereinbart und die damit einhergehenden Informationen werden in der Akte der leistungsbeziehenden Person festgehalten.

³ Die Betreuungsbedürfnisse der Person werden regelmässig evaluiert, namentlich, um der Entwicklung ihrer Kompetenzen und Bedürfnisse sowie ihres Gesundheitszustandes Rechnung zu tragen.

⁴ In jeder Einrichtung muss eine Person mit Aktivierungs-Ausbildung auf Tertiärstufe anwesend sein.

Art. 18 Anerkennungsverfahren (Art. 10 SmLG)

Das Anerkennungsgesuch ist vom Verband an den für die Finanzierung der Pflegeheime zuständigen Dienst zu richten, unter Beilage:

- a) eines Dokuments, mit dem sich feststellen lässt, dass der Rechtsträger des Pflegeheims nicht gewinnorientiert ist;
- b) einer Bestätigung des Verbands, die besagt, dass die Einrichtung – sofern sie nicht vom Verband betrieben wird – über einen Auftrag verfügt, der den Anforderungen nach Artikel 19 SmLG entspricht.

Art. 19 Pflegeheime mit Auftrag des Staates Freiburg (Art. 10 Abs. 5 SmLG)

¹ Ein Pflegeheim, das Leistungen anbietet, die der gesamten Kantonsbevölkerung zugutekommen, kann einen Auftrag des Staates erhalten.

² Der Auftrag präzisiert die Bedingungen im Zusammenhang mit der Übernahme der Betriebskosten, die nicht von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung, den leistungsbeziehenden Personen oder der öffentlichen Hand gedeckt werden, in Übereinstimmung mit Artikel 19 SmLG.

6. Gemeindeverbände

Art. 20 Bedarfsdeckungsplan (Art. 12 Bst. a SmLG)

¹ Der Verband erstellt regelmässig einen Bedarfsdeckungsplan; er bezieht sich dabei auf die Daten der vom Staat erstellten Planung der Langzeitpflege.

² Der Bedarfsdeckungsplan hält in Anzahl Betten und Plätzen die Entwicklung der verschiedenen sozialmedizinischen Leistungen fest, die dem Pflegeheim des Bezirks zugeteilt wurden; dabei sind die Eigenheiten der Leistungen von Artikel 14 zu berücksichtigen und die Pflegeheime, die zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zugelassen sind von denjenigen, die auch vom Staat anerkannt sind, zu unterscheiden.

³ Der Bedarfsdeckungsplan definiert das Stundenvolumen, das den einzelnen Erbringenden von Leistungen der Hilfe und Pflege zu Hause zugeteilt wird.

⁴ Der Bedarfsdeckungsplan wird den kantonalen Diensten, die für die Planung der Langzeitpflege zuständig sind, übermittelt.

Art. 21 Koordination und Information (Art. 12 Bst. b et c SmLG)

¹ Die Verbände achten darauf, die sozialmedizinischen Leistungen innerhalb ihres Bezirks so zu organisieren, dass sie den spezifischen Bedürfnissen ihrer Bevölkerung entsprechen.

² Der Verband koordiniert den Zugang zu den sozialmedizinischen Leistungen des Bezirks und organisiert auf Anfrage oder systematisch die aufgrund der Beurteilung der Bedürfnisse der Person angezeigten Leistungen.

³ Der Verband informiert über die im Bezirk erhältlichen sozialmedizinischen Leistungen und gibt Auskunft über andere Leistungen, die den Verbleib zu Hause fördern können.

Art. 22 Kriterien für die Aufnahme in einem Pflegeheim (Art. 12 Bst. d SmLG)

Die Aufnahmekriterien für stationäre Langzeitaufenthalte beruhen auf dem Pflegebedarf der Personen und berücksichtigen die im Bezirk verfügbaren Leistungen zur Förderung des Verbleibs zu Hause.

Art. 23 Beratende Kommission (Art. 13 Abs. 2 SmLG)

¹ Die beratende Kommission unterstützt den Verband vor allem bei seinen Aufgaben im Zusammenhang mit der Ausarbeitung des Bedarfsdeckungsplans und der Koordination der sozialmedizinischen Leistungen.

² Der Verband legt die Aufgaben der beratenden Kommission fest.

7. Kosten der Leistungen

Art. 24 Hilfe und Pflege zu Hause (Art. 14 Abs. 1 und 3 SmLG)

¹ Die Tarife der Hilfe zu Hause, die von Leistungserbringenden erbracht wird, die von einem Verband betrieben oder beauftragt werden, werden in einer eigenen Verordnung festgelegt.

² Die Kosten der zu Hause erteilten Pflegeleistungen werden von der Ausführungsgesetzgebung im Zusammenhang mit der Neuordnung der Pflegefinanzierung festgelegt.

Art. 25 Pflege und Betreuung in den Pflegeheimen (Art. 14 Abs. 2 Bst. a und b und 3 SmLG)

¹ Als Pflege- und Betreuungskosten gelten die Personalkosten entsprechend der vom Staatsrat festgelegten Dotation, zuzüglich der weiteren, von der Direktion festgelegten Pflegekosten.

² Der Pflege- und der Betreuungspreis werden pauschal, auf Grundlage der Budgets der Pflegeheime festgelegt.

³ Die Differenz zwischen dem in Rechnung gestellten Preis und den subventionierten Pflege- und Betreuungskosten ist Gegenstand einer jährlichen Schlussabrechnung.

Art. 26 Beherbergungskosten (Art. 14 Abs. 2 Bst. c und 3)

Die Beherbergungskosten umfassen:

- a) die Löhne, die Sozialleistungen und die anderen Kosten für das Personal, das nicht in die Kategorie Pflege- und Betreuungspersonal fällt;
- b) die Ausgaben im Zusammenhang mit den Leistungen Dritter für die Einrichtung;
- c) alle Ausgaben im Zusammenhang mit den Tätigkeiten nach Artikel 3, mit Ausnahme der Investitionskosten.

Art. 27 Investitionskosten (Art. 12 Bst. e und 14 Abs. 2 Bst. d SmLG)

¹ Als Investitionskosten gelten die Zinsen und der Abschreibungsaufwand im Zusammenhang mit den in der Bilanz des Pflegeheims aktivierten Mobilien und Immobilien.

² Die Verbände vereinbaren die Investitionen, die in der Bilanz des Pflegeheims zu berücksichtigen sind, sowie die Modalitäten für die Berechnung der Zinsen und der Abschreibungen.

8. Finanzierungsgrundsätze und Beiträge

Art. 28 Geltende Normen (Art. 15 SmLG)

¹ In Übereinstimmung mit der Gesetzgebung über die Subventionen werden die Ausgaben, welche die Referenznormen des Staates überschreiten, nicht subventioniert; sie müssen von den Leistungserbringenden getragen werden, vorbehaltlich der vom Verband festgelegten Modalitäten.

² Die Direktion präzisiert die Referenznormen.

Art. 29 Staatliche Subventionierung der beauftragten oder von einem Verband betriebenen Dienste für Hilfe und Pflege zu Hause (Art. 16 SmLG)

¹ Zum subventionierten Personal gehört die für den Dienst verantwortliche Person – Verwaltungspersonal ausgenommen – und das Pflege- und Hilfspersonal, dessen Dotation von der Direktion in Übereinstimmung mit Artikel 7 Abs. 2 Bst. f SmLG festgesetzt wird.

² Der Beitrag wird aus der Summe der Gehälter und Sozialleistungen berechnet, Fahrkosten inbegriffen, nach Abzug der Einnahmen aus der Verrechnung zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung.

³ Das Beitragsgesuch, das auf der letzten vom Verband genehmigten Jahresrechnung basiert, muss dem für die Finanzierung der zu Hause erteilten sozialmedizinischen Leistungen zuständigen Dienst bis zum 31. Mai des Jahres, das dem berücksichtigten Geschäftsjahr folgt, abgegeben werden.

⁴ Der Staat überweist den Diensten vierteljährliche Anzahlungen von insgesamt bis zu 80 % des Betrags, der in den vom Staatsrat beschlossenen Voranschlag eingetragen ist. Die Schlussabrechnung erfolgt aufgrund ihrer vom Verband genehmigten Jahresrechnung.

Art. 30 Subventionierung der Aufnahmen tagsüber und nachtsüber (Art. 17 Abs. 1 SmLG)

¹ Die Pauschale für die Aufnahmen tagsüber und nachtsüber besteht aus:

- b) dem Anteil der Pflegekosten, der von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nicht übernommen wird;
- b) einem Betrag von 35 Franken pro Betreuungstag in der Tagesstätte;
- c) einem Betrag von 25 Franken pro Übernachtung;

d) einem Betrag von höchstens 60 Franken für eine Aufnahme tagsüber und nachtsüber während 24 Stunden.

² Aufnahmen tagsüber und nachtsüber während eines Zeitraums von über 14 Tagen werden gleich subventioniert, wie die stationäre Langzeitaufnahme.

³ Die Direktion präzisiert die Finanzierungsmodalitäten der Aufnahmen tagsüber und nachtsüber und legt den Beitrag der beherbergten Personen fest.

Art. 31 Übernahme der Investitionskosten der Pflegeheime (Art. 18 SmLG)

¹ Als Wohnsitz der Person, die eine im Pflegeheim erteilte Leistung bezieht, gilt der Ort, in dem sie vor ihrem Eintritt in die Einrichtung wohnhaft war.

² Die Investitionskosten einer Einrichtung können nicht einer im Kanton wohnhaften Person in Rechnung gestellt werden.

³ Für die Berechnung des kantonalen Durchschnitts berücksichtigt die Direktion die Summe der Investitionskosten der Einrichtungen, die von einem Verband betrieben oder beauftragt werden, geteilt durch die Anzahl verfügbarer Betten oder Plätze und die Anzahl tatsächlicher Tage oder Aufnahmen.

⁴ Bei der Berechnung des kantonalen Durchschnitts wird nach den in Artikel 8 SmLG definierten sozialmedizinischen Leistungen unterschieden.

⁵ Die vom Staat beauftragten Pflegeheime verrechnen die tatsächlichen Investitionskosten bis zur Höhe des kantonalen Durchschnitts.

Art. 32 Verzicht auf eine Karenzfrist (Art. 20 Abs. 5 SmLG)

Für die Gewährung von Beiträgen an die Betreuungskosten kann auf die zweijährige Karenzfrist im Zusammenhang mit dem Wohnort der Person verzichtet werden, wenn diese länger als 20 Jahre in Kanton Freiburg steuerpflichtig war.

Art. 33 Verfahren in Sachen Beiträge an die Betreuungskosten (Art. 20 Abs. 2 SmLG)

¹ Wer eine sozialmedizinische Leistung eines Pflegeheims beziehen möchte, muss bei der kantonalen Ausgleichskasse (im Folgenden: die Kasse) ein Gesuch um Ergänzungsleistungen einreichen, im Hinblick auf einen Beitrag an die Betreuungskosten oder die Rückerstattung bestimmter Kosten, die nicht von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übernommen werden.

² Der Anspruch auf einen Beitrag an die Betreuungskosten wird bei Einreichen des Gesuchs um Ergänzungsleistungen von Amts wegen geprüft.

³ Die Kasse teilt ihren Entscheid bzgl. Beitragsanspruch der begünstigten Person mit, unter Angabe des Datums, ab dem dieser wirksam ist, und mit Kopie an die Einrichtung.

⁴ Die Kasse übermittelt dem für die Finanzierung der Pflegeheimleistungen zuständigen Dienst die Daten, die er für die Auszahlung des Beitrags braucht.

⁵ Die Einrichtung korrigiert die Beträge, die der Person in Rechnung gestellt wurden, ab dem Zeitpunkt, zu dem der Entscheid rechtskräftig und vollstreckbar wurde.

⁶ Die begünstigte Person und die Einrichtung teilen der Kasse unverzüglich alle Tatsachen mit, welche die Berechnung des Beitrags beeinflussen können.

⁷ Die Einrichtung meldet der Kasse für alle begünstigten Personen die Änderungen im Zusammenhang mit der Pflegestufe sowie alle Ein- und Austritte.

Art. 34 Berechnung des Anspruchs auf Beiträge an die Betreuungskosten (Art. 20 Abs. 2 SmLG)

¹ Der tägliche Beitrag an die Betreuungskosten entspricht den Gesamttageskosten, die der Person in Rechnung gestellt werden können, unter Abzug ihrer Mittel, einschliesslich des nach Artikel 15 Abs. 4 SmLG berücksichtigten Vermögensanteils.

² Der Einkommensanteil, welcher der leistungsbeziehenden Person für ihre persönlichen Kosten zur Verfügung steht, der Maximalbetrag der Beherbergungskosten, der bei der Berechnung des Beitragsanspruchs berücksichtigt wird, sowie der Anteil der Vermögensbelastung werden in der Ausführungsgesetzgebung zum Gesetz über die Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung festgelegt.

³ Der Beitrag wird nicht zugesprochen, wenn der tägliche Fehlbetrag weniger als 2 Franken beträgt.

Art. 35 Modalitäten der Ausrichtung des Beitrags an die Betreuungskosten (Art. 20 Abs. 2 SmLG)

¹ Der Beitrag an die Betreuungskosten wird den Einrichtungen am Ende jedes Quartals entrichtet.

² Dieser Beitrag wird von den Gesamtkosten, die der leistungsbeziehenden Person in Rechnung gestellt werden können, abgezogen.

Art. 36 Lastenaufteilung (Art. 17 Abs. 2 und 20 Abs. 4 SmLG)

Am Ende jedes Quartals verrechnet die Direktion den Gemeinden den Anteil der Ausgaben im Zusammenhang mit dem Beitrag an die Betreuungskosten sowie mit der Aufnahme tags- und nachtsüber.

9. Koordination, Aufsicht und Rechtsmittel

Art. 37 Kantonale Kommission (Art. 21 SmLG)

¹ Die kantonale Kommission besteht aus 11 Mitgliedern, welche die Gemeindeverbände, die Spitalnetze und die staatlichen Dienststellen vertreten.

² Das Präsidium führt die Vorsteherin bzw. der Vorsteher des für die öffentliche Gesundheit zuständigen Diensts oder die Vorsteherin bzw. der Vorsteher des für die Finanzierung der Pflegeheime zuständigen Diensts.

Art. 38 Expertenkommission (Art. 22 Abs. 2 und Art. 24 Abs. 1 SmLG)

¹ Die Expertenkommission besteht aus fünf Mitgliedern, welche die Einrichtungen, die Krankenversicherungen und die staatlichen Dienststellen vertreten.

² Die Personen, welche die Einrichtungen und die Krankenversicherungen vertreten, werden auf Vorschlag der Dachorganisationen, die für die Entschädigung ihrer Vertretungen aufkommen, vom Staatsrat ernannt.

³ Das Präsidium der Kommission führt die Vorsteherin bzw. der Vorsteher des Diensts, der für die Kontrolle der Pflegequalität in den Pflegeheimen zuständig ist, oder deren bzw. dessen Stellvertretung.

Art. 39 Beschwerde bei der kantonalen Expertenkommission (Art. 24 Abs. 1 SmLG)

¹ Das Beschwerderecht gilt für alle Personen, denen der Entscheid über den Pflegebedarf mitgeteilt wird und die ein Interesse an einer Änderung dieses Entscheids nachweisen können, vorausgesetzt, dass kein anderes Verfahren eingeleitet werden kann, namentlich vor einem Schiedsgericht.

² Die Beschwerde wird vom für die Kontrolle der Verwendung des Instruments zur Beurteilung des Pflegebedarfs zuständigen Dienst geprüft; Letzterer erstellt einen Bericht zuhanden der Expertenkommission.

³ Die Expertenkommission befindet grundsätzlich anhand der Schriftstücke der Akte in einem schriftlichen Verfahren über die Beschwerde. Sofern Tatsachen dies rechtfertigen, kann sie weitere Untersuchungen anordnen.

⁴ Das Verfahren ist kostenlos. Im Falle einer mutwilligen Beschwerde können die Kosten der Beschwerdeführerin bzw. dem Beschwerdeführer in Rechnung gestellt werden.

⁵ Im Übrigen gilt das Gesetz über die Verwaltungsrechtspflege.

Art. 40 Einsprache

¹ Gegen die Entscheide im Zusammenhang mit den Beiträgen an die Betreuungskosten kann innert 30 Tagen nach Mitteilung bei der Ausgleichskasse Einsprache erhoben werden.

² Die Einsprache erfolgt schriftlich; sie wird kurz begründet und enthält die Schlussfolgerungen der Einsprecherin bzw. des Einsprechers. Die Einsprache kann auch in einem Protokoll festgehalten werden, das die Einsprecherin bzw. der Einsprecher bei einem persönlichen Gespräch unterzeichnen muss.

³ Die Einspracheentscheide können mit Beschwerde beim Kantonsgesetz angefochten werden.

10. Übergangs- und Schlussbestimmungen**Art. 41** Leistungsaufträge (Art. 10 und 19 SmLG)

¹ Die Verbände haben ab Inkrafttreten dieses Ausführungsreglements drei Jahre Zeit, um gemeinsam mit den Leistungserbringenden gemäss Bedarfsdeckungsplan des Bezirks die notwendigen finanziellen und qualitativen Kriterien und Indikatoren zur Fertigstellung der nach Artikel 19 SmLG erforderlichen Leistungsaufträge auszuarbeiten.

² Bis zum Ablauf dieser Frist können alle im Sinne des Gesetzes vom 23. März 2000 über Pflegeheime für Betagte (PflHG) anerkannten Einrichtungen eine provisorische Anerkennung erhalten.

³ Jeder Verband vereinbart mit den in ihrem Bezirk ansässigen Einrichtungen die Übergangsmodalitäten für die Übernahme der Kosten im Sinne von Artikel 19 SmLG.

Art. 42 Instrument zur Bedarfsermittlung (Art. 4 SmLG)

¹ Die Direktion hat drei Jahre Zeit, um gemeinsam mit den betroffenen Kreisen das Instrument zur Bedarfsermittlung zu entwickeln.

² Während dieser Zeit werden die Personen anhand von Indikatoren und Verfahren, die den verschiedenen Leistungserbringenden zur Verfügung stehen, an die geeigneten sozialmedizinischen Leistungen verwiesen.

Art. 43 Aufhebungen

Es werden aufgehoben:

- a) das Reglement vom 4. Dezember 2001 über die Pflegeheime für Betagte (SGF 834.2.11);
- b) das Reglement vom 10. Januar 2006 über die Hilfe und Pflege zu Hause (SGF 823.11).

Art. 44 Änderungen

¹ Die Ausführungsverordnung vom 19. März 1971 zum Gesetz vom 16. November 1965 über die Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung, abgeändert durch das Gesetz vom 11. November 1970 (SGF 841.3.11), wird wie folgt geändert:

Art. 5^{quater} Kosten für den Heimaufenthalt

¹ Die Tagestaxen werden bis zu den folgenden Höchstbeträgen berücksichtigt:

a) Anerkannte Pflegeheime Fr. 160.-

b) Anerkannte Sondereinrichtungen Fr. 140.-

b^{bis} aufgehoben

a) Pflegeheime, die zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zugelassen sind (OKP-anerkannte Pflegeheime) Fr. 133.-

d) Andere Einrichtungen Fr. 111.50

² Innerhalb der Höchstgrenzen nach Absatz 1 gelten auch die folgenden Kriterien:

- a) für alle Pflegeheime wird der Beitrag der Bewohnerinnen und Bewohner an die Pflegekosten in Artikel 2 Abs. 1 des Ausführungsgesetzes vom 9. Dezember 2010 zum Bundesgesetz über die Neuordnung der Pflegefinanzierung bestimmt;
- b) für im Sinne des Gesetzes vom 12. Mai 2016 über die sozialmedizinischen Leistungen (SmLG, SGF ...) anerkannte Pflegeheime sind die Beherbergungskosten bis in Höhe einer Referenz-Tagestaxe von 103 Franken für alle Pflegestufen zugelassen; die Betreuungskosten werden bis in Höhe des gemäss Artikel 25 des Ausführungsreglements vom ... zum Gesetz über die sozialmedizinischen Leistungen (SmLR, SGF ...) festgelegten Preises berücksichtigt;
- c) für im Sinne des Gesetzes vom 20. Mai 1986 für Hilfe an Sonderheime für Behinderte oder Schwererziehbare (SGF 834.1.2) anerkannte Sondereinrichtungen wird die von der Direktion für Gesundheit und Soziales festgelegte Referenz-Tagestaxe berücksichtigt;

-
- d) für die OKP-anerkannten Pflegeheime im Sinne des Gesetzes vom 12. Mai 2016 über die sozialmedizinischen Leistungen (SMLG, SGF ...) sind die Beherbergungskosten bis in Höhe der in Absatz 1 Bst. d vorgesehenen Höchst-Tagestaxe für alle Pflegestufen zugelassen;
 - e) für die anderen Einrichtungen im Sinne von Absatz 1 Bst. d können Pflegekosten für Bewohnerinnen und Bewohner mit einer Hilflosenentschädigung der AHV, der IV oder der Unfallversicherung zusätzlich zur festgelegten Grenze bis in Höhe der besagten Entschädigung übernommen werden.

² Die Verordnung vom 3. Dezember 2013 über die Ermittlung des Pflege- und Betreuungsbedarfs (SGF ...) wird wie folgt geändert:

Art. 2 Beteiligung an den Pflege- und Betreuungskosten

¹ Nur Personen, bei denen die Bedarfsermittlung den Kriterien nach Artikel 1 entspricht, haben Anspruch auf die Beteiligung der Versicherer und der öffentliche Hand an den Pflegekosten.

² Bewohnerinnen und Bewohner eines anerkannten Pflegeheims können eine Beteiligung der öffentlichen Hand an den Betreuungskosten verlangen.

Art. 3 Erforderliche Dotation

^{2 (neu)} Es werden folgende zusätzliche Betreuungspersonaldotationen gewährt:

- a) 0,03 VZÄ für stationäre Kurzaufenthalte für alle Pflegestufen;
- b) 2,5 VZÄ je spezialisierte Abteilung für Demenzkranke.

^{3 (neu)} Für die Betreuung in den Tagesstätten beträgt die Personaldotation 0,05 VZÄ für die Pflegestufen RAI 1 und 2; ab Pflegestufe RAI 3 beträgt diese Dotation 0,15 VZÄ.

^{4 (neu)} Für die Aufnahme nachtsüber beträgt die Betreuungspersonaldotation 0,13 VZÄ ab Pflegestufe RAI 3.

^{5 (neu)} Die Direktion legt die Anforderungen für einen Anspruch auf eine zusätzliche Dotation gemäss Absatz 2 fest.

Art. 45 Inkrafttreten

Dieses Reglement tritt am 1. Januar 2018 in Kraft, mit Ausnahme von Artikel 25 Abs. 2, der am 1. Januar 2019 in Kraft tritt.