Reglement über die sozialmedizinischen Leistungen (SmLR)

vom 23.01.2018 (Fassung in Kraft getreten am 01.01.2019)

Der Staatsrat des Kantons Freiburg

gestützt auf das Gesetz vom 12. Mai 2016 über die sozialmedizinischen Leistungen (SmLG);

auf Antrag der Direktion für Gesundheit und Soziales,

beschliesst:

1 Begriffe

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

[1] Pflegeleistungen sind Leistungen gemäss Verordnung des Eidgenössischen Departements des Innern vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung.

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

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

[2] Die Direktion für Gesundheit und Soziales (die Direktion) bestimmt die Leistungen, die als Betreuungsleistungen finanziert werden, und legt die diesbezüglichen Anforderungen fest.

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

[1] Beherbergungsleistungen sind alle Leistungen, die in einem Pflegeheim erbracht werden, keine Pflege- oder Betreuungsleistungen sind und im Zusammenhang stehen mit:

a) der Verpflegung;

b) dem hauswirtschaftlichen Dienst;

c) der Organisation sowie der administrativen und finanziellen Verwaltung des Pflegeheims.

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

[1] Die Hilfe zu Hause umfasst:

a) die Beurteilung des Hilfebedarfs der Person, einschlägige Information und Beratung;

b) hauswirtschaftliche Arbeiten wie Kochen, Einkaufen, Unterhalt der Wäsche und der Wohnung.

2 Freie Wahl der Leistungserbringenden

Art. 5 Grundsatz (Art. 3 SmLG)

[1] Eine Person, die eine sozialmedizinische Leistung benötigt, kann unter allen Leistungserbringenden mit einer im Kanton erteilten Betriebsbewilligung oder einer Bewilligung zur selbstständigen Berufsausübung frei wählen.

Art. 6 Ausserkantonale Leistungen (Art. 3 SmLG)

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

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

3 Bedarfsermittlung und Planung des Angebots

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

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

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

[3] Für die Bedarfsermittlung muss die Person die Informationen, die in einer separaten Verordnung vorgesehen werden, liefern und akzeptieren, dass ihre Daten für folgende Zwecke an den Verband des Bezirks, in dem sie wohnhaft ist, weitergegeben werden:

a) die Erhebung der Daten, die für die Erstellung des Bedarfsdeckungsplans nötig sind (Art. 12 Bst. a SmLG);

b) die Koordination der sozialmedizinischen Leistungen, die für den Verbleib einer Person zu Hause nötig sind (Art. 12 Bst. b SmLG);

c) die Validierung eines allfälligen Einzelgesuchs um einen Langzeitaufenthalt im Pflegeheim (Art. 12 Bst. c SmLG).

[4] Unter Vorbehalt der ausdrücklichen, schriftlichen und spezifischen Zustimmung der Person dürfen die Daten nicht zu anderen Zwecken verwendet werden.

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

[1] Die Bedarfsermittlung erfolgt mit Hilfe eines Instruments, das von der Direktion in Zusammenarbeit mit den betroffenen Kreisen ausgearbeitet wurde.

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

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

[1] Mit der Planung des Angebots werden die sozialmedizinischen Leistungen, die für den ganzen Kanton und für die Bezirke entwickelt werden müssen, festgelegt. Ausserdem wird entsprechend der Gesundheitsgesetzgebung das zu Hause zu leistende Pflegevolumen festgelegt.

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

[3] Die Planung des Angebots wird für einen Zeitraum von 5 Jahren erstellt.

[4] Sie wird allen betroffenen Instanzen mindestens 1 Jahr vor Ende des laufenden Zeitraums zur Kenntnis gebracht.

4 Sozialmedizinische Leistungen

4.1 Leistungen zu Hause

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

[1] Ein Verband, der statt nur einer oder einem Leistungserbringenden mehrere Erbringende von Teilleistungen beauftragt, muss dafür sorgen, dass:

a) alle Leistungen der Hilfe und Pflege zu Hause im Bezirksgebiet erhältlich und koordiniert sind;

b) alle im Bezirk wohnhaften Personen zu den gleichen Bedingungen Zugang zu diesen Leistungen haben.

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

[1] Die Rahmenbedingungen für den Betrieb der Leistungserbringenden beinhalten namentlich:

a) die Einsatzzeiten;

b) die Qualitätsnormen;

c) die Kriterien für die Festsetzung der Personaldotation;

d) den Kontenplan und den Inhalt der Statistik.

4.2 Leistungen im Pflegeheim

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

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

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

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

[2] Die Information betrifft insbesondere:

a) die Leistungen des Pflegeheims nach den Artikeln 1–3 dieses Reglements;

b) die Rechte und Pflichten der aufgenommenen Person;

c) die finanziellen Bedingungen (Leistungen zulasten der Person, Fakturierungs- und Zahlungsmodalitäten, Garantien);

d) die Vertragsdauer und die Kündigungsmodalitäten;

e) die im Falle eines Streitfalls zu kontaktierende Instanz und das Verfahren.

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

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

[2] Personen mit besonderen Bedürfnissen können in Spezialabteilungen aufgenommen werden.

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

[1] Die Bestimmungen über die Pflegekosten in Pflegeheimen gelten nicht für Gemeinschaftshäuser, in denen die Pflegeleistungen von Leistungserbringenden sozialmedizinischer Leistungen im Sinne von Artikel 7 SmLG erbracht werden.

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

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

a) im Besitz einer Betriebsbewilligung gemäss Gesundheitsgesetzgebung sein;

b) den von der Direktion definierten Kontenplan verwenden und eine Buchhaltung führen, die es erlaubt, Ausgaben und Einnahmen jeder sozialmedizinischen Leistung einzeln zu betrachten;

c) den Diensten der Kantonsverwaltung alle Auskünfte erteilen, die es für die Kontrolle seiner Tätigkeit braucht;

d) die Daten für die Führung der eidgenössischen und der kantonalen Statistiken liefern;

e) die von den zuständigen Behörden festgelegten oder genehmigten Preise anwenden.

[2] Die Direktion legt die Qualitätsstandards und die Anforderungen für das Pflegepersonal fest.

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

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

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

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

Art. 18 Anerkennungsverfahren (Art. 10 SmLG)

[1] Das Anerkennungsgesuch muss vom Verband an das Sozialvorsorgeamt gerichtet werden; folgende Unterlagen müssen beigelegt werden:

a) ein Dokument, mit dem sich feststellen lässt, dass der Rechtsträger des Pflegeheims nicht gewinnorientiert ist;

b) eine Bestätigung des Verbands, die besagt, dass die Einrichtung – sofern sie nicht vom Verband betrieben wird – über einen Auftrag verfügt, der den Anforderungen nach Artikel 19 SmLG entspricht.

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

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

[2] Im Auftrag werden gemäss Artikel 19 SmLG die Bedingungen für die Übernahme der Betriebskosten, die nicht von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung, den leistungsbeziehenden Personen oder der öffentlichen Hand gedeckt werden, präzisiert.

5 Gemeindeverbände

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

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

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

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

[4] Der Bedarfsdeckungsplan wird dem Sozialvorsorgeamt und dem Amt für Gesundheit übermittelt.

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

[1] Der Verband achtet darauf, die sozialmedizinischen Leistungen innerhalb seines Bezirks so zu organisieren, dass sie den spezifischen Bedürfnissen der Bevölkerung entsprechen.

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

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

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

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

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

[1] Die beratende Kommission gemäss Artikel 13 Abs. 2 SmLG unterstützt den Verband vor allem bei seinen Aufgaben für die Ausarbeitung des Bedarfsdeckungsplans und die Koordination der sozialmedizinischen Leistungen.

[2] Der Verband legt die weiteren Aufgaben der beratenden Kommission fest.

6 Finanzierung der Leistungen

6.1 Kosten der Leistungen

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

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

[2] Die Kosten der zu Hause erteilten Pflegeleistungen werden in der Ausführungsgesetzgebung über die Neuordnung der Pflegefinanzierung festgelegt.

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

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

[2] Der Pflege- und Betreuungspreis wird auf der Grundlage der Budgets der Pflegeheime pauschal festgelegt.

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

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

[1] Die Beherbergungskosten umfassen:

a) die Löhne, die Sozialleistungen und die anderen Kosten für das Personal, das nicht in die Kategorie Pflege- und Betreuungspersonal fällt;

b) die Ausgaben im Zusammenhang mit den Leistungen Dritter für die Einrichtung;

c) alle Ausgaben im Zusammenhang mit den Tätigkeiten nach Artikel 3 dieses Reglements, mit Ausnahme der Investitionskosten.

[2] Die Direktion bestimmt die Leistungen, die den Bewohnerinnen und Bewohnern zusätzlich in Rechnung gestellt werden können.

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

[1] Die Verbände vereinbaren die Investitionen, die in der Bilanz des Pflegeheims berücksichtigt werden müssen, sowie die Modalitäten für die Berechnung der Zinsen und der Abschreibungen.

6.2 Finanzierungsgrundsätze und Beiträge

Art. 28 Geltende Normen (Art. 15 SmLG)

[1] In Übereinstimmung mit der Gesetzgebung über die Subventionen werden Ausgaben, welche die Referenznormen des Staates überschreiten, nicht subventioniert.

[2] Die Direktion präzisiert die Referenznormen für Situationen, in denen die Normen des Staates nicht anwendbar sind.

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

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

[2] Der Beitrag wird aus der Summe der Gehälter und Sozialleistungen berechnet; die Fahrkosten sind inbegriffen; die Einnahmen aus der Verrechnung zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung werden abgezogen.

[3] Das Beitragsgesuch, das auf der letzten vom Verband genehmigten Jahresrechnung basiert, muss dem Amt für Gesundheit bis 31. Mai des Jahres, das dem berücksichtigten Geschäftsjahr folgt, abgegeben werden.

[4] Der Staat überweist den Diensten für Hilfe und Pflege zu Hause vierteljährliche Anzahlungen von insgesamt bis zu 80 % des Betrags, der im Voranschlag, der vom Staatsrat beschlossen wurde, eingetragen ist. Die Schlussabrechnung erfolgt aufgrund ihrer vom Verband genehmigten Jahresrechnung.

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

[1] Die Pauschale für die Aufnahmen tagsüber und nachtsüber im Pflegeheim besteht aus:

a) dem Anteil der Pflegekosten, der von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nicht übernommenen wird;

b) einem Betrag von 35 Franken pro Betreuungstag in der Tagesstätte;

c) einem Betrag von 25 Franken pro Übernachtung;

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

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

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

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

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

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

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

[4] Bei der Berechnung des kantonalen Durchschnitts wird nach den sozialmedizinischen Leistungen gemäss Artikel 8 SmLG unterschieden.

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

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

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

Art. 33 Verfahren bei Beiträgen an die Betreuungskosten (Art. 20 Abs. 2 SmLG)

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

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

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

[4] Die Kasse übermittelt dem Sozialvorsorgeamt die Daten, die es für die Auszahlung des Beitrags braucht.

[5] Die Einrichtung korrigiert die Beträge, die der Person in Rechnung gestellt wurden, nachdem der Entscheid rechtskräftig und vollstreckbar wurde.

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

[7] Die Einrichtung meldet der Kasse für alle begünstigten Personen die Änderungen bei der Pflegestufe sowie alle Ein- und Austritte.

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

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

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

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

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

[1] Der Beitrag an die Betreuungskosten wird den Einrichtungen am Ende jedes Quartals ausgerichtet.

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

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

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

7 Koordination, Aufsicht und Rechtsmittel

Art. 37 Kantonale Kommission (Art. 21 SmLG)

[1] Der kantonalen Kommission gehören 11 Mitglieder an, welche die Gemeindeverbände, die Spitalnetze und die staatlichen Dienststellen vertreten.

[2] Das Präsidium führt die Vorsteherin bzw. der Vorsteher des Amts für Gesundheit oder die Vorsteherin bzw. der Vorsteher des Sozialvorsorgeamts.

[3] Je nach Traktanden lädt die Kommission die Vertreterinnen und Vertreter der Dachverbände der Leistungserbringenden und der Leistungsbeziehenden zu ihren Sitzungen ein.

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

[1] Der Expertenkommission (die Kommission) gehören 5 Mitglieder an, welche die Einrichtungen, die Krankenversicherungen und die staatlichen Dienststellen vertreten.

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

[3] Das Präsidium der Kommission führt die Vorsteherin bzw. der Vorsteher des Kantonsarztamts oder deren bzw. dessen Stellvertretung.

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

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

[2] Die Beschwerde wird vom Sozialvorsorgeamt geprüft; es erstellt einen Bericht zuhanden der Expertenkommission.

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

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

[5] Im Übrigen gilt das Gesetz über die Verwaltungsrechtspflege.

Art. 40 Einsprache

[1] Gegen die Entscheide über die Beiträge an die Betreuungskosten kann innert 30 Tagen nach Mitteilung bei der Kasse Einsprache erhoben werden.

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

[3] Die Einspracheentscheide können mit Beschwerde beim Kantonsgericht angefochten werden.

8 Schlussbestimmungen

Art. 41 Leistungsaufträge (Art. 10 und 19 SmLG)

[1] Die Verbände haben ab Inkrafttreten dieses Ausführungsreglements 3 Jahre Zeit, um gemeinsam mit den Leistungserbringenden gemäss Bedarfsdeckungsplan des Bezirks die notwendigen finanziellen und qualitativen Kriterien und Indikatoren zur Fertigstellung der nach Artikel 19 SmLG erforderlichen Leistungsaufträge auszuarbeiten.

[2] Bis zum Ablauf dieser Frist können alle gemäss dem Gesetz über Pflegeheime für Betagte anerkannten Einrichtungen eine provisorische Anerkennung erhalten.

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

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

[1] Die Direktion hat 3 Jahre Zeit, um gemeinsam mit den betroffenen Kreisen das Instrument zur Bedarfsermittlung zu entwickeln.

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

Art. 43 Aufhebung bisherigen Rechts

[1] Es werden aufgehoben:

a) das Reglement vom 4. Dezember 2001 über die Pflegeheime für Betagte (SGF 834.2.11);

b) das Reglement vom 10. Januar 2006 über die Hilfe und Pflege zu Hause (SGF 823.11).

Art. 44 Änderung bisherigen Rechts – Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung

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

...

Art. 45 Aufhebung bisherigen Rechts – Ermittlung des Pflege- und Betreuungsbedarfs

[1] Die Verordnung vom 3. Dezember 2013 über die Ermittlung des Pflege- und Betreuungsbedarfs (SGF 834.2.12) wird wie folgt geändert:

...

Art. 46 Inkrafttreten

[1] Dieses Reglement wird rückwirkend auf 1. Januar 2018 in Kraft gesetzt, mit Ausnahme von Artikel 25 Abs. 2, der am 1. Januar 2019 in Kraft tritt.

Änderungstabelle – Nach Beschlussdatum

Beschluss	Berührtes Element	Änderungstyp	Inkrafttreten	Quelle (ASF seit 2002)
23.01.2018	Erlass	Grunderlass	01.01.2018	2018_006
23.01.2018	Art. 25 Abs. 2	eingefügt	01.01.2019	2018_006

Änderungstabelle – Nach Artikel

Berührtes Element	Änderungstyp	Beschluss	Inkrafttreten	Quelle (ASF seit 2002)
Erlass	Grunderlass	23.01.2018	01.01.2018	2018_006
Art. 25 Abs. 2	eingefügt	23.01.2018	01.01.2019	2018_006