
Pflegefinanzierungsverordnung¹

(Vom 3. November 2010)

Der Regierungsrat des Kantons Schwyz,

gestützt auf den Kantonsratsbeschluss betreffend die Umsetzung der Neuordnung der Pflegefinanzierung vom 20. Mai 2010,²

beschliesst:

I. Allgemeine Bestimmungen**§ 1** Geltungsbereich

Diese Verordnung regelt den Vollzug der Pflegefinanzierung im stationären und ambulanten Bereich sowie die Akut- und Übergangspflege.

§ 2 Information

Die mit dem Vollzug der Pflegefinanzierung betrauten Stellen informieren mögliche Berechtigte sowie die Leistungserbringer regelmässig über die Voraussetzungen und das Verfahren bei der Finanzierung der Pflegekosten.

§ 3 Datenerhebung

¹ Die Leistungserbringer sind verpflichtet, den mit dem Vollzug der Pflegefinanzierung betrauten Stellen die notwendigen Daten kostenlos zur Verfügung zu stellen, insbesondere für:

- a) die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung und Betriebsvergleiche;
- b) eine allfällige Festlegung der Pfl egetaxen;
- c) die Festlegung der Höchsttaxen und des Anspruchs auf Restfinanzierung.

² Die Daten können durch die mit dem Vollzug betrauten Stellen in geeigneter Form veröffentlicht und insbesondere den Gemeinden mitgeteilt werden.

§ 4 Sprachliche Gleichbehandlung

Sämtliche Personenbezeichnungen beziehen sich gleichermassen auf Frauen und Männer.

II. Stationäre Pflege**§ 5** Leistungsangebot und Taxen

¹ Die vom Kanton anerkannten Einrichtungen gemäss Pflegeheimliste erbringen Leistungen im Bereich Pension und Pflege nach der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV).³

² Die Einrichtungen berechnen transparent die Taxen für Pension und Pflege je separat aufgrund einer vom Amt für Gesundheit und Soziales anerkannten Kostenrechnung.

³ Auf Antrag der Einrichtung kann das Amt für Gesundheit und Soziales die Führung einer vereinfachten Kostenrechnung gestatten, wenn in der Regel nur interne Bewohner betreut werden.

§ 6 Taxordnung der Einrichtungen

¹ Die Einrichtungen eröffnen ihren Bewohnern Taxänderungen innert jener Frist, die im Bewohnervertrag vereinbart ist.

² Das Amt für Gesundheit und Soziales wird drei Monate zuvor über die Taxänderungen informiert. Dazu sind die einschlägigen Berechnungsgrundlagen einzureichen.

³ Das Amt für Gesundheit und Soziales kann weitere Unterlagen und Details zu den Berechnungen einverlangen, vor Ort Prüfungen vornehmen oder eine Prüfung durch externe Fachleute verlangen.

§ 7 Höchsttaxen

¹ Eine Beanstandung der Taxordnung durch das Amt für Gesundheit und Soziales hat innerhalb von zwei Monaten nach Einreichung der Taxänderung zu erfolgen.

² In begründeten Fällen kann das Amt für Gesundheit und Soziales separate Höchsttaxen für Pension und Pflege festlegen.

³ Werden Beanstandungen nicht korrigiert oder Höchsttaxen nicht eingehalten, so verfügt das Amt für Gesundheit und Soziales die erforderlichen Massnahmen, soweit nicht eine andere Stelle zuständig ist.

§ 8 Kostenbeteiligung der versicherten Person

¹ Die Kostenbeteiligung der versicherten Person beträgt 20 Prozent des höchsten vom Bundesrat festgesetzten Pflegebeitrages.

² Leistungen an stationäre Pflege aus Zusatzversicherungen gemäss dem Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag⁴ werden bei der Berechnung der Restkosten vorrangig angerechnet.

³ Die Prämienanteile für diese Versicherungen werden, soweit Leistungen ausbezahlt werden, vorrangig in Abzug gebracht.

§ 9 Koordination mit Ergänzungsleistungen

¹ Wird eine laufende Ergänzungsleistung gemäss dem Bundesgesetz über die Ergänzungsleistungen zur AHV/IV⁵ ausgerichtet, geht diese vor.

² Bei der Berechnung der Ergänzungsleistungen wird keine Kostenbeteiligung gemäss § 8 Abs. 1 angerechnet.

§ 10 Durchführung

¹ Die Ausgleichskasse Schwyz ist die Durchführungsstelle für die Finanzierung der Pflegekosten in stationären Einrichtungen.

² Die Durchführungskosten trägt der Kanton.

§ 11 Finanzierung

¹ Die zur Auszahlung der Leistungen notwendigen Finanzmittel werden durch den Kanton bevorschusst.

² Die Anteile der Gemeinden werden nach ihrer Einwohnerzahl bemessen und halbjährlich als provisorische Zahlung und Ende Jahr als Schlussabrechnung in Rechnung gestellt.

³ Für die Berechnung der Gemeindeanteile ist die Einwohnerzahl per 31. Dezember des Vorjahres gemäss der jährlichen Statistik des Volkswirtschaftsdepartementes über Personen mit zivilrechtlichem Wohnsitz in den Gemeinden massgebend.

§ 12 Abrechnungsverfahren

a) Rechnungsstellung

¹ Die Einrichtungen stellen den versicherten Personen die Aufwendungen für Pension und Pflege gesondert in Rechnung.

² Pflegeleistungen für Schwerstpflegebedürftige sind besonders auszuweisen.

§ 13 b) Geltendmachung des Anspruchs

¹ Wer Beiträge an die Pflegekosten beansprucht, hat seinen Anspruch schriftlich anzumelden und durch Einreichen der Rechnung der Einrichtung sowie der Abrechnung des Krankenversicherers bei der Durchführungsstelle geltend zu machen.

² Die Durchführungsstelle legt das Verfahren im Rahmen des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG)⁶ fest.

³ Die Höhe des Beitrags wird formlos eröffnet, mit dem Hinweis, dass innert 30 Tagen eine einsprachefähige Verfügung verlangt werden kann.

§ 14 c) Auszahlung

¹ Die Auszahlung erfolgt in der Regel bargeldlos an die berechtigte Person.

² Eine Auszahlung an Dritte ist im Sinne von Art. 22 ATSG möglich.

³ Die Verrechnung mit zuviel ausbezahlten Ergänzungsleistungen zur AHV/IV ist möglich.

§ 15 d) Meldepflicht

¹ Individuelle Änderungen der Kosten für Pension und Pflege sowie der Leistungen der Krankenkasse sind der Durchführungsstelle zu melden.

² Meldepflichtig sind zudem:

- a) der Austritt oder der Wechsel in eine andere Einrichtung;
- b) der Wechsel des Krankenversicherers;
- c) die Leistungszusage einer Versicherung gemäss dem Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag⁷ oder einer Kranken-Zusatzversicherung.

³ Im Übrigen gilt sinngemäss die allgemeine Meldepflicht gemäss Art. 31 ATSG und Art. 24 der Verordnung über die Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung.⁸

§ 16 Rechtspflege

¹ Gegen Verfügungen der Ausgleichskasse kann innert 30 Tagen Einsprache erhoben werden.

² Der Einspracheentscheid kann innert 30 Tagen beim Verwaltungsgericht mit Beschwerde angefochten werden.

³ Im Übrigen richtet sich das Beschwerdeverfahren nach dem Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts.⁹

III. Ambulante Pflege

§ 17 Leitungserbringer mit Leistungsauftrag

¹ Leistungserbringer mit Leistungsauftrag der Gemeinden haben:

- a) Pflegeleistungen bei Krankheit einschliesslich Leistungen der Akut- und Übergangspflege gemäss Art. 7 Abs. 2 KLV anzubieten;
- b) die Leistungen an sieben Tagen pro Woche jeweils von 07.00 bis 22.00 Uhr zu erbringen;
- c) neue Einsätze, nach rechtzeitiger vorheriger Anmeldung, innerhalb von 24 Stunden auszuführen;
- d) während der üblichen Bürozeiten telefonisch erreichbar zu sein.

² Leistungserbringer können das erforderliche Mindestangebot selbst oder im Verbund mit anderen Leistungserbringern sicherstellen.

³ Sie regeln die nach Abzug der Versicherungsleistungen und des Beitrags der versicherten Person verbleibende Restfinanzierung im Leistungsauftrag.

§ 18 Leistungserbringer ohne Leistungsauftrag

¹ Für Leistungserbringer ohne Leistungsauftrag einer Gemeinde legt das Amt für Gesundheit und Soziales anrechenbare Höchsttaxen nach Art der Leistungserbringung fest und teilt diese den Gemeinden mit.

² Als anrechenbare Kosten für die Berechnung der Höchsttaxen gelten die Vollkosten, zu welchen bei wirtschaftlicher Leistungserbringung die Pflegeleistungen erbracht werden können.

³ Nach Abzug der Beiträge der Krankenpflegeversicherung und der versicherten Person übernimmt die Wohnsitzgemeinde der behandelten Person die anerkannten und ausgewiesenen Restkosten. Der Anspruch ist vierteljährlich geltend zu machen.

§ 19 Kostenbeteiligung der versicherten Person

¹ Die Kostenbeteiligung der versicherten Person entspricht 10 Prozent des Betrages, welcher der obligatorischen Krankenpflegeversicherung für Pflegeleistungen in Rechnung gestellt wird, höchstens aber die nach Abzug des Beitrages der Krankenversicherer verbleibenden Kosten.

² Sie darf pro Tag 10 Prozent des höchsten nach Massgabe des Bundesrechts je Stunde festgelegten Pflegebeitrages nicht übersteigen.

³ Von einer Kostenbeteiligung werden befreit:

- a) Kinder und Jugendliche bis zum vollendeten 18. Lebensjahr.
- b) weitere Personen auf Gesuch hin durch die Gemeinde, um Härtefälle zu vermeiden.

§ 20 Abrechnungsverfahren

Die Leistungserbringer stellen dem Leistungsbezüger die von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung und vom Leistungsbezüger geschuldeten Beträge in Rechnung.

§ 21 Ausnahmen von der Leistungserbringung

¹ Leistungserbringer können ihre Leistungen verweigern oder einstellen:

- a) wenn das Personal belästigt oder gefährdet wird oder wenn andere unzumutbare Bedingungen vorliegen;
- b) wenn erhebliche Zahlungsausstände vorliegen.

² Werden Leistungen eingestellt, so sind der verordnende Arzt und die Gemeinde am Wohnsitz des Leistungsbezügers unverzüglich zu benachrichtigen.

IV. Akut- und Übergangspflege**§ 22** Leistungspflicht

¹ Akut- und Übergangspflege wird auf spitalärztliche Anordnung hin stationär oder ambulant erbracht.

² Stationäre Einrichtungen sind verpflichtet, ihren Bewohnern nach einem Spitalaufenthalt Leistungen der Akut- und Übergangspflege zu erbringen.

³ Für Pflegebedürftige, die nicht Bewohner einer Einrichtung sind und für die eine stationäre Akut- und Übergangspflege notwendig ist, sorgt der Kanton für ein geeignetes Angebot.

§ 23 Kostenteiler

Der Kanton beteiligt sich zu 55 Prozent an den zwischen den Versicherern und den Leistungserbringern vereinbarten Pauschalen für die Akut- und Übergangspflege. Sind diese nicht kostendeckend, so kann der Regierungsrat Zuschläge ausrichten.

§ 24 Abrechnungsverfahren

¹ Ist die Behandlung abgeschlossen, reicht der Leistungserbringer die spitalärztliche Anordnung zusammen mit der Abrechnung und dem nach § 23 ausgewiesenen kantonalen Anteil dem Amt für Gesundheit und Soziales ein.

² Dieses kontrolliert die Abrechnung und zahlt den kantonalen Anteil dem Leistungserbringer aus.

V. Schlussbestimmungen

§ 25 Übergangsbestimmung
a) für ambulante Angebote

¹ Die Leistungserbringer haben spätestens ab dem Rechnungsjahr 2012 ihre Kosten nach dem Finanzmanual Spitex Verband Schweiz auszuweisen. Das Amt für Gesundheit und Soziales kann Leistungserbringern ohne Leistungsauftrag der Gemeinden die Führung anderer Kostenrechnungen gestatten.

² Bis zu diesem Zeitpunkt kann das Amt für Gesundheit und Soziales zur Festlegung der Höchsttaxen und des Anspruchs auf Restfinanzierung auf andere nachvollziehbare Kostenrechnungsdaten abstellen.

³ Kommen die Leistungserbringer dieser Verpflichtung nicht oder unzureichend nach, so verwirkt der Anspruch der Leistungserbringer auf Restfinanzierung.

§ 26 b) für stationäre Einrichtungen

¹ Die Höchsttaxen ab 1. Januar 2011 sind auf der Basis des Aufwandes gemäss Erfolgsrechnung 2009 zu berechnen. Ausserordentliche Ereignisse können berücksichtigt werden. Auf dem Sachaufwand kann die Teuerung gemäss Landesindex der Konsumentenpreise 2010 und auf dem Personalaufwand eine Teuerung von 2 Prozent geltend gemacht werden.

² Die Höchsttaxen ab 1. Januar 2012 sind auf der Basis (Budget) der Kostenrechnung des Fachverbandes Curaviva mit ergänzenden Bestimmungen des Amtes für Gesundheit und Soziales zu berechnen.

³ Die Einrichtungen haben spätestens die Rechnung 2012 mit einer anerkannten Kostenrechnung zu führen.

⁴ Die Gemeinden führen ihre Einrichtungen bis spätestens 2012 nach den Regeln der Spezialfinanzierung.

⁵ Kommen die Leistungserbringer dieser Verpflichtung nicht oder unzureichend nach, werden die Höchsttaxen durch das Amt für Gesundheit und Soziales verfügt.

§ 27 Änderung von Erlassen

Die nachstehenden Erlasse werden wie folgt geändert:

- a) Vollzugsverordnung zum Gesetz über Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung vom 21. Dezember 1970 ¹⁰

§ 7a (neu) Tagestaxen bei pflegebedürftigen Personen

¹ Als anrechenbare Tagestaxen gemäss § 5 Abs. 1 des Gesetzes werden bei pflegebedürftigen Personen höchstens 700 Prozent des auf den Tag umgerechneten Betrages für den allgemeinen Lebensbedarf für Alleinstehende berücksichtigt. Diese Begrenzung gilt nicht, wenn aufgrund einer Schwerstpflegebedürftigkeit höhere Pflegekosten in Rechnung gestellt werden.

² Eine Schwerstpflegebedürftigkeit ist ausgewiesen, wenn der zeitliche Pflegebedarf gemäss Art. 7a der Krankenpflege-Leistungsverordnung¹ höher ist als 240 Minuten pro Tag.

³ Je 20 Minuten höherem Pflegebedarf erhöht sich der Ansatz bei einem Pflegeheimaufenthalt gemäss § 5 Abs. 1 des Gesetzes um 40 Prozent, jedoch höchstens auf 1 100 Prozent.

§ 22 Abs. 1 und 4 (neu)

¹ Bezüger von Ergänzungsleistungen haben im Rahmen von Art. 14 Abs. 1 Bst. f ELG Anspruch auf die Vergütung der Anschaffungskosten oder auf die leihweise Abgabe der in § 25a aufgeführten Hilfsmittel oder Hilfsgeräte (Pflegehilfsgeräte und Behandlungsgeräte).

⁴ Stehen Hilfsmittel leihweise zur Verfügung, besteht in der Regel kein Anspruch auf ein neues Gerät.

§ 23 Abs. 4 (neu) und 5 (neu)

⁴ Zusatzkosten für Materialien, welche für den Betrieb eines Hilfsmittels notwendig sind, können übernommen werden, sofern der Bedarf ausgewiesen und die Kosten für die Materialien verhältnismässig hoch sind.

⁵ Die Abgabe von Zweitgeräten ist bei ausgewiesenem Bedarf möglich.

§ 25a Liste der Hilfsmittel (neu)

Im Sinne dieser Verordnung gelten als Hilfsmittel:

- a) Rumpforthesen, sofern eine funktionelle Insuffizienz der Wirbelsäule mit erheblichen Rückenbeschwerden sowie klinisch und radiologisch nachweisbaren Veränderungen der Wirbelsäule vorliegt, die durch medizinische Massnahmen nicht oder nur ungenügend zu beeinflussen ist,
- b) Atmungsapparate bei Ateminsuffizienz,
- c) Inhalationsapparate,
- d) Zusätze zu Sanitäreinrichtungen, sofern ein Versicherter ohne diesen Behelf allein nicht zur betreffenden Körperhygiene fähig ist,
- e) Krankenheber, sofern ärztlich bescheinigt ist, dass ein Krankenheber für die Hauspflege notwendig ist,
- f) Elektrobetten, sofern ärztlich bescheinigt ist, dass ein Elektrobett für die Hauspflege eine absolute Notwendigkeit darstellt,
- g) Nachtstühle,
- h) Coxarthrosestühle,
- i) Aufzugständer (Bettgalgen).

Der Anhang zur Vollzugsverordnung [Liste Hilfsmittel, Pflegehilfs- und Behandlungsgeräte] wird aufgehoben.

b) Vollzugsverordnung zur Gesundheitsverordnung vom 23. Dezember 2003 ¹²

§ 4 Bst. e (neu)

[Kantonale ambulante Dienste sind (§ 10 Abs. 1 GesV):]

e) Kinderspitex.

§ 28 Inkrafttreten

¹ Diese Verordnung tritt am 1. Januar 2011 in Kraft. ¹³

² Sie wird im Amtsblatt veröffentlicht und in die Gesetzsammlung aufgenommen.

¹ GS 22-123..

² GS 22-102.

³ Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) vom 29. September 1995.

⁴ SR 221.229.1.

⁵ SR 831.30.

⁶ ATSG, SR 830.1.

⁷ SR 221.229.1.

⁸ Verordnung über die Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung vom 15. Januar 1971, SR 831.301.

⁹ SR 830.10.

¹⁰ SRSZ 362.211; GS 21-122.

¹¹ SR 832.112.31.

¹² SRSZ 571.111; GS 20-492.

¹³ Abl 2010 2425.