
Standeskommissionsbeschluss über die Pflegefinanzierung

vom 30. November 2010 (Stand 1. Januar 2018)

Die Standeskommission des Kantons Appenzell I. Rh.,

gestützt auf Art. 38b Abs. 1 des Gesundheitsgesetzes vom 26. April 1998 sowie Art. 12b bis e der Verordnung zum Gesundheitsgesetz vom 27. März 2000,

beschliesst:

I. Kostenbeteiligung von Patienten und Kanton

Art. 1 Patientenbeteiligung an ambulanter Pflege

¹ Die Patienten¹⁾ beteiligen sich an den ambulanten Pflegeleistungen. Von der Patientenbeteiligung ausgenommen sind Leistungen der Akut- und Übergangspflege.

² Die Patientenbeteiligung beträgt je Tag höchstens die Hälfte des bundesrechtlichen Maximums, gerundet auf 10 Rappen.

Art. 2 Restkosten und Finanzierung

¹ Der Kanton legt für die Leistungen nach Art. 7 Abs. 2 der Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung vom 29. September 1995 (KLV) die Restkosten und die Finanzierung im Sinne von Art. 25a Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung vom 18. März 1994 (KVG) wie folgt fest:

² a. für selbständig erwerbende Krankenpflegefachpersonen (Art. 7 Abs. 1 lit. a KLV):

¹⁾Die Verwendung der männlichen Bezeichnungen gilt sinngemäss für beide Geschlechter.

Art der Leistung	normativ anrechenbare Pflegekosten pro Stunde	Anteil Krankenversicherer pro Stunde (Art. 7a KLV)	Anteil Patient (Art. 25a Abs. 5 KVG)	Anteil Kanton
Bedarfsabklärung (Art. 7 Abs. 2 lit. a KLV)	79.80	79.80	--	--
Behandlungspflege (Art. 7 Abs. 2 lit. b KLV)	65.40	65.40	--	--
Grundpflege (Art. 7 Abs. 2 lit. c KLV)	54.60	54.60	--	--

³ b) für Spitexdienste (Art. 7 Abs. 1 lit. b KLV):

Art der Leistung	normativ anrechenbare Pflegekosten	Anteil Krankenversicherer pro Stunde (Art. 7a KLV)	Anteil Patient pro ganzen oder angebrochenen Tag (Art. 25a Abs. 5 KVG)	Anteil Kanton
Bedarfsabklärung (Art. 7 Abs. 2 lit. a KLV)	87.80 für 1. Std./Tag 79.80 ab 2. Std./Tag	79.80	8.00	--
Behandlungspflege (Art. 7 Abs. 2 lit. b KLV)	73.40 für 1. Std./Tag 65.40 ab 2. Std./Tag	65.40	8.00	--
Grundpflege (Art. 7 Abs. 2 lit. c KLV)	62.60 für 1. Std./Tag 54.60 ab 2. Std./Tag	54.60	8.00	--

⁴ c) für Pflegeheime (Art. 7 Abs. 1 lit. c KLV): *

Pflegestufe (BESA)	Anrechenbare Pflegekosten	Kosten für Mittel und Gegenstände	Anteil Krankenversicherer (Art. 7a KLV)	Maximaler Anteil Patient (Art. 25a KVG)	Maximaler Anteil Kanton
1	11.80	1.00	9.00	3.80	--
2	34.20	1.00	18.00	17.20	--
3	56.60	1.00	27.00	21.60	9.00
4	79.00	1.50	36.00	21.60	22.90
5	101.40	2.00	45.00	21.60	36.80
6	123.80	2.00	54.00	21.60	50.20
7	146.20	2.50	63.00	21.60	64.10
8	168.60	2.50	72.00	21.60	77.50
9	191.00	3.00	81.00	21.60	91.40

Pflegestufe (BESA)	Anrechenbare Pflegekosten	Kosten für Mittel und Gegenstände	Anteil Krankenversicherer (Art. 7a KLV)	Maximaler Anteil Patient (Art. 25a KVG)	Maximaler Anteil Kanton
10	213.40	3.00	90.00	21.60	104.80
11	235.80	3.00	99.00	21.60	118.20
12	258.20	3.00	108.00	21.60	131.60

Art. 3 Beiträge an Akut- und Übergangspflege

¹ Der Kanton beteiligt sich an den zwischen Krankenversicherern und Leistungserbringern vereinbarten Vergütungen für die Akut- und Übergangspflege mit 55%. Die Restkosten gehen zu Lasten der Krankenversicherer.

II. Organisationen mit Leistungsauftrag

Art. 4 Kantonsbeiträge

¹ An Organisationen mit einem Leistungsauftrag können weitere Beiträge zur Deckung von Vorhalteleistungen, Aufwendungen für rückwärtige Dienste, Qualitätssicherung, Aus-, Weiter- und Fortbildung usw. gewährt werden, soweit ihre Kosten nicht durch die Vergütungen gemäss Art. 2 und 3 sowie weitere Einnahmen und Beiträge gedeckt sind.

III. Betriebsführung und Rechnungslegung

Art. 5 Gliederung der Kosten

¹ Die Kosten stationär erbrachter Leistungen gliedern sich nach:

- a) Kosten für Pflegeleistungen und Leistungen der Akut- und Übergangspflege;
- b) Kosten für weitere Pflichtleistungen der Sozialversicherer wie ärztliche Behandlungen, Arznei, Therapien, Therapie- und Pflegematerial;
- c) Kosten für Unterkunft und Verpflegung (Hotellerie);
- d) Kosten für Betreuung, die keine Pflegeleistung im Sinne des KVG darstellt;
- e) Kosten für andere Leistungen.

² Die Kosten ambulant erbrachter Leistungen gliedern sich nach:

- a) Kosten für Pflegeleistungen und Leistungen der Akut- und Übergangspflege;
- b) Kosten für nicht-pflegerische Spitex-Leistungen.

Art. 6 Leistungsverrechnung

¹ Die Leistungserbringer sind zu einer transparenten Rechnungsstellung gegenüber allen beteiligten Finanzierungspartnern verpflichtet.

² Die Kostenanteile der einzelnen Leistungsbereiche gemäss Art. 5 sind separat auszuweisen, wobei die Kosten für Pflegeleistungen weiter zu unterteilen sind nach den Beträgen zulasten Versicherer, Leistungsbezüger und Kanton.

³ Die Kantonsbeiträge an die Kosten der Pflege werden direkt zwischen den Leistungserbringern und dem Kanton abgerechnet. Eine Verrechnung gegenüber den Versicherten oder den Versicherern ist ausgeschlossen.

⁴ Die Leistungsbezüger erhalten eine entsprechend reduzierte Rechnung, auf der jedoch die Beiträge von Kanton und Krankenversicherern ersichtlich sein müssen.

IV. Schlussbestimmung

Art. 7 Inkrafttreten

¹ Dieser Beschluss tritt am 1. Januar 2011 in Kraft.

Änderungstabelle – Nach Beschluss

Beschluss	Inkrafttreten	Element	Änderung	cGS Publikation
30.11.2010	01.01.2011	Erlass	Erstfassung	-
04.12.2012	01.01.2013	Art. 2 Abs. 4	geändert	-
01.09.2015	01.01.2016	Art. 2 Abs. 4	geändert	-
06.02.2018	01.01.2018	Art. 2 Abs. 4	geändert	-

Änderungstabelle – Nach Artikel

Element	Beschluss	Inkrafttreten	Änderung	cGS Publikation
Erlass	30.11.2010	01.01.2011	Erstfassung	-
Art. 2 Abs. 4	04.12.2012	01.01.2013	geändert	-
Art. 2 Abs. 4	01.09.2015	01.01.2016	geändert	-
Art. 2 Abs. 4	06.02.2018	01.01.2018	geändert	-