

§ 16 Änderung des Einführungsgesetzes zum Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Neuordnung Pflegefinanzierung, Vollzug individuelle Prämienverbilligung)

Die Vorlage im Überblick

Die Änderung des Einführungsgesetzes zum Bundesgesetz über die Krankenversicherung (EG KVG) regelt die Pflegefinanzierung ab 1. Januar 2011 neu und passt einmal mehr Bestimmungen zum Vollzug der individuellen Prämienverbilligung (IPV) an.

Pflegefinanzierung

Die obligatorische Krankenpflegeversicherung entschädigt künftig einen fixen, nach Zeitaufwand abgestuften Beitrag an ärztlich verordnete Pflegeleistungen. Die Kostenbeteiligung der Versicherten (Heimbewohner oder Spitex-Klienten) wird auf maximal 20 Prozent beschränkt. Der öffentlichen Hand obliegt die Restfinanzierung. Die Versicherten werden entlastet und für die Krankenversicherer ist die Neuordnung kostenneutral.

Das EG KVG ist an diese Bundesvorgaben anzupassen. Die Gemeinden sind für die ambulante und stationäre Langzeitpflege zuständig und haben für ein genügendes Angebot an Einrichtungen der ambulanten und stationären Betagtenhilfe zu sorgen. Bezüglich der Pflögetaxen erhalten sie erheblichen Spielraum. – Es wird die Akut- und Übergangspflege eingeföhrt. Vom Spitalarzt verordnet, schliesst Letztere, sofern kein Aufenthalt in einer Rehabilitationsklinik nötig ist, an einen Spitalaufenthalt an. Die Kosten werden für maximal 14 Tage übernommen. Die Ausführungsbestimmungen sehen Kostenübernahme für Leistungen der Akut- und Übergangspflege durch die öffentliche Hand (55%) und die Krankenversicherer (45%) sowohl für ambulante wie stationäre Pflegeleistungen vor. Die finanziellen Folgen sind wegen der mangelhaften Datenlage schwierig abzuschätzen; die Mehrkosten für die Gemeinden werden auf 1,7 bis 2,5 und für den Kanton auf 0,5 bis 1 Millionen Franken geschätzt. Demgegenüber wird eine Entlastung bei den Ergänzungsleistungen erwartet.

Individuelle Prämienverbilligung

Die Auszahlung der IPV durch die Kantone soll vereinheitlicht werden. Das Bundesgericht befindet zudem bald über die glarnerische Lösung der Verrechnung der IPV mit Kantons- und Gemeindesteuern, nachdem das Verwaltungsgericht sie als bundesrechtswidrig taxierte. Weil das Bundesrecht früher oder später direkte Auszahlung an die Krankenversicherer vorsehen wird und infolge des Bundesgerichtsentscheids akuter Handlungsbedarf entstehen könnte, soll der Regierungsrat für die Vollzugsregelung (Direktauszahlung, Verrechnung oder Auszahlung an Krankenversicherer) zuständig werden. Zudem ist eine redaktionelle Anpassung an Bundesrecht vorzunehmen.

Der Landrat empfiehlt der Landsgemeinde, der Vorlage zuzustimmen.

1. Neuordnung Pflegefinanzierung

1.1. Pflegemassnahmen im geltenden Krankenversicherungsgesetz

Die Krankenversicherung übernimmt seit Inkraftsetzung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung die Kosten für Leistungen, die der Diagnose oder Behandlung einer Krankheit und ihrer Folgen dienen (Art. 25 Abs. 1 KVG). Darunter fallen Pflegemassnahmen, die ambulant, bei Hausbesuchen, stationär oder in einem Pflegeheim durchgeführt werden (Art. 25 Abs. 2 Bst. a KVG).

Bei einem Aufenthalt im Pflegeheim übernimmt der Krankenversicherer die gleichen Leistungen wie bei ambulanter Krankenpflege und bei Hilfe und Pflege zu Hause (Art. 50 KVG). Da nur bestimmte Pflegeleistungen vergütet werden, wird bei der Pflege im Heim ausschliesslich die Pflögetaxe, nicht aber die Taxe für Unterkunft und Verpflegung vergütet. Auch die Kosten für die Betreuung werden von der Krankenversicherung nicht erstattet. Mit Einführung des KVG wurde der Leistungsumfang der ambulanten Pflegeleistungen der Spitex abschliessend geregelt (Art. 7 Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV). Zum Pflichtleistungsbereich gehören Massnahmen der Abklärung des Pflögebedarfs und der Beratung bei der Durchführung der Pflege, die Behandlungspflege (medizinische Hilfeleistungen mit diagnostischer oder therapeutischer Zielsetzung) und die Grundpflege. Umschrieben werden die Grundpflegeleistungen als Tätigkeiten, welche die Patienten und Patientinnen nicht (mehr) selber ausführen können, wie das Einbinden der Beine, das Anziehen von Kompressionsstrümpfen, das Betten, Lagern usw., also um Leistungen nichtmedizinischer Art, welche Hilflosigkeit ausgleichen. Sie beinhalten auch jene der psychiatrischen und psychogeriatrischen Grundpflege.

Ergänzend wird auf die medizinische Rehabilitation hingewiesen, die von der Krankheitsbehandlung und den Pflegemassnahmen abzugrenzen ist. Sie ist erst dann vorgesehen, wenn die Krankheitsbehandlung abgeschlossen ist. Sie soll die beeinträchtigte berufliche, funktionale oder soziale Eingliederung wieder herstellen. Kann von der medizinischen Rehabilitation keine Verbesserung erwartet werden, liegt ein Pflegefall vor.

1.2. Bundesgesetz über die Neuordnung der Pflegefinanzierung

Im Juni 2008 verabschiedeten die Eidgenössischen Räte das Bundesgesetz über die Neuordnung der Pflegefinanzierung, das die Krankenversicherung, die Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHV) sowie die Ergänzungsleistungen zur AHV (EL) betrifft. Im Juni 2009 erliess der Bundesrat die Ausführungsbestimmungen dazu. Die Neuordnung sieht vor, dass die Krankenversicherung künftig einen fixen, nach Zeitaufwand abgestuften Beitrag an die ärztlich verordneten Pflegeleistungen entschädigt. Die Kostenbeteiligung der versicherten Personen an den Pflegeleistungen wird beschränkt. Die öffentliche Hand hat die Restfinanzierung sicherzustellen. Dies entlastet die Versicherten und ist für die Krankenversicherer kostenneutral. Für die öffentliche Hand entstehen gemäss Schätzungen des Bundes Mehrkosten von jährlich rund 350 Millionen Franken (ohne Akut- und Übergangspflege). Für die geltenden Tarife und Tarifverträge ist eine dreijährige Übergangsfrist vorgesehen; für die Angleichung sind die Kantonsregierungen zuständig. Der Bundesrat verschob die Inkraftsetzung nach Interventionen der Kantone auf den 1. Januar 2011. Die Landsgemeinde 2010 muss deshalb die Gesetzesänderung verabschieden.

1.2.1. Schwerpunkte der Neuordnung der Pflegefinanzierung

Das Bundesgesetz betrifft folgende Leistungsbereiche:

- Leistungen der Pflege im Pflegeheim oder zu Hause (Spitex) gemäss KVG resp. deren Abgeltung;
- Einführung des Leistungsbereichs «Akut- und Übergangspflege» gemäss KVG und dessen Finanzierung;
- Hilflosenentschädigung nach dem Bundesgesetz über die Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHVG);
- Ergänzungsleistungen nach dem Bundesgesetz über Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (ELG).

1.2.2. Pflegeleistungen im Pflegeheim oder ambulant zu Hause

Die Grafik stellt die vom Bundesgesetzgeber mit der Neuordnung der Pflegefinanzierung vorgesehene Pflegekostentragung in der Langzeitpflege ambulant oder stationär resp. der Akut- und Übergangspflege dar.

Kostenträger der Pflegekosten in der Langzeit- resp. der Akut- und Übergangspflege

Pflegeleistungen ambulant oder stationär	Akut- und Übergangspflege ambulant oder stationär
Restfinanzierung öffentliche Hand (durch Kantone zu regeln)	Restfinanzierung öffentliche Hand (durch Kantone zu regeln $\geq 55\%$)
Kostenbeteiligung Bewohner / Klient	
Obligatorische Krankenpflege- versicherung (OKP) (vom Bundesrat festgelegter Betrag)	OKP $\leq 45\%$

Die rechte Säule umfasst lediglich die Kosten für Pflegeleistungen in der Akut- und Übergangspflegephase (Art. 7 Abs. 2 KLV). Verpflegungs-, Betreuungs- oder therapeutische und ärztliche Leistungen sind nicht Gegenstand der Vorlage.

Systemwechsel im Abgeltungsmechanismus

Die Krankenpflegeversicherung leistet neu einen fixen, nach Zeitaufwand abgestuften Beitrag an die ärztlich verordneten Pflegeleistungen (Art. 25a Abs. 1 KVG). Als Pflegeleistungen gelten unverändert Untersuchungen, Behandlungen und Pflegemassnahmen, die aufgrund der Bedarfsabklärung und auf ärztliche Anordnung hin erbracht werden. Die Pflegeleistungen sind definiert (Art. 7 Abs. 2 Bst. a–c KLV). Der Beitrag der Krankenversicherung wird gesamtschweizerisch einheitlich – abhängig vom zeitlichen Pflegebedarf – entrichtet (Art. 7a KLV). Er ist nicht mehr zwischen den Leistungserbringern und den Krankenkassen zu vereinbaren. Die Kosten- und Leistungsermittlung zur Berechnung der anrechenbaren Pflegevollkosten wird Sache der öffentlichen Hand.

Kostenbeteiligung der versicherten Person

Der Bewohnerin oder dem Bewohner eines Pflegeheims (Bewohner), resp. der Klientin oder dem Klienten der ambulanten Pflege und Hilfe zu Hause (Klient) dürfen von den nicht gedeckten Pflegekosten maximal 20 Prozent des höchsten vom Bundesrat festgesetzten Pflegebeitrags überwält werden (Art. 25a Abs. 5 KVG).

Restfinanzierung der Pflegekosten

Die Kantone regeln die Restfinanzierung der Pflegeleistungen (Art. 25a Abs. 5 KVG). Die Neuordnung verlässt das System des Verhandlungsprimats. Künftig müssen keine Tarifverträge mehr zwischen Krankenversicherern und Leistungserbringern über die Vergütung der Pflegekosten ausgehandelt werden. Die Beiträge sind in der Krankenpflege-Leistungsverordnung für die ganze Schweiz festgelegt. Die Krankenversicherer sind nicht mehr gehalten, die Kosten und Leistungen auf Wirtschaftlichkeit und Zweckmässigkeit zu prüfen. Diese Prüfung wird zur öffentlichen Aufgabe. Für das zuständige Gemeinwesen werden Kosten- und Leistungsermittlung wesentlich für die Steuerung der Restkostenfinanzierung. Ebenfalls muss die öffentliche Hand festlegen, wie und auf welcher Grundlage die Kosten- und Leistungsermittlung zur Berechnung der Restkosten stattzufinden hat. Die zuständige Behörde definiert, was an die Pflegegesamtkosten anrechenbar ist.

1.2.3. Akut- und Übergangspflege

Die Akut- und Übergangspflege unterscheidet sich von der Pflege im Anschluss an einen Aufenthalt im Akutspital ebenso wie von der medizinischen Rehabilitation oder den Pflegeleistungen im Langzeitpflegebereich. Sie entspricht den Leistungen der Krankenpflege zu Hause, ambulant oder im Pflegeheim. Zur Leistungserbringung sind Pflegefachpersonen, Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause sowie Pflegeheime zugelassen (Art. 7 Abs. 2 KLV), womit die Leistungserbringung in einem Akutspital oder einer Rehabilitationsklinik faktisch ausgeschlossen ist. Die Pflegeleistungen der Akut- und Übergangspflege werden von den Krankenversicherern und vom Wohnkanton der Versicherten während längstens zwei Wochen nach den Regeln der Spitalfinanzierung vergütet. Versicherer und Leistungserbringer haben Pauschalen zu vereinbaren. Eine Kostenbeteiligung der Klienten an den Pflegekosten in der Akut- und Übergangspflege entfällt.

1.2.4. Änderung bei der Hilflosenentschädigung

Eine Entschädigung für Hilflosigkeit leichten Grades wird für AHV-Rentnerinnen und -Rentner eingeführt: Pflegebedürftige Personen zu Hause mit Wohnsitz oder gewöhnlichem Aufenthalt in der Schweiz, welche Altersrenten oder Ergänzungsleistungen beziehen, und in schwerem, mittlerem oder leichtem Grad hilflos sind, haben Anspruch auf eine Hilflosenentschädigung (Art. 43^{bis} Abs. 1 AHVG). Dies verursacht Mehrkosten für den Bund und soll – zusammen mit dem Beitrag der Krankenversicherung an die Grundpflege – für die Dritthilfe bei den täglichen Lebensverrichtungen verwendet werden. Die Änderung ist für die kantonale Ausgleichskasse direkt anwendbar, weshalb es keiner gesetzlichen Anpassung im kantonalen Recht bedarf.

1.2.5. Änderung bei den Ergänzungsleistungen

Bei den Ergänzungsleistungen werden die Vermögensfreibeträge teilweise erheblich erhöht, bei Alleinstehenden von 25 000 auf 37 500 Franken und bei Ehepaaren von 40 000 auf 60 000 Franken. Zudem ist nur der 300 000 Franken übersteigende Wert der Liegenschaft beim Vermögen zu berücksichtigen, wenn ein Ehepaar eine Liegenschaft besitzt, die von einem Ehegatten bewohnt wird, während der andere im Heim oder Spital lebt oder wenn eine Person Bezügerin einer Hilflosenentschädigung ist und eine Liegenschaft bewohnt, die sie oder ihr Ehegatte besitzt.

1.3. Kantonale Regelung

Im September 2009 fällte der Regierungsrat folgende Grundsatzentscheide:

- Berücksichtigung der Zuständigkeiten von Kanton und Gemeinden;
- Gemeinden für die Regelung der Restfinanzierung der Pflegeleistungen kompetent;
- Verankern des Grundsatzes «ambulant vor stationär»;
- Überprüfen der anrechenbaren Pflegekosten bezüglich Heimtaxe zur Berechnung der Ergänzungsleistung, falls die Gemeinden die Kostenbeteiligung für EL-Beziehende zu übernehmen haben.

Die Gemeindebehörden und Projektleitungen der drei neuen Gemeinden, die ambulanten und stationären Leistungserbringerverbände Curaviva Sektion Glarus und Spitex Kantonalverband sowie privatrechtliche Spitex-Organisationen mit gesundheitspolizeilicher Bewilligung im Kanton wurden zu einer konferenziellen Vernehmlassung eingeladen. Sie konnten anhand eines Fragebogens zu den wesentlichen Punkten Stellung nehmen.

1.4. Gesetzliche Rahmenbedingungen

1.4.1. Ambulante und stationäre Langzeitpflege, Alters- und Betagtenbetreuung

Die Zuständigkeit für die stationäre und ambulante Langzeitpflege ist geregelt: Die Gemeinden sind ab 1. Januar 2011 für die gesamte ambulante und stationäre Langzeitpflege zuständig (Art. 5 Bst. b und c, 19 Gesundheitsgesetz). Ergänzend dazu haben sie für ein genügendes Angebot an Einrichtungen der ambulanten und stationären Betagtenhilfe zu sorgen (Art. 38 Sozialhilfegesetz, SHG). Sie koordinieren die Angebote innerhalb der Gemeinde, können mit anderen Gemeinden zur Erfüllung dieser Aufgabe zusammenarbeiten und Aufgaben anderen öffentlichen oder privaten gemeinnützigen Institutionen übertragen. Der Kanton koordiniert die kommunale Aufgabenerfüllung der Betagten- und Behindertenhilfe und übt die Aufsicht über Alters- und Pflegeheime aus (Art. 39 Abs. 1, 43 Abs. 1 SHG). Mit der Neugestaltung des Finanzausgleichs und der Aufgabenteilung (NFA) sollen die Gemeinden gemäss Kongruenzprinzip («wer befiehlt, zahlt») die Rahmenbedingungen für die Leistungserbringer festlegen und die Restfinanzierung für diese Leistungen sicherstellen.

1.4.2. Akut- und Übergangspflege

Der Kanton stellt die ambulante und stationäre Gesundheitsversorgung sicher, soweit dafür nicht die Gemeinden zuständig sind (Art. 4 Bst. b Gesundheitsgesetz); somit ist der Kanton für die Akut-, Übergangs- und Rehabilitationsphase zuständig.

Die Ausführungsbestimmungen zum KVG sehen eine anteilmässige Übernahme der Kosten für Leistungen der Akut- und Übergangspflege durch Wohnkanton und Krankenversicherer vor (Art. 7b Abs. 1 KLV). Die Akut- und Übergangspflege findet im Anschluss an einen Spitalaufenthalt statt. Die Kosten werden für maximal 14 Tage übernommen. Die Tarife (Pauschalen) der Pflegeleistungen werden zwischen Leistungserbringern und Krankenversicherern ausgehandelt und von den Kantonsregierungen genehmigt. Analog zur Spitalfinanzierung wird eine Beteiligung der öffentlichen Hand von 55 Prozent und der Krankenversicherer von 45 Prozent an die ambulanten wie stationären Pflegeleistungen der Akut- und Übergangspflege vorgesehen. Der Wohnkanton entrichtet seinen Anteil direkt dem Leistungserbringer, gestützt auf die zwischen ihnen vereinbarten Modalitäten.

Die Rechnungstellung regelt das KVG abschliessend. Der Versicherer schuldet dem Leistungserbringer die Vergütung direkt («Tiers payant»; Art. 42 Abs. 2 KVG). Der Kanton legt fest, auf welcher Grundlage die Kosten und Leistungen ermittelt werden. Durch die Einführung des neuen Leistungsbereichs Akut- und Übergangspflege ergeben sich Mehrkosten für den Kanton.

1.4.3. Förderung ambulanter Pflegeleistungen

Der Grundsatz «ambulant vor stationär» gewinnt an Bedeutung. Der Wunsch nach hoher Selbstbestimmung, besseren Lebensumständen und Gesundheit bis ins hohe Alter führen dazu, dass Menschen mit nur geringem Pflegebedarf immer seltener stationäre Langzeiteinrichtungen benutzen. Erst wenn Pflegebedarf und Wohninfrastruktur ein selbstständiges Wohnen nicht mehr erlauben, treten sie heute – meist hoch betagt – in eine stationäre Langzeitpflegeeinrichtung ein. Betagte Menschen, die zu Hause leben, nehmen unterschiedliche Dienstleistungen von Gemeinde und Wirtschaft in Anspruch, tragen aber ihre Aufwendungen mehrheitlich selbst.

Die Spitex fördert Begrenzungen der Pflegefinanzierung. Der grossen Freiwilligenarbeit durch Angehörige und Bekannte wird Rechnung getragen. Die Gemeinde wird dadurch entlastet. Werden ambulante Leistungen bei gleichbleibendem Pflegebedarf zu Gunsten stationärer Angebote weniger nachgefragt, steigen für sie die Langzeitpflegekosten spürbar.

1.4.4. Tages- und Nachtstrukturen

Gemäss Bundesgesetzgebung leistet die Obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) auch Beiträge an Leistungen, welche in Tages- oder Nachtstrukturen erbracht werden. Diese Beiträge gelten pro Tag oder pro Nacht und entsprechen jenen an die Pflegeheime (Art. 7a Abs. 4 KLV). Die Gemeinden beziehungsweise die Trägerschaften der Pflegeinstitutionen können so vermehrt «teilstationäre» Angebote wie Tagesheime oder Betten für Übernachtungen schaffen. Dies berücksichtigt zusammen mit den Leistungen der Spitex die gewandelten Bedürfnisse.

1.5. Umsetzung Neuordnung Pflegefinanzierung

1.5.1. Pflegeleistungen in einem Pflegeheim für die stationäre Langzeitpflege

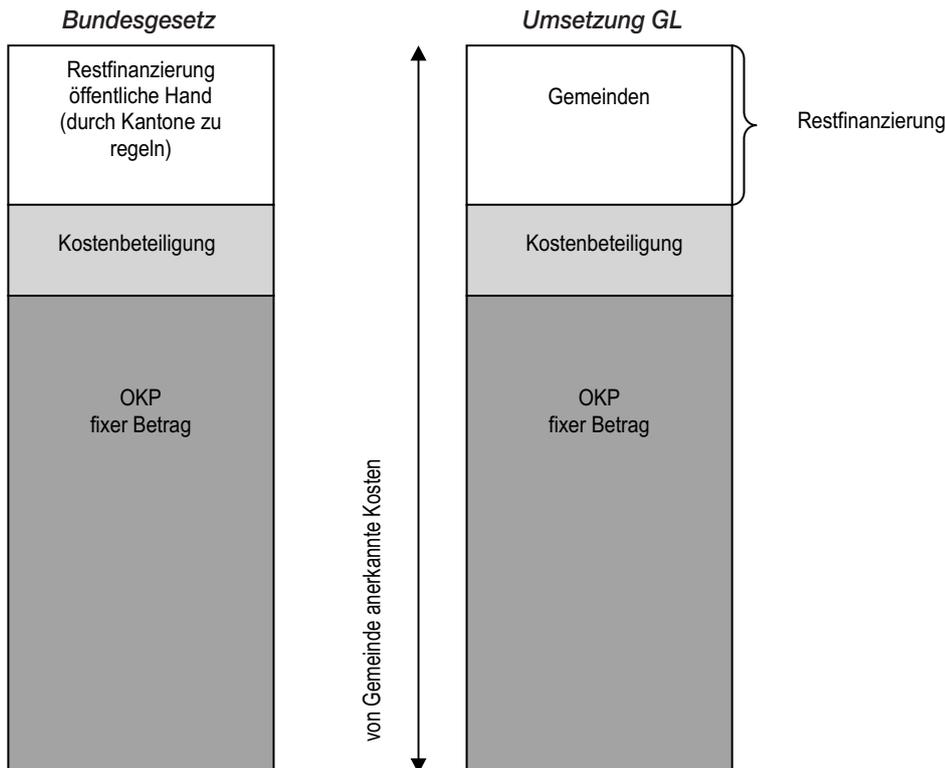
Die OKP übernimmt von Pflegeheimen erbrachte Leistungen nach folgenden abgestuften Beiträgen pro Pflege- tag (Art. 7a Abs. 3 KLV):

bei einem Pflegebedarf bis	20 Minuten	9 Franken
bei einem Pflegebedarf von	21 bis 40 Minuten	18 Franken
bei einem Pflegebedarf von	41 bis 60 Minuten	27 Franken
bei einem Pflegebedarf von	61 bis 80 Minuten	36 Franken
bei einem Pflegebedarf von	81 bis 100 Minuten	45 Franken
bei einem Pflegebedarf von	101 bis 120 Minuten	54 Franken
bei einem Pflegebedarf von	121 bis 140 Minuten	63 Franken
bei einem Pflegebedarf von	141 bis 160 Minuten	72 Franken
bei einem Pflegebedarf von	161 bis 180 Minuten	81 Franken
bei einem Pflegebedarf von	181 bis 200 Minuten	90 Franken
bei einem Pflegebedarf von	201 bis 220 Minuten	99 Franken
bei einem Pflegebedarf von mehr als	220 Minuten	108 Franken

Der versicherten Person dürfen von den nicht von Sozialversicherungen gedeckten Pflegekosten höchstens 20 Prozent des höchsten vom Bundesrat festgesetzten Pflegebeitrags überwält werden (Art. 25a Abs. 5 KVG). Die Krankenversicherung entschädigt bei höchster Pflegebedarfsstufe Pflegeleistungen im Pflegeheim (mehr als 220 Min.) mit 108 Franken pro Tag, in ambulanter Pflege mit 79.80 Franken pro Stunde für Abklärung und Beratung. Den Bewohnern von Pflegeheimen dürfen also höchstens 21.60 Franken je Pflgetag (7700 Fr. im Jahr), ambulanten Klienten höchstens 15.96 Franken je verrechnete Pflegestunde verrechnet werden.

Die für die Langzeitpflege zuständigen Gemeinden haben die Restkosten an die anrechenbaren Kosten für pflegerische Leistungen zu übernehmen.

Neuordnung Finanzierung der stationären Pflegeleistungen im Kanton

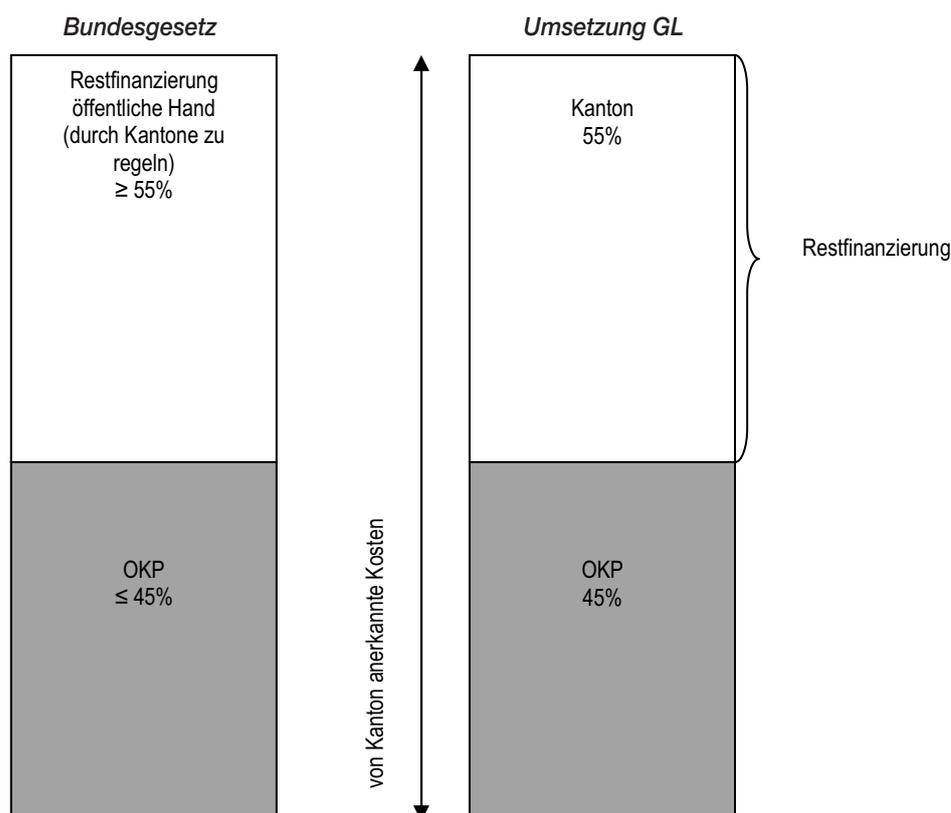


1.5.2. Pflegeleistungen in einem Pflegeheim für die stationäre Akut- und Übergangspflege

Pflegeleistungen in der Akut- und Übergangspflege sind von der OKP und vom Wohnkanton der versicherten Person während längstens zwei Wochen nach den Regeln der Spitalfinanzierung zu vergüten (Art. 25a Abs. 2 KVG). Die Leistungsbeziehenden (Patienten) haben keine Pflegekosten zu tragen. Nicht Bestandteil der Pflegekosten sind Verpflegungs-, Hotellerie- und anderweitige therapeutische Leistungen während des stationären Aufenthalts.

Der Kanton übernimmt für Personen mit zivilrechtlichem Wohnsitz im Kanton anteilmässig 55 Prozent der Kosten für stationäre Pflegeleistungen der Akut- und Übergangspflege. Die Leistungserbringer haben mit den Krankenversicherern Pauschalen zu vereinbaren. Der Kanton macht das innerkantonale Angebot vom Bedürfnis abhängig.

Finanzierung der stationären Akut- und Übergangspflege im Kanton

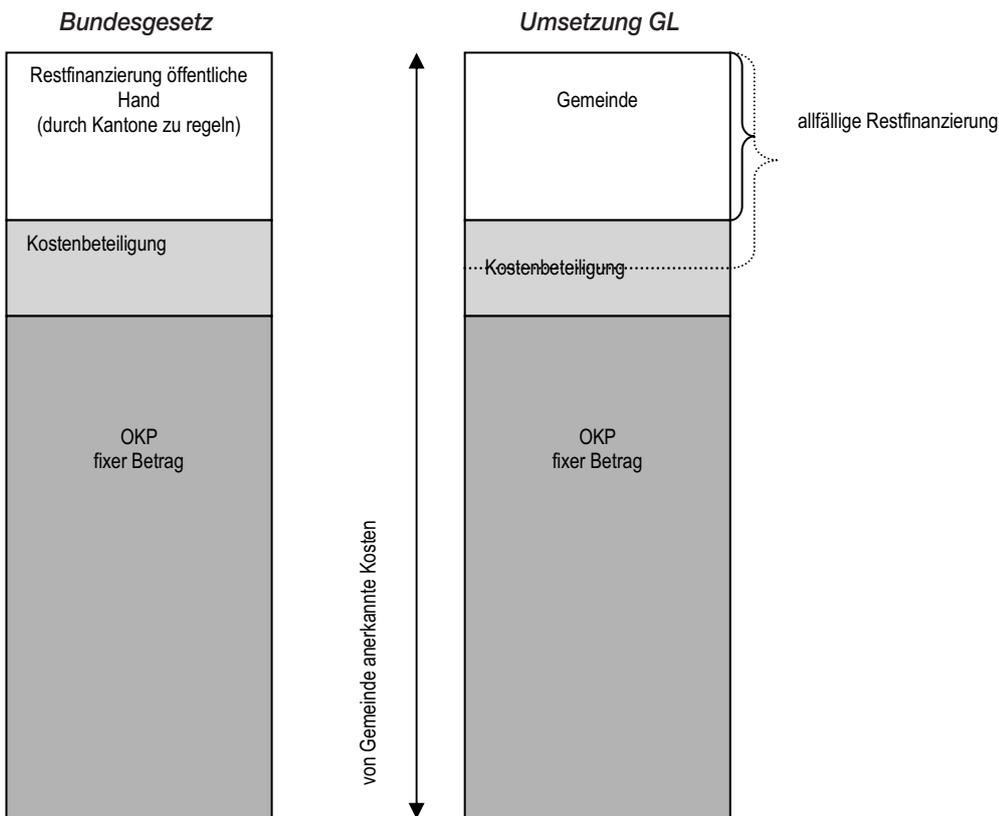


1.5.3. Finanzierung von Pflegeleistungen der ambulanten Langzeitpflege

Die OKP übernimmt für Leistungen, welche Pflegefachpersonen sowie Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause erbringen, folgende Beiträge (Art. 7 Abs. 1 und 2 KLV):

- für Massnahmen der Abklärung und der Beratung (Abs. 2 Bst. a) 79.80 Franken pro Stunde
- für Massnahmen der Untersuchung und der Behandlung (Abs. 2 Bst. b) 65.40 Franken pro Stunde
- für Massnahmen der Grundpflege (Abs. 2 Bst. c) 54.60 Franken pro Stunde

Neuordnung der Finanzierung der ambulanten Pflegeleistungen im Kanton



Den Klienten dürfen von den nicht durch die OKP gedeckten Kosten der pflegerischen Leistungen höchstens 20 Prozent des höchsten vom Bundesrat festgelegten Pflegebeitrages überwält werden. Dies entspricht einer maximal möglichen Kostenbeteiligung von 15.96 Franken pro verrechenbare Stunde (20% von 79.80 Fr.). Der Beitrag ist nur soweit geschuldet, als die Pflegekosten durch die in der Krankenpflege-Leistungsverordnung vorgegebenen Beiträge nicht vollständig gedeckt sind. Die Gemeinden können die Kostenbeteiligungen der Klienten zu ihren eigenen Lasten reduzieren. Sie haben jene Restkosten zu übernehmen, die nicht durch die vorgegebenen Beiträge und die Kostenbeteiligung der Klienten vollständig gedeckt sind. Hauswirtschafts- und Betreuungsleistungen sowie Mahlzeitendienst (ergänzende Spitex-Dienstleistungen) sind in der Spitex-Verordnung geregelt und nicht Gegenstand dieser Vorlage.

Nicht anerkannte (privatrechtliche) Spitex-Organisationen sowie Pflegefachpersonen sind, sofern sie über eine kantonale Betriebs- bzw. Berufsausübungsbewilligung verfügen, gemäss der Bundesgesetzgebung als Leistungserbringer zulasten der OKP zugelassen. Sie sind somit berechtigt, der Krankenversicherung den festgelegten Beitrag für die Leistungen in Rechnung zu stellen. Im Gegensatz zu den von den Gemeinden als beitragsberechtigten anerkannten Spitex-Organisationen mit Leistungsauftrag sind sie nicht verpflichtet, die Leistungen in der Gemeinde / Region flächendeckend und für alle anspruchsberechtigten Klienten zu erbringen. Eine Restkostenfinanzierung durch die Gemeinden ist deshalb nicht vorzusehen. Private, mit Bewilligung zugelassene Leistungserbringer, die über einen Vertrag mit den Gemeinden verfügen, können Anspruch auf die Restfinanzierung von Pflegeleistungen durch die Gemeinden geltend machen; dann entscheiden die Gemeinden über die anrechenbaren Pflegekosten (Art. 33^c).

1.5.4. Finanzierung von Pflegeleistungen der ambulanten Akut- und Übergangspflege

Pflegeleistungen in der Akut- und Übergangspflege sind von der OKP und vom Wohnkanton der versicherten Person für längstens zwei Wochen nach den Regeln der Spitalfinanzierung zu vergüten (Art. 25a Abs. 2 KVG). Die Leistungsbeziehenden (Patienten) der Akut- und Übergangspflege haben keine Pflegekosten zu tragen. Nicht Bestandteil der Pflegekosten sind Betreuungs-, Mahlzeiten- und andere therapeutische Leistungen.

Der Kanton übernimmt für Personen mit zivilrechtlichem Wohnsitz im Kanton anteilmässig 55 Prozent der Kosten für ambulante Pflegeleistungen der Akut- und Übergangspflege. Die Leistungserbringer haben mit den Krankenversicherern Pauschalen zu vereinbaren. Der Kanton sichert mit Leistungsaufträgen ein ausreichendes Angebot.

1.5.5. Umsetzung der Ergänzungsleistungen im Kanton

Gemäss Empfehlung der Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK) soll ein Aufenthalt in einem anerkannten Pflegeheim keine Sozialhilfeabhängigkeit begründen. Die Vollziehungsverordnung zum kantonalen Gesetz über Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (kant. ELV) legt die maximal anrechenbaren Heimtaxen indexiert fest (Anhang 1). Bei Veränderung des Landesindex der Konsumentenpreise um mehr als 5 Punkte per Ende November wird der Tarif auf den 1. Januar des Folgejahres angepasst. Begründete Anpassungen der Tarife sind grundsätzlich möglich (Abs. 3). Die rechtliche Grundlage für die Festlegung und Begrenzung dieser Taxen ist vorhanden.

Vom Kostenteil «Pflege» dürfen der versicherten Person neu höchstens 20 Prozent des maximalen Pflegebeitrages überwältzt werden (Art. 25a Abs. 5 KVG). Die Restfinanzierung haben die Kantone zu regeln. Für die Berechnung der Ergänzungsleistungen sind stationäre Pflege(rest)kosten von maximal 21.60 Franken pro Tag (bisher 29 bis 209.25 Fr. abzüglich Krankenversicherungs-Anteil), der Stufenausgleich für die Betreuung von bis zu 24 Franken sowie die Pensionskosten von maximal 85.50 Franken pro Tag zu berücksichtigen. Personen ohne Anspruch auf Ergänzungsleistung tragen die Kostenbeteiligung ebenso wie die Betreuungs- und Pensionskosten selber (Art. 33^b Abs. 1 Bst. b).

Im Weiteren treten folgende Änderungen des ELG in Kraft:

- Erhöhung Vermögensfreibetrag von 25 000 auf 37 500 Franken für Alleinstehende, bzw. von 40 000 auf 60 000 Franken für Ehepaare;
- Erhöhung Vermögensfreibetrag bei selbstbewohnten Liegenschaften von 112 500 auf 300 000 Franken, wenn ein Ehepaar eine Liegenschaft besitzt, die von einem Ehegatten bewohnt wird, während der andere im Heim oder Spital lebt, oder wenn eine Person Hilflosenentschädigung der AHV, IV, Unfall- oder Militärversicherung bezieht und eine Liegenschaft bewohnt, die sie oder ihr Ehegatte besitzt.

Diese Neuerungen verursachen bei den Ergänzungsleistungen Mehrkosten, weil durch die tiefere Eintrittsschwelle (mehr Neugesuche) Zahl und Anteil der EL-Berechtigten steigen und zudem die Leistungen erhöht werden. Die Auswirkungen lassen sich nicht nennen, da die Ausgleichskasse weder die Steuerdaten noch die Grundbesitzverhältnisse der möglichen neu EL-Berechtigten kennt. Dank der tieferen Eintrittsschwelle werden die Gemeinden entlastet, weil ein erweiterter Personenkreis in den Genuss von Ergänzungsleistungen kommt und sie deshalb weniger ungedeckte Heimkosten (Art. 6^a SHG) zu übernehmen haben werden.

Es besteht kein grundsätzlicher gesetzlicher Änderungsbedarf in Bezug auf die Heimtaxen. Hingegen wird die Vollziehungsverordnung zur kantonalen ELV anzupassen sein, da die Heimtaxenberechnung wieder dreiteilig zu gestalten und der Pflegeeteil separat auszuweisen ist. Unabhängig von der Neuordnung der Pflegefinanzierung ist in die ELV eine Regelung einzufügen, welche den EL-Vollzug auch für jene Heime gewährleistet, welche sich für das RAI/RUG-(pflegerisch-geriatrisches)-Bedarfsabklärungs-Instrument für Pflegeheimbewohner entschieden haben oder entscheiden werden. Weil der Kanton die Kostenbeteiligung an die Pflegefinanzierung für EL-Anspruchsberechtigte trägt, bedarf es keiner gesetzlichen Änderung.

1.6. Änderung Einführungsgesetz zum Bundesgesetz über die Krankenversicherung

Das EG KVG wird mit der Pflegefinanzierung für den Langzeit-, den Akut- und Übergangspflegebereich ergänzt (Kapitel IV. Pflegefinanzierung). Es regeln auch andere kantonale Erlasse Bereiche der Alters- und Betagtenbetreuung resp. der ambulanten und stationären Langzeitpflege (z.B. Sozialhilfe-, Gesundheitsgesetz, Spitex-Verordnung). Die Änderung gilt nur der Neuordnung der Pflegefinanzierung; nicht Gegenstand sind stationäre Betreuungs- und Hotellerie- sowie gemeinwirtschaftliche Leistungen (z.B. ambulanter 24-Stunden-Notfalldienst), nicht-KVG-pflichtige Angebote oder Haushilfe der Spitex.

Artikel 33^a; Pflorgetaxen

Absatz 1. – Analog der Heimtaxe bestimmt die Gemeinde die anrechenbaren Pflegekosten in der ambulanten oder stationären Pflege oder regelt sie vertraglich. Vorgängig ist abzugrenzen, was zu den (Pflege-) Leistungen zählt. Da die Beiträge zur Restkostenfinanzierung beinahe jährlich ändern dürften, ist eine Regelung auf Gesetzesstufe nicht zweckmässig. Vorerst wird von kommunalen Vergleichswerten auszugehen sein. Mittel- bis längerfristig sind Betriebsvergleiche (Benchmarking) unter den Institutionen anzustreben. Die Beiträge sollen periodisch überprüft und gegebenenfalls angepasst werden.

Absatz 2. – Bei der Festlegung oder Vereinbarung der Pflorgetaxen ist die Systematik von Zeittarifen in Analogie zur Abgeltung durch die Krankenversicherung zu wählen.

Absatz 3. – Nebst der Anrechenbarkeit der Pflegekosten ist das Ermittlungsverfahren der Pflegekosten und -leistungen von den Gemeinden zu regeln. Dies gewinnt an Bedeutung, weil nicht mehr die Krankenversicherer die verursachten Kosten resp. erbrachten Leistungen kontrollieren. Die Leistungserbringer sind vor der Festlegung des Ermittlungsverfahrens anzuhören und die Pflorgetaxen periodisch auf ihren Anpassungs-

bedarf zu überprüfen. Es empfiehlt sich die Anlehnung an die schweizerisch anerkannten Kostenermittlungs- und Leistungserfassungssysteme im ambulanten und stationären Bereich.

Artikel 33^b; Finanzierung der stationären Pflegeleistungen

Absatz 1. – Die Kosten für die stationär erbrachten Pflegeleistungen werden von verschiedenen Kostenträgern mitfinanziert:

- die Krankenversicherung, die einen nach Pflegebedarf abgestuften und vom Bundesrat festgelegten Beitrag leistet;
- die krankenversicherten Bewohner, die einen begrenzten Anteil an die Kosten zu übernehmen haben; können sie diesen Anteil nicht mit eigenen Mitteln decken resp. besteht ein EL-Anspruch, kann die Kostenbeteiligung im Rahmen der Ergänzungsleistung geltend gemacht werden;
- die Wohngemeinde der Bewohner übernimmt die Restkosten für die Pflegeleistungen.

Absatz 2. – Der versicherten Person dürfen maximal 20 Prozent des höchsten Pflegebeitrages an die (anrechenbaren) Pflegekosten angelastet werden (Art. 25a Abs. 5 KVG). Die Kostenbeteiligung kann auf verschiedene Weise berechnet werden. Bewohner können mit maximal 20 Prozent ihres effektiven Pflegebedarfes (Variante A) oder des höchsten festgelegten Pflegebeitrages (20% von 108 Fr., Variante B) belastet werden. Variante A orientiert sich an der Pflegebedürftigkeit. Sie könnte sich als aufwändig erweisen, da jede Änderung des Gesundheitszustandes eine Änderung des Pflegebedarfes und somit der Kostenbeteiligung bedingt. Variante B besticht durch Einfachheit und Pragmatismus. Allerdings ist damit eine Quersubventionierung von pflegebedürftigeren Personen durch solche mit niedrigerem Pflegebedarf nicht auszuschliessen. Sie wird sich auf die Gemeindefinanzen positiver auswirken als Variante A. Die Gemeinde ist frei bezüglich Berechnungsmodell, Entlastung der Bewohner von der Kostenbeteiligung (innerhalb der bundesgesetzlichen Bandbreite) und Beiträgen an Infrastruktur- und Betriebskosten der Alters- und Pflegeheime.

Absatz 3. – Die Restkosten (Abs. 1 Bst. c) ergeben sich als Differenz aus 100 Prozent der anrechenbaren Pflegekosten (gegebenenfalls gestützt auf Art. 33^a vorgängig als Pflorgetaxe festgelegt) abzüglich der Beiträge der Krankenversicherung und der Bewohner. Die Pflegeheime stellen diese Beträge den Wohngemeinden direkt in Rechnung.

Absatz 4. – Die Kostenbeteiligung wird den Bewohnern von Pflegeheimen zusammen mit den übrigen Selbstkostenanteilen der Betreuung, der Hotellerie und des Beitrages der Krankenversicherung direkt in Rechnung gestellt. Die Beiträge der Krankenversicherung (Abs. 1 Bst. a) werden voraussichtlich unverändert im System «Tiers garant» von der Krankenversicherung an die Bewohner zurückerstattet (Art. 42 KVG).

Absatz 5. – Die Bestimmung bezieht sich auf innerkantonale Pflegeheime, die auf der kantonalen Pflegeheimliste stehen oder über einen Vertrag mit der Gemeinde verfügen.

Absatz 6. – Diese Bestimmung bezieht sich auf ausserkantonale Pflegeheime, die auf der Pflegeheimliste des Standortkantons stehen. Für die Pflege in einem ausserkantonalen Pflegeheim sind im Grundsatz die Tarifrespektive Finanzierungsvorgaben des Standortkantons (der Standortgemeinde) massgebend. Verbleibt eine versicherte Person auf eigenen Wunsch im ausserkantonalen Pflegeheim, obwohl in einem Pflegeheim in der zivilrechtlichen Wohnsitzgemeinde ein geeigneter Platz angeboten wird, kann die Glarner Wohngemeinde den Restkostenbetrag der Pflegeleistungen auf den bei ihr geltenden Ansatz (Abs. 3) begrenzen. – Zur besseren Verständlichkeit des Geltungsbereichs wird auf Bundesrecht verwiesen (Art. 39 Abs. 3 KVG).

Artikel 33^c; Finanzierung der ambulanten Pflegeleistungen

Absatz 1. – Die Krankenversicherung leistet je nach Pflegemassnahme (Art. 7 Abs. 2 Bst. a–c KLV) einen Beitrag pro erbrachte Pflegestunde der spitalexternen, ambulanten Krankenpflege (Bst. a). Die versicherte Person finanziert die Pflegeleistungen mit (Bst. b). Ihre Wohngemeinde übernimmt allfällige Restkosten der Pflegeleistungen (Bst. c; Art. 33^b Abs. 1). Krankenversicherer und Klienten decken derzeit den Aufwand weitgehend. Die anrechenbaren Pflegekosten der Spitex beinhalten die Pflegeleistungen der ambulanten Langzeitpflege (ungeachtet des Alters der Klienten; Art. 7 Abs. 2 KLV). Gemeinwirtschaftliche Leistungen (z.B. 24-Stunden-Notfalldienst, Wochenenddienst, schwer zugänglicher Ort) oder weitere Dienstleistungen sind nicht Gegenstand bundesgesetzlicher Regelung und somit der Vorlage. Deren Finanzierung ist in der zu erneuernden Verordnung über die spitalexterne Krankenpflege und gestützt auf das Gesundheitsgesetz (Art. 19) durch den Landrat im Grundsatz zu regeln.

Absatz 2. – Die Gemeinden sollen ambulante Pflegeleistungsangebote fördern, indem sie tiefere Kostenbeteiligungen für die Klienten der Spitex vorsehen können, was die erheblich geringere finanzielle Belastung im Vergleich zu stationären Leistungen begründet. Dies bezieht sich aber ausschliesslich auf Pflegeleistungen (Art. 7 Abs. 2 KLV) und ist nicht automatisch auf die übrigen Dienstleistungen der Spitex (Haushilfe usw.) übertragbar.

Absatz 3. – Die Bestimmung wird angewendet, wenn aus den vereinbarten oder festgelegten anrechenbaren Pflegekosten der Spitex (gestützt auf Art. 33^a) ein Restfinanzierungsbedarf entsteht.

Absatz 4. – Private Spitex-Organisationen oder selbstständig erwerbstätige Pflegefachpersonen ohne Leistungsvertrag mit den Gemeinden haben Anspruch auf die Beiträge der Krankenversicherung und auf die Kostenbeteiligung der Klienten. Sie bedürfen einer kantonalen Bewilligung zur Führung eines Betriebs resp. zur selbstständigen Berufsausübung und einer Konkordatsnummer der Krankenversicherer für die Abrechnung ihrer Leistungen (Art. 23 oder 25 Gesundheitsgesetz). Keinen Anspruch haben sie auf Deckung allfälliger Restkosten durch die Gemeinden. Die Gemeinden sorgen (ungeachtet von Ort, Art und Zeit der Leistungserbringung) für ein genügendes Angebot an ambulanter, spitalexterner Grundversorgung und können diese Aufgabe auf Organisationen und Personen übertragen (Art. 19 Gesundheitsgesetz). Zu diesem Zweck erteilen sie Leistungsaufträge resp. schliessen Verträge mit Leistungserbringern ab.

Artikel 33^d: Kostenanteil Kanton, Verfahren und Kostenermittlung

Absatz 1. – Der Anteil des Kantons an die anrechenbaren Kosten für die Pflegeleistungen der Akut- und Übergangspflege wird mit 55 Prozent festgelegt; anrechenbar sind dabei lediglich jene für die Pflegeleistungen (Art. 7 KLV). Hotelleriekosten können nicht geltend gemacht werden. Der Kanton muss laut Bundesrecht den Finanzierungsschlüssel bestimmen. Die Übergangsbestimmungen zur Änderung des Gesetzes über die Spitalfinanzierung sind in diesem Zusammenhang nicht anwendbar.

Absatz 2. – Der Regierungsrat regelt die Einzelheiten der Vergütung sowie die Kosten- und Leistungsermittlung. Er erteilt Leistungsaufträge an ambulante und stationäre Leistungserbringer (Pflegeheime, Spitexorganisationen, selbstständig erwerbstätige Pflegefachpersonen) und macht dies von einem nachgewiesenen Bedarf abhängig. Im stationären Bereich ist die Ermittlung des Bedarfs mit der Spital-, Rehabilitations- und Pflegeheimplanung denkbar.

1.7. Finanzielle Auswirkungen der Neuordnung der Pflegefinanzierung

Das heutige System wird mit dem Bundesgesetz über die Neuordnung der Pflegefinanzierung in verschiedenen Bereichen grundlegend geändert. Finanziell wird die öffentliche Hand stärker belastet. Das Datenmaterial erlaubt lediglich eine grobe Schätzung des Mehraufwandes.

1.7.1. Stationäre Langzeitpflege

Die GDK schätzte 350 bis 550 Millionen Franken Mehraufwand für die öffentliche Hand. Für die Glarner Gemeinden ergäbe dies eine Mehrbelastung von 1,7 bis 2,5 Millionen Franken; Grobberechnungen ergaben einen dreimal höheren Betrag und der Vergleich mit anderen Kantonen von weniger als 2 Millionen Franken. Da die kommunal festgelegten Rahmenbedingungen für die Kostenbeteiligung der Bewohner sich deutlich auswirken, stellen die finanziellen Auswirkungen eine unbekannt Grösse dar. – Andere, bisher gewährte Beiträge der Gemeinden (z.B. an Heiminfrastruktur) werden zu überdenken sein.

1.7.2. Ambulante Langzeitpflege

Die Restkostenfinanzierung durch die Gemeinden im ambulanten Langzeitpflegebereich erweist sich als mit dem vorhandenen Datenmaterial ebenfalls kaum berechenbar. Die Spitex verfügt über einen ausgesprochen tiefen Tarif der Krankenversicherer, befindet sich parallel zur Gemeindestrukturreform in einem komplexen Fusionsprozess und kann erst seit 2009 Kosten und Leistungen standardisiert und elektronisch erfassen. Eine erste verlässliche Beurteilung über die Belastung der verschiedenen Kostenträger (Krankenversicherung, Klienten, evtl. Gemeinden) kann anhand der ersten konsolidierten Rechnungsabschlüsse für 2009 vorgenommen werden.

1.7.3. Akut- und Übergangspflege

Auch die Kosten der Akut- und Übergangspflege, die als Leistungskategorie eingeführt wird, sind sehr schwer abzuschätzen. Während sie anfangs noch nicht ins Gewicht fallen dürften – diese Pflege wird in der Spitex bereits mitfinanziert –, könnten sie dies wegen der neuen Spitalfinanzierung tun, da diese noch kürzere Spitalaufenthalte bringen wird. Weil lediglich Pflegeleistungen – also weder Hotellerie noch anderweitige Leistungen – von Krankenversicherern und Kanton zu entschädigen sind, wird mit anrechenbaren Kosten wie bei den Pflgetaxen gerechnet (Art. 33^a). Die GDK schätzte Mehrkosten von 200 Millionen Franken zulasten der Kantone: für den Kanton Glarus 0,5 bis 1 Million Franken. Allerdings lässt sich dieser Betrag durch keine Berechnung bestätigen.

1.7.4. Ergänzungsleistungen

Gestützt auf die Pflegeeinstufungen und Taxbegrenzungen der rund 200 EL-berechtigten Personen in Heimen ergibt sich eine jährliche Entlastung bei den Ergänzungsleistungen von rund 3 Millionen Franken: Übernahme der Restkosten für EL-berechtigte Personen 1,8 Millionen Franken (zu Lasten Gemeinden); Kostenbeteiligung für Bewohner mit Anspruch auf Ergänzungsleistungen 1,2 Millionen Franken (zu Lasten Kanton).

Die Ausgaben der Ergänzungsleistungen im Heimbereich dürften sich damit um 1,8 auf 3,5 Millionen Franken reduzieren (2009: 5,3 Mio. Fr.), dies jedoch ohne Berücksichtigung der Änderungen von AHVG und ELG (Einführung Hilflosenentschädigung leichten Grades für Bezüger von Altersrenten; tiefere Eintrittsschwelle, Leistungsausweitung für EL), ohne die Entlastung der Gemeinden (Übernahme ungedeckte Heimkosten) und ohne Auswirkung der Umstellung von BESA auf RAI/RUG. Ausserdem wurde mit der NFA der jährliche Höchstbetrag von 30 000 Franken für den Anspruch auf Ergänzungsleistungen aufgehoben, was zu Mehraufwendungen im EL-Bereich führte.

2. Vollzug der individuellen Prämienverbilligung

2.1. Ausgangslage

Auf Bundesebene sind Bestrebungen im Gange, die Auszahlung der IPV zu vereinheitlichen; der Gesetzesentwurf sieht als einzige Vergütungsvariante Auszahlung an die Krankenversicherer vor. Der Datenaustausch zwischen den Kantonen und den Krankenversicherern erfolgte nach einem einheitlichen Standard. Nach Inkrafttreten des Gesetzes verbliebe den Kantonen für die Anpassung ihrer Gesetze eine Übergangsfrist von nur zwei Jahren.

Am 28. Januar 2009 entschied das Verwaltungsgericht, die Verrechnung des Anspruchs aus der IPV mit den Kantons- und Gemeindesteuern sei nicht rechtmässig. Gegen diesen Entscheid erhob der Kanton Beschwerde beim Bundesgericht; sie ist noch hängig, hingegen erkannte es aufschiebende Wirkung. Das Bundesamt für Gesundheit äusserte im Beschwerdeverfahren im Rahmen einer Vernehmlassung, seiner Auffassung nach sei die kantonale Regelung mit dem Bundesrecht vereinbar. Stützt das Bundesgericht den Entscheid des Verwaltungsgerichts trotzdem, ergibt sich dringender Handlungsbedarf aus zwei Möglichkeiten: Wiedereinführung der Auszahlung an die Versicherten oder Auszahlung an die Krankenversicherer. Die erste Variante hat ein hohes Missbrauchspotenzial (zweckfremde Verwendung IPV-Mittel von etwa 0,5 Mio. Fr.). Die zweite stellt die zu favorisierende Version dar, welche das Bundesrecht zudem früher oder später ohnehin vorgeben wird. – Der Regierungsrat soll für die Vollzugsregelung zuständig werden.

Die Ausrichtung der Mittel der IPV an Personen mit Anspruch auf Ergänzungsleistungen bezieht sich heute auf die kantonal vom Departement festzulegende Richtprämie (Art. 22 EG KVG). Die generellen Richtprämien sind jährlich vom zuständigen Departement festzulegen (Art. 14 Abs. 1 EG KVG). Sie orientieren sich in der Regel an den vom Bund pro Personenkategorie und Kanton festgelegten Durchschnittsprämien für die OKP. Der Regierungsrat kann aber Ausnahmen bestimmen. In der jährlich neu zu verabschiedenden Verordnung des Eidgenössischen Departements des Innern (EDI) über die Durchschnittsprämien der Krankenpflegeversicherung für die Berechnung der Ergänzungsleistungen werden die kantonalen und regionalen Durchschnittsprämien festgelegt. Der Bundesrat übernimmt die Koordination mit der Prämienverbilligung nach dem KVG. Die kantonale Durchschnittsprämie (des EDI) könnte aufgrund der Ausnahmeregelung (Art. 14 Abs. 2 EG KVG) von der kantonal festgesetzten Richtprämie abweichen. Für die Berechnung der Ergänzungsleistungen behielt dann das übergeordnete Recht (Verordnung über die Durchschnittsprämien) Gültigkeit. Der Begriff «Richtprämie» ist daher mit der Durchschnittsprämie gemäss der Verordnung des EDI über die Durchschnittsprämien zu ersetzen (Art. 22 EG KVG). Der Bundesgesetzgeber legt zudem fest, welche Ausgaben an die Ergänzungsleistungen anzurechnen sind, so auch der jährliche Pauschalbetrag für die OKP; der Pauschalbetrag hat der kantonalen bzw. regionalen Durchschnittsprämie (inkl. Unfalldeckung) zu entsprechen. Der Entrichtungsmodus der IPV muss nicht wiederholt werden, weil er kraft Bundesgesetz einheitlich festgelegt ist (Art. 22 EG KVG).

2.2. Änderung

Die Präzisierung über die Entrichtung der kantonalen Durchschnittsprämie mit den Ergänzungsleistungen auf Gesetzesstufe ist aus sachlogischen Gründen aufzunehmen (Art. 22).

Die Änderung von Artikel 31 EG KVG hat keine unmittelbaren Kostenfolgen. Bis zum Entscheid des Bundesgerichtes – je nach Ausgang des Verfahrens – kann der bisherige Modus mit der Verrechnung der Prämienverbilligung bis zum Inkrafttreten des revidierten KVG beibehalten werden. Mit der Realisation der absehbar zwingenden Bundeslösung (Auszahlung an Krankenversicherer) sollte bis zur Entwicklung einer einheitlichen Software mit andern Kantonen zugewartet werden. Mittelfristig ist für den Vollzug der IPV mit einer Kostensteigerung zu rechnen. Die Auszahlung an die Krankenversicherer verunmöglichte das sehr kostengünstige antragslose Verfahren. Zumindest für die peripheren Daten (Name Krankenversicherer, Kontodaten) ist mit Mehraufwand zu rechnen, zumal viele Versicherte Ende Jahr den Krankenversicherer wechseln. – Artikel 31 EG KVG ist zu bereinigen, um sofortige Handlungsfähigkeit des Regierungsrates zu gewährleisten.

3. Beratung der Vorlage im Landrat

Eine landrätliche Kommission unter Vorsitz von Landrat Erich Leuzinger, Riedern, befasste sich mit dieser Vorlage. Eintreten war unbestritten; da es sich bei der Pflegefinanzierung um die Umsetzung von Bundesrecht handelt, ist eine kantonale Regelung notwendig. Diese kann aber nur Pufferzonen regeln, weil die eigentlichen Pflegeleistungen auf Bundesstufe festgelegt sind. Da die Restfinanzierung der Pflegeleistungen durch die öffentliche Hand sicherzustellen ist, unterstützt die Kommission die im Einklang mit der neuen Aufgabenteilung Kanton/Gemeinden stehende Lösung (Langzeitpflege: Gemeinden; Akut- und Übergangspflege: Kanton). Die Änderungen bei der Prämienverbilligung sind folgerichtig, da eine Auszahlung der IPV an die Krankenversicherer früher oder später kommt. Je nach Ausgang des Verfahrens vor Bundesgericht kann zudem akuter Handlungsbedarf entstehen. – In der Detailberatung prüfte die Kommission die Änderungsvorschläge, nahm jedoch keine Korrekturen vor. Sie empfahl dem Landrat einstimmig, der Vorlage unverändert zuzustimmen. Die Kommission stellte abschliessend zusätzliche Herausforderungen für die drei neuen Gemeinden fest; sie hofft auf das Wahrnehmen der damit verbundenen Verantwortung.

Im Landrat blieben Eintreten und Vorlage unbestritten. Nach erläuternden Voten von Kommissionspräsident und Departementsvorsteher ergaben sich keine Änderungsanträge.

Der Landrat beantragt der Landsgemeinde, der Vorlage unverändert zuzustimmen.

4. Antrag

Der Landrat beantragt der Landsgemeinde, dem Änderungsentwurf zum Einführungsgesetz zum Bundesgesetz über die Krankenversicherung zuzustimmen:

Änderung des Einführungsgesetzes zum Bundesgesetz über die Krankenversicherung

(Erlassen von der Landsgemeinde am Mai 2010)

I.

Das Einführungsgesetz vom 7. Mai 2006 zum Bundesgesetz über die Krankenversicherung wird wie folgt geändert:

Art. 22

Personen, die Ergänzungsleistungen zur AHV/IV beziehen

Personen, die Ergänzungsleistungen zur AHV/IV beziehen, werden die vollen kantonalen Durchschnittsprämien der obligatorischen Krankenpflege-Grundversicherung gemäss der jährlichen Verordnung des EDI über die Durchschnittsprämien der Krankenpflegeversicherung für die Berechnung der Ergänzungsleistungen ausgerichtet.

Art. 31 Abs. 1 und 2

¹ Dem Anspruch auf Prämienverbilligung kann durch Verrechnung mit den Kantons- und Gemeindesteuern, durch Auszahlung an den Versicherer oder durch Zahlung an den Versicherten entsprochen werden. Der Regierungsrat bestimmt das Verfahren.

² Im Falle der Verrechnung kann die anspruchsberechtigte Person die Auszahlung der vollen Prämienverbilligung an sich verlangen, wenn sie nachweist, dass sie der Zahlung der Prämien bis zum Zeitpunkt des Antrages auf Auszahlung der Prämienverbilligung lückenlos nachgekommen ist. Ein entsprechendes Gesuch ist mit den nötigen Belegen bei der zuständigen kantonalen Verwaltungsbehörde bis Ende Februar des Bezugsjahres einzureichen. Im Regelungsbereich der Artikel 21 und 25 erfolgt keine Auszahlung an die anspruchsberechtigten Personen. Der Regierungsrat regelt die Einzelheiten, namentlich bis zu welchem Zeitpunkt die Auszahlung der vollen Prämienverbilligung verlangt werden kann.

Neuer Titel (Titel IV. bis VI. bisher zu V. bis VII.):

IV. Pflegefinanzierung

1. Pflegeleistungen gemäss Artikel 25a Absatz 1 KVG

Art. 33^a (neu)

Pflegekosten

¹ Die Gemeinden können die anrechenbaren Pflegekosten (Pflegekosten) zur Berechnung der Restfinanzierung für die ambulanten oder stationären Pflegeleistungen gemäss Artikel 7 der Verordnung über Leistungen der Krankenpflegeversicherung (KLV) festlegen oder vertraglich regeln. Sie hören die betroffenen Leistungserbringer vorher an.

² Als Pflegekosten sind im stationären Bereich Tagesstarife und für den ambulanten Bereich Stundentarife zu verwenden.

³ Die Pflegekosten werden periodisch überprüft und bei Bedarf den veränderten Verhältnissen angepasst.

Art. 33^b (neu)

Finanzierung der stationären Pflegeleistungen

¹ Die Kosten für die stationären Pflegeleistungen gemäss Artikel 7 KLV, die auf ärztliche Anordnung hin von Leistungserbringern gemäss Artikel 39 Absatz 3 KVG erbracht werden, werden finanziert durch:

- a. den, nach dem Pflegebedarf abgestuften Beitrag der Krankenversicherung pro Tag (Art. 7a Abs. 3 KLV);
- b. die Kostenbeteiligung der versicherten Person;
- c. die Wohngemeinde durch die Übernahme der Restkosten.

² Die versicherte Person trägt im Rahmen der Kostenbeteiligung gemäss Artikel 25a Absatz 5 KVG die Pflegekosten mit.

³ Die verbleibenden Restkosten errechnen sich aus der Pflegekosten gemäss Artikel 33^a, von der die Beiträge gemäss Absatz 1 Buchstaben a und b abzuziehen sind. Sie sind dem Pflegeheim von der Wohngemeinde direkt zu vergüten.

⁴ Die Kostenbeteiligung der versicherten Person ist dem Pflegeheim direkt geschuldet.

⁵ Bei stationärer Pflege in Pflegeheimen, mit denen die Gemeinde einen Vertrag abgeschlossen hat, gelten die Bestimmungen der Absätze 1–3 sinngemäss.

⁶ Bei stationärer Pflege in einem ausserkantonalen Pflegeheim gemäss Artikel 39 Absatz 3 KVG sind grundsätzlich die Tarif- respektive Finanzierungsvorgaben des Standortkantons massgebend. Verbleibt die versicherte Person auf eigenen Wunsch im ausserkantonalen Pflegeheim, obwohl ihr ein geeigneter Platz in einer innerkantonalen Institution angeboten wurde, kann die Wohngemeinde den Gemeindebeitrag an die Pflegeleistungen auf den Ansatz gemäss Absatz 3 begrenzen.

Art. 33^c (neu)

Finanzierung der ambulanten Pflegeleistungen

¹ Die Kosten für die ambulanten Pflegeleistungen gemäss Artikel 7 KLV, die auf ärztliche Anordnung hin von Leistungserbringern gemäss Artikel 51 der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) mit Leistungsauftrag erbracht werden, werden finanziert durch:

- a. den Beitrag der Krankenversicherung pro Stunde (Art. 7a Abs. 1 KLV);
- b. Kostenbeteiligung der versicherten Person;
- c. die Wohngemeinde mit Übernahme allfälliger Restkosten.

² Die Kostenbeteiligung der Patienten entspricht dem Maximum gemäss Artikel 25a Absatz 5 KVG. Die Gemeinde kann für ambulante Pflegeleistungen tiefere Kostenbeteiligungen festlegen.

³ Allfällige Restkosten errechnen sich aus der ambulanten Pflegekosten gemäss Artikel 33^a, von der die Beiträge gemäss Absatz 1 Buchstaben a und b abzuziehen sind. Sie sind dem ambulanten Leistungserbringer von der Wohngemeinde direkt zu vergüten.

⁴ Für ambulante Leistungserbringer gemäss den Artikeln 49 oder 51 KVV, die über eine Bewilligung gemäss den Artikeln 23 oder 25 des Gesetzes über das Gesundheitswesen verfügen und mit denen die Gemeinde einen Vertrag abgeschlossen hat, gelten die Bestimmungen von Absatz 1 sinngemäss.

2. *Pflegeleistungen der Akut- und Übergangspflege gemäss Artikel 25a Absatz 2 KVG*

Art. 33^d (neu)

Kostenanteil Kanton, Verfahren und Kostenermittlung

¹ Der Anteil des Kantons an die anrechenbaren Kosten der Pflegeleistungen der Akut- und Übergangspflege gemäss Artikel 25a Absatz 2 KVG beträgt 55 Prozent.

² Der Regierungsrat regelt die Einzelheiten des Verfahrens der Vergütung, der Ermittlung von Kosten und Leistungen und erteilt gestützt auf Artikel 2 Absatz 2 Buchstabe *b* Leistungsaufträge an ambulante und stationäre Leistungserbringer, die er von einem nachgewiesenen Bedarf abhängig macht.

II.

Ergeben sich nachträglich zwingende Bedürfnisse zur Anpassung kantonaler Gesetze an die Neuordnung der Pflegefinanzierung, die in dieser Vorlage nicht berücksichtigt sind, so wird der Landrat ermächtigt, die Anpassungen vorläufig vorzunehmen; solche vorläufigen Anpassungen sind der Landsgemeinde zur definitiven Beschlussfassung vorzulegen.

III.

Diese Änderungen treten zusammen mit den entsprechenden Ausführungsbestimmungen im Bereich der spitalexternen Krankenpflege auf Verordnungsstufe am 1. Januar 2011 in Kraft.

§ 17 Raumentwicklungs- und Baugesetz (Totalrevision)

Die Vorlage im Überblick

Das Raumentwicklungs- und Baugesetz (RBG) löst das Raumplanungs- und Baugesetz von 1988 ab. In den vergangenen 20 Jahren änderte die übergeordnete Gesetzgebung die Rahmenbedingungen wesentlich; dies bedingt Änderungen:

- Das Raumplanungs- und Bauwesen hat der Bildung von drei starken Gemeinden Rechnung zu tragen. Das Gesetz weist den Gemeinden zentrale Aufgaben zu. Sie sind weiterhin für die Erteilung der Baubewilligungen zuständig; neu sind sie es für die Erstkontrolle der Baueingaben und die allfällige Einleitung zusätzlicher Bewilligungsverfahren, weil die Vorprüfung aller Baugesuche durch die kantonalen Stellen entfällt. Zudem obliegt der kommunalen Bewilligungsbehörde die Leitung vieler koordinationspflichtiger Verfahren.*
- Auf kantonaler Ebene werden die Grundsätze der neuen Verwaltungsorganisation umgesetzt. Der Regierungsrat wird von operativen Aufgaben entlastet, die Departement, Abteilung oder Fachstelle übertragen werden. Beim Rechtsschutz wird der ordentliche Instanzenzug gemäss Verwaltungsverfahrensgesetz eingeführt: Im Regelfall entscheidet das Departement statt der Regierungsrat über Beschwerden in Bausachen.*

Der Gesetzesentwurf enthält zahlreiche neue Elemente.

- Kommunale Richtplanung ist Pflicht. Sie fördert strategisches Handeln und Abstimmung räumlicher Konflikte auf Gemeindeebene. Das Gesetz verankert den Überbauungsplan als Instrument der Sondernutzungsplanung und fördert kooperative Planung: bei grösseren Vorhaben erarbeiten Kanton und Gemeinden mit Projektierenden und anderen Anspruchsgruppen Entscheidungsgrundlagen.*
- Baulandhortung wird beeinflussbar. Die Gemeinden können Vereinbarungen mit Privaten über Planungswertausgleich, fristgerechte Überbauung oder Kaufrecht der Gemeinde abschliessen. Weitergehende Instrumente wie gesetzliches Kaufrecht der Gemeinde, Bauverpflichtung, Planungsmehrwertabgeltung wurden hingegen abgelehnt.*