



Standeskommissionsbeschluss über die Pflegefinanzierung * (StKB Pflegefinanzierung)

vom 30. November 2010 (Stand 1. Juli 2024)

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 pauschal die Hälfte des nach Bundesrecht zulässigen Maximums, gerundet auf 10 Rappen. *

³ Für Kinder und Jugendliche bis zum vollendeten 18. Altersjahr besteht keine Beitragspflicht. *

Art. 2 Restkosten und Finanzierung

¹ Die Leistungen nach Art. 7 Abs. 2 der Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung vom 29. September 1995 (KLV) sowie die Restkosten und die Finanzierung im Sinne von Art. 25a des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung vom 18. März 1994 (KVG) richten sich nach dem Anhang. *

^{1a} Die Restkosten reduzieren sich um den Betrag der Patientenbeteiligung. *

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

2 ... *

3 ... *

4 ... *

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.

Art. 6a * Kostenrechnung im Bereich Pflege und Hilfe zu Hause

¹ Leistungserbringer der Pflege und Hilfe zu Hause sind Spitex-Organisationen und Pflegefachpersonen, die zur Abrechnung mit der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zugelassen sind.

² Für Leistungserbringer, die dem Gesundheitsamt jährlich eine anerkannte standardisierte Kostenrechnung nach den Richtlinien des Spitex-Verbands Schweiz ("Spitex-Finanzmanual, Handbuch zum standardisierten Rechnungswesen für Spitex-Organisationen") einreichen, richten sich die Restkostenfinanzierung nach Anhang A-1a, für die übrigen nach Anhang A-1b.

³ Die Kostenrechnung ist dem Gesundheitsamt bis spätestens am 30. April des Folgejahres einzureichen.

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	-
05.11.2019	01.01.2020	Erlasstitel	geändert	2019-48
05.11.2019	01.01.2020	Art. 2 Abs. 1	geändert	2019-48
05.11.2019	01.01.2020	Art. 2 Abs. 2	aufgehoben	2019-48
05.11.2019	01.01.2020	Art. 2 Abs. 3	aufgehoben	2019-48
05.11.2019	01.01.2020	Art. 2 Abs. 4	aufgehoben	2019-48
05.11.2019	01.01.2020	Anhang 1	eingefügt	2019-48
06.07.2021	01.07.2021	Anhang 1	Inhalt geändert	2021-16
29.12.2021	02.01.2022	Anhang 1	Inhalt geändert	2021-50
22.11.2022	01.01.2023	Anhang 1	Inhalt geändert	2022-40
20.06.2023	01.01.2024	Art. 1 Abs. 2	geändert	2023-12
20.06.2023	01.01.2024	Art. 1 Abs. 3	eingefügt	2023-12
20.06.2023	01.01.2024	Art. 2 Abs. 1	geändert	2023-12
20.06.2023	01.01.2024	Art. 2 Abs. 1a	eingefügt	2023-12
20.06.2023	01.01.2024	Anhang 1	Inhalt geändert	2023-12
18.06.2024	01.07.2024	Art. 6a	eingefügt	2024-14
18.06.2024	01.07.2024	Anhang 1	Inhalt geändert	2024-14

Änderungstabelle – Nach Artikel

Element	Beschluss	Inkrafttreten	Änderung	cGS Publikation
Erlass	30.11.2010	01.01.2011	Erstfassung	-
Erlassstitel	05.11.2019	01.01.2020	geändert	2019-48
Art. 1 Abs. 2	20.06.2023	01.01.2024	geändert	2023-12
Art. 1 Abs. 3	20.06.2023	01.01.2024	eingefügt	2023-12
Art. 2 Abs. 1	05.11.2019	01.01.2020	geändert	2019-48
Art. 2 Abs. 1	20.06.2023	01.01.2024	geändert	2023-12
Art. 2 Abs. 1a	20.06.2023	01.01.2024	eingefügt	2023-12
Art. 2 Abs. 2	05.11.2019	01.01.2020	aufgehoben	2019-48
Art. 2 Abs. 3	05.11.2019	01.01.2020	aufgehoben	2019-48
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	-
Art. 2 Abs. 4	05.11.2019	01.01.2020	aufgehoben	2019-48
Art. 6a	18.06.2024	01.07.2024	eingefügt	2024-14
Anhang 1	05.11.2019	01.01.2020	eingefügt	2019-48
Anhang 1	06.07.2021	01.07.2021	Inhalt geändert	2021-16
Anhang 1	29.12.2021	02.01.2022	Inhalt geändert	2021-50
Anhang 1	22.11.2022	01.01.2023	Inhalt geändert	2022-40
Anhang 1	20.06.2023	01.01.2024	Inhalt geändert	2023-12
Anhang 1	18.06.2024	01.07.2024	Inhalt geändert	2024-14



Anhang: Kantonale Pflegeetarife gemäss Art. 2

(Stand 1. Juli 2024)

Art. A-1a Höchstansätze für selbständig erwerbende Krankenpflegefachpersonen und Spitexdienste mit standardisierter Kostenrechnung (Art. 7 Abs. 1 lit. a und b KLV) in Fr.:

Art der Leistung	Höchstansätze pro Stunde	OKP-Beiträge pro Stunde	Maximale Restkosten pro Stunde	Patientenbeteiligung pauschal
Abklärung und Beratung (Art. 7 Abs. 2 lit. a KLV)	107.00	76.90	30.10	7.70 pro Tag
Behandlungspflege (Art. 7 Abs. 2 lit. b KLV)	90.00	63.00	27.00	7.70 pro Tag
Grundpflege (Art. 7 Abs. 2 lit. c KLV)	76.00	52.60	23.40	7.70 pro Tag

Art. A-1b Normansätze für selbständig erwerbende Krankenpflegefachpersonen und Spitexdienste ohne standardisierte Kostenrechnung (Art. 7 Abs. 1 lit. a und b KLV) in Fr.:

Art der Leistung	Normansätze pro Stunde	OKP-Beiträge pro Stunde	Maximale Restkosten pro Stunde	Patientenbeteiligung pauschal
Abklärung und Beratung (Art. 7 Abs. 2 lit. a KLV)	85.60	76.90	8.70	7.70 pro Tag
Behandlungspflege (Art. 7 Abs. 2 lit. b KLV)	72.00	63.00	9.00	7.70 pro Tag
Grundpflege (Art. 7 Abs. 2 lit. c KLV)	60.80	52.60	8.20	7.70 pro Tag

Art. A-2 Pflegetarife für Alters- und Pflegeheime (Art. 7 Abs. 1 lit. c KLV) in Fr.:

Pflegestufe (BESA)	Anrechenbare Pflegekosten pro Tag	Anteil Krankenversicherer pro Tag (Art. 7a KLV)	Maximaler Anteil Patient pro Tag (Art. 25a KVG)	Maximaler Anteil Kanton pro Tag
1	13.30	9.60	3.70	--
2	39.90	19.20	20.70	--
3	66.50	28.80	23.00	14.70
4	93.10	38.40	23.00	31.70
5	119.70	48.00	23.00	48.70
6	146.30	57.60	23.00	65.70
7	172.90	67.20	23.00	82.70
8	199.50	76.80	23.00	99.70
9	226.10	86.40	23.00	116.70
10	252.70	96.00	23.00	133.70
11	279.30	105.60	23.00	150.70
12	305.90	115.20	23.00	167.70

Art. A-3 Pflegetarife für spezialisierte stationäre Pflegeleistungen

Die anrechenbaren Pflegekosten nach Art. A-3 werden für die intensivere Pflege für Menschen in der letzten Lebensphase, sofern dafür ein Leistungsauftrag besteht, um Fr. 66.00 pro Tag erhöht.