

**MESSAGE N° 190** 22 mars 2005  
**du Conseil d'Etat au Grand Conseil**  
**accompagnant le projet de révision de la loi**  
**sur les soins et l'aide familiale à domicile**

Nous avons l'honneur de vous soumettre un projet de révision de la loi du 27 septembre 1990 sur les soins et l'aide familiale à domicile.

Le présent message est structuré selon le plan suivant:

1. Nécessité du projet et déroulement des travaux
2. Grandes lignes du projet
3. Commentaires des dispositions
4. Incidences financières
5. Répartition des compétences entre l'Etat et les communes
6. Conclusion

**1. NÉCESSITÉ DU PROJET ET DÉROULEMENT DES TRAVAUX**

La loi sur les soins et l'aide familiale à domicile date de 1990. Elle s'était fixée pour objet de «présenter aux personnes malades, handicapées ou nécessitant une surveillance importante et régulière un choix entre la vie à domicile, dans un environnement habituel, et celle en institution» (cf. Message n° 168 du 29 août 1989, p. 3). Cette loi a permis la mise à disposition généralisée de services de soins et d'aide à domicile et de les subventionner. Elle a également institué le versement d'une indemnité forfaitaire pour les parents et proches s'occupant d'une personne impotente.

Le secteur de la santé a connu des bouleversements importants ces dernières années. Ainsi, l'évolution des techniques médicales qui ont raccourci la durée de prise en charge hospitalière et l'augmentation de la lourdeur des cas assumés par les établissements pour personnes âgées donnent aujourd'hui une place grandissante à la prise en charge à domicile. La loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal), ainsi que la loi sur la santé exigent de réviser la législation cantonale, notamment pour l'adapter aux contraintes actuelles. Cette réforme est également essentielle pour adapter le mode de financement de l'Etat à ces changements.

Ces questions ont interpellé la Commission cantonale des soins et l'aide familiale à domicile, qui a examiné différentes propositions concrètes préparées avec l'aide de quelques-uns de ses membres par le Service de la santé publique. Sur la base des propositions qui lui ont été faites, la Direction de la santé et des affaires sociales (ci-après: la Direction) a élaboré un avant-projet de loi et de règlement d'exécution mis en consultation du 24 août au 31 octobre 2004.

Les organismes qui se sont exprimés dans le cadre de la consultation ont accepté à l'unanimité la nécessité de la révision de la loi du 27 septembre 1990 sur les soins et l'aide familiale à domicile et de son règlement d'exécution, la plupart étant motivés par l'objectif de clarification des tâches et des responsabilités entre l'Etat et les communes. Sur ce dernier sujet, deux tendances opposées se sont toutefois dégagées des prises de position. Pour certains, les réformes proposées renforcent trop l'Etat au détriment des communes, compte tenu de la répartition fi-

nancière arrêtée, de la responsabilité qui incombe aux communes considérées comme étant plus proches des bénéficiaires. Pour d'autres au contraire, la viabilité du système passe par une centralisation de l'organisation et un renforcement du rôle de l'Etat, seule manière de garantir efficacité, économicité et égalité de traitement, les assureurs fribourgeois affirmant même que seule une administration centralisée des services permettrait de garantir une application compétente et uniforme des conditions cadre d'exploitation dans l'ensemble du canton, tout en réduisant au maximum les charges d'exploitation.

L'avant-projet a ensuite été remanié pour être transmis au Conseil d'Etat avec le préavis de la Commission cantonale des soins et l'aide familiale à domicile. Il opte pour une position médiane, qui maintient l'attribution aux communes de la compétence d'organisation de l'aide et des soins à domicile et confère à l'Etat des compétences en matière de surveillance, notamment sous l'angle de la couverture des besoins et de la qualité; l'Etat exécutera ses tâches en étroite collaboration avec les partenaires concernés, en particulier avec l'organe faîtiier cantonal.

L'introduction de la fourniture conjointe des soins et de l'aide à domicile, l'extension des prestations, l'augmentation des exigences techniques et qualitatives et l'adaptation du système de subventionnement sont les changements importants apportés par ce projet de révision et constituent les améliorations nécessaires par rapport à la législation en vigueur.

Il devra toutefois encore être procédé à un nouvel examen de la législation en matière d'aide et de soins à domicile lors de l'adaptation des lois cantonales à la Réforme de la péréquation financière et de la répartition des tâches entre la Confédération et les cantons, respectivement à l'adaptation des lois cantonales à la réforme des structures sanitaires fribourgeoises.

**2. GRANDES LIGNES DU PROJET**

La révision en profondeur proposée de la loi vise un double objectif de clarification des compétences et de simplification du mode de financement. Elle doit être conforme à l'article 68 de la Constitution du canton de Fribourg du 16 mai 2004, les nouvelles dispositions devant en particulier respecter la seconde partie de cette disposition qui prescrit que toute personne doit avoir accès à des soins de qualité égale. La nouvelle loi doit aussi offrir la souplesse structurelle nécessaire pour suivre les développements à venir en matière de maintien à domicile des personnes malades, handicapées ou nécessitant un soutien ou une surveillance pour continuer de vivre dans leur environnement quotidien, tout en maintenant la volonté initiale du législateur.

A cet effet, les dispositions générales du chapitre premier ont été remodelées, en conservant la volonté première de promouvoir l'initiative individuelle. Outre le fait qu'elle encadre la mise en place généralisée de services fournissant l'aide et les soins à domicile, la modification proposée encourage et soutient d'autres mesures de maintien à domicile, afin de respecter au mieux l'esprit de la loi.

La complexité croissante de la prise en charge à domicile et l'imbrication étroite de ce secteur avec les domaines des hôpitaux et des EMS nécessitent une réflexion commune. Celle-ci se traduit par une réorganisation des compétences définies dans le chapitre 2 consacré à l'organisation.

Si elles restent l'autorité d'exécution de la loi, les communes doivent se réunir en association, afin de mettre sur pied les prestations de manière concertée. Une fois organisées, elles créent ou mandatent des services d'aide et de soins à domicile.

Conformément aux tâches qui lui sont notamment confiées dans le cadre de la loi sur la santé, la Direction doit pouvoir garantir la cohésion de l'ensemble du réseau sanitaire. A cet effet, elle fixe des conditions cadre d'exploitation des services et institutions de santé actives dans le maintien à domicile.

Tout service d'aide et de soins à domicile ou autre institution de santé fournissant des prestations de maintien à domicile doit être au bénéfice d'une autorisation d'exploitation au sens de la loi sur la santé et d'un mandat de prestations. Dès lors, par souci de simplification administrative et d'économie des moyens, la modification proposée renonce à l'exigence actuelle de la reconnaissance des services et institutions, suffisamment remplacée par l'autorisation d'exploiter et les mandats de prestations destinés à assurer la prise en charge financière des prestations.

En ce qui concerne les conditions d'octroi des subventions et le financement des prestations de maintien à domicile faisant l'objet du chapitre III de la loi, le système actuel est revu en tenant compte de la loi sur les subventions.

S'agissant de l'aide et des soins à domicile, les communes attribuent des mandats de prestations qui sont approuvés par la Direction. L'introduction de ces mandats de prestations représente une clarification des compétences des communes et de l'Etat et une responsabilisation des prestataires de service. Le taux unique de subvention de l'Etat aux communes pour la fourniture des soins et d'aide à domicile fait disparaître l'écart de prise en charge entre les soins et l'aide. La subvention de l'Etat est destinée à prendre en charge une partie des frais du personnel exécutant les prestations définies par la loi qui ne sont pas couverts par les recettes issues de la facturation à charge de l'assurance obligatoire des soins et par la subvention fédérale. Il s'agit donc toujours d'une répartition de ces charges entre l'Etat et les communes, qui assument le déficit des services; ceci dans une proportion correspondant à ce qui est actuellement en vigueur.

Pour les institutions de santé fournissant les autres mesures de maintien à domicile, institutions qui doivent être au bénéfice d'un mandat de prestations attribué par la Direction, l'Etat alloue des montants forfaitaires au titre de subvention. Si la notion d'institution de santé est définie à l'article 99 de la loi sur la santé, les institutions de santé auxquelles on fait ici référence sont des services spécialisés, comme par exemple l'Association romande de soins pédiatriques spécialisés à domicile ou les Ligues de santé, qui peuvent offrir des prestations spécifiques que les services de soins et d'aide à domicile ne sont pas nécessairement en mesure de fournir étant donné le caractère généraliste de leur tâche; il ne s'agit donc pas des services d'aide et de soins à domicile ni des hôpitaux.

### 3. COMMENTAIRES DES DISPOSITIONS

#### 3.1 Titre

Dans le **titre** de la loi, la référence à la notion de famille a été supprimée, car l'activité des services dépasse large-

ment le cadre strictement familial. Ainsi, en 2002, près de 60 % des heures d'aide ont été effectuées auprès de personnes âgées de 65 ans et plus. De plus, cette notion n'est pas ou plus utilisée sur le plan national.

#### 3.2 Chapitre premier: dispositions générales

L'**article 2** de la loi institue le principe du droit des personnes malades, handicapées ou nécessitant un soutien ou une surveillance pour vivre dans leur environnement habituel le plus longtemps possible, à avoir accès à une aide et des soins à domicile de qualité, ainsi qu'à d'autres mesures permettant d'atteindre cet objectif. La personne devant être prise en compte dans sa globalité, cette disposition précise que l'aide et les soins à domicile de qualité sont offerts dans les domaines somatique et psychique (cf. art. 7 al. 2 let. c ch. 2 OPAS), y compris en cas de besoins en soins palliatifs et en fin de vie. L'ensemble de ces mesures est destiné à permettre à la personne concernée, si tel est son choix, qu'il est raisonnable de l'admettre et avec la collaboration des membres de son entourage, de rester à domicile. Ceci constitue également un moyen permettant de limiter l'usage des infrastructures sanitaires aux situations les plus aiguës, sans pour autant procéder à des hospitalisations à domicile dont le coût serait supérieur à une prise en charge intra-muros. Cette disposition n'institue pas le droit pour une personne impotente d'exiger, notamment en cas de besoins en soins palliatifs, une aide et des soins à domicile. Si ces soins doivent également être disponibles en dehors d'un établissement hospitalier, ils sont en effet dispensés par les services d'aide et de soins à domicile en collaboration avec l'hôpital et sur prescription médicale.

La définition des buts de la loi révisée rappelle d'ailleurs ce principe en plaçant en premier lieu l'intervention des parents et des proches et mettant subsidiairement à disposition les prestations de maintien à domicile. L'extension des prestations ne signifie pas la prise en charge de toutes les mesures possibles en matière de maintien à domicile. Il s'agit dans un premier temps d'intégrer dans cette loi révisée les prestations offertes aux personnes souffrant de maladies chroniques telles que le diabète ou éprouvant des difficultés respiratoires et qui sont actuellement soutenues par le biais de la loi sur la santé.

Une extension à d'autres prestations, comme les services de repas à domicile ou les systèmes de téléalarme, pourrait être envisagée ultérieurement comme mesures nécessaires dans le cadre de la promotion du maintien à domicile.

Les prestations couvertes par la loi sont énumérées à l'**article 3**. L'indemnité forfaitaire est réglée à l'**article 4**, qui reprend les éléments de la loi actuelle; toutefois, la règle prévoyant la participation des assureurs n'est pas reprise, les assureurs n'ayant jamais participé à l'indemnité forfaitaire.

Aux prestations d'aide et de soins à domicile s'ajoutent les actions d'information sanitaire et d'encadrement social, strictement limitées au maintien à domicile (**art. 5**). Ces actions n'entrent pas dans les prestations prises en charge par les assureurs-maladie, mais sont nécessaires à la réussite du maintien à domicile. Il s'agit notamment du temps consacré par les services aux usagers ou à leur famille notamment pour les aider à se prendre eux-mêmes en charge, pour vérifier l'existence d'un besoin ou pour les orienter vers d'autres organismes. Tous ces éléments répondent au but de promotion, protection, maintien et

rétablissement de la santé des individus retenu par la loi du 16 novembre 1999 sur la santé (cf. art. 2 al. 2).

L'article 5 al. 2 prévoit en outre que la liste des prestations obligatoires figure dans le règlement d'exécution. Le Conseil d'Etat pourra ainsi veiller à l'adaptation de l'offre aux objectifs de la politique sanitaire cantonale.

En complément à ces éléments, les autres mesures prévues par l'**article 6** sont des prestations spécifiques que les services de soins et d'aide à domicile ne sont pas nécessairement en mesure de fournir, étant donné le caractère généraliste de leur tâche. Il s'agit par exemple des interventions auprès de personnes diabétiques, de personnes souffrant de difficultés respiratoires ou auprès de jeunes enfants (soins pédiatriques). Ces prestations nécessitent souvent un personnel disposant d'une formation particulière et la masse critique de personnes nécessitant ces prestations n'est pas nécessairement suffisante dans une région pour justifier l'engagement d'un/e spécialiste par un service de soins et d'aide à domicile. L'Etat peut mandater des services spécialisés pour ces prestations. Il est par contre important que tous les services d'aide et de soins à domicile prennent en charge non seulement les affections somatiques, mais également les affections psychiques des personnes encadrées.

### 3.3 Chapitre 2: Organisation

Ce chapitre est destiné à préciser les tâches et compétences des autorités impliquées dans le maintien à domicile. Par rapport à la situation actuelle les changements à signaler sont la disparition de la Commission cantonale des soins et de l'aide familiale à domicile et la suppression de l'exigence de la reconnaissance des services.

L'actuelle Commission cantonale des soins et de l'aide familiale à domicile ne figure pas parmi les autorités d'application de la loi révisée. L'**article 7** mentionne en premier lieu les communes, puis la Direction et le Conseil d'Etat. La loi sur la santé (cf. art. 15) a institué une Commission de planification sanitaire dont la tâche est de se prononcer sur les besoins en soins de la population et les moyens spécifiques pour les satisfaire. Cette Commission s'occupe notamment de la planification des organisations de soins et d'aide à domicile et dispose ainsi de compétences plus larges que l'actuelle Commission cantonale des soins et de l'aide familiale à domicile qui perd sa raison d'être et doit donc être supprimée.

L'**article 8** introduit l'obligation pour les communes de se réunir pour la réflexion et la fourniture des prestations de soins et d'aide à domicile, en constituant une association. Le système sanitaire fribourgeois se compose, pour la prise en charge institutionnelle, des hôpitaux, des EMS et des institutions de maintien à domicile. Les liens étroits entre ces secteurs impliquent la nécessité d'une gestion globale. Si celle-ci doit être réalisée pour l'ensemble des tâches, il est important qu'elle le soit d'abord à l'intérieur de chaque secteur institutionnel. Les difficultés intrinsèques du maintien à domicile et sa place charnière dans le système sanitaire rendent la concertation indispensable. Aussi les communes doivent-elles se réunir pour former une entité qui atteigne au moins la taille d'un district et puisse même comprendre plusieurs districts. La notion de district renvoie à l'organisation hospitalière, voire, dans certains cas, à l'organisation en matière d'EMS. Les districts n'ont pas forcément besoin de s'organiser en une nouvelle association; elles peuvent étendre les buts d'une organisation existante déjà prévue pour le

secteur sanitaire. Cette organisation par district n'empêche nullement, sur le terrain, l'existence d'un service d'aide et de soins à domicile pour une seule commune, si le bassin de population le permet et si l'ensemble des communes du district se rallient à une telle organisation. Dans tous les cas de figure, l'association des communes doit créer son ou ses propres services de soins et d'aide à domicile ou passer des mandats de prestations avec des services privés d'aide et de soins à domicile afin d'assurer la couverture des besoins de la population.

Selon l'**article 9**, la commission de district est l'organe chargé de l'exécution du volet de l'indemnité forfaitaire. Elle a également pour attribution de s'assurer du bon fonctionnement de l'aide et des soins à domicile dans le district dans leurs relations avec les autres acteurs de la santé. Elle veille encore à la prise en charge adéquate des bénéficiaires et la couverture économique et géographique des besoins. La commission de district s'assure ainsi que les services d'aide et de soins à domicile travaillent en collaboration avec les hôpitaux, les établissements pour personnes âgées et les autres institutions de santé, collaboration qui s'étend au-delà des limites du district. La composition de la commission de district est désormais fixée par le Conseil d'Etat. Il est ainsi prévu que la présidence de la Commission de district n'incombe plus automatiquement au Préfet, la plupart du temps également président de l'association des communes, de manière à séparer clairement les fonctions d'exécution de la loi incombant aux communes de celles incombant à la commission de district. Il est aussi prévu que la commission soit composée d'au minimum sept membres désignés par l'association, qui veille à ce que des professionnels ayant des compétences spécifiques en matière de maintien à domicile soient représentés.

L'**article 10** charge la Direction d'approuver le règlement concernant l'octroi de l'indemnité forfaitaire et les mandats de prestations entre les communes et les services d'aide et de soins à domicile et d'établir des mandats de prestations avec les autres institutions de santé nécessaires à la couverture des besoins de la population, tous ces mandats servant à définir la prise en charge financière des prestations (cf. art. 16 ci-dessous). La Direction fixe également les conditions cadre d'exploitation des services et autres institutions de santé mandatés, conditions cadres destinées à assurer une uniformité de pratique à l'intérieur du canton et garantir une base solide pour la réalisation de la planification sanitaire et la prise en charge adéquate et homogène des patients. Les services doivent en outre disposer d'une autorisation d'exploitation au sens de la loi sur la santé délivrée par la Direction. L'obligation d'obtenir une reconnaissance de la Direction n'étant plus indispensable dans ce cadre, elle a été supprimée par souci de simplification administrative et d'économie des moyens.

La Direction peut encore confier à des organismes faîtières (au niveau fédéral, intercantonal ou cantonal) des mandats spécifiques. Elle peut notamment confier l'élaboration de certaines conditions cadres à ces organismes en raison de leur connaissance particulière du domaine.

Le Conseil d'Etat fixe le tarif applicable aux usagers de l'aide à domicile et approuve les conventions pour la prise en charge des prestations de soins à domicile par les assureurs-maladie (cf. **art. 11**). Il fixe encore le montant de l'indemnité forfaitaire sur proposition des associations de communes. Cette mesure permettra de garantir l'égalité de traitement des bénéficiaires quel que soit le lieu de



leur domicile, l'intervention des parents et des proches étant le pilier de soutien de la loi. Il est prévu que le montant de l'indemnité soit régulièrement revu pour être adapté à l'évolution du coût de la vie.

S'agissant de l'organe faîtiier cantonal des services d'aide et de soins à domicile, l'article 12 le considère comme l'interlocuteur privilégié de la Direction, notamment pour l'élaboration des conditions cadres d'exploitation des services. Cette mesure a pour objectif d'encourager le développement d'un organe faîtiier fort.

### 3.4 Chapitre 3: Conditions d'octroi des subventions et financement

L'article 13 concerne le financement et les conditions d'octroi de l'indemnité forfaitaire.

Les articles 14 à 19 règlent le subventionnement accordé pour la fourniture des prestations définies dans le cadre de cette loi.

Les conditions à remplir par les institutions de santé pour être mandatées sont définies à l'article 14; elles reprennent partiellement les conditions actuelles de l'octroi de la reconnaissance. Sont ainsi maintenus l'exigence de la poursuite d'un but non lucratif et de l'application des tarifs convenus, sous réserve de l'exigence de l'autorisation d'exploiter au sens de la loi sur la santé. S'agissant des nouvelles exigences, les services d'aide et de soins à domicile doivent offrir la palette complète des prestations d'aide et de soins, appliquer les conditions cadre d'exploitation arrêtées par la Direction et être affiliés à l'association faîtière. Ils doivent en outre remplir les conditions d'octroi de la subvention fédérale versée au titre de l'article 101<sup>bis</sup> LAVS.

L'article 15 précise le contenu des mandats de prestations passés entre les communes et les services privés d'aide et de soins à domicile, ainsi que ceux passés entre l'Etat et les autres institutions de santé mandatées dans le cadre de la loi. Pour les services d'aide et de soins à domicile créés par les communes, ces exigences sont vérifiées dans le cadre de l'autorisation d'exploiter ces services.

Les mandats de prestations vont notamment servir à spécifier la manière dont les communes souhaitent remplir leur mission. Si les normes de dotation définies par la Direction vont permettre de préciser la dotation en personnel nécessaire, elles ne vont pas déterminer un plafond. Afin que, pour une population donnée, la contribution financière de l'Etat ne crée pas d'inégalité de traitement, l'Etat ne soutiendra une dotation sensiblement différente que si elle est justifiée par des conditions sanitaires spécifiques, ce qui ne devrait en principe pas être le cas, étant donné la densité du réseau sanitaire fribourgeois et sa répartition territoriale.

La prise en charge financière des mandats de prestations attribués par les communes est définie à l'article 16 alors que la prise en charge financière des mandats de prestations attribués par l'Etat est définie à l'article 17. Pour les services d'aide et de soins à domicile, l'Etat alloue actuellement aux services reconnus des subventions pour les frais de leur personnel exécutant des prestations qui ne sont pas à charge de l'assurance obligatoire des soins. Est ainsi actuellement subventionné le personnel soignant et les aides familiales et ménagères dont l'effectif est approuvé. Le taux de subventionnement des soins (50 %) est différent de celui de l'aide (30 %). Cette situation est

réalisable pour des services offrant exclusivement l'une ou l'autre des prestations.

Avec l'obligation de fournir l'ensemble des prestations d'aide et de soins ce calcul de subvention n'est plus possible. Le personnel exécute des prestations d'aide et de soins selon les besoins, les disponibilités et la proximité des usagers, et dans les limites de ses compétences. De plus, le maintien à domicile étant un concept global, il n'est pas opportun de subventionner différemment les soins et l'aide. Les modifications proposées visent à supprimer l'actuelle distinction entre les soins et l'aide, sans modifier globalement la participation de l'Etat. Cette proposition semble judicieuse, dans la mesure où la différence actuelle de taux de subvention de l'Etat entre les soins et l'aide n'a plus de raison d'être avec la nouvelle organisation de l'offre.

Le système proposé à l'article 16 retient le même principe de subventionnement des salaires que la loi actuelle. Il précise la participation des communes et celle de l'Etat. L'Etat alloue des subventions pour les prestations nécessaires à la couverture des besoins selon l'article 5. Le nouveau mode de calcul de la subvention cantonale s'attache à octroyer aux services mandatés une participation aux frais du personnel exécutant les prestations.

Selon le mode d'organisation de l'offre retenu par les communes, le calcul de la subvention cantonale, dont les modalités sont définies dans le règlement d'exécution, peut être présenté de la manière suivante:

- Montant des salaires, primes de fidélité et charges sociales du personnel subventionné
- + Frais de déplacement du personnel subventionné pour l'exécution des prestations
- = Total des charges à subventionner (conformément aux normes de l'Etat)
- Subvention fédérale (art. 101<sup>bis</sup> LAVS)
- Recettes issues de la facturation à charge de l'assurance obligatoire des soins
- = Charges nettes à subventionner
- Subvention cantonale: 35 % pour les soins et l'aide à domicile

Les communes qui mandatent des services, au même titre que celles qui créent leurs propres services, prennent en charge l'excédent des dépenses lié à l'exécution de la tâche.

Aux autres institutions de santé mandatées, l'Etat peut allouer des montants forfaitaires (cf. art. 17). Cette pratique est déjà effective pour les prestations énumérées à l'article 6. Les dispositions de la loi sur les subventions sont réservées. La liste des prestations obligatoires étant établie dans le règlement d'exécution de la loi, le Conseil d'Etat est compétent pour l'extension éventuelle de la subvention à d'autres prestations, celles-ci devant, bien entendu, entrer dans le cadre de la planification sanitaire cantonale.

Evidemment, les dépenses excédant les normes de l'Etat ne sont pas subventionnées (cf. art. 18).

Par ailleurs, l'article 19 prévoit l'indemnisation de l'organe faîtiier pour les mandats de prestations que l'Etat peut lui confier conformément à l'article 10 let. g.

L'article 20 fait référence à la participation des usagers aux frais de l'aide à domicile. Contrairement à la disposition en vigueur jusqu'à maintenant, la participation des

usagers n'est pas fixée dans la loi. Elle le sera dans l'ordonnance fixant le tarif, pour permettre au Conseil d'Etat de modifier de manière plus rapide les tarifs en fonction de l'évolution des coûts des prestations et du coût de la vie. Le principe d'un tarif fixé en fonction du revenu et de la fortune des usagers, de telle façon à ce que leur participation soit économiquement supportable, est maintenu.

### 3.5 Chapitre 4: Voies de droit

Les dispositions prévues à l'article 21 reprennent celles qui sont en vigueur jusqu'à maintenant, en les adaptant aux pratiques actuelles.

### 3.6 Chapitre 5: Dispositions transitoires et finales

L'article 22 prévoit que les communes disposent d'un délai de 3 ans dès l'entrée en vigueur de la loi pour s'or-

ganiser sur le plan du district ou de plusieurs districts conformément à ce qui est prévu à l'article 8.

L'article 23 prévoit l'abrogation de la loi du 27 septembre 1990 sur les soins et l'aide familiale à domicile au profit du texte proposé.

L'entrée en vigueur de la loi révisée est fixée par le Conseil d'Etat (cf. art. 24).

## 4. INCIDENCES FINANCIÈRES

La loi sur l'aide et les soins à domicile règle le financement des prestations de maintien à domicile.

Pour la période 2002, l'activité des services a atteint les volumes suivants:

**Tableau 1: population desservie et heures de soins et d'aide facturées en 2002**

Aide et soins par district	Sarine	Singine	Gruyère	Lac	Glâne	Broye	Veveyse	Total
Population desservie	81'369	38'525	38'361	28'630	17'588	21'539	12'635	238'647
Heures facturées	91'161	43'065	50'817	43'803	27'614	26'139	23'640	306'239

Les charges et recettes des services de soins et d'aide à domicile correspondant à cette activité ont été les suivantes:

**Tableau 2: comptes 2002 des services de soins et d'aide à domicile répartis par district**

Aide et soins par district	Sarine		Singine		Gruyère		Lac		Glâne		Broye		Veveyse		Total	
	en Fr.	en %	en Fr.	en %	en Fr.	en %	en Fr.	en %	en Fr.	en %	en Fr.	en %	en Fr.	en %	en Fr.	en %
Salaires et frais de personnel	7'092'064	93%	2'531'286	89%	3'852'530	92%	2'990'159	89%	2'001'794	91%	1'842'330	93%	1'449'394	94%	21'759'557	92%
Autres charges	542'004	7%	312'986	11%	342'939	8%	360'964	11%	201'933	9%	148'856	7%	98'502	6%	2'008'184	8%
<b>Total des charges</b>	<b>7'634'069</b>	<b>100%</b>	<b>2'844'272</b>	<b>100%</b>	<b>4'195'468</b>	<b>100%</b>	<b>3'351'123</b>	<b>100%</b>	<b>2'203'727</b>	<b>100%</b>	<b>1'991'186</b>	<b>100%</b>	<b>1'547'896</b>	<b>100%</b>	<b>23'767'741</b>	<b>100%</b>
Produits d'exploitation (facturation des services)	3'013'922	39%	1'524'922	54%	1'802'922	43%	1'891'336	56%	915'687	42%	883'576	44%	668'891	43%	10'701'256	45%
Subvention OFAS	1'356'538	18%	550'472	19%	692'548	17%	475'124	14%	394'809	18%	366'082	18%	285'091	18%	4'120'663	17%
Autres recettes	428'825	6%	139'058	5%	293'020	7%	309'455	9%	25'321	1%	98'322	5%	67'649	4%	1'361'651	6%
Subvention cantonale	864'984	11%	201'279	7%	346'959	8%	219'972	7%	250'303	11%	190'125	10%	155'419	10%	2'229'041	9%
Solde à charge des communes	1'969'800	26%	428'541	15%	1'060'019	25%	455'236	14%	617'607	28%	453'081	23%	370'846	24%	5'355'130	23%
<b>Total des recettes</b>	<b>7'634'069</b>	<b>100%</b>	<b>2'844'272</b>	<b>100%</b>	<b>4'195'468</b>	<b>100%</b>	<b>3'351'123</b>	<b>100%</b>	<b>2'203'727</b>	<b>100%</b>	<b>1'991'186</b>	<b>100%</b>	<b>1'547'896</b>	<b>100%</b>	<b>23'767'741</b>	<b>100%</b>

La répartition de l'excédent des dépenses d'exploitation des services entre l'Etat et les communes s'est présentée comme il suit:

**Tableau 3: répartition de l'excédent des dépenses d'exploitation pour l'exécution des prestations entre l'Etat et les communes pour l'activité 2002**

Aide et soins par district	Sarine		Singine		Gruyère		Lac		Glâne		Broye		Veveyse		Total	
	en Fr.	en %	en Fr.	en %	en Fr.	en %	en Fr.	en %	en Fr.	en %	en Fr.	en %	en Fr.	en %	en Fr.	en %
Subvention cantonale	864'984	31%	201'279	32%	346'959	25%	219'972	33%	250'303	29%	190'125	30%	155'419	30%	2'229'041	29%
Solde à charge des communes	1'969'800	69%	428'541	68%	1'060'019	75%	455'236	67%	617'607	71%	453'081	70%	370'846	70%	5'355'130	71%
Total pouvoirs publics	2'834'784	100%	629'820	100%	1'406'978	100%	675'208	100%	867'910	100%	643'206	100%	526'265	100%	7'584'172	100%

Le système de subvention proposé par la loi révisée prévoit un maintien de la participation actuelle de l'Etat dans ce secteur avec une légère augmentation (taux de subvention 35 % au lieu de 34.6 %). Ce système confirme partiellement la différence existant entre le taux de subven-

tion cantonale inscrit dans la loi et celui qui est effectivement servi en raison de la réduction linéaire de 5 % appliquée à cet objet depuis 1994 par le biais du décret du 7 octobre 1992 relatif à la réduction linéaire des subventions cantonales durant les années 1993 à 2004.

**Tableau 4: répartition de l'excédent des dépenses d'exploitation entre l'Etat et les communes selon la nouvelle clé (subvention cantonale: 35 % des frais de personnel)**

Aide et soins par district	Sarine		Singine		Gruyère		Lac		Glâne		Broye		Veveyse		Total	
	en Fr.	en %	en Fr.	en %	en Fr.	en %	en Fr.	en %	en Fr.	en %	en Fr.	en %	en Fr.	en %	en Fr.	en %
Subvention cantonale	846'695	30%	216'228	34%	367'799	26%	206'289	31%	242'184	28%	201'362	31%	171'347	33%	2'251'903	30%
Solde à charge des communes	1'988'089	70%	413'592	66%	1'039'180	74%	468'919	69%	625'726	72%	441'845	69%	354'918	67%	5'332'269	70%
Total pouvoirs publics	2'834'784	100%	629'820	100%	1'406'978	100%	675'208	100%	867'910	100%	643'206	100%	526'265	100%	7'584'172	100%

**Tableau 5: incidence financière totale et par district de la nouvelle répartition entre l'Etat et les communes**

Aide et soins par district	Sarine		Singine		Gruyère		Lac		Glâne		Broye		Veveyse		Total	
	en Fr.	en %	en Fr.	en %	en Fr.	en %	en Fr.	en %	en Fr.	en %	en Fr.	en %	en Fr.	en %	en Fr.	en %
Variation part de l'Etat	-18'290	-2%	14'949	7%	20'839	6%	-13'683	-6%	-8'119	-3%	11'237	6%	15'928	10%	22'862	1%

Pour ce qui concerne les prestations dans le domaine psychique, les incidences financières se feront sentir en termes de dotation des services. L'effet de ces mesures sur le subventionnement ne peut encore être déterminé précisément. Il dépend très largement de l'organisation prévue dans le cadre de la future loi sur la santé mentale. Toutefois, les aménagements prévus dans cette loi tendent à fournir les prestations là où elles sont les plus efficaces et économiques. Il faut relever que la prise en charge à domicile est nettement moins coûteuse que celle en institution et de ce fait, la participation globale de l'Etat devrait être modérée.

La loi révisée prévoit que la liste exhaustive des prestations est définie dans le règlement. En fonction des disponibilités budgétaires de l'Etat et de ses priorités en matière sanitaire, le Conseil d'Etat va décider de l'extension éventuelle des prestations.

Pour les autres mesures, les seules prestations déjà subventionnées par l'Etat vont entrer dans le cadre de la loi révisée, quittant le domaine de la promotion et prévention de la santé où leur place était discutable.

En 2002 la participation de l'Etat était la suivante:

**Fr.**

Association fribourgeoise du diabète	25 000
Ligue pulmonaire*	10 020

\* Il s'agit d'une participation pour les frais des examens d'entourage réalisés par la ligue dans le cadre de la lutte contre la tuberculose

## 5. RÉPARTITION DES COMPÉTENCES ENTRE L'ÉTAT ET LES COMMUNES

La présente loi ne modifie pas la répartition des compétences entre l'Etat et les communes. L'Etat établit les conditions cadre destinées au bon fonctionnement du système et approuve les mandats de prestations passés entre les associations de communes et les services. Il remplit également les tâches liées aux autorisations d'exploiter qui lui sont dévolues dans le cadre de la loi sur la santé. Dans le respect de la loi sur les subventions, il va procéder aux contrôles nécessaires à l'octroi de sa subvention.

## 6. CONCLUSION

Le Conseil d'Etat invite dès lors le Grand Conseil à adopter le présent projet de révision de la loi sur les soins et l'aide familiale à domicile.

**BOTSCHAFT Nr. 190  
des Staatsrats an den Grossen Rat  
zum Revisionsentwurf für das Gesetz  
über die spitalexterne Krankenpflege  
und die Familienhilfe**

22. März 2005

Wir unterbreiten Ihnen hiermit einen Entwurf für die Revision des Gesetzes vom 27. September 1990 über die spitalexterne Krankenpflege und die Familienhilfe<sup>1</sup>.

Diese Botschaft gliedert sich wie folgt:

1. Notwendigkeit des Entwurfs und Ablauf der Arbeiten
2. Der Entwurf in seinen grossen Linien
3. Erläuterung der Bestimmungen
4. Finanzielle Auswirkungen
5. Kompetenzenverteilung zwischen Staat und Gemeinden
6. Schlussbemerkung

**1. NOTWENDIGKEIT DES ENTWURFS UND  
ABLAUF DER ARBEITEN**

Das Gesetz über die spitalexterne Krankenpflege und die Familienhilfe stammt aus dem Jahr 1990. Sein Ziel bestand darin, «kranken, behinderten oder einer erheblichen und regelmässigen Überwachung bedürftenden Personen eine Wahl zwischen dem Leben im gewohnten Umfeld zu Hause und dem Leben im Heim zu ermöglichen» (s. Botschaft Nr. 168 vom 29. August 1989, S. 3). Dieses Gesetz ermöglichte die flächendeckende Bereitstellung und die Subventionierung von Diensten für spitalexterne Krankenpflege und Familienhilfe. Es brachte auch die Ausrichtung einer Pauschalentschädigung für Angehörige und nahe Stehende, die sich um eine hilflose Person kümmern.

Der Gesundheitssektor hat in den letzten Jahren erhebliche Umwälzungen erfahren. So erhält die Betreuung zu Hause heute aufgrund der Entwicklung der Medizintechnik, durch die sich die Dauer der stationären Versorgung verkürzt hat, und wegen der zunehmenden Schwere der von den Betagtenheimen übernommenen Fälle einen immer grösseren Platz. Das Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) sowie das Gesundheitsgesetz verlangen eine Revision der kantonalen Gesetzgebung, namentlich um sie den heutigen Sachzwängen anzupassen. Diese Reform ist auch wesentlich für die Anpassung der Finanzierungsart des Staates an diese Änderungen.

Diese Fragen beschäftigten die kantonale Kommission für spitalexterne Krankenpflege und Familienhilfe; diese prüfte verschiedene konkrete Vorschläge, die vom Amt für Gesundheit mit Hilfe einiger ihrer Mitglieder bereitgestellt wurden. Aufgrund der ihr unterbreiteten Vorschläge erarbeitete die Direktion für Gesundheit und Soziales (die Direktion) einen Vorentwurf für das Gesetz und für das Ausführungsreglement. Dieser befand sich

vom 24. August bis zum 31. Oktober 2004 in der Vernehmlassung.

Die Organismen, die sich im Rahmen der Vernehmlassung äusserten, waren einhellig der Meinung, die Revision des Gesetzes vom 27. September 1990 über die spitalexterne Krankenpflege und die Familienhilfe und des Ausführungsreglements sei notwendig, wobei die meisten dies damit begründeten, die Verantwortlichkeiten zwischen dem Staat und den Gemeinden seien zu klären. In diesem Punkt jedoch ergaben sich aus den Stellungnahmen zwei entgegen gesetzte Tendenzen. Für einige stärken die vorgeschlagenen Reformen zu sehr den Staat, zum Nachteil der Gemeinden, bedenke man die beschlossene finanzielle Aufteilung, die den Gemeinden (von welchen angenommen wird, dass sie den Bezügerinnen und Bezüger am nächsten stehen) überbundene Verantwortung. Für andere hingegen setzt die Lebensfähigkeit des Systems eine Zentralisierung der Organisation und eine Stärkung der Rolle des Staates voraus, die einzige Möglichkeit zur Gewährleistung von Effizienz, Wirtschaftlichkeit und Gleichbehandlung. Die Freiburger Versicherer behaupteten sogar, nur eine zentrale Verwaltung der Dienste erlaube es, eine kompetente und einheitliche Anwendung der betrieblichen Rahmenbedingungen im ganzen Kanton zu gewährleisten, bei weitest gehender Senkung des Betriebsaufwands.

Der in der Folge überarbeitete Vorentwurf wurde dem Staatsrat übermittelt, zusammen mit der Stellungnahme der kantonalen Kommission für spitalexterne Krankenpflege und Familienhilfe. Er nimmt eine Mittelposition ein, wonach die Gemeinden für die Organisation der Hilfe und Pflege zuständig bleiben und der Staat Überwachungsbefugnisse namentlich unter dem Aspekt Bedarfsdeckung und Qualität erhält. Der Staat wird seine Aufgaben in enger Zusammenarbeit mit den betroffenen Partnern, insbesondere mit dem kantonalen Dachorgan, wahrnehmen.

Die Einführung der verbundenen Erteilung von Pflege und Hilfe zu Hause, die Ausweitung der Leistungen, die Anhebung der technischen und qualitativen Anforderungen und die Revision des Subventionierungssystems sind die wichtigen Änderungen, die dieser Änderungsentwurf mit sich bringt, und stellen die notwendigen Verbesserungen gegenüber der geltenden Gesetzgebung dar.

Es bedarf allerdings noch einer neuen Prüfung der Gesetzgebung über die Pflege und Hilfe zu Hause, sobald die Anpassung der kantonalen Gesetze an die Neugestaltung des Finanzausgleichs und der Aufgabenverteilung zwischen Bund und Kantonen beziehungsweise die Anpassung der kantonalen Gesetze an die Reform der Freiburger Gesundheitsstrukturen erfolgt.

**2. DER ENTWURF IN SEINEN GROSSEN LINIEN**

Die vorgeschlagene gründliche Revision des Gesetzes zielt sowohl auf eine Klärung der Zuständigkeiten als auch auf eine Vereinfachung der Finanzierungsart hin. Sie muss dem Artikel 68 der Freiburger Kantonsverfassung vom 16. Mai 2004 entsprechen, wobei sich die neuen Bestimmungen insbesondere an den zweiten Teil des Verfassungsartikels zu halten haben, der vorschreibt, dass jeder Person die gleichen Pflegeleistungen zugänglich sind. Das neue Gesetz muss auch, ohne vom ursprünglichen Willen des Gesetzgebers abzuweichen, die strukturelle Flexibilität aufweisen, die nötig ist, um den

<sup>1</sup> Zwecks Angleichung an die Terminologie der Bundesgesetzgebung über die Krankenversicherung werden die Begriffe «spitalexterne Krankenpflege» und «Familienhilfe» fallen gelassen und erhält das revidierte Gesetz den Titel «Gesetz über die Hilfe und Pflege zu Hause». Entsprechend ist künftig nicht mehr von Diensten für spitalexterne Krankenpflege und Familienhilfe die Rede, sondern von Diensten für Hilfe und Pflege zu Hause.



Entwicklungen zu folgen, die sich dort einstellen werden, wo es darum geht, kranke, behinderte Personen oder solche, die einer Unterstützung oder Überwachung bedürfen, um weiterhin in ihrem gewohnten Umfeld leben zu können, zu Hause zu behalten.

Zu diesem Zweck wurden die allgemeinen Bestimmungen des ersten Kapitels überarbeitet, unter Wahrung des anfänglichen Willens, die persönliche Initiative zu fördern. Darüber hinaus, dass sie die flächendeckende Ausweitung der Dienste für Hilfe und Pflege zu Hause vorsieht, fördert und unterstützt die vorgeschlagene Änderung weitere Massnahmen für den Verbleib zu Hause, um sich bestmöglich an den Geist des Gesetzes zu halten.

Die wachsende Vielschichtigkeit der Betreuung zu Hause und die enge Verflechtung dieses Sektors mit dem Spital- und Pflegeheimbereich erfordern eine gemeinsame Reflexion. Diese schlägt sich in einer Reorganisation der Kompetenzen nieder, die im zweiten, der Organisation geltenden Kapitel definiert werden.

Die Gemeinden, nach wie vor Vollzugsbehörde für das Gesetz, müssen sich darüber hinaus im Verband zusammenschliessen, um die Leistungen in konzertierter Weise bereit zu stellen. Sobald sie sich organisiert haben, errichten oder beauftragen sie Dienste für Hilfe und Pflege zu Hause.

Entsprechend den Aufgaben, mit denen sie namentlich im Rahmen des Gesundheitsgesetzes betraut ist, muss die Direktion die Kohärenz des gesamten Gesundheitsnetzes gewährleisten können. Hierfür setzt sie die Rahmenbedingungen für den Betrieb der in der Versorgung zu Hause tätigen Dienste und Institutionen des Gesundheitswesens fest.

Jeder Dienst für Hilfe und Pflege zu Hause oder jede andere Institution des Gesundheitswesens, die Leistungen für den Verbleib einer Person zu Hause erteilt, muss eine Betriebsbewilligung im Sinne des Gesundheitsgesetzes und einen Leistungsauftrag haben. Demgemäss verzichtet die vorgeschlagene Änderung im Sinne der administrativen Vereinfachung und der Einsparung an Mitteln auf die heutige Forderung, dass die Dienste und Institutionen anerkannt sein müssen, wird diese doch hinreichend ersetzt durch die Betriebsbewilligung und die Leistungsaufträge, die dazu bestimmt sind, die finanzielle Übernahme der Leistungen sicherzustellen.

Was die Voraussetzungen der Subventionierung und die Finanzierung der Leistungen der Versorgung zu Hause angeht – Gegenstand des dritten Kapitels des Gesetzes – so wird das heutige System in Berücksichtigung des Subventionsgesetzes überholt.

Für die Hilfe und Pflege zu Hause erteilen die Gemeinden Leistungsaufträge, die von der Direktion genehmigt werden. Die Einführung dieser Leistungsaufträge bedeutet eine Klärung der Kompetenzen der Gemeinden und des Staates und ferner, dass die Dienstleistungserbringer vermehrt in die Verantwortung genommen werden. Der Einheitsansatz für den Beitrag des Staates an die Gemeinden für die Erteilung der Pflege und Hilfe zu Hause beseitigt die Abweichung zwischen Pflege und Hilfe bezüglich ihrer Übernahme. Der Beitrag des Staates ist dazu bestimmt, einen Teil der Kosten des Personals zu übernehmen, welches die vom Gesetz definierten Leistungen ausführt, die nicht durch die Einnahmen aus der Verrechnung zu Lasten der obligatorischen Krankenversicherung und den Bundesbeitrag gedeckt sind. Es handelt sich also

nach wie vor um eine Aufteilung dieser Lasten zwischen dem Staat und den Gemeinden, die das Defizit der Dienste übernehmen; dies in einem Verhältnis, das dem heute geltenden entspricht.

Für die Institutionen des Gesundheitswesens, welche weitere Massnahmen für den Verbleib zu Hause erteilen – Institutionen, die eines Leistungsauftrags der Direktion bedürfen – gewährt der Staat Subventionen in Form von Pauschalbeträgen. Zwar wird der Begriff Institution des Gesundheitswesens in Artikel 99 des Gesundheitsgesetzes definiert, bei den hier angesprochenen Institutionen handelt es sich jedoch um spezialisierte Dienste wie zum Beispiel die «Association romande de soins pédiatrique à domicile» oder die Gesundheitsligen. Diese können spezifische Leistungen anbieten, die von den Diensten für Hilfe und Pflege zu Hause wegen des allgemeinen Charakters ihrer Aufgabe nicht unbedingt erbracht werden können. Es handelt sich also nicht um die Dienste für Hilfe und Pflege zu Hause noch um Spitäler.

### 3. ERLÄUTERUNG DER BESTIMMUNGEN

#### 3.1 Titel

Aus dem **Titel** des Gesetzes wurde der Bezug auf den Begriff «Familie» herausgenommen, denn die Tätigkeit der Dienste geht weit über den strikt familiären Kontext hinaus. So erfolgten im Jahr 2002 nahezu 60 % der in Stunden ausgedrückten Hilfe bei Personen im Alter ab 65 Jahren. Zudem wird der Begriff Familienhilfe auf gesamtschweizerischer Ebene nicht oder nicht mehr verwendet.

#### 3.2 1. Kapitel: Allgemeine Bestimmungen

Der **Artikel 2** des Gesetzes schreibt fest, dass Personen, die krank oder behindert sind oder einer Unterstützung oder Überwachung bedürfen, um so lange wie möglich in ihrem gewohnten Umfeld leben zu können, grundsätzlich Anspruch haben auf den Zugang zu einer guten Hilfe und Pflege zu Hause sowie zu weiteren Massnahmen, die der Erreichung dieses Ziels dienen. Da die Person in ihrer Gesamtheit berücksichtigt werden muss, präzisiert diese Bestimmung, dass die Hilfe und Pflege zu Hause im somatischen und im psychischen Bereich anzubieten ist (s. Art. 7 Abs. 2 Bst. c Ziffer 2 KLV), auch bei Bedarf an palliativer Pflege und am Lebensende. Die Gesamtheit dieser Massnahmen soll es der betroffenen Person ermöglichen, zu Hause zu bleiben, wenn sie dies wählt, wenn diese Lösung als vernünftig bezeichnet werden kann und die Mitwirkung der Mitglieder ihres Umfelds gegeben ist. Es ist dies auch ein Mittel, mit dem die Benützung der Infrastrukturen für die Gesundheitsversorgung auf die akutesten Situationen begrenzt werden kann, ohne indessen Hospitalisationen zu Hause einzuführen, deren Kosten höher wären als diejenigen einer stationären Versorgung. Diese Bestimmung begründet nicht den zwingenden Anspruch einer hilflosen Person, namentlich bei Bedarf nach palliativer Pflege, auf Hilfe und Pflege zu Hause. Zwar müssen solche Pflegeleistungen auch ausserhalb eines Spitals verfügbar sein, doch werden sie von den Diensten für Hilfe und Pflege zu Hause in Zusammenarbeit mit dem Spital und auf ärztliche Verschreibung erteilt.

Die Definition des Zwecks, dem das revidierte Gesetz dient, ruft übrigens den Grundsatz in Erinnerung, wonach der Einsatz Angehöriger und nahe stehender Personen an



erster Stelle steht und die Leistungen der Versorgung zu Hause subsidiär zur Verfügung gestellt werden. Die Ausweitung der Leistungen bedeutet nicht die Übernahme aller möglichen Massnahmen, die einem Verbleib zu Hause dienen. Es handelt sich zunächst darum, in das revidierte Gesetz die Leistungen zu integrieren, die Personen mit chronischen Erkrankungen wie Diabetes oder Atemproblemen angeboten werden und die heute über das Gesundheitsgesetz unterstützt werden.

Eine Ausweitung auf weitere Leistungen, wie Mahlzeitendienste oder Fernalarm-Systeme, könnte später erwogen werden, in Form von Massnahmen, die im Rahmen der Förderung des Verbleibs zu Hause nötig sind.

Die durch das Gesetz gedeckten Leistungen sind in **Artikel 3** aufgeführt. Die Pauschalentschädigung wird in **Artikel 4** geregelt. Dieser übernimmt die Elemente des heutigen Gesetzes, nicht jedoch die Regel, wonach die Beteiligung der Versicherer vorgesehen war, nachdem sich die Versicherer nie an der Pauschalentschädigung beteiligt haben.

Zu den Leistungen der Hilfe und Pflege zu Hause kommt die Tätigkeit im Sinne der gesundheitlichen Information und der sozialen Betreuung, allerdings streng begrenzt auf das Ziel des Verbleibs zu Hause (**Art. 5**). Diese Tätigkeiten fallen nicht unter die von den Krankenversicherern übernommenen Leistungen, sind jedoch notwendig für den erfolgreichen Verbleib zu Hause. Dabei handelt es sich insbesondere um die Zeit, welche die Dienste den Leistungsempfängerinnen und -empfängern oder ihrer Familie widmen, um sie vor allem darin zu unterstützen, dass sie sich so weit wie möglich selber versorgen, um das Vorliegen eines Bedarfs zu überprüfen oder um sie an andere Organismen zu verweisen. All dies entspricht dem Ziel der Förderung, des Schutzes, der Erhaltung und Wiederherstellung der Gesundheit von Einzelpersonen gemäss dem Gesundheitsgesetz vom 16. November 1999 (s. Art. 2 Abs. 2).

Nach Artikel 5 Abs. 2 soll ausserdem das Verzeichnis der obligatorischen Leistungen im Ausführungsreglement aufgeführt werden. Auf diese Weise kann der Staatsrat künftig für die Anpassung des Angebots an die Ziele der kantonalen Gesundheitspolitik sorgen.

In Ergänzung zu diesen Elementen sind die weiteren Massnahmen nach **Artikel 6** spezifische Leistungen, welche die Dienste für Hilfe und Pflege zu Hause aufgrund des allgemeinen Charakters ihrer Aufgabe nicht unbedingt erbringen können. Dabei handelt es sich zum Beispiel um den Einsatz bei Personen mit Diabetes oder Atemproblemen oder bei Kleinkindern (pädiatrische Pflege). Solche Leistungen erfordern oft Personal mit besonderer Ausbildung, und die kritische Menge von Personen, die solche Leistungen benötigen, ist nicht unbedingt gross genug in einer Region, als dass sich die Anstellung einer Fachperson durch einen Dienst für Hilfe und Pflege zu Hause rechtfertigen würde. Der Staat kann spezialisierte Dienste für diese Leistungen beauftragen. Wichtig hingegen ist, dass alle Dienste für Hilfe und Pflege zu Hause sich nicht nur um die somatischen, sondern auch um die psychischen Leiden der betreuten Personen kümmern.

### 3.3 2. Kapitel: Organisation

Dieses Kapitel dient der Präzisierung der Aufgaben und Kompetenzen der Behörden, die auf dem Gebiet der Ver-

sorgung zu Hause impliziert sind. Die Änderungen gegenüber der heutigen Situation bestehen darin, dass die kantonale Kommission für spitalexterne Krankenpflege und Familienhilfe und die bisher verlangte Anerkennung der Dienste abgeschafft werden.

Die heutige kantonale Kommission für spitalexterne Krankenpflege und Familienhilfe ist nicht unter den Vollzugsbehörden für das revidierte Gesetz aufgeführt. Der **Artikel 7** nennt an erster Stelle die Gemeinden, dann die Direktion und den Staatsrat. Das Gesundheitsgesetz (s. Art. 15) hat eine Kommission für Gesundheitsplanung eingesetzt, die zur Aufgabe hat, sich zum Pflegebedarf der Bevölkerung und zu den spezifischen Mitteln für dessen Befriedigung zu äussern. Diese Kommission befasst sich insbesondere mit der Planung der Organisationen für Pflege und Hilfe zu Hause und verfügt somit über weitere Kompetenzen als die heutige kantonale Kommission für spitalexterne Krankenpflege und Familienhilfe. Letztere verliert also ihre Existenzberechtigung und muss abgeschafft werden.

Der **Artikel 8** verpflichtet die Gemeinden, sich für die Erörterung und die Erteilung der Leistungen der Hilfe und Pflege zu Hause im Verband zusammenzuschliessen. Für die institutionelle Gesundheitsversorgung setzt sich das Freiburger System aus den Spitälern, den Pflegeheimen und den Einrichtungen für die Versorgung zu Hause zusammen. Die engen Bindungen zwischen diesen Sektoren bedingen eine gesamthafte Führung. Zwar muss sich diese auf alle Aufgaben insgesamt erstrecken, doch ist es wichtig, dass sie zuerst innerhalb jedes institutionellen Sektors erfolgt. Die intrinsischen Schwierigkeiten der Versorgung zu Hause und deren Scharnierfunktion im Gesundheitssystem machen die Konzertierung unabdingbar. Daher müssen sich die Gemeinden zusammenschliessen, um eine Entität zu bilden, die zumindest die Grösse eines Bezirks erreicht und sogar mehrere Bezirke umfassen kann. Die Organisation nach Bezirk verweist auf die Spitalorganisation oder in bestimmten Fällen auf die Organisation im Pflegeheimbereich. Die Bezirke müssen sich nicht unbedingt in einem neuen Verband organisieren; sie können den Zweck einer bestehenden Organisation, die schon für den Gesundheitssektor vorgesehen ist, ausweiten. Diese Organisation nach Bezirk verhindert in der Praxis keineswegs das Bestehen eines Dienstes für Hilfe und Pflege zu Hause, der eine einzige Gemeinde abdeckt, wenn das Bevölkerungsaufkommen dies erlaubt und sämtliche Gemeinden des Bezirks einer solchen Organisation beipflichten. Auf alle Fälle muss der Gemeindeverband seinen/seine eigenen Dienst/e für Hilfe und Pflege zu Hause errichten oder Leistungsverträge mit privaten Diensten für Hilfe und Pflege abschliessen, um die Bedarfsdeckung für die Bevölkerung sicherzustellen.

Nach **Artikel 9** ist die Bezirkskommission das Vollzugsorgan auf dem Gebiet der Pauschalentschädigung. Sie hat sich auch zu vergewissern, dass die Hilfe und Pflege zu Hause im Bezirk und deren Beziehungen zu den übrigen Akteuren des Gesundheitswesens gut funktionieren. Sie wacht auch über die angemessene Versorgung der Leistungsempfängerinnen und -empfänger und über die wirtschaftliche und geographische Abdeckung des Bedarfs. Die Bezirkskommission vergewissert sich somit, dass die Dienste für Hilfe und Pflege zu Hause mit den Spitälern, den Betagtenheimen und den übrigen Institutionen des Gesundheitswesens zusammenarbeiten – eine Zusammenarbeit, die über die Bezirksgrenzen hinaus reicht. Die Zusammensetzung der Bezirkskommission

wird künftig vom Staatsrat bestimmt. So ist vorgesehen, dass der Vorsitz der Bezirkskommission nicht mehr automatisch vom Oberamtmann geführt wird, der meist auch Präsident des Gemeindeverbandes ist, so dass künftig eine klare Trennung besteht zwischen den Funktionen der Gemeinden im Gesetzesvollzug und denjenigen der Bezirkskommission. Vorgesehen ist auch, dass die Kommission aus mindestens sieben Mitgliedern besteht, die vom Gemeindeverband bezeichnet werden, wobei letzterer dafür sorgt, dass Berufsleute mit spezifischen Kompetenzen auf dem Gebiet der Versorgung zu Hause vertreten sind.

Nach **Artikel 10** hat die Direktion zur Aufgabe, das Reglement über die Gewährung der Pauschalentschädigung und die Leistungsverträge zwischen den Gemeinden und den Diensten für Hilfe und Pflege zu Hause zu genehmigen sowie Leistungsverträge mit den übrigen für die Bedarfsdeckung der Bevölkerung nötigen Institutionen des Gesundheitswesens zu erstellen, wobei alle diese Verträge dazu dienen, die finanzielle Übernahme der Leistungen zu bestimmen (s. Art. 16 unten). Die Direktion setzt auch die Rahmenbedingungen für den Betrieb der Dienste und der übrigen beauftragten Institutionen des Gesundheitswesens fest, Rahmenbedingungen, die dafür bestimmt sind, eine einheitliche Praxis innerhalb des Kantons sicherzustellen und eine solide Grundlage für die Umsetzung der Gesundheitsplanung und die angemessene und homogene Versorgung der Patientinnen und Patienten zu gewährleisten. Die Dienste müssen zudem über eine von der Direktion erteilte Betriebsbewilligung gemäss dem Gesundheitsgesetz verfügen. Da in diesem Rahmen die Auflage, eine Anerkennung der Direktion einzuholen, nicht mehr nötig ist, wurde sie im Sinne der administrativen Vereinfachung und der Einsparung von Mitteln aufgehoben.

Die Direktion kann schliesslich noch Dachorganismen (auf Bundes-, interkantonalen oder kantonalen Ebene) mit spezifischen Aufträgen betrauen. Insbesondere kann sie solche Organismen wegen ihrer besonderen Kenntnis des Gebiets mit der Erarbeitung bestimmter Rahmenbedingungen betrauen.

Der Staatsrat setzt den geltenden Tarif für die Benützerinnen und Benützer der Hilfe zu Hause fest und genehmigt die Vereinbarungen für die Übernahme der Pflegeleistungen zu Hause durch die Krankenversicherer (s. **Art. 11**). Er setzt auch die Höhe der Pauschalentschädigung auf Vorschlag der Gemeindeverbände fest. Diese Massnahme ermöglicht es, die Gleichbehandlung der Leistungsempfängerinnen und -empfänger unabhängig von deren Wohnort zu gewährleisten, stellt doch der Einsatz Angehöriger und nahe Stehender die tragende Säule des Gesetzes dar. Es ist vorgesehen, die Höhe der Pauschalentschädigung regelmässig zu überprüfen, um sie der Entwicklung der Lebenshaltungskosten anzupassen.

Was das kantonale Dachorgan der Dienste für Hilfe und Pflege zu Hause angeht, so gilt dieses nach **Artikel 12** als bevorzugter Ansprechpartner der Direktion, insbesondere für die Ausarbeitung der Rahmenbedingungen für den Betrieb der Dienste. Das Ziel dieser Massnahme ist es, die Entwicklung eines starken Dachorgans zu fördern.

### 3.4 3. Kapitel: Subventionierungsbedingungen und Finanzierung

Der **Artikel 13** betrifft die Finanzierung der Pauschalentschädigung und die Voraussetzungen für deren Gewährung.

Die **Artikel 14 bis 19** regeln die Beitragsleistung an die Erteilung der im Rahmen dieses Gesetzes definierten Leistungen.

Die Voraussetzungen, welche die Institutionen des Gesundheitswesens erfüllen müssen, um beauftragt zu werden, bestimmt der **Artikel 14**; dabei werden teilweise die heutigen Voraussetzungen für die Erteilung der Anerkennung übernommen. So werden nach wie vor die nicht gewinnorientierte Zielsetzung und die Anwendung vereinbarter Tarife verlangt, und vorbehalten ist die Betriebsbewilligung gemäss dem Gesundheitsgesetz. Zu den neuen Anforderungen gehört, dass die Dienste für Hilfe und Pflege zu Hause die vollständige Palette der Hilfe- und Pflegeleistungen anbieten, die von der Direktion beschlossenen Rahmenbedingungen für den Betrieb anwenden und einem Dachverband angeschlossen sein müssen. Sie müssen zudem die Voraussetzungen für die Erteilung des Bundesbeitrags nach Artikel 101<sup>bis</sup> AHVG erfüllen.

Der **Artikel 15** präzisiert den Inhalt der Leistungsverträge zwischen den Gemeinden und den privaten Diensten für Hilfe und Pflege zu Hause sowie der Leistungsverträge zwischen dem Staat und den übrigen im Rahmen des Gesetzes beauftragten Institutionen des Gesundheitswesens. Bei den von den Gemeinden errichteten Diensten für Hilfe und Pflege zu Hause werden diese Anforderungen im Rahmen der Betriebsbewilligung dieser Dienste überprüft.

Die Leistungsverträge dienen insbesondere dazu, die Art und Weise zu spezifizieren, in der die Gemeinden ihren Auftrag erfüllen möchten. Zwar werden die von der Direktion bestimmten Dotationsnormen genaue Anhaltspunkte für die Dotierung mit dem nötigen Personal geben, jedoch keinen Plafond festlegen. Damit bei einer gegebenen Bevölkerung der finanzielle Beitrag des Staates keine Ungleichbehandlung erzeugt, wird der Staat eine deutlich andere Dotierung nur dann unterstützen, wenn sie sich durch spezifische gesundheitliche Voraussetzungen rechtfertigt. In Anbetracht der Dichte des Freiburger Gesundheitsnetzes und seiner territorialen Verteilung sollte dies grundsätzlich nicht der Fall sein.

Die finanzielle Übernahme der von den Gemeinden erteilten Leistungsverträge bestimmt sich nach **Artikel 16**, die finanzielle Übernahme der vom Staat erteilten Leistungsaufträge nach **Artikel 17**. Bei den Diensten für Hilfe und Pflege zu Hause gewährt der Staat heute den anerkannten Diensten Beiträge an die Kosten ihres Personals für Leistungen, die nicht zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung gehen. Somit werden heute das Pflegepersonal und die Familien- und Haushilfen subventioniert, deren Bestand genehmigt worden ist. Der Beitragsansatz für die Pflege (50 %) unterscheidet sich von demjenigen für die Hilfe (30 %). Dies ist effektiv nur möglich bei Diensten, die ausschliesslich die eine oder die andere der Leistungen anbieten.

Mit der Verpflichtung, sämtliche Leistungen der Hilfe und Pflege zu erteilen, ist diese Beitragsberechnung nicht mehr möglich. Das Personal führt Hilfe- und Pflegeleistungen nach den Bedürfnissen, den Verfügbarkeiten und nach der Nähe der Benützerinnen und Benützer sowie in den Grenzen seiner Kompetenzen aus. Da die Versorgung zu Hause ein ganzheitliches Konzept ist, ist es zudem nicht angebracht, die Pflege und die Hilfe unterschiedlich zu subventionieren. Die vorgeschlagenen Änderungen zielen darauf ab, die heutige Unterscheidung zwischen Pflege und Hilfe abzuschaffen, ohne insgesamt die Beteiligung des Staates zu ändern. Dieser Vorschlag scheint

vernünftig, insofern als der heutige Unterschied im Beitragsansatz des Staates je nachdem, ob es sich um Pflege oder um Hilfe handelt, mit der neuen Organisation des Angebots keine Existenzberechtigung mehr hat.

Das in **Artikel 16** vorgeschlagene System enthält den gleichen Grundsatz der Subventionierung der Gehälter wie das heutige Gesetz. Es präzisiert die Beteiligung der Gemeinden und diejenige des Staates. Der Staat gewährt Subventionen an die für die Bedarfsdeckung nötigen Leistungen nach Artikel 5. Die neue Berechnungsart für den Kantonsbeitrag macht es sich zur Aufgabe, den beauftragten Diensten eine Beteiligung an den Kosten des die Leistungen ausführenden Personals zu gewähren.

Je nach der von den Gemeinden gewählten Art der Organisation des Angebots kann die Berechnung des Kantonsbeitrags, deren Modalitäten im Ausführungsreglement bestimmt werden, wie folgt dargestellt werden:

Summe der Gehälter, Treueprämien und Sozialleistungen des subventionierten Personals

- + Fahrkosten des für die Ausführung der Leistungen subventionierten Personals
- = Total des zu subventionierenden Aufwands (nach den Normen des Staates)
- Bundesbeitrag (Art. 101<sup>bis</sup> AHVG)
- Einnahmen aus der Verrechnung zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
- = zu subventionierender Nettoaufwand

Kantonsbeitrag: 35 % für die Pflege und Hilfe zu Hause Gemeinden, die Dienste beauftragen, übernehmen wie jene, die ihre eigenen Dienste errichten, den an die Ausführung der Aufgabe gebundenen Ausgabenüberschuss.

Den übrigen beauftragten Institutionen des Gesundheitswesens kann der Staat Pauschalbeträge gewähren (s. **Art. 17**). Diese Praxis besteht schon für die Leistungen nach Artikel 6. Die Bestimmungen des Subventionsgesetzes sind vorbehalten. Da das Verzeichnis der obligatorischen Leistungen im Ausführungsreglement des Gesetzes erstellt wird, ist der Staatsrat zuständig für die allfällige Ausweitung der Subvention auf weitere Leistungen, wobei diese natürlich in den Rahmen der kantonalen Gesundheitsplanung fallen müssen.

Selbstverständlich werden Ausgaben, welche die Normen des Staates überschreiten, nicht subventioniert (s. **Art. 18**).

Im Übrigen sieht der **Artikel 19** die Entschädigung des Dachorgans für Leistungsaufträge vor, mit denen der Staat es nach Artikel 19 Bst. g betrauen kann.

Der **Artikel 20** bezieht sich auf die Beteiligung der Benützerinnen und Benützer an den Kosten der Hilfe zu Hause. Entgegen der bisher geltenden Bestimmung wird diese Beteiligung nicht im Gesetz festgelegt. Sie wird in der Verordnung über die Festsetzung des Tarifs festgelegt, damit der Staatsrat die Möglichkeit hat, die Tarife rascher anzupassen, je nach der Entwicklung der Leistungskosten und Lebenshaltungskosten. Der Grundsatz eines Tarifs, der nach dem Einkommen und Vermögen der Benützerinnen und Benützer festgesetzt wird, so dass deren Beteiligung wirtschaftlich tragbar ist, bleibt bestehen.

### 3.5 4. Kapitel: Rechtsmittel

Die Bestimmungen in **Artikel 21** übernehmen die bisher geltenden, passen sie jedoch der heutigen Praxis an.

### 3.6 5. Kapitel: Übergangs- und Schlussbestimmungen

Nach **Artikel 22** haben die Gemeinden eine Frist von 3 Jahren ab dem Inkrafttreten des Gesetzes, um sich auf der Ebene eines Bezirks oder mehrerer Bezirke gemäss Artikel 8 zu organisieren.

Der **Artikel 23** sieht die Aufhebung des Gesetzes vom 27. September 1990 über die spital-externe Krankenpflege und die Familienhilfe zugunsten des vorgeschlagenen Textes vor.

Das Datum für das Inkrafttreten des revidierten Gesetzes wird vom Staatsrat festgesetzt (s. **Art. 24**).

## 4. FINANZIELLE AUSWIRKUNGEN

Das Gesetz über die Hilfe und Pflege zu Hause regelt die Finanzierung der Leistungen für den möglichen Verbleib zu Hause.

Für den Zeitraum 2002 erreichte die Tätigkeit der Dienste die folgenden Volumen:

**Tabelle 1: abgedeckte Bevölkerung und im Jahr 2002 verrechnete Stunden der Pflege und Hilfe**

Hilfe und Pflege nach Bezirk	Saane	Sense	Greyerz	See	Glane	Broye	Vivisbach	Total
Abgedeckte Bevölkerung	81'369	38'525	38'361	28'630	17'588	21'539	12'635	238'647
Verrechnete Stunden	91'161	43'065	50'817	43'803	27'614	26'139	23'640	306'239

Die dieser Tätigkeit entsprechenden Ausgaben und Einnahmen der Dienste waren die folgenden:

**Tabelle 2: Betriebsrechnung 2002 der Dienste für spitalexterne Krankenpflege und Familienhilfe, nach Bezirk**

Hilfe und Pflege nach Bezirk	Saane		Sense		Greyerz		See		Glane		Broye		Vivisbach		Total	
	in Fr.	in %	in Fr.	in %	in Fr.	in %	in Fr.	in %	in Fr.	in %	in Fr.	in %	in Fr.	in %	in Fr.	in %
Löhne und Personalkosten	7'092'064	93%	2'531'286	89%	3'852'530	92%	2'990'159	89%	2'001'794	91%	1'842'330	93%	1'449'394	94%	21'759'557	92%
Übriger Aufwand	542'004	7%	312'986	11%	342'939	8%	360'964	11%	201'933	9%	148'856	7%	98'502	6%	2'008'184	8%
<b>Gesamtaufwand</b>	<b>7'634'069</b>	<b>100%</b>	<b>2'844'272</b>	<b>100%</b>	<b>4'195'468</b>	<b>100%</b>	<b>3'351'123</b>	<b>100%</b>	<b>2'203'727</b>	<b>100%</b>	<b>1'991'186</b>	<b>100%</b>	<b>1'547'896</b>	<b>100%</b>	<b>23'767'741</b>	<b>100%</b>
Betriebsertrag (Fakturierung der Dienste)	3'013'922	39%	1'524'922	54%	1'802'922	43%	1'891'336	56%	915'687	42%	883'576	44%	668'891	43%	10'701'256	45%
Subvention BSV	1'356'538	18%	550'472	19%	692'548	17%	475'124	14%	394'809	18%	366'082	18%	285'091	18%	4'120'663	17%
Andere Einnahmen	428'825	6%	139'058	5%	293'020	7%	309'455	9%	25'321	1%	98'322	5%	67'649	4%	1'361'651	6%
Kantonsbeitrag	864'984	11%	201'279	7%	346'959	8%	219'972	7%	250'303	11%	190'125	10%	155'419	10%	2'229'041	9%
Saldo zu Lasten der Gemeinden	1'969'800	26%	428'541	15%	1'060'019	25%	455'236	14%	617'607	28%	453'081	23%	370'846	24%	5'355'130	23%
<b>Gesamteinnahmen</b>	<b>7'634'069</b>	<b>100%</b>	<b>2'844'272</b>	<b>100%</b>	<b>4'195'468</b>	<b>100%</b>	<b>3'351'123</b>	<b>100%</b>	<b>2'203'727</b>	<b>100%</b>	<b>1'991'186</b>	<b>100%</b>	<b>1'547'896</b>	<b>100%</b>	<b>23'767'741</b>	<b>100%</b>



Die Aufteilung des Betriebskostenüberschusses der Dienste zwischen dem Staat und den Gemeinden präsentierte sich wie folgt:

**Tabelle 3: Aufteilung des Betriebskostenüberschusses aus der Ausführung der Leistungen zwischen dem Staat und den Gemeinden für die Tätigkeit 2002**

Hilfe und Pflege nach Bezirk	Saane		Sense		Greyerz		See		Glane		Broye		Vivisbach		Total	
	in Fr.	in %	in Fr.	in %	in Fr.	in %	in Fr.	in %	in Fr.	in %	in Fr.	in %	in Fr.	in %	in Fr.	in %
Kantonsbeitrag	864'984	31%	201'279	32%	346'959	25%	219'972	33%	250'303	29%	190'125	30%	155'419	30%	2'229'041	29%
Saldo zu Lasten der Gemeinden	1'969'800	69%	428'541	68%	1'060'019	75%	455'236	67%	617'607	71%	453'081	70%	370'846	70%	5'355'130	71%
Gesamtbeitrag öffentliche Hand	2'834'784	100%	629'820	100%	1'406'978	100%	675'208	100%	867'910	100%	643'206	100%	526'265	100%	7'584'172	100%

Das vom revidierten Gesetz vorgeschlagene Subventionssystem sieht eine Beibehaltung der heutigen Beteiligung des Staates in diesem Sektor vor, wobei eine leichte Anhebung erfolgt (Beitragsansatz 35 % statt 34.6 %). Dieses System bestätigt teilweise den bestehenden Unterschied zwischen dem im Gesetz einge-

tragenen Ansatz für den Kantonsbeitrag und demjenigen, der seit 1994 wegen der linearen Reduktion um 5 % tatsächlich geleistet wird, aufgrund des Dekrets vom 7. Oktober 1992 über die lineare Kürzung der Kantonsbeiträge während der Jahre 1993 bis 2004.

**Tabelle 4: Aufteilung des Betriebskostenüberschusses zwischen dem Staat und den Gemeinden nach dem neuen Schlüssel (Kantonsbeitrag: 35 % der Personalkosten)**

Hilfe und Pflege nach Bezirk	Saane		Sense		Greyerz		See		Glane		Broye		Vivisbach		Total	
	in Fr.	in %	in Fr.	in %	in Fr.	in %	in Fr.	in %	in Fr.	in %	in Fr.	in %	in Fr.	in %	in Fr.	in %
Kantonsbeitrag	846'695	30%	216'228	34%	367'799	26%	206'289	31%	242'184	28%	201'362	31%	171'347	33%	2'251'903	30%
Saldo zu Lasten der Gemeinden	1'988'089	70%	413'592	66%	1'039'180	74%	468'919	69%	625'726	72%	441'845	69%	354'918	67%	5'332'269	70%
Gesamtbeitrag öffentliche Hand	2'834'784	100%	629'820	100%	1'406'978	100%	675'208	100%	867'910	100%	643'206	100%	526'265	100%	7'584'172	100%

**Tabelle 5: Finanzielle Auswirkung insgesamt und nach Bezirk der neuen Aufteilung zwischen dem Staat und den Gemeinden**

Hilfe und Pflege nach Bezirk	Saane		Sense		Greyerz		See		Glane		Broye		Vivisbach		Total	
	in Fr.	in %	in Fr.	in %	in Fr.	in %	in Fr.	in %	in Fr.	in %	in Fr.	in %	in Fr.	in %	in Fr.	in %
Abweichung Anteil des Staates	-18'290	-2%	14'949	7%	20'839	6%	-13'683	-6%	-8'119	-3%	11'237	6%	15'928	10%	22'862	1%

Was die Leistungen im psychischen Bereich angeht, so werden sich die finanziellen Auswirkungen in der Dotierung der Dienste bemerkbar machen. Die Auswirkung dieser Massnahmen auf die Subventionierung lässt sich noch nicht genau bestimmen. Sie hängt weitgehend von der Organisation ab, die im Rahmen des künftigen Gesetzes über die Pflege im Bereich der psychischen Gesundheit vorgesehen wird. Jedoch zielen die in diesem Gesetz vorgesehenen Ausrichtungen darauf hin, die Leistungen dort zu erteilen, wo sie am effizientesten und am wirtschaftlichsten sind. Es sei hervorgehoben, dass die Betreuung zu Hause deutlich weniger kostet als in einer Institution und dass demzufolge die Gesamtbeteiligung des Staates gemässigt ausfallen dürfte.

Das revidierte Gesetz sieht vor, dass die abschliessende Liste der Leistungen im Reglement festgesetzt wird. Je nach den budgetären Möglichkeiten des Staates und seinen Prioritäten im Gesundheitswesen wird der Staatsrat eine allfällige Ausweitung der Leistungen beschliessen.

Was die übrigen Massnahmen betrifft, so werden nur Leistungen, die schon vom Staat subventioniert werden, in den Rahmen des revidierten Gesetzes eingehen, indem sie aus dem Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention herausgenommen werden, wo ihr Platz nicht unbestritten war.

Im Jahr 2002 war die Beteiligung des Staates die folgende:

	Fr.
Freiburger Diabetesgesellschaft	25 000
Lungenliga*	10 020

\* Es handelt sich um eine Beteiligung an den Kosten der Umgebungsuntersuchungen, die von der Liga im Rahmen der Tuberkulosebekämpfung durchgeführt werden

## 5. KOMPETENZENVERTEILUNG ZWISCHEN DEM STAAT UND DEN GEMEINDEN

Das revidierte Gesetz ändert die Aufteilung der Kompetenzen zwischen dem Staat und den Gemeinden nicht. Der Staat erstellt die Rahmenbedingungen für den guten Betrieb des Systems und genehmigt die Leistungsverträge zwischen den Gemeindeverbänden und den Diensten. Er erfüllt auch Aufgaben in Verbindung mit den Betriebsbewilligungen, für die er nach dem Gesundheitsgesetz zuständig ist. In Wahrung des Subventionsgesetzes wird er die notwendigen Kontrollen für die Gewährung seines Beitrags vornehmen.

## 6. SCHLUSSBEMERKUNG

Der Staatsrat ersucht demzufolge den Grossen Rat, diesen Entwurf für die Revision des Gesetzes über die spitalexterne Krankenpflege und die Familienhilfe anzunehmen.



## Loi

du

### sur l'aide et les soins à domicile (LASD)

---

#### *Le Grand Conseil du canton de Fribourg*

Vu l'article 68 de la Constitution du canton de Fribourg du 16 mai 2004;  
Vu la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie;  
Vu la loi du 16 novembre 1999 sur la santé, notamment les articles 99 et suivants;  
Vu le message du Conseil d'Etat du 22 mars 2005;  
Sur la proposition de cette autorité,

*Décrète:*

## CHAPITRE PREMIER

### Dispositions générales

#### **Art. 1**      Objet

La présente loi régit l'organisation et le financement de l'aide et des soins à domicile.

#### **Art. 2**      But

La présente loi a pour but d'offrir à toute personne malade, handicapée ou nécessitant un soutien ou une surveillance, indépendamment de sa situation économique et sociale, la possibilité de continuer à vivre dans son environnement habituel le plus longtemps possible. Elle entend ainsi:

- a) promouvoir l'intervention des parents et des proches en faveur des personnes qui, en raison de leur âge, de leur situation familiale ou sociale, d'une maladie ou d'un handicap, nécessitent une aide ou des soins à domicile;

## Gesetz

vom

### über die Hilfe und Pflege zu Hause (HPfLG)

---

#### *Der Grosse Rat des Kantons Freiburg*

gestützt auf den Artikel 68 der Verfassung des Kantons Freiburg vom 16. Mai 2004;  
gestützt auf das Bundesgesetz vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung;  
gestützt auf das Gesundheitsgesetz vom 16. November 1999, namentlich die Artikel 99 ff.;  
nach Einsicht in die Botschaft des Staatsrats vom 22. März 2005;  
auf Antrag dieser Behörde,

*beschliesst:*

## 1. KAPITEL

### Allgemeine Bestimmungen

#### **Art. 1**      Gegenstand

Dieses Gesetz regelt die Organisation und die Finanzierung der Hilfe und Pflege zu Hause.

#### **Art. 2**      Zweck

Das Gesetz soll es jeder kranken, behinderten oder einer Unterstützung oder Überwachung bedürftenden Person ermöglichen, unabhängig von ihrer wirtschaftlichen und sozialen Lage so lange als möglich in ihrem gewohnten Umfeld zu leben. Somit will es:

- a) den Einsatz Angehöriger und Nahestehender für Personen, die aufgrund ihres Alters, ihrer familiären oder sozialen Situation, einer Krankheit oder Behinderung der Hilfe oder Pflege zu Hause bedürfen, fördern;

- b) offrir subsidiairement une aide et des soins à domicile de qualité aussi bien dans le domaine somatique que dans le domaine psychique, y compris en cas de besoins en soins palliatifs et en fin de vie, en mettant à la disposition de ces personnes des services d'aide et de soins à domicile;
- c) encourager et soutenir d'autres mesures de maintien à domicile.

**Art. 3** Prestations  
a) En général

Les prestations accordées en vertu de la présente loi comprennent:

- a) l'indemnité forfaitaire;
- b) l'aide et les soins à domicile;
- c) les autres mesures.

**Art. 4** b) Indemnité forfaitaire

L'indemnité forfaitaire est une aide financière accordée aux parents et aux proches qui apportent une aide régulière, importante et durable à une personne impotente pour lui permettre de vivre à domicile.

**Art. 5** c) Aide et soins à domicile

<sup>1</sup> L'aide et les soins à domicile sont des prestations de nature médico-sociale qui ne nécessitent pas d'infrastructure institutionnelle et qui permettent de maintenir une personne dans son environnement habituel. En particulier:

- a) les soins à domicile comprennent les examens, les traitements et les soins effectués sur prescription médicale ou sur mandat médical;
- b) l'aide à domicile comprend les travaux d'économie familiale ainsi que les tâches éducatives et sociales. Elle est exclue lorsque les besoins peuvent être satisfaits par d'autres services ou institutions, comme les crèches, les garderies d'enfants, le baby-sitting;
- c) l'aide et les soins à domicile comprennent également les actions d'évaluation, d'information et de conseil destinées à répondre aux buts décrits à l'article 2 et les mesures d'encadrement social strictement nécessaires au maintien à domicile.

<sup>2</sup> La liste des prestations obligatoires est établie dans le règlement d'exécution.

- b) subsidiär eine gute Hilfe und Pflege zu Hause auf sowohl somatischem als auch psychischem Gebiet anbieten, einschliesslich bei Bedarf nach palliativer Pflege und Pflege am Lebensende, indem es diesen Personen Dienste für Hilfe und Pflege zu Hause zur Verfügung stellt;
- c) weitere Massnahmen fördern und unterstützen, die den Verbleib zu Hause ermöglichen.

**Art. 3** Leistungen  
a) Allgemein

Die aufgrund des Gesetzes gewährten Leistungen umfassen:

- a) die Pauschalentschädigung;
- b) die Hilfe und Pflege zu Hause;
- c) weitere Massnahmen.

**Art. 4** b) Pauschalentschädigung

Die Pauschalentschädigung ist eine finanzielle Hilfe an Angehörige und Nahestehende, die einer hilflosen Person langfristig und regelmässig Hilfe in bedeutendem Umfang leisten, so dass sie zu Hause leben kann.

**Art. 5** c) Hilfe und Pflege zu Hause

<sup>1</sup> Die Hilfe und die Pflege zu Hause sind Leistungen sozialmedizinischer Art, die keine institutionelle Infrastruktur erfordern und dank denen eine Person in ihrem gewohnten Umfeld verbleiben kann. Im Besonderen handelt es sich um die folgenden Leistungen:

- a) Die Pflege zu Hause umfasst die auf ärztliche Verschreibung oder in ärztlichem Auftrag durchgeführten Untersuchungen, Behandlungen und Pflegeverrichtungen.
- b) Die Hilfe zu Hause umfasst hauswirtschaftliche Arbeiten sowie erzieherische und soziale Aufgaben. Sie ist ausgeschlossen, wenn die Bedürfnisse durch andere Dienste oder Institutionen wie Krippen, Kinderhorte, Baby-sitting gedeckt werden können.
- c) Die Hilfe und die Pflege zu Hause umfassen auch die Evaluations-, die Informations- und die Beratungstätigkeit im Dienste der Ziele nach Artikel 2 sowie die für den Verbleib zu Hause unerlässlichen Massnahmen sozialer Betreuung.

<sup>2</sup> Das Verzeichnis der obligatorischen Leistungen wird im Ausführungsreglement erstellt.

**Art. 6** d) Autres mesures

Les autres mesures de maintien à domicile, fournies par des institutions de santé, comprennent en particulier les prestations aux personnes atteintes de maladies chroniques particulières, notamment les personnes souffrant de diabète ou éprouvant des difficultés respiratoires.

## **CHAPITRE 2**

### **Organisation**

**Art. 7** Autorités d'application  
a) En général

Les autorités d'application sont:

- a) les communes;
- b) les commissions de district;
- c) la Direction en charge de la santé (ci-après: la Direction);
- d) le Conseil d'Etat.

**Art. 8** b) Communes

<sup>1</sup> Les communes se réunissent en association (ci-après: association de communes) groupant l'ensemble des communes d'un district, voire l'ensemble des communes de plusieurs districts, afin de garantir la couverture des besoins de la population en matière d'aide et de soins à domicile.

<sup>2</sup> Elles décident, dans ce contexte, de la répartition de la charge financière des communes en matière d'indemnité forfaitaire et d'aide et de soins à domicile.

<sup>3</sup> L'association de communes conclut des mandats de prestations avec un ou plusieurs services privés ou crée un ou plusieurs services d'aide et de soins à domicile. Elle adopte le règlement concernant l'octroi de l'indemnité forfaitaire et fait, à l'intention du Conseil d'Etat, une proposition sur le montant de cette indemnité.

**Art. 9** c) Commissions de district

<sup>1</sup> Il est institué, dans chaque district, une commission dont les attributions sont les suivantes:

**Art. 6** d) Weitere Massnahmen

Die weiteren Massnahmen für den Verbleib zu Hause, die von Institutionen des Gesundheitswesens erteilt werden, umfassen insbesondere Leistungen für Personen mit besonderen chronischen Krankheiten, namentlich für Personen mit Diabetes oder Atemproblemen.

## **2. KAPITEL**

### **Organisation**

**Art. 7** Vollzugsbehörden  
a) Allgemein

Die Vollzugsbehörden sind:

- a) die Gemeinden;
- b) die Bezirkskommissionen;
- c) die für die Gesundheit zuständige Direktion (die Direktion);
- d) der Staatsrat.

**Art. 8** b) Gemeinden

<sup>1</sup> Die Gemeinden schliessen sich in einem Verband zusammen (der Gemeindeverband), der alle Gemeinden eines Bezirks oder mehrerer Bezirke umfasst, um die Deckung des Bedarfs der Bevölkerung auf dem Gebiet der Hilfe und Pflege zu Hause zu gewährleisten.

<sup>2</sup> Sie beschliessen in diesem Rahmen die Verteilung der Finanzlast der Gemeinden auf dem Gebiet der Pauschalentschädigung und der Hilfe und Pflege zu Hause.

<sup>3</sup> Der Gemeindeverband schliesst Leistungsaufträge mit einem oder mehreren privaten Diensten ab oder errichtet einen oder mehrere Dienste für Hilfe und Pflege zu Hause. Er erlässt das Reglement über die Gewährung der Pauschalentschädigung und unterbreitet dem Staatsrat einen Vorschlag zur Höhe dieser Entschädigung.

**Art. 9** c) Bezirkskommissionen

<sup>1</sup> In jedem Bezirk wird eine Bezirkskommission eingesetzt. Diese hat die folgenden Befugnisse:

- a) elle élabore le règlement concernant l'octroi de l'indemnité forfaitaire et fait, à l'intention de l'association de communes, une proposition sur le montant de cette indemnité;
- b) elle décide de l'octroi de l'indemnité forfaitaire définie à l'article 13;
- c) elle s'assure que les services d'aide et de soins à domicile travaillent en collaboration avec les hôpitaux, les établissements pour personnes âgées et autres institutions de santé, aussi bien sur le plan régional que sur les plans cantonal et supracantonal.

<sup>2</sup> La commission de district exerce toutes les attributions qui ne ressortissent pas à une autre autorité.

<sup>3</sup> Le détail de ses compétences, sa composition et son organisation sont fixés par le Conseil d'Etat.

<sup>4</sup> Une commission peut être instituée pour plusieurs districts.

#### **Art. 10** d) Direction

La Direction a les attributions suivantes:

- a) elle approuve le règlement concernant l'octroi de l'indemnité forfaitaire;
- b) elle délivre aux services d'aide et de soins à domicile les autorisations d'exploiter;
- c) elle approuve les mandats de prestations établis par les associations de communes;
- d) elle établit, avec d'autres institutions de santé, les mandats de prestations nécessaires à la couverture des besoins de la population;
- e) elle fixe les conditions cadres d'exploitation des services et autres institutions de santé mandatées, notamment leur collaboration et leur coordination, les normes comptables, statistiques et de qualité, l'horaire d'intervention, ainsi que l'effectif et la qualification du personnel des services;
- f) elle établit les statistiques de l'aide et des soins à domicile, les données devant être rendues anonymes conformément à l'article 16 de la loi du 25 novembre 1994 sur la protection des données;
- g) elle peut également confier des mandats spécifiques à un organe faitier ou à un tiers.

- a) Sie erarbeitet das Reglement über die Gewährung der Pauschalentschädigung und schlägt dem Gemeindeverband die Höhe dieser Entschädigung vor.
- b) Sie entscheidet über die Gewährung der Pauschalentschädigung nach Artikel 13.
- c) Sie vergewissert sich, dass die Dienste für Hilfe und Pflege zu Hause mit den Spitälern, den Pflegeheimen und weiteren Institutionen des Gesundheitswesens auf regionaler wie auf kantonaler und überkantonaler Ebene zusammenarbeiten.

<sup>2</sup> Die Bezirkskommission übt alle Befugnisse aus, die nicht in den Zuständigkeitsbereich einer anderen Behörde fallen.

<sup>3</sup> Im Einzelnen werden ihre Kompetenzen, ihre Zusammensetzung und ihre Organisation vom Staatsrat festgesetzt.

<sup>4</sup> Eine Kommission kann für mehrere Bezirke eingesetzt werden.

#### **Art. 10** d) Direktion

Die Direktion hat die folgenden Befugnisse:

- a) Sie genehmigt das Reglement über die Gewährung der Pauschalentschädigung.
- b) Sie erteilt die Betriebsbewilligungen an die Dienste für Hilfe und Pflege zu Hause.
- c) Sie genehmigt die von den Gemeindeverbänden erstellten Leistungsverträge.
- d) Sie erstellt die Leistungsaufträge mit weiteren Institutionen des Gesundheitswesens, die für die Deckung des Bedarfs der Bevölkerung nötig sind.
- e) Sie legt die Rahmenbedingungen für den Betrieb der beauftragten Dienste und weiteren Institutionen des Gesundheitswesens fest, namentlich ihre Zusammenarbeit und Koordination, die Normen für Rechnungswesen, Statistik und Qualität, die Einsatzzeiten sowie den Bestand und die Qualifikation des Personals der Dienste.
- f) Sie erstellt die Statistik über die Hilfe und Pflege zu Hause, wobei die Daten nach Artikel 16 des Gesetzes vom 25. November 1994 über den Datenschutz anonymisiert werden müssen.
- g) Sie kann auch ein Dachorgan oder Dritte mit spezifischen Aufträgen betrauen.



**Art. 11** e) Conseil d'Etat

Le Conseil d'Etat a les attributions suivantes:

- a) il fixe le tarif applicable en matière d'aide à domicile;
- b) il approuve les conventions conclues entre les services et les assureurs conformément à la loi fédérale sur l'assurance-maladie;
- c) il fixe, sur la proposition des associations de communes, le montant de l'indemnité forfaitaire, indemnité en principe régulièrement adaptée au coût de la vie.

**Art. 12** Organe faîtier cantonal

<sup>1</sup> Les services privés et communaux d'aide et de soins à domicile se constituent en association faîtière cantonale.

<sup>2</sup> Cet organe faîtier est l'interlocuteur privilégié de la Direction, notamment pour la détermination des conditions cadres d'exploitation des services d'aide et de soins à domicile.

**CHAPITRE 3**

**Subventions et financement**

**Art. 13** Indemnité forfaitaire

<sup>1</sup> Les communes paient l'indemnité forfaitaire prévue à l'article 4. La répartition de la charge financière de l'indemnité forfaitaire entre les communes se fait conformément aux statuts de l'association.

<sup>2</sup> Les conditions d'octroi sont fixées dans le règlement concernant l'octroi de l'indemnité forfaitaire.

<sup>3</sup> L'indemnité forfaitaire ne peut pas être réduite lorsque la personne à charge est au bénéfice d'une assurance privée ou sociale, notamment d'une rente d'impotence. L'indemnité peut être augmentée, notamment pour tenir compte de la lourdeur des situations prises en charge.

<sup>4</sup> Pour une personne qui s'occupe d'un enfant handicapé, le droit à l'indemnité forfaitaire débute dès que l'enfant aidé a atteint l'âge de 1 an, pour autant que les autres critères d'octroi sont remplis.

**Art. 11** e) Staatsrat

Der Staatsrat hat die folgenden Befugnisse:

- a) Er setzt den für die Hilfe zu Hause geltenden Benützertarif fest.
- b) Er genehmigt die Vereinbarungen zwischen den Diensten und den Versicherern nach dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung.
- c) Er setzt die Höhe der Pauschalentschädigung auf Vorschlag der Gemeindeverbände fest; grundsätzlich wird diese regelmässig den Lebenshaltungskosten angepasst.

**Art. 12** Kantonales Dachorgan

<sup>1</sup> Die privaten und kommunalen Dienste für Hilfe und Pflege zu Hause bilden einen kantonalen Dachverband.

<sup>2</sup> Dieses Dachorgan ist der vorrangige Ansprechpartner der Direktion, namentlich für die Bestimmung der Rahmenbedingungen für den Betrieb der Dienste für Hilfe und Pflege zu Hause.

**3. KAPITEL**

**Subventionen und Finanzierung**

**Art. 13** Pauschalentschädigung

<sup>1</sup> Die Gemeinden zahlen die Pauschalentschädigung nach Artikel 4. Die daraus entstehende Finanzlast wird unter den Gemeinden gemäss den Statuten des Verbands verteilt.

<sup>2</sup> Die Voraussetzungen für die Gewährung werden im Reglement über die Gewährung der Pauschalentschädigung festgelegt.

<sup>3</sup> Die Pauschalentschädigung kann nicht gekürzt werden, wenn die zu betreuende Person Beiträge einer Privat- oder Sozialversicherung, namentlich eine Hilflosenentschädigung, bezieht. Die Entschädigung kann erhöht werden, insbesondere um der Schwere der betreuten Fälle Rechnung zu tragen.

<sup>4</sup> Für eine Person, die sich um ein behindertes Kind kümmert, entsteht der Anspruch auf die Pauschalentschädigung, sobald das Kind ein Jahr alt ist, sofern die übrigen Kriterien für die Gewährung erfüllt sind.

**Art. 14** Aide et soins à domicile et autres mesures

a) Conditions

<sup>1</sup> Pour être mandatées selon les articles 8 al. 3 et 10 let. d, les institutions de santé doivent:

- a) être au bénéfice d'une autorisation d'exploitation;
- b) offrir l'ensemble des prestations selon l'article 5 ou fournir d'autres mesures au sens de l'article 6;
- c) ne poursuivre aucun but lucratif;
- d) appliquer les tarifs convenus ou fixés;
- e) appliquer les conditions cadres d'exploitation arrêtées par la Direction;
- f) répondre, compte tenu de la planification sanitaire cantonale, aux besoins de la population en matière de maintien à domicile.

<sup>2</sup> Les services d'aide et de soins à domicile doivent en outre remplir les conditions d'octroi de la subvention fédérale versée en vertu de l'article 101<sup>bis</sup> de la loi fédérale du 20 décembre 1946 sur l'assurance-vieillesse et survivants et être affiliés à l'association faîtière cantonale.

**Art. 15** b) Mandats de prestations

Le mandat de prestations contient notamment:

- a) le détail des prestations considérées;
- b) la population desservie;
- c) le personnel affecté aux prestations;
- d) les conditions cadres applicables;
- e) les conditions de subventionnement et le financement;
- f) la durée de validité.

**Art. 16** c) Subventions

aa) Aide et soins à domicile

<sup>1</sup> L'excédent des dépenses d'exploitation des services mandatés au sens de l'article 8 al. 3 est pris en charge par les communes.

<sup>2</sup> Dans le cadre de ses possibilités budgétaires, l'Etat alloue aux services mandatés des subventions pour les frais du personnel exécutant les prestations définies à l'article 5. Le taux de subvention est de 35 %.

**Art. 14** Hilfe und Pflege zu Hause und weitere Massnahmen

a) Voraussetzungen

<sup>1</sup> Damit die Institutionen des Gesundheitswesens nach den Artikeln 8 Abs. 3 und 10 Bst. d beauftragt werden können, müssen sie die folgenden Voraussetzungen erfüllen:

- a) Sie müssen eine Betriebsbewilligung haben.
- b) Sie bieten sämtliche Leistungen nach Artikel 5 an oder erteilen weitere Massnahmen nach Artikel 6.
- c) Sie sind nicht gewinnorientiert.
- d) Sie wenden die vereinbarten oder festgesetzten Tarife an.
- e) Sie wenden die von der Direktion festgesetzten Rahmenbedingungen für den Betrieb an.
- f) Sie entsprechen in Berücksichtigung der kantonalen Gesundheitsplanung dem Bedarf der Bevölkerung auf dem Gebiet der Versorgung zu Hause.

<sup>2</sup> Die Dienste für Hilfe und Pflege zu Hause müssen zudem die Voraussetzungen für die Erteilung des Bundesbeitrags nach Artikel 101<sup>bis</sup> des Bundesgesetzes vom 20. Dezember 1946 über die Alters- und Hinterlassenenversicherung erfüllen und dem kantonalen Dachverband angeschlossen sein.

**Art. 15** b) Leistungsaufträge

Der Leistungsauftrag nennt insbesondere:

- a) die in Betracht kommenden Leistungen im Einzelnen;
- b) die abgedeckte Bevölkerung;
- c) das für die Leistungen eingesetzte Personal;
- d) die geltenden Rahmenbedingungen;
- e) die Voraussetzungen für die Subventionierung und die Finanzierung;
- f) die Geltungsdauer.

**Art. 16** c) Subventionen

aa) Hilfe und Pflege zu Hause

<sup>1</sup> Der Betriebskostenüberschuss der nach Artikel 8 Abs. 3 beauftragten Dienste wird von den Gemeinden übernommen.

<sup>2</sup> Im Rahmen seiner Budgetmöglichkeiten gewährt der Staat den beauftragten Diensten Beiträge an die Kosten des Personals, das die Leistungen nach Artikel 5 ausführt. Der Beitragsansatz beträgt 35 %.

<sup>3</sup> Les modalités de calcul de la subvention sont définies dans le règlement d'exécution.

**Art. 17** bb) Autres mesures

Pour les institutions de santé fournissant les autres mesures de maintien à domicile, l'Etat alloue des montants forfaitaires au titre de subvention. Les subventions prévues tiennent compte des prestations fixées dans le mandat, du volume de l'activité et d'autres éléments pertinents pour réaliser la qualité des prestations, la transparence et la maîtrise de l'évolution des coûts.

**Art. 18** cc) Limites

Les dépenses excédant les normes applicables par l'Etat ne sont pas subventionnées.

**Art. 19** d) Indemnisation de l'organe faîtière

L'Etat indemnise l'organe faîtière pour les mandats qui lui sont confiés conformément à l'article 10 let. g.

**Art. 20** Tarifs

Les tarifs de l'aide à domicile sont fixés en fonction du revenu et de la fortune des usagers et usagères, de telle façon que leur participation soit économiquement supportable.

## CHAPITRE 4

### Voies de droit

**Art. 21**

<sup>1</sup> Les décisions des commissions de district doivent être motivées et notifiées par écrit à la personne intéressée, en indiquant la voie ordinaire de recours et le délai pour l'utiliser. Elles sont sujettes à réclamation auprès de la commission, dans les trente jours dès leur communication.

<sup>2</sup> Les décisions sur réclamation sont sujettes à recours au Tribunal administratif.

<sup>3</sup> Les décisions prises par les autres autorités d'application peuvent faire l'objet d'un recours, conformément au code de procédure et de juridiction administrative.

<sup>3</sup> Die Modalitäten der Beitragsberechnung werden im Ausführungsreglement festgelegt.

**Art. 17** bb) Weitere Massnahmen

Für die Institutionen des Gesundheitswesens, die weitere Massnahmen für den Verbleib zu Hause erteilen, gewährt der Staat eine Subvention in Form von Pauschalbeträgen. Die vorgesehenen Beiträge berücksichtigen die im Auftrag festgesetzten Leistungen, das Tätigkeitsvolumen und weitere Elemente, die für die Qualität der Leistungen, die Transparenz und die Eindämmung der Kostenentwicklung wesentlich sind.

**Art. 18** cc) Grenzen

Ausgaben, die die für den Staat geltenden Normen überschreiten, werden nicht subventioniert.

**Art. 19** d) Entschädigung des Dachorgans

Der Staat entschädigt das Dachorgan für die ihm nach Artikel 10 Bst. g erteilten Aufträge.

**Art. 20** Tarife

Die Tarife der Hilfe zu Hause werden nach dem Einkommen und Vermögen der Benutzerinnen und Benutzer festgesetzt, so dass deren Beteiligung wirtschaftlich tragbar ist.

## 4. KAPITEL

### Rechtsmittel

**Art. 21**

<sup>1</sup> Die Entscheide der Bezirkskommissionen müssen begründet und der betroffenen Person schriftlich und unter Angabe der ordentlichen Rechtsmittel und der Frist für deren Ergreifung mitgeteilt werden. Sie können innert 30 Tagen seit Mitteilung mit Einsprache bei der Kommission angefochten werden.

<sup>2</sup> Die Einspracheentscheide können mit Beschwerde beim Verwaltungsgericht angefochten werden.

<sup>3</sup> Die Entscheide der übrigen Vollzugsbehörden können mit Beschwerde nach dem Gesetz über die Verwaltungsrechtspflege angefochten werden.

## **CHAPITRE 5**

### **Dispositions finales**

#### **Art. 22** Disposition transitoire

Les communes disposent d'un délai de trois ans dès l'entrée en vigueur de la présente loi pour s'organiser conformément aux exigences de l'article 8 al. 1.

#### **Art. 23** Abrogation

La loi du 27 septembre 1990 sur les soins et l'aide familiale à domicile (RSF 823.1) est abrogée.

#### **Art. 24** Entrée en vigueur

Le Conseil d'Etat fixe la date d'entrée en vigueur de la présente loi.

## **5. KAPITEL**

### **Übergangs- und Schlussbestimmungen**

#### **Art. 22** Übergangsbestimmung

Die Gemeinden müssen sich innerhalb von drei Jahren ab dem Inkrafttreten des Gesetzes gemäss den Anforderungen von Artikel 8 Abs. 1 organisieren.

#### **Art. 23** Aufhebung bisherigen Rechts

Das Gesetz vom 27. September 1990 über die spitalexterne Krankenpflege und die Familienhilfe (SGF 823.1) wird aufgehoben.

#### **Art. 24** Inkrafttreten

Der Staatsrat setzt das Datum des Inkrafttretens dieses Gesetzes fest.