



Standeskommissionsbeschluss über die Pflegefiananzierung * (StKB Pflegefinanzierung)

vom 30. November 2010 (Stand 2. Januar 2022)

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 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 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung vom 18. März 1994 (KVG) richten sich nach dem Anhang. *

² ... *

³ ... *

⁴ ... *

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

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 Beschlussdatum

Beschlussdatum	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

Änderungstabelle – Nach Artikel

Element	Beschlussdatum	Inkrafttreten	Änderung	cGS Publikation
Erlass	30.11.2010	01.01.2011	Erstfassung	-
Erlasstitel	05.11.2019	01.01.2020	geändert	2019-48
Art. 2 Abs. 1	05.11.2019	01.01.2020	geändert	2019-48
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
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: Kantonale Pflegetarife gemäss Art. 2

(Stand 1. Januar 2022)

Art. A-1 Pflegetarife für selbständig erwerbende Krankenpflegefachpersonen (Art. 7 Abs. 1 lit. a KLV) in Fr.:

Art der Leistung	normativ anrechenbare Pflegekosten pro Stunde	Anteil Krankenversicherer pro Stunde (Art. 7a KLV)	Maximaler Anteil Patient pro Tag (Art. 25a Abs. 5 KVG)	Anteil Kanton pro Stunde
Bedarfsabklärung (Art. 7 Abs. 2 lit. a KLV)	84.60 für 1. Std./Tag 76.90 ab 2. Std./Tag	76.90	7.70	--
Behandlungspflege (Art. 7 Abs. 2 lit. b KLV)	70.70 für 1. Std./Tag 63.00 ab 2. Std./Tag	63.00	7.70	--
Grundpflege (Art. 7 Abs. 2 lit. c KLV)	60.30 für 1. Std./Tag 52.60 ab 2. Std./Tag	52.60	7.70	--

Art. A-2 Pflegetarife für Spitexdienste (Art. 7 Abs. 1 lit. b KLV) in Fr.:

Art der Leistung	normativ anrechenbare Pflegekosten	Anteil Krankenversicherer pro Stunde (Art. 7a KLV)	Maximaler Anteil Patient pro Tag (Art. 25a Abs. 5 KVG)	Anteil Kanton pro Stunde
Bedarfsabklärung (Art. 7 Abs. 2 lit. a KLV)	84.60 für 1. Std./Tag 76.90 ab 2. Std./Tag	76.90	7.70	3.20
Behandlungspflege (Art. 7 Abs. 2 lit. b KLV)	70.70 für 1. Std./Tag 63.00 ab 2. Std./Tag	63.00	7.70	2.70
Grundpflege (Art. 7 Abs. 2 lit. c KLV)	60.30 für 1. Std./Tag 52.60 ab 2. Std./Tag	52.60	7.70	2.30

**Art. A-3** Pflēgetarife für Alters- und Pflēgeheime (Art. 7 Abs. 1 lit. c KLV)
in Fr.:

Pflēgestufe (BESA)	Anrechenbare Pflēgekosten pro Tag	Anteil Kranken- versicherer pro Tag (Art. 7a KLV)	Maximaler Anteil Patient pro Tag (Art. 25a KVG)	Maximaler Anteil Kanton pro Tag
1	12.40	9.60	2.80	--
2	37.20	19.20	18.00	--
3	62.00	28.80	23.00	10.20
4	86.80	38.40	23.00	25.40
5	111.60	48.00	23.00	40.60
6	136.40	57.60	23.00	55.80
7	161.20	67.20	23.00	71.00
8	186.00	76.80	23.00	86.20
9	210.80	86.40	23.00	101.40
10	235.60	96.00	23.00	116.60
11	260.40	105.60	23.00	131.80
12	285.20	115.20	23.00	147.00

Art. A-4 Pflēgetarife für spezialisierte stationäre Pflēgeleistungen

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