

Entwurf für eine Teilrevision des Krankenpflegegesetzes

Erläuternder Bericht

4. September 2006

Inhaltsverzeichnis

I	ZUSAMMENFASSUNG	6
A	BEITRÄGE AN DIE HÄUSLICHE PFLEGE UND BETREUUNG (SPITEX).....	9
II	HEUTIGES SYSTEM	9
1	Aufgabenteilung.....	9
2	Rahmenleistungsauftrag.....	9
3	Kantonale Defizit- und Einrichtungsbeiträge.....	10
4	Entwicklung der Leistungen.....	11
5	Finanzielle Entwicklung	11
6	Kostenträger	13
6.1	<i>Allgemeines</i>	<i>13</i>
6.2	<i>Übersicht.....</i>	<i>13</i>
6.3	<i>Klientinnen und Klienten und Versicherer.....</i>	<i>14</i>
6.4	<i>Bund</i>	<i>14</i>
6.5	<i>Kanton</i>	<i>15</i>
6.6	<i>Gemeinden</i>	<i>15</i>
6.7	<i>Entwicklung Aufwand und Ertrag.....</i>	<i>16</i>
III	WÜRDIGUNG DES HEUTIGEN SYSTEMS.....	17
1	Problemstellung.....	17
1.1	<i>Mängel der Defizitfinanzierung</i>	<i>17</i>
1.2	<i>Aufwändige Beitragsbemessung</i>	<i>17</i>
1.3	<i>Neugestaltung des Finanzausgleichs und der Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen (NFA).....</i>	<i>17</i>
2	Aufgabenteilung.....	17
3	Notwendigkeit eines neuen Finanzierungssystems.....	18
IV	NEUES KANTONALES SPITEX-FINANZIERUNGSSYSTEM.....	18
1	Anforderungen	18
2	Varianten	18
2.1	<i>Globalbudget</i>	<i>18</i>
2.2	<i>Leistungsbezogene Beiträge</i>	<i>19</i>
3	Variantenentscheid	19

V	AUSGESTALTUNG DES NEUEN FINANZIERUNGSSYSTEMS	20
1	Eckpunkte des Systems	20
2	Leistungsabgeltung.....	20
2.1	<i>Leistungskategorien</i>	20
2.2	<i>Leistungsbezogene Beiträge</i>	22
2.3	<i>Festlegung der leistungsbezogenen Beiträge</i>	22
3	Kostenbeteiligung der Klientinnen und Klienten	23
4	Ergänzungsleistungen	24
5	Abstimmung des neuen Finanzierungssystems auf laufende Revisionen auf Bundesebene.....	25
5.1	<i>KVG-Revision (Neuregelung der Pflegefinanzierung)</i>	25
5.2	<i>Neugestaltung des Finanzausgleichs und der Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen</i>	26
VI	MODELLRECHNUNG ZUM NEUEN FINANZIERUNGSSYSTEM	27
VII	AUSWIRKUNGEN DES NEUEN FINANZIERUNGSSYSTEMS	28
1	Auswirkungen auf die Klientinnen und Klienten.....	28
2	Auswirkungen auf die Spitex-Dienste	28
3	Auswirkungen auf die Gemeinden.....	28
4	Auswirkungen auf den Kanton.....	29
5	Personelle Auswirkungen	29
B	BEITRÄGE AN DIE MÜTTER- UND VÄTERBERATUNG	31
VIII	HEUTIGES SYSTEM	31
1	Allgemeines	31
2	Rahmenleistungsauftrag.....	31
3	Beitragsberechtigung.....	31
4	Entwicklung der Leistungen.....	32
5	Finanzielle Entwicklung	32
IX	WÜRDIGUNG DES HEUTIGEN SYSTEMS	33
X	NEUES KANTONALES FINANZIERUNGSSYSTEM FÜR DIE MÜTTER- UND VÄTERBERATUNG	34
1	Anforderungen	34
2	Varianten	34
2.1	<i>Leistungsbezogene Beiträge an die ausgewiesenen Stunden</i>	34
2.2	<i>Pauschale Entschädigung</i>	34

3	Variantenentscheid	35
4	Ausgestaltung des neuen Finanzierungssystems	35
XI	AUSWIRKUNGEN DES NEUEN FINANZIERUNGSSYSTEMS.....	36
1	Auswirkungen auf die Klientinnen und Klienten.....	36
2	Auswirkungen auf die Dienste der Mütter- und Väterberatung.....	36
3	Auswirkungen auf die Gemeinden.....	36
4	Auswirkungen auf den Kanton.....	36
5	Personelle Auswirkungen	37
C	ÄNDERUNGEN BEI DEN ERGÄNZUNGSLEISTUNGEN IN FOLGE DER NEUGESTALTUNG DES FINANZAUSGLEICHS UND DER AUFGABENTEILUNG ZWISCHEN BUND UND KANTONEN (NFA)	38
XII	HEUTIGES SYSTEM	38
XIII	NEUES SYSTEM	38
XIV	AUSWIRKUNGEN DER ÄNDERUNGEN BEI DEN ERGÄNZUNGSLEISTUNGEN.....	39
D	INVESTITIONSBEITRÄGE AN ANGEBOTE ZUR STATIONÄREN PFLEGE UND BETREUUNG VON LANGZEITPATIENTEN UND BETAGTEN PERSONEN.....	40
XV	HEUTIGES SYSTEM	40
1	Kantonale Rahmenplanung	40
2	Kantonale Investitionsbeiträge.....	40
3	Beitragsberechtigung.....	41
4	Beitragsverfahren	41
5	Entwicklung des Bettenbestandes.....	42
6	Entwicklung der kantonalen Investitionsbeiträge.....	42
XVI	WÜRDIGUNG DES HEUTIGEN SYSTEMS.....	43
1	Steuerung des Angebots	43
2	Problemstellung.....	43
2.1	<i>Ungleichbehandlung der stationären und der ambulanten Angebote.....</i>	<i>43</i>
2.2	<i>Aufwändiges Beitragsverfahren.....</i>	<i>44</i>
2.3	<i>Investitionsbedarf.....</i>	<i>44</i>
3	Notwendigkeit einer Neukonzeption	45

XVII	NEUKONZEPTION DER INVESTITIONSBEITRÄGE AN ANGEBOTE ZUR STATIONÄREN PFLEGE UND BETREUUNG VON LANGZEITPATIENTEN UND BETAGTEN PERSONEN	46
1	Anforderungen	46
2	Eckpunkte der Neukonzeption	46
3	Parameter	47
4	Neu- und Erweiterungsbauten	47
4.1	<i>Objektbezogene Finanzierung</i>	47
4.2	<i>Beitragsverfahren</i>	47
4.3	<i>Modellrechnung</i>	49
5	Instandsetzung und Erneuerung	49
5.1	<i>Finanzierung</i>	49
5.2	<i>Beitragsverfahren</i>	50
5.3	<i>Modellrechnung</i>	50
XVIII	AUSWIRKUNGEN DER NEUKONZEPTION	52
1	Auswirkungen auf die Heimbewohnerinnen und Heimbewohner	52
2	Auswirkungen auf die Alters- und Pflegeheime und Pflegegruppen beziehungsweise Trägerschaften	52
3	Auswirkungen auf die Gemeinden	52
4	Auswirkungen auf den Kanton	53
5	Personelle Auswirkungen	53
XIX	GESAMTBILANZ	53
XX	ERLÄUTERUNGEN ZUM ENTWURF FÜR EINE TEILREVISION DES KRANKENPFLEGEGESETZES	54
XXI	EINFÜHRUNG DER NEUEN FINANZIERUNGSSYSTEME.....	64
XXII	ÜBEREINSTIMMUNG MIT DEM REGIERUNGSPROGRAMM 2005 – 2008	64
XXIII	ANHANG	65
1	Abkürzungsverzeichnis	65
2	Beitragsberechtigte Spitex-Dienste per 1.1.2006	66
3	Beitragsberechtigte Dienste der Mütter- und Väterberatung per 1.1.2006	67
4	Spitex Modellrechnung: Leistungsbezogene Beiträge	68
5	Spitex Modellrechnung: Bilanz Spitex-Dienste	69

I Zusammenfassung

Allgemeines

Der vorliegende Entwurf für eine Teilrevision des Krankenpflegegesetzes sieht per 1. Januar 2008 die Einführung einer neuen gesetzlichen Grundlage zur Finanzierung der Dienste der häuslichen Pflege und Betreuung (Spitex), der Dienste der Mütter- und Väterberatung und der Alters- und Pflegeheime und Pflegegruppen vor. Aufgrund der mit der Neugestaltung des Finanzausgleichs und der Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen (NFA) verbundenen Änderungen drängt sich insbesondere eine Anpassung der Neuregelung der Spitexfinanzierung auf, weil die bisher an die Spitex-Dienste bezahlten Bundesbeiträge zukünftig entfallen.

Die Gemeinden werden im Teil NFA-Umsetzung im Spitex-Bereich und im Bereich der Differenzbeträge der Ergänzungsleistungen (EL) für Heimbewohnerinnen und Heimbewohner insgesamt leicht entlastet. Die NFA-bedingten Mehrkosten für den Kanton können durch die mit der Einführung der NFA verbundenen Zunahme der zweckfreien Mittel grösstenteils kompensiert werden.

Im Teil ausserhalb der NFA werden im Bereich der Mütter- und Väterberatung und der Investitionen für die Instandsetzung und Erneuerung der Alters- und Pflegeheime und Pflegegruppen sowohl der Kanton wie auch die Gemeinden mit je 2.2 Millionen Franken entlastet.

Insgesamt sollen mit den vorgeschlagenen neuen Finanzierungsregelungen die Gemeinden mit rund 2.6 Millionen Franken pro Jahr und der Kanton mit rund 1.8 Millionen Franken pro Jahr entlastet werden.

Den Spitex-Diensten werden von der öffentlichen Hand insgesamt Beiträge in etwa in der gleichen Grössenordnung ausgerichtet wie bisher. Die gesamthaft ausbezahlten Beiträge der öffentlichen Hand sollen, um das im Kanton erreichte gute Leistungs- und Betreuungsniveau bei den Spitex-Diensten beibehalten zu können, nicht reduziert werden. Diejenigen Spitex-Dienste, die ihre Leistungen wirtschaftlich erbringen, sollen tendenziell höhere Beiträge als heute erhalten. Die mit der NFA entfallenden Bundesbeiträge von 4.3 Millionen Franken werden aufgrund der von der Regierung vorgeschlagenen Lösung grösstenteils vom Kanton übernommen. Bei einem kantonalen Beitragssatz von 55 Prozent des in den beitragsberechtigten Leistungskategorien ungedeckten Aufwands resultieren im Spitex-Bereich Mehrkosten für den Kanton von rund 2.9 Millionen Franken und für die Gemeinden von rund 1.4 Millionen Franken.

Die Finanzierung der Instandsetzung und Erneuerung der bestehenden Alters- und Pflegeheime und Pflegegruppen soll zukünftig zu rund 60 Prozent über die Tarifeinnahmen sicher-

gestellt werden. Mit dieser Änderung werden teilweise die Bewohnerinnen und Bewohner, die keinen Anspruch auf EL haben, gegenüber heute stärker belastet und der Kanton und die Gemeinden entsprechend entlastet. Aufgrund der von den Alters- und Pflegeheimen und Pflegegruppen schon heute erzielten Betriebsgewinne werden mit den geschaffenen Reserven teilweise keine oder nur geringe Erhöhungen der Tagestaxen notwendig sein. Als Folge der NFA sollen im Bereich der EL die Obergrenze der EL für Heimbewohnerinnen und Heimbewohner entfallen und deshalb die Gemeinden von den zu leistenden Differenzbeiträgen zwischen der Taxe und den anrechenbaren Einkünften entlastet werden. Die Gemeinden werden nach dem In-Kraft-Treten der NFA um rund 1.8 Millionen Franken entlastet. Im Gegenzug fallen für den Kanton entsprechende Mehrkosten bei den EL an.

Im Bereich der Mütter- und Väterberatung ergeben sich durch das neue Finanzierungssystem insgesamt keine Kostenverschiebungen.

Spitex-Dienste

Die Dienste der häuslichen Pflege und Betreuung im Kanton Graubünden weisen bereits heute im Vergleich mit anderen Kantonen professionelle Strukturen auf, die eine flächendeckende und qualitativ ausgewiesene Pflege und Betreuung zu Hause sicherstellen. Dementsprechend soll der Gesamtbeitrag der öffentlichen Hand an die Spitex-Dienste nicht gekürzt werden. Vielmehr soll die geltende Defizitfinanzierung, die Spitex-Dienste mit grossem Aufwand belohnt, durch ein leistungsbezogenes Finanzierungssystem, das wirtschaftlich handelnde Spitex-Dienste belohnt, ersetzt werden. Zudem muss aufgrund der ab dem 1. Januar 2008 infolge der NFA entfallenden Bundesbeiträge eine neue Finanzierungsregelung gefunden werden. Gemäss dem neuen Finanzierungssystem erhalten alle Spitex-Dienste die gleichen Leistungsbeiträge, d.h. der Kanton leistet an jede innerhalb der beitragsberechtigten Leistungskategorien erbrachte Leistungseinheit einen fixen Beitrag. Gleiche Leistungen werden damit gleich entschädigt. Das neue Finanzierungssystem fördert den unternehmerischen Handlungsspielraum der Leistungserbringer, ermöglicht die spezielle Förderung der Spitex und stellt einen wirtschaftlichen Mitteleinsatz des Kantons und der Gemeinden sicher. Mit dem vorgesehenen Beitragssatz des Kantons von 50 bis 60 Prozent des ungedeckten Aufwands unterstützt der Kanton die Spitex-Dienste auch künftig in einem im interkantonalen Vergleich überdurchschnittlichen Mass. Damit wird der chancengleiche Zugang zu bedarfsgerechten und qualitativ ausgewiesenen Spitex-Leistungen für alle hilfebedürftigen Menschen im Kanton Graubünden sichergestellt. Die vorgeschlagene leistungsbezogene Finanzierung stellt keine Sparvorlage, sondern die Grundlage für eine zukunftsorientierte Finanzierung dar.

Alters- und Pflegeheime und Pflegegruppen

Die geltende Finanzierung der Alters- und Pflegeheime und Pflegegruppen hat zur Folge, dass die öffentliche Hand die Wohnkosten der Heimbewohnerinnen und Heimbewohner vollständig subventioniert. Dies stellt einerseits eine Ungleichbehandlung zu den anderen Wohn- und Betreuungsformen, wie zum Beispiel der Spitex, dar. Andererseits werden mit dieser objektbezogenen Investitionsfinanzierung die Wohnkosten aller Bewohnerinnen und Bewohner von Alters- und Pflegeheimen und Pflegegruppen, unabhängig ihrer Einkommens- und Vermögensverhältnisse, durch die öffentliche Hand subventioniert. Die vorgeschlagene Neukonzeption der Investitionsbeiträge korrigiert die Schlechterstellung der anderen Wohn- und Betreuungsformen. Sie unterscheidet zwei Investitionskategorien. Die erste beinhaltet Neu- und Erweiterungsbauten, die gemäss der kantonalen Rahmenplanung notwendige Betten schaffen. Der Kanton leistet an solche Bauvorhaben neu pauschale Beiträge pro Bett. Die Gemeinden in der betreffenden Heimregion leisten einen Beitrag in gleicher Höhe wie der Kanton. Durch die Pauschalierung wird das Beitragsverfahren vereinfacht und verkürzt und der unternehmerische Handlungsspielraum der Trägerschaften gefördert. Die zweite Investitionskategorie beinhaltet die Instandsetzung und Erneuerung bestehender Bauten. Diese Investitionskosten sollen zu rund 60 Prozent neu durch die Tarifeinnahmen der Heimbewohnerinnen und Heimbewohner finanziert werden. Heimbewohnerinnen und Heimbewohner, die aufgrund ihrer Einkommens- und Vermögensverhältnisse nicht in der Lage sind, die vollen Taxen zu bezahlen, werden mittels EL unterstützt, wobei wie erwähnt in Zukunft keine Obergrenze bei den EL mehr Anwendung finden soll. Die restlichen rund 40 Prozent der Investitionskosten für die Instandsetzung und Erneuerung bestehender Bauten sind wie bisher von den Gemeinden zu tragen. Mit dem Wegfall der objektbezogenen Kantonsbeiträge für die Instandsetzung und Erneuerung bestehender Bauten werden die Wohnkosten in allen Bereichen nach den gleichen Grundsätzen subventioniert. Die Wahlmöglichkeit zwischen den verschiedenen Angebotsformen für die Pflege und Betreuung wird damit gefördert.

Mütter- und Väterberatung

Die Beratungsangebote der Dienste der Mütter- und Väterberatung tragen entscheidend zur gesunden Entwicklung des Kindes bei. Die geltende Defizitfinanzierung weist dieselben Mängel wie jene der Spitex-Dienste auf. Die Kantonsbeiträge fliessen für den gleichen Auftrag sehr ungleich in die verschiedenen Regionen. So betrug der Kantonsbeitrag im Jahr 2004 pro Kind im ersten Lebensjahr zwischen Fr. 154.- und Fr. 498.-. Neu soll den beitragsberechtigten Diensten ein Pauschalbeitrag ausgerichtet werden. Basis dafür bildet die Anzahl Kinder im ersten Lebensjahr. Die Finanzierungsanteile zwischen dem Kanton und den Gemeinden werden nicht verändert. Im Sinne eines chancengleichen und niederschweligen Zugangs zu Leistungen der Mütter- und Väterberatung soll das Angebot für die jungen Familien auch zukünftig kostenlos sein.

A BEITRÄGE AN DIE HÄUSLICHE PFLEGE UND BETREUUNG (SPITEX)

II Heutiges System

1 Aufgabenteilung

Gemäss Art. 12 des Gesetzes über das Gesundheitswesen des Kantons Graubünden (Gesundheitsgesetz; BR 500.000; nachstehend: GG) sind die Gemeinden für die örtliche öffentliche Gesundheitspflege zuständig. Die Gemeinden haben unter anderem für die häusliche Pflege und Betreuung zu sorgen. Die Aufgabe kann auch an geeignete öffentliche oder private Institutionen übertragen oder im Rahmen von Gemeindeverbindungen gelöst werden.

Das Gesundheitsamt ist für die Erteilung und den Entzug der Betriebsbewilligungen und für die Aufsicht der Dienste der häuslichen Pflege und Betreuung zuständig (Art. 6a GG). Eine kantonale Betriebsbewilligung ist unter anderem Voraussetzung für die Zulassung eines Dienstes der häuslichen Pflege und Betreuung zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Art. 51a der Verordnung über die Krankenversicherung; SR 832.102; KVV).

Gemäss Art. 31 des Gesetzes über die Förderung der Krankenpflege und der Betreuung von betagten und pflegebedürftigen Personen (Krankenpflegegesetz; BR 506.000; nachstehend: KPG) fördert der Kanton die Koordination in der häuslichen Pflege und Betreuung.

Diese beinhaltet in der Vergangenheit primär die Unterstützung der Akteure bei der Regionalisierung ihrer Angebote. Waren es vor 15 Jahren noch 91 kleinräumig organisierte Spitex-Dienste, so präsentiert sich heute noch ein Netz von 21 Diensten der häuslichen Pflege und Betreuung, die eine flächendeckende und bedarfsgerechte Pflege und Betreuung sicherstellen. Heute bietet der Kanton den Spitex-Diensten insbesondere Beratung in fachspezifischen und organisatorischen Belangen und Hilfestellung bei der Planung und Umsetzung von Kooperationen oder Fusionen zwischen ambulanten und stationären Institutionen an.

2 Rahmenleistungsauftrag

Der von der Regierung am 16. Dezember 2003 (Prot. Nr. 1851) genehmigte, überarbeitete Rahmenleistungsauftrag definiert das Leistungsangebot der beitragsberechtigten Dienste der häuslichen Pflege und Betreuung. Der Rahmenleistungsauftrag schafft damit die Voraussetzungen für einen chancengleichen Zugang zu Spitex-Leistungen für alle hilfebedürftigen Menschen im Kanton Graubünden. Die Leistungserbringer vor Ort können ihr Angebot aufgrund der individuellen Leistungsvereinbarung mit der Gemeinde oder der Trägerschaft auf

die örtlichen Begebenheiten und auf die Bedürfnisse ihrer Klientel anpassen. An diese erweiterten Dienstleistungen leistet der Kanton keine Beiträge.

Gemäss dem Rahmenleistungsauftrag stehen die Dienstleistungen der Dienste der häuslichen Pflege und Betreuung folgenden Zielgruppen zur Verfügung:

- betagten, behinderten, kranken, verunfallten, rekonvaleszenten und sterbenden Menschen;
- Frauen vor und/oder nach der Geburt;
- pflegenden Angehörigen;
- Angehörigen einer Person, deren Gesundheitszustand Hilfe oder Pflege erfordert, im Sinne einer vorübergehenden Unterstützung.

3 Kantonale Defizit- und Einrichtungsbeiträge

Gemäss Art. 31 Abs. 2 KPG gewährt der Kanton den von ihm als beitragsberechtigt anerkannten Institutionen der häuslichen Pflege und Betreuung jährliche Beiträge in der Höhe von 50 Prozent des Defizits der engeren Betriebsrechnung.

Der Kanton leistet gemäss Art. 21 Abs. 4 KPG und Art. 28d Abs. 1 der Verordnung zum KPG (BR 506.060; nachstehend: KPGV) Beiträge an betriebsnotwendige Investitionen von mehr als 20'000 Franken pro Objekt. Der Beitrag an die anrechenbaren Einrichtungskosten beträgt 30 Prozent. Gemäss Art. 28d Abs. 2 KPGV können Kosten von betriebsnotwendigen Einrichtungen bis 20'000 Franken je Objekt der Betriebsrechnung belastet werden.

Voraussetzung für kantonale Defizit- und Einrichtungsbeiträge an Dienste der häuslichen Pflege und Betreuung ist deren Anerkennung durch die Regierung (Art. 7 Abs. 1 lit. e KPG).

Art. 28a Abs. 1 KPGV regelt die Anerkennungsvoraussetzungen wie folgt:

Ein im Kanton tätiger Dienst der häuslichen Pflege und Betreuung wird als beitragsberechtigt anerkannt, wenn er:

- a) Aufgaben der häuslichen Pflege und Betreuung in einem Gebiet wahrnimmt, in welchem nicht bereits eine bestehende Organisation mit gleicher Zielsetzung und ausreichendem Angebot tätig ist;
- b) den kantonalen Rahmenleistungsauftrag erfüllt;
- c) alle Einsätze über eine regionale Einsatzleitstelle, die für alle Dienste zuständig ist, koordiniert.

Zurzeit sind auf dem ganzen Kantonsgebiet 21 Dienste der häuslichen Pflege als beitragsberechtigt anerkannt (vgl. Anhang XXIV2).

4 Entwicklung der Leistungen

Basis: Betriebsdaten	2001	2002	2003	2004	2005
Anzahl Klienten	3'896	3'971	3'908	3'982	4'248
geleistete Stunden	465'474	527'303	543'515	562'795	578'799
verrechenbare Stunden	294'187	308'100	320'465	325'496	331'398
zeitlicher Aufwand pro Klient (h)	75.5	77.6	82.0	81.7	78.0

Tabelle 1: Entwicklung der Leistungen von 2001 bis 2005 (Die Zahlen sind den Betriebsstatistiken, die von den Spitex-Diensten dem Gesundheitsamt einzureichen sind, entnommen. Die Daten 2005 sind noch nicht bereinigt).

Die Zahl der Klientinnen und Klienten hat im Zeitraum von 2001 bis 2005 um rund neun Prozent zugenommen, was einer durchschnittlichen Zunahme von 2.2 Prozent pro Jahr entspricht. Der grösste Klientenzuwachs ist mit einem Plus von 266 Klientinnen und Klienten zwischen 2004 und 2005 erfolgt.

Die geleisteten Stunden haben im selben Zeitraum pro Jahr durchschnittlich um 5.6 Prozent und die verrechenbaren Stunden um rund 3.0 Prozent zugenommen.

Der durchschnittliche zeitliche Aufwand pro Klientin oder Klient ist seit 2001 leicht angestiegen und bewegte sich im Jahr 2005 bei 78 Stunden. Damit liegt der Kanton Graubünden rund 25 Prozent über der durchschnittlichen Betreuungszeit der Ostschweizer Kantone von 61 Stunden pro Klientin oder Klient. Die Dienste der häuslichen Pflege und Betreuung im Kanton Graubünden verfügen über professionelle Strukturen, die eine qualitativ ausgewiesene Pflege und Betreuung zu Hause ermöglichen und dem gesundheitspolitischen Grundsatz „ambulant vor stationär“ Rechnung tragen. Der Anstieg der Multimorbidität bei hoch betagten Menschen und der Wunsch dieser Menschen, auf eine professionelle Unterstützung durch die Spitex-Dienste zurückzugreifen und auf diese Weise möglichst lange zu Hause leben zu können, führt dazu, dass die Spitex-Dienste zunehmend mit Klientinnen und Klienten konfrontiert werden, deren Pflege komplex und aufwändig ist. Weiter spielen das in gewissen Regionen begrenzte Angebot an Betten in Alters- und Pflegeheimen sowie Kostenüberlegungen seitens der Klientinnen und Klienten eine Rolle.

5 Finanzielle Entwicklung

Aufwand und Ertrag der vom Kanton subventionierten Dienste der häuslichen Pflege und Betreuung haben sich in den letzten fünf Jahren wie folgt entwickelt (in Millionen Franken je Betriebsjahr):



Basis: engere Betriebsrechnungen	2001	2002	2003	2004	2005
Aufwand	20.9	23.1	24.0	24.0	25.1
Ertrag Klienten bzw. Versicherer	8.4	9.1	11.2	12.8	13.8
Kostendeckungsgrad	40.2%	39.4%	46.7%	53.3%	55.0%

Tabelle 2: Finanzielle Entwicklung von 2001 bis 2005 (Die Zahlen sind den Betriebsrechnungen, die von den Spitex-Diensten dem Gesundheitsamt einzureichen sind, entnommen. Die Daten 2005 sind noch nicht revidiert).

Im Zeitraum von 2001 bis 2005 ist der Aufwand um rund 20 Prozent gestiegen, wobei der grösste Aufwandszuwachs zwischen 2001 und 2002 erfolgte. Die durchschnittliche Zuwachsrate des Aufwands beträgt pro Jahr 4.7 Prozent. Der Aufwandszuwachs ist vor allem mit der Zunahme der geleisteten beziehungsweise verrechenbaren Stunden zu erklären. Der durchschnittliche Aufwand pro verrechenbare Stunde ist durch die im Jahre 2003 eingeleiteten Sparmassnahmen seit 2002 mit rund 75 Franken stabil geblieben. Damit liegt der Kanton Graubünden im Mittelfeld der Ostschweizer Kantone und rund 20 Prozent unter dem Schweizerischen Mittel von 92 Franken pro verrechenbare Stunde (2004).

Die Erträge aus den Zahlungen der Klientinnen und Klienten beziehungsweise deren Versicherer sind seit 2002 um rund 60 Prozent gestiegen. Entsprechend konnte der Kostendeckungsgrad wesentlich verbessert werden. Diese Entwicklung ist auf folgende Gründe zurückzuführen:

- Anhebung der Tarife für pflegerische Leistungen gemäss Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV a – c; SR 832.112.31) in den Tarifvereinbarungen mit den Krankenversicherern.

	KLV a	KLV b	KLV c
1.1.2003	55.-	52.-	40.-
1.1.2004	57.-	53.-	42.-
1.1.2005	57.-	53.-	45.-

Tabelle 3: Tarife Krankenversicherer für kassenpflichtige Leistungen gemäss Krankenpflege-Leistungsverordnung (in Franken).

- Anhebung der durch die Klientinnen und Klienten zu übernehmenden Minimal- und Maximaltarife für hauswirtschaftliche Leistungen durch die Regierung.

	Minimaltarif	Maximaltarif
1.7.2002	12.-	16.-
1.4.2003	14.-	20.-

Tabelle 4: Minimal- und Maximaltarife für hauswirtschaftliche Leistungen (in Franken).

- Einführung einer Wegkostenpauschale durch die Regierung per 1. Juli 2004 von 3 Franken pro Einsatztag. Seit dem 1. August 2005 findet die Wegkostenpauschale nur für

hauswirtschaftliche Leistungen Anwendung. Aufgrund des Tarifsschutzes können den Klientinnen und Klienten bei kassenpflichtigen Leistungen nicht zusätzlich Wegkostenpauschalen in Rechnung gestellt werden.

- Die vom Grossen Rat für die Jahre 2003 und 2004 erlassene befristete lineare Beitragskürzung von 10 Prozent wurde bei der Spitex durch eine Begrenzung des Defizitbeitrages umgesetzt. Diese Begrenzung des Defizitbeitrages wurde ab 2005 weitergeführt. Der Kantonsbeitrag wurde für das Rechnungsjahr 2005 auf höchstens Fr. 12.50 pro verrechenbare Stunde sowie auf einen Sockelbeitrag von Fr. 1.- pro Einwohnerin beziehungsweise Einwohner unter 65 Jahren beziehungsweise Fr. 2.- pro betagte Einwohnerin beziehungsweise betagten Einwohner (65-Jährige und Ältere) und von Fr. 0.70 pro Meter Hauptstrasse innerhalb einer Spitex-Region limitiert. Die Begrenzung des Defizitbeitrages hat die Leistungserbringer veranlasst, ihre betrieblichen Prozesse zu optimieren und die Leistungen dadurch effizienter zu erbringen.

6 Kostenträger

6.1 Allgemeines

Die Betriebsdaten des Jahres 2004 sind die derzeit aktuellsten Daten, die in bereinigter Form vorliegen. Deshalb beziehen sich die wesentlichen Aussagen und die verschiedenen Modellrechnungen im Bericht auf die Zahlen des Betriebsjahres 2004 (Referenzjahr).

6.2 Übersicht

Gut die Hälfte des Aufwands der engeren Betriebsrechnung konnte im Referenzjahr 2004 durch die Zahlungen der Klientinnen und Klienten beziehungsweise der Versicherer finanziert werden. Knapp die Hälfte des Aufwands der engeren Betriebsrechnung wurde durch Beiträge der öffentlichen Hand getragen.

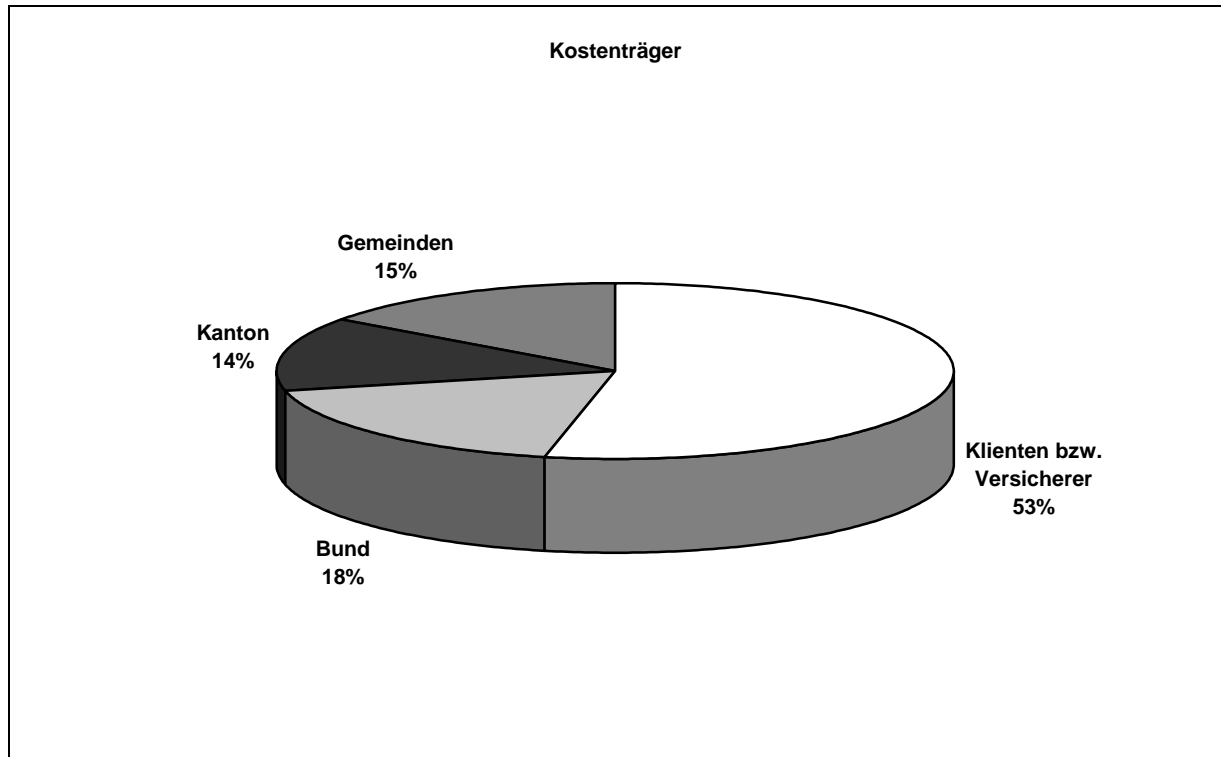


Abbildung 1: Kostenträger des Aufwands der engeren Betriebsrechnung der Spitex-Dienste im Jahr 2004.

6.3 Klientinnen und Klienten und Versicherer

Die von der obligatorischen Krankenversicherung zu finanzierenden Leistungen betragen im Referenzjahr rund 7.7 Millionen Franken, während sich die von den Klientinnen und Klienten zu finanzierenden Leistungen im nicht kassenpflichtigen Bereich bei rund 5.1 Millionen Franken bewegten.

Die Tarife der Krankenversicherer im Bereich der pflegerischen Leistungen (KLV a – c) wie auch die von der Regierung bis heute erlassenen Tarife im Bereich der Hauswirtschaft decken die Vollkosten nicht.

6.4 Bund

Bundesbeiträge werden gemäss Art. 101^{bis} der Alters- und Hinterlassenenversicherung vom 20. Dezember 1949 (SR 831.10; AHVG) in der Regel als Prozentsatz der anrechenbaren AHV-Lohnsumme des Vorjahres festgelegt und den Spitex-Diensten zur Förderung der Altershilfe ausgerichtet. Bei integrierten Trägerschaften (Alters- und Pflegeheime und Dienste der häuslichen Pflege und Betreuung) gelangt eine fixe Pauschale an jede verrechenbare Stunde zur Auszahlung (2004: Fr. 15.- pro ausgewiesene verrechenbare Stunde des Vorjahres). Im Referenzjahr wurden den Diensten der häuslichen Pflege und Betreuung rund 4.3 Millionen Franken ausbezahlt, was rund 18% des Aufwands der engeren Betriebsrechnung entspricht.

Zusätzlich leistete der Bund Beiträge an das Bildungszentrum Gesundheit und Soziales (BGS) für die Aus- und Weiterbildung des Personals (Fr. 1'600.-) sowie an den Spitex Verband Graubünden für die Unterstützung und Beratung seiner Mitglieder bei der Erfüllung ihrer Aufgaben (Fr. 71'870.-).

Mit dem Inkrafttreten der Neugestaltung des Finanzausgleichs und der Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen (NFA) entfallen die Bundesbeiträge an die Dienste der häuslichen Pflege und Betreuung und an die anderen oben genannten Institutionen (vgl. III1.3).

6.5 Kanton

Der Kanton hat die Leistungen der Dienste der häuslichen Pflege und Betreuung im Referenzjahr mit insgesamt rund 3.3 Millionen Franken mitfinanziert, was rund 14 Prozent des Aufwands der engeren Betriebsrechnung entspricht.

Im Zeitraum von 2002 bis 2005 hat der Kanton lediglich 38'728 Franken Einrichtungsbeiträge an vier Investitionsprojekte gewährt.

Im Vergleich der Ostschweizer Kantone fällt auf, dass mit einem Beitrag von rund 14 Prozent des engeren Aufwands der Kanton Graubünden die Dienste der häuslichen Pflege und Betreuung in einem überdurchschnittlichen Ausmass unterstützt hat. Der Beitrag der Kantone St. Gallen und Thurgau an die Spitex-Dienste liegt unter einem Prozent, im Kanton Schaffhausen 13 Prozent und im Kanton Zürich 9 Prozent des Aufwands (2005).

6.6 Gemeinden

Gemäss Art. 31 Abs. 3 KPG haben die Gemeinden und die Trägerschaften das nach Abzug der kantonalen Beiträge verbleibende Defizit der Gesamtrechnung zu übernehmen. Dieses verbleibende Defizit kann bei den einzelnen Spitex-Diensten je nach Aufwand- und Ertragspositionen der weiteren Betriebsrechnung (z. B. Kapitalzinsen, Mitgliederbeiträge, Spenden) höher oder tiefer als der Kantonsbeitrag liegen.

6.7 Entwicklung Aufwand und Ertrag

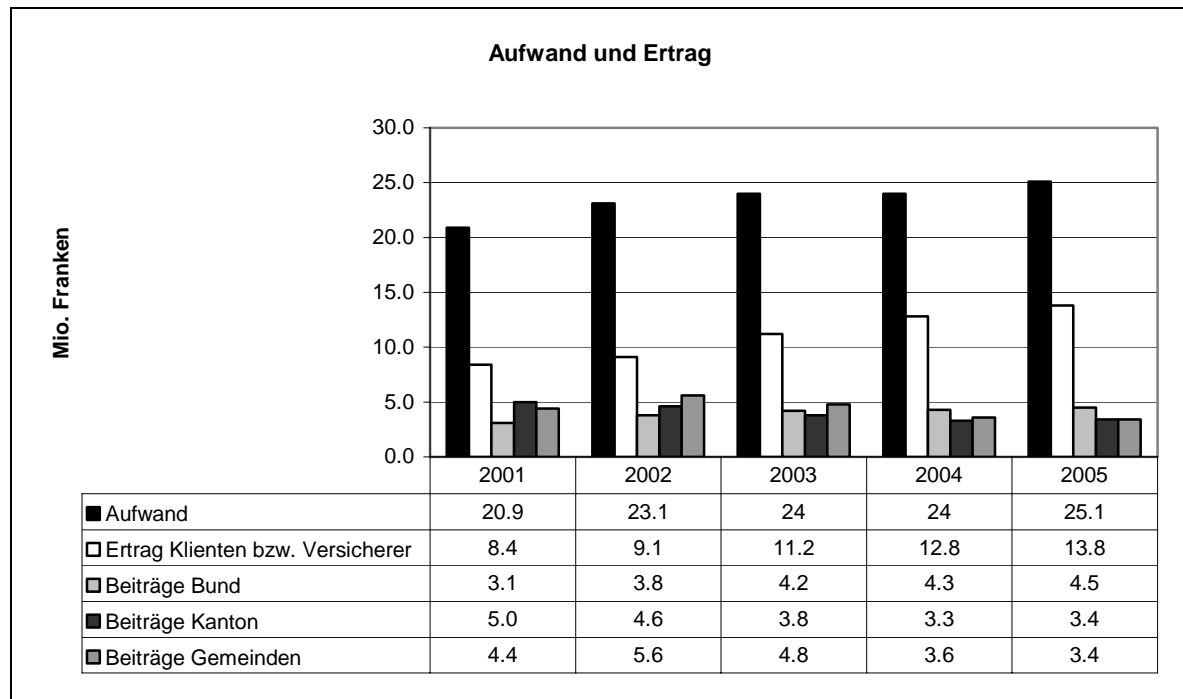


Abbildung 2: Entwicklung des Aufwands und des Ertrags der engeren Betriebsrechnung der beitragsberechtigten Spitex-Dienste von 2001 bis 2005.

Die signifikante Verbesserung des Kostendeckungsgrades (vgl. Ziffer 5) sowie die höheren Bundesbeiträge haben im Zeitraum von 2001 bis 2005 zu einer Abnahme der relativen und absoluten Finanzierungsanteile des Kantons und der Gemeinden geführt. Während Kanton und Gemeinden im Jahr 2001 die Spitex-Dienste noch mit 9.4 Millionen Franken subventioniert haben, hat sich dieser Betrag bis 2005 um 2.6 Millionen Franken auf 6.8 Millionen Franken reduziert. Der Kantonsbeitrag hat von 5 Millionen Franken (2001) auf 3.4 Millionen Franken (2005) abgenommen.

Durch die Subventionsvorgaben des Kantons und die dadurch erfolgte Optimierung der betrieblichen Abläufe seitens der Leistungserbringer konnten die Kosten der Dienste der häuslichen Pflege und Betreuung im Kanton Graubünden stabil gehalten werden.

Die mit Massnahme 58 der Struktur- und Leistungsüberprüfung zur Sanierung des Kantons Haushalts (SLSK) geforderten Einsparungen im Bereich der häuslichen Pflege und Betreuung konnten für die Jahre 2004 und 2005 realisiert werden. Die Subventionsvorgaben des Justiz-, Polizei- und Sanitätsdepartements (JPSD) sind so konzipiert, dass die Einsparungen auch in den Jahren 2006 und 2007 erzielt werden sollten.

III Würdigung des heutigen Systems

1 Problemstellung

1.1 Mängel der Defizitfinanzierung

Die in Art. 31 Abs. 2 KPG festgeschriebene Defizitabgeltung der Dienste der häuslichen Pflege und Betreuung enthält keine Anreize für ein wirtschaftliches Verhalten der Leistungserbringer. Spitex-Dienste, die sich bemühen, kostenbewusst zu arbeiten, erhalten für die gleiche Leistung weniger Kantonsbeiträge als solche, die grosse Defizite schreiben.

Mit der Begrenzung des kantonalen Defizitbeitrages ab 2003 (vgl. II5) wurde die Defizitfinanzierung modifiziert und ein erster Schritt zu einer leistungsbezogenen Finanzierung gemacht. Auch diese modifizierte Defizitfinanzierung weist verschiedene Mängel auf. Kostenbewusste Spitex-Dienste können von ihrer effizienten Leistungserbringung nicht profitieren, da sich der Kantonsbeitrag entsprechend reduziert. Der Kanton ist gezwungen, über eine Vielzahl von Detailvorgaben Einfluss auf die Betriebsführung der Dienste zu nehmen. Damit wird der operative Handlungsspielraum der kommunalen oder regionalen Dienste der häuslichen Pflege und Betreuung eingeschränkt.

1.2 Aufwändige Beitragsbemessung

Die zur Festlegung des massgebenden Kantonsbeitrages notwendige Überprüfung der Aufwendungen und Erträge der engeren Betriebsrechnung und der Einhaltung der Subventionsvorgaben ist mit einem grossen Aufwand verbunden und kann heute nur unvollständig wahrgenommen werden.

1.3 Neugestaltung des Finanzausgleichs und der Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen (NFA)

Die Notwendigkeit einer Neuregelung der Spitex-Finanzierung im Kanton Graubünden gewinnt im Kontext mit der NFA an Bedeutung. Die NFA legt die Zuständigkeit für die häusliche Pflege und Betreuung in den Verantwortungsbereich der Kantone. Die Bundesbeiträge an die Dienste der häuslichen Pflege und Betreuung entfallen. In die kantonalen Gesetze muss eine Finanzierungsregelung für die Hilfe und Pflege zu Hause aufgenommen werden.

2 Aufgabenteilung

Die Aufgabenteilung zwischen Kanton und Gemeinden im Spitex-Bereich (vgl. II1) ist nicht Bestandteil dieser Vorlage. Eine umfassende Überprüfung der Aufgaben und der Aufgabenteilung mit den Gemeinden sowie des innerkantonalen Finanzausgleichs wird im Rahmen einer Gesamtbetrachtung in einer zweiten Phase der NFA-Umsetzung im Kanton Graubünden

vorgenommen (vgl. Vernehmlassungsunterlagen zur Umsetzung der NFA im Kanton Graubünden vom Juni 2006).

3 Notwendigkeit eines neuen Finanzierungssystems

Aufgrund der in Ziffer 1 aufgelisteten Mängel des heutigen Finanzierungssystems erteilte der Grosse Rat im Rahmen der Struktur- und Leistungsüberprüfung zur Sanierung des Kantons Haushalts der Regierung den Auftrag, ihm eine Regelung zur Abgeltung der Spitex-Leistungen nach betriebswirtschaftlichen Grundsätzen vorzulegen (Massnahme B 58).

IV Neues kantonales Spitex-Finanzierungssystem

1 Anforderungen

Das neue Finanzierungssystem für die beitragsberechtigten Dienste der häuslichen Pflege und Betreuung soll:

- möglichst einfach anwendbar und nachvollziehbar sein;
- sich an den erbrachten Leistungen orientieren;
- unternehmerische Anreize und Handlungsspielräume für die Leistungserbringer ermöglichen.

Mit diesen Anforderungen an das neue Finanzierungssystem der Dienste der häuslichen Pflege und Betreuung kann sichergestellt werden, dass die Mängel des heutigen Finanzierungssystems behoben werden und die Abgeltung der Spitex-Leistungen nach betriebswirtschaftlichen Grundsätzen erfolgt.

2 Varianten

Nachstehend werden die für ein neues Finanzierungssystem im Vordergrund stehenden Modelle beschrieben und die Stärken und Schwächen dieser Modelle aufgelistet.

2.1 Globalbudget

Beim Globalbudget wird der jährliche Beitrag des Kantons ausgehend vom Leistungsauftrag und von den angenommenen Leistungskennzahlen für jeden Dienst prospektiv festgelegt. Der jährliche Globalkredit wird aufgrund der zu erwartenden Nachfrage in den verschiedenen Leistungskategorien bestimmt.

Den einzelnen Leistungserbringern wird ein breiter unternehmerischer Handlungsspielraum eingeräumt.

Die Erarbeitung der auf die kommunalen oder regionalen Gegebenheiten abgestimmten Leistungsaufträge an die verschiedenen Dienste der häuslichen Pflege und Betreuung ist für

die zuständige kantonale Dienststelle mit einem erheblichen Aufwand verbunden. Das Abschätzen des approximativen Mengenbedarfs in den verschiedenen Leistungskategorien gestaltet sich aufgrund der Dynamik und der komplexen Zusammenhänge im Gesundheitswesen relativ schwierig. Das Angebot und die Auslastung im stationären Bereich, die Kapazitäten der Arztpraxen, die aktuelle Klientenstruktur sowie die gesellschaftliche und demographische Situation in einer Region wirken sich auf den Umfang der Nachfrage im Spitex-Bereich entscheidend aus. Die Überprüfung der Leistungskennzahlen ist aufwändig. Dieses System beinhaltet einen Anreiz, die Leistungen nicht in vollem Umfang zu erbringen, indem Anfragen kostenintensiver Klientinnen und Klienten (z. B. aufgrund langer Anfahrtswege) abgelehnt werden oder die Pflege und Betreuung der unterstützungsbedürftigen Menschen nicht adäquat erbracht wird.

2.2 Leistungsbezogene Beiträge

Bei den prospektiv festgesetzten leistungsbezogenen Beiträgen richtet sich der kantonale Beitrag nach den tatsächlich erbrachten Leistungen. Der Kanton gewährt an die beitragsberechtigten Leistungskategorien im Voraus festgelegte outputorientierte Leistungsbeiträge pro erbrachte Leistungseinheit.

Den Leistungserbringern wird ein breiter unternehmerischer Handlungsspielraum eingeräumt. Hauptvorteile dieses Systems sind die echte Leistungsorientierung sowie die Sicherstellung eines wirtschaftlichen Mitteleinsatzes. Zudem sind nur wenige Vorgaben notwendig.

Gewisse negative Anreize bestehen mit diesem System darin, Leistungen zu erbringen, die nicht zwingend notwendig sind. Durch geeignete Instrumente der Bedarfsklärung in Verbindung mit einer zeitlichen Beschränkung der subventionsberechtigten Leistungen sowie die Kostenbeteiligung der Klientinnen und Klienten bei den nicht kassenpflichtigen Leistungen kann die Gefahr der Überversorgung eingedämmt werden.

3 Variantenentscheid

Aufgrund der bei Ziffer 2 dargelegten Argumente wird für das neue Finanzierungssystem die Variante mit leistungsbezogenen Beiträgen vorgeschlagen. Diese Variante erfüllt die bei Ziffer 1 aufgeführten Anforderungen am besten.

Ein System mit leistungsbezogenen Beiträgen ist für den Kanton einfach anwendbar und für die Dienste der häuslichen Pflege und Betreuung nachvollziehbar. Weiter räumt ein solches System den Leistungserbringern einen genügend grossen unternehmerischen Handlungsspielraum ein.

Die Kantonsbeiträge orientieren sich an den erbrachten Leistungen, indem an jede erbrachte Leistungseinheit in den beitragsberechtigten Leistungskategorien ein fixer Kantonsbeitrag zur Auszahlung gelangt. Den Leistungserbringern beziehungsweise deren Trägerschaften ist

im Voraus bekannt, wie viel sie für die erbrachte Leistung in den verschiedenen Leistungskategorien erhalten. Dies ermöglicht den Spitex-Diensten, ihre betriebliche und finanzielle Planung auf gesicherten Kantonsbeitragssätzen vorzunehmen. Das System schafft unternehmerische Anreize und Handlungsspielräume, indem eine Kostenoptimierung nicht mehr mit einer Reduktion des Kantonsbeitrages verbunden ist. Die Herausforderung besteht darin, den Fokus auf die Optimierung der allgemeinen betrieblichen Strukturen und Prozesse zu richten, ohne die Qualität der Leistungserbringung bei den Klientinnen und Klienten selber zu tangieren.

Die von den Klientinnen oder Klienten zu tragenden Kosten bei den nicht kassenpflichtigen Leistungen sind nicht abhängig vom gewählten System und werden in der konkreten Ausgestaltung des Systems abgehandelt.

V Ausgestaltung des neuen Finanzierungssystems

1 Eckpunkte des Systems

Das neue Finanzierungssystem des Kantons weist folgende Eckpunkte auf:

- Leistungsabgeltung: An die innerhalb der beitragsberechtigten Leistungskategorien erbrachten Leistungseinheiten werden leistungsbezogene Beiträge ausgerichtet.
- Festlegung der leistungsbezogenen Beiträge: Der Grosse Rat legt die Höhe der leistungsbezogenen Beiträge pro Leistungskategorie und Leistungseinheit jährlich fest.
- Kostenbeteiligung der Leistungsbezüger: Die Regierung legt für die nicht kassenpflichtigen Leistungskategorien Minimal- und Maximaltarife für die von den Klientinnen und Klienten zu tragenden Kosten fest.

2 Leistungsabgeltung

2.1 Leistungskategorien

Beitragsberechtigte Leistungskategorien sind gemäss dem Vernehmlassungsentwurf:

- Leistungskategorie 1: Pflege (kassenpflichtige Leistungen KLV a - c);
- Leistungskategorie 2: Hauswirtschaft und Betreuung;
- Leistungskategorie 3: Mahlzeitendienst.

Nachstehend werden die beitragsberechtigten Leistungskategorien umschrieben.

Pflege (kassenpflichtige Leistungen KLV a – c)

Gemäss Art. 7 KLV werden drei Bereiche unterschieden:

- Massnahmen der Abklärung und Beratung: Die Einsatzleiterin klärt den Pflege- und Betreuungsbedarf und das Umfeld des Klienten ab und plant zusammen mit der unterstützungsbedürftigen Person und dem Arzt die notwendigen Massnahmen.
- Massnahmen der Untersuchung und der Behandlung: Zu diesem Bereich gehören z. B. das Messen der Vitalzeichen, das Einführen von Sonden und Kathetern oder die Bestimmung des Zuckers in Blut und Urin.
- Massnahmen der Grundpflege: Dazu gehören die allgemeine Grundpflege wie Beine einbinden, Hilfe bei der Körperpflege oder beim Essen und Trinken sowie die psychiatrische und psychogeriatrische Grundpflege.

Hauswirtschaft und Betreuung

Die hauswirtschaftlichen und betreuerischen Leistungen umfassen:

- Unterstützung in der Haushaltführung oder selbstständige Führung des Haushaltes;
- Mithilfe in der Betreuung der Kinder, wenn der betreuende Elternteil infolge Krankheit, Unfall, Wochenbett oder Rekonvaleszenz ausfällt;
- sozial begleitende und betreuerische Aufgaben von hilfsbedürftigen Personen aller Altersgruppen;
- Aktivierung und Befähigung zur Gestaltung des Alltags;
- Entlastung von pflegenden Angehörigen;
- Transportdienste, z. B. Begleitung bei Arztbesuchen;
- Sitz- oder Schlafwache bei Sterbenden und Schwerkranken.

Umfang, Dauer und Art der Leistung sind auch in dieser Leistungskategorie abhängig vom Resultat der vorgängig durchgeführten Bedarfsklärung.

Mahlzeitendienst

Im Rahmen des Mahlzeitendienstes stehen folgende Angebote im Vordergrund:

- Mittagstische in Heimen, Restaurants, Kantinen;
- Lieferung von Mahlzeiten nach Hause.

Die Lieferung von Mahlzeiten nach Hause ist aus präventiver Sicht bedeutsam. Ansätze von Verwahrlosung, Depressionen oder die Verschlechterung von Krankheitsbildern aufgrund

schlechter Ernährung können bei Risikogruppen durch den regelmässigen Kontakt erkannt und durch die Einleitung entsprechender Massnahmen aufgefangen werden.

2.2 Leistungsbezogene Beiträge

Der Kanton gewährt den als beitragsberechtigt anerkannten Diensten der häuslichen Pflege und Betreuung Beiträge an die innerhalb der beitragsberechtigten Angebote erbrachten Leistungen, für welche die Klientinnen und Klienten beziehungsweise deren Kostenträger keinen kostendeckenden Preis bezahlen. Basis für die Bemessung des Kantonsbeitrages ist die Anzahl der erbrachten Dienstleistungsstunden (verrechenbare Stunden) beziehungsweise die abgegebenen Mahlzeiten. Dabei gelangt ein im Voraus festgelegter Pauschalbeitrag pro Leistungskategorie und Leistungseinheit zur Auszahlung. Der Kantonsbeitrag pro Leistungskategorie und Leistungseinheit beträgt 50 bis 60 Prozent des bei wirtschaftlicher Betriebsführung in den einzelnen Leistungskategorien ungedeckten Aufwands.

2.3 Festlegung der leistungsbezogenen Beiträge

Der Grosse Rat legt im Rahmen der Budgetberatung jährlich die Höhe der Beiträge pro Leistungskategorie und Leistungseinheit fest. Zur Festlegung werden die Kosten- und Leistungsdaten des der Beschlussfassung vorangehenden Jahres (Basisjahr) herangezogen. Die Höhe der leistungsbezogenen Beiträge soll sich an den wirtschaftlichen Diensten ausrichten, die Leistungen in guter Qualität zu günstigen Preisen erbringen. Ausgehend von den durchschnittlichen Vollkosten pro Leistungskategorie und Leistungseinheit der wirtschaftlichen Dienste im Basisjahr sind im Hinblick auf die Beschlussfassung des Grossen Rates die aufgelaufene Teuerung und andere Aufwandänderungen aufgrund exogener Faktoren (z. B. Änderungen des Arbeitsgesetzes) einzubeziehen. Von den errechneten Kosten pro Leistungskategorie und Leistungseinheit der wirtschaftlichen Dienste im neuen Betriebsjahr werden in der Leistungskategorie 1 die gewichteten Tarife der Krankenversicherer und in den Leistungskategorien 2 und 3 die von den Klientinnen und Klienten zu leistenden Maximaltarife subtrahiert. Aus dieser Subtraktion resultiert der ungedeckte Aufwand pro Leistungskategorie und Leistungseinheit.

Nachstehend wird das Vorgehen zur Festlegung des Leistungsbeitrages pro erbrachte Dienstleistungsstunde in der Leistungskategorie Pflege (KLV a-c) anhand fiktiver Zahlen exemplarisch dargestellt.

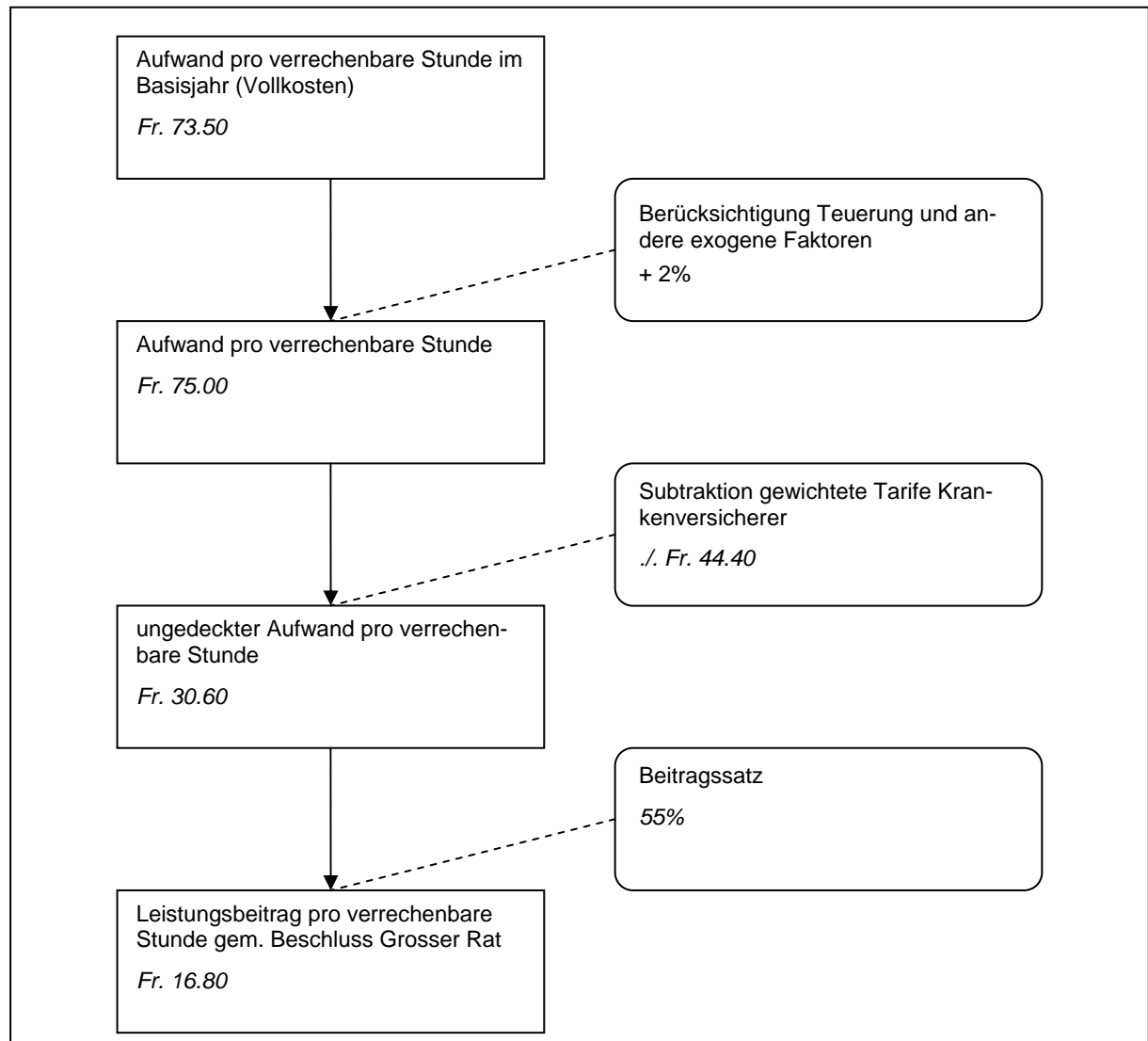


Abbildung 3: Vorgehen zur Festlegung des Leistungsbeitrages pro verrechenbare Stunde in der Leistungskategorie Pflege (KLV a-c) anhand fiktiver Zahlen.

3 Kostenbeteiligung der Klientinnen und Klienten

Gemäss Art. 44 KVG müssen sich die Leistungserbringer an die vertraglich oder behördlich festgelegten Tarife und Preise halten und dürfen für kassenpflichtige Leistungen nach dem KVG keine weitergehenden Vergütungen berechnen (Tarifschutz). Demzufolge fallen für die Klientinnen und Klienten in der Leistungskategorie Pflege (KLV a-c) nebst der gesetzlich festgelegten Beteiligung an den Kosten der Versicherer keine Kosten an.

Die nicht kassenpflichtigen Leistungen (Leistungskategorien Hauswirtschaft und Betreuung sowie Mahlzeitendienst) können den Leistungsbezügern grundsätzlich voll in Rechnung gestellt werden. Durch eine Limitierung des Kostenbeitrages der Klientinnen und Klienten soll der chancengleiche Zugang zu Leistungen im nicht kassenpflichtigen Bereich für alle Bewohnerinnen und Bewohner des Kantons Graubünden möglichst gewahrt werden. Die Kostenbeteiligung der Klientinnen und Klienten soll in Beachtung des gesundheitspolitischen

Grundsatzes „ambulant vor stationär“ auch zukünftig so festgelegt werden, dass die von den Klientinnen und Klienten zu tragenden Kosten tiefer als bei einem Heimaufenthalt sind.

Die Minimal- und Maximaltarife, die den Klientinnen und Klienten in Rechnung gestellt werden dürfen, werden von der Regierung festgelegt.

4 Ergänzungsleistungen

Ergänzungsleistungen zur Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHV) oder zur Invalidenversicherung (IV) können beansprucht werden, wenn die Renten und das Einkommen nicht die minimalen Lebenskosten decken. Berechtigte Bezüger von jährlichen Ergänzungsleistungen haben zusätzlich Anspruch auf die Vergütung von ausgewiesenen Krankheits- und Behinderungskosten. Dazu gehören auch Leistungen der Dienste der häuslichen Pflege und Betreuung, die nicht bereits durch eine Versicherung (Krankenkasse, Unfall- oder Invaliditätsversicherung usw.) gedeckt sind. Eine Rückerstattung von Kosten im Zusammenhang mit Leistungen der Spitex-Dienste ist auch möglich, wenn die hilfebedürftige Person keinen Anspruch auf eine jährliche EL hat und wegen dieser Krankheitskosten die Ausgaben die Einnahmen überschreiten.

Die NFA sieht im Bereich der Ergänzungsleistungen eine Teilentflechtung zwischen Bund und Kantonen vor. Die Botschaft zur Ausführungsgesetzgebung zur NFA vom 14. September 2005 sieht vor, dass die Kosten für die Deckung des allgemeinen Existenzbedarfs (jährliche EL) zu 5/8 durch den Bund und zu 3/8 durch die Kantone zu tragen sind. Die Vergütung von Krankheits- und Behinderungskosten gehen hingegen vollständig zu Lasten der Kantone. Gemäss dem Entwurf des Bundesgesetzes über Ergänzungsleistungen zur Alters, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (ELG; SR 831.30) soll den Kantonen die Kompetenz eingeräumt werden, Obergrenzen für die jährliche Vergütung von Krankheits- und Behinderungskosten festzulegen. Diese dürfen aber die heutigen Höchstbeiträge nicht unterschreiten.

Im Rahmen der Umsetzung der NFA im Kanton Graubünden wird das Gesetz über kantonale Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (Kantonales Gesetz über Ergänzungsleistungen; BR 544.300; nachstehend: KELG) einer Totalrevision unterzogen.

Im Vernehmlassungsvorschlag des Finanz- und Militärdepartements zur Umsetzung der NFA im Kanton Graubünden vom Juni 2006 werden gemäss Art. 9 des Entwurfs für eine Totalrevision des KELG für die Vergütung von Krankheits- und Behinderungskosten für zu Hause lebende Personen folgende Höchstbeträge vorgeschlagen:

- Fr. 25'000.- im Jahr für Alleinstehende und verwitwete Personen beziehungsweise Ehegatten oder eingetragene Partner von Personen, die in einem Heim oder Spital leben;

- Fr. 50'000.- im Jahr für Ehepaare;
- Fr. 10'000.- im Jahr für Vollwaisen;
- Fr. 90'000.- im Jahr für Personen mit einem Anspruch auf eine Hilflosenentschädigung der Invalidenversicherung oder der Unfallversicherung, soweit die Kosten für Pflege und Betreuung durch die Hilflosenentschädigung nicht gedeckt sind.

5 Abstimmung des neuen Finanzierungssystems auf laufende Revisionen auf Bundesebene

5.1 KVG-Revision (Neuregelung der Pflegefinanzierung)

Das in der Botschaft des Bundesrats vom 16. Februar 2005 (BBl 2005 S. 2095) vorgeschlagene Modell sieht die Übernahme der vollen Kosten durch die Krankenversicherer bei der Behandlungspflege vor, während sie an die Grundpflege lediglich einen Beitrag zu leisten haben.

Die Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK) und diverse andere Akteure wie der Spitex Verband Schweiz haben die Unterscheidung der pflegerischen Leistungen in Behandlungspflege und Grundpflege als praxisuntauglich bezeichnet und die Übernahme der vollen Kosten durch die obligatorische Krankenversicherung bei allen zu Hause erbrachten Pflegeleistungen propagiert.

Derzeit wird von der ständerätlichen Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit zusammen mit den betroffenen Akteuren (Verbände der Leistungserbringer, Krankenversicherer, GDK) ein Modell diskutiert, das auf die ursprünglich vom Bundesrat vorgeschlagene Differenzierung zwischen Grund- und Behandlungspflege verzichtet. Die Ständeratskommission hat entschieden, dass an kassenpflichtigen Spitex-Leistungen von Beginn an nur ein Teil der Vollkosten durch die Krankenversicherung finanziert werden soll.

Nach Auskunft des Bundesamts für Gesundheit (BAG) ist mit dem Inkrafttreten der neuen Pflegefinanzierung frühestens per 1. Januar 2008 zu rechnen.

Das im Rahmen des vorliegenden Vernehmlassungsverfahrens vorgeschlagene Finanzierungssystem für die Spitex-Dienste im Kanton Graubünden lässt sich auch bei Änderungen oder Anpassungen der Leistungsbereiche sowie der Höhe der Kostenübernahme durch die obligatorische Krankenversicherung anwenden. Gegebenenfalls müssten die Leistungskategorien angepasst werden.



5.2 Neugestaltung des Finanzausgleichs und der Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen

Die NFA legt die Zuständigkeit für die häusliche Pflege und Betreuung in den Verantwortungsbereich der Kantone. Die Bundesbeiträge an die Dienste der häuslichen Pflege und Betreuung entfallen. In die kantonalen Gesetze muss eine Finanzierungsregelung für die Hilfe und Pflege zu Hause aufgenommen werden.

Das vorgeschlagene Finanzierungssystem erfüllt die Voraussetzungen für die gesetzeskonforme Umsetzung der NFA im Kanton Graubünden. Die Finanzierung der Dienste der häuslichen Pflege und Betreuung ist mit der vorgeschlagenen Neu-Regelung künftig sichergestellt.

VI Modellrechnung zum neuen Finanzierungssystem

Bei der nachstehenden Modellrechnung wird die Grössenordnung der Beiträge der verschiedenen Kostenträger nach dem alten und nach dem neuen System aufgezeigt. Der Modellrechnung liegen die Kosten- und Leistungsdaten des Jahres 2004 zugrunde und ein Beitragssatz von 55 Prozent des in den drei Leistungskategorien nicht gedeckten Aufwands.

Modellrechnung						
Gesamtbilanz						
Basis: -Betriebsdaten 2004 -engere Betriebsrechnungen -Aufwand pro Leistungseinheit: Leistungskategorie 1: Fr. 73.50 Leistungskategorie 2: Fr. 63.80 Leistungskategorie 3: Fr. 18.00 -Beitragssatz: 55% des ungedeckten Aufwands -Die Stunden sind in der Darstellung auf ganze Zahlen gerundet. -Für die Berechnungen hingegen wurde von den effektiven Stundenangaben ausgegangen, wie sie von den Spitex-Diensten eingereicht wurden. -Alle Beträge, mit Ausnahme des Ansatzes, sind auf Franken genau gerundet.		altes Finanzierungssystem		neues Finanzierungssystem		Differenz
1	Aufwand		24'014'137		24'014'137	
2	Ertrag Klienten bzw. Versicherer		12'850'057		12'850'057	
3	Defizit		11'164'080		11'164'080	
4	Beiträge Gemeinden Annahme: Beiträge von Bund, Kanton und Gemeinden decken das Defizit der engeren Betriebsrechnung zu 100%		3'511'258		4'927'940	1'416'683
5	in % von Zeile 3		31.5%		44.1%	
6	Beiträge Bund		4'336'862		0	-4'336'862
7	zus. Beiträge an die Ausbildung (BGS)		1'600		0	
8	zus. Beiträge an den Spitex Verband GR		71'870		0	
9	Beiträge Kanton		3'315'960		6'236'139	2'920'179
10	in % von Zeile 3		29.7%		55.9%	
11	Beiträge Bund und Kanton		7'652'822		6'236'139	-1'416'683
12	Total verrechenbare Stunden	325'496				
13	davon Pflege (KLV a - c) Leistungskategorie 1	171'441		16.00	2'743'068	
14	davon Hauswirtschaft und Betreuung Leistungskategorie 2	154'055		21.40	3'296'768	
15	Anzahl Mahlzeiten Leistungskategorie 3	89'229		2.20	196'304	

Tabelle 5: Gegenüberstellung der Beiträge der verschiedenen Kostenträger nach dem alten und dem neuen Finanzierungssystem.

Gemäss der Modellrechnung finanzieren der Kanton mit dem neuen System rund 56 Prozent (ca. 6.2 Millionen Franken) und die Gemeinden rund 44 Prozent (ca. 4.9 Millionen Franken) des Defizits der engeren Betriebsrechnung. Diese Finanzierungsanteile zwischen dem Kanton und den Gemeinden treffen in der Gesamtbilanz zu. Bezogen auf die einzelnen Dienste der häuslichen Pflege und Betreuung variieren diese Anteile aufgrund der unterschiedlichen Kostenstrukturen teilweise recht stark.

Die mit der NFA entfallenden Bundesbeiträge von 4.3 Millionen Franken werden mit rund 2.9 Millionen Franken vom Kanton übernommen, während die Gemeinden rund 1.4 Millionen Franken zu tragen haben. Die von den Gemeinden zu tragenden Mehrkosten werden durch die ebenfalls infolge der NFA notwendige Neukonzeption bei den EL kompensiert.

Nicht berücksichtigt in diesen Zahlen sind die Bundesbeiträge an das Bildungszentrum Gesundheit und Soziales (BGS) von 1'600 Franken und an den Kantonalen Spitex Verband von rund 70'000 Franken. Das neue Finanzierungssystem sieht keine direkte Übernahme der entfallenden Bundesbeiträge an den Spitex Verband Graubünden und an das BGS durch den Kanton vor. Es liegt in der Zuständigkeit und im Interesse der einzelnen Spitex-Dienste, entsprechende Leistungsvereinbarungen mit diesen Institutionen abzuschliessen und diese bei Bedarf auch zu finanzieren.

VII Auswirkungen des neuen Finanzierungssystems

1 Auswirkungen auf die Klientinnen und Klienten

Mit dem neuen Finanzierungssystem wird eine bedarfsgerechte Unterstützung von pflege- und hilfebedürftigen Menschen durch die Dienste der häuslichen Pflege und Betreuung im ganzen Kantonsgebiet weiterhin gewährleistet. Die Klientinnen und Klienten haben sich an den Kosten im nicht kassenpflichtigen Bereich in etwa im bisherigen Rahmen zu beteiligen. Auf den 1. Januar 2007 werden die hauswirtschaftlichen Minimal- und Maximaltarife angepasst. Die bisherige Wegkostenpauschale bei den nicht kassenpflichtigen Leistungen von 3 Franken pro Einsatztag wird in den Maximaltarif integriert und nicht mehr separat erhoben. In der Modellrechnung sind die auf den 1. Januar 2007 vorgesehenen neuen Maximaltarife für hauswirtschaftliche Leistungen von Fr. 25.- pro Stunde bereits berücksichtigt.

Vorbehalten bleibt eine Kostenbeteiligung der Klientinnen und Klienten bei den kassenpflichtigen Leistungen, sofern zukünftig der Tarifschutz wegfallen sollte.

2 Auswirkungen auf die Spitex-Dienste

Dienste der häuslichen Pflege und Betreuung, welche bereits heute kostengünstig organisiert sind, profitieren vom neuen Finanzierungssystem. Einsparungen durch Optimierungen verbleiben zukünftig bei den Spitex-Diensten beziehungsweise kommen den Trägerschaften und letztlich auch den Gemeinden zugute und reduzieren nicht wie beim bestehenden System den Kantonsbeitrag.

3 Auswirkungen auf die Gemeinden

Aufgrund der teilweisen Übernahme der mit dem Inkrafttreten der NFA wegfallenden Bundessubventionen haben die Gemeinden im Spitex-Bereich Mehrkosten von rund 1.4 Millio-

nen Franken zu tragen. Diese Mehrkosten basieren auf den Kosten- und Leistungsdaten von 2004 (vgl. Ziffer 2).

Diese Mehrkosten werden mit dem Wegfall der bisher von den Gemeinden zu tragenden Differenzbeträgen zwischen der Taxe und den anrechenbaren Einkünften von Heimbewohnerinnen und Heimbewohnern mit maximalen EL (vgl. Kapitel XIV) sowie mit der geplanten Neukonzeption im Bereich der Investitionsfinanzierung bei den Alters- und Pflegeheimen kompensiert.

4 Auswirkungen auf den Kanton

Durch die Übernahme von rund zwei Drittel der mit dem Inkrafttreten der NFA wegfallenden Bundessubventionen erwachsen dem Kanton gemäss Modellrechnung für das Jahr 2004 (vgl. Tabelle 5) Mehrkosten für die Dienste der häuslichen Pflege und Betreuung von rund 2.9 Millionen Franken.

Die mit der Einführung der NFA verbundenen Änderungen der Finanzströme zwischen Bund und Kanton sowie die Zunahme der zweckfreien Mittel vermögen diese Mehrkosten voraussichtlich zu kompensieren

Wesentlich aus Sicht des Kantons ist, dass er mit dem neuen Finanzierungssystem die Möglichkeit erhält, die häusliche Pflege und Betreuung auch in Zukunft zu fördern und zugleich die Entwicklung der Kosten in einem vertretbaren Rahmen zu halten.

Es ist vorgesehen, die kantonalen Beiträge periodengerecht auszurichten. Im Einführungsjahr ergibt sich eine einmalige Mehrbelastung im Umfang der offenen Restverpflichtungen. Beim bisherigen System wurden keine Vorschusszahlungen vorgenommen. Der Betrag beläuft sich approximativ auf fünf Millionen Franken. Diese einmalige Mehrbelastung wird bereits in Budget 2007 aufgenommen. Der entsprechende Betrag soll Ende 2007 abgegrenzt werden.

5 Personelle Auswirkungen

Auf den Personalbedarf der Dienste der häuslichen Pflege und Betreuung hat das neue Finanzierungssystem keine direkten Auswirkungen. Die Spitex-Dienste haben wie bis anhin nach Vorgabe des Gesundheitsamts eine Betriebsrechnung sowie eine Betriebsstatistik zu führen und zusammen mit dem Qualitätsbericht jährlich dem Gesundheitsamt einzureichen.

Inwieweit Einsparungen von personellen oder anderen Ressourcen aufgrund von betrieblichen Optimierungen, Kooperationen zwischen verschiedenen Spitex-Diensten oder durch die Zusammenarbeit mit stationären Einrichtungen möglich sind, ist von den Leistungserbringern beziehungsweise ihren Trägerschaften zu beurteilen und gegebenenfalls zu realisieren.



Die Beanspruchung der kantonalen Verwaltung durch das vorgeschlagene Finanzierungssystem verändert sich. Die aufwändige Beitragsbemessung aufgrund der Überprüfung der engeren Betriebsrechnung und der Berechnung des gemäss den Subventionsvorgaben maximalen Kantonsbeitrages entfällt. Diesem Minderaufwand stehen die Arbeiten für die prospektive Festlegung der Leistungsbeiträge in den verschiedenen Leistungskategorien gegenüber. Eine personalneutrale Umsetzung ist möglich.

B BEITRÄGE AN DIE MÜTTER- UND VÄTERBERATUNG

VIII Heutiges System

1 Allgemeines

Gemäss Art. 12 des Gesundheitsgesetzes (GG) und Art. 31bis des Krankenpflegegesetzes (KPG) haben die Gemeinden für ein ausreichendes Angebot an Diensten der Mütter- und Väterberatung zu sorgen.

Derzeit nehmen auf dem ganzen Kantonsgebiet verteilt zehn beitragsberechtigte Dienste die Beratungs- und Unterstützungsaufgaben für werdende Eltern, Eltern sowie elternvertretende Bezugspersonen von Säuglingen und Kleinkindern wahr (vgl. Anhang XXIV3).

2 Rahmenleistungsauftrag

Der von der Regierung erlassene Rahmenleistungsauftrag definiert die allgemeinen Rahmenbedingungen und das Dienstleistungsangebot. Im Zentrum der Mütter- und Väterberatung stehen die Gesundheitsförderung und Prävention. Inhalt des Angebots ist die Beratung für die Pflege, Ernährung, Entwicklung und Erziehung von Säuglingen und Kleinkindern bis zum Alter von drei Jahren.

Nebst der Beratungstätigkeit haben die Dienste der Mütter- und Väterberatung gemäss dem Rahmenleistungsauftrag einen Bildungsauftrag (Weiterbildungsangebote für die Zielgruppen und die Ausbildung von Lernenden) sowie die Zusammenarbeit mit Fachleuten aus verwandten Bereichen (z. B. Ärzte, Sozialdienste, kinder- und jugendpsychiatrische Dienste) wahrzunehmen. Der kantonale Rahmenleistungsauftrag schafft die Voraussetzungen für ein gleichwertiges Angebot und für einen chancengleichen Zugang der vorerwähnten Zielgruppen zu Leistungen der Mütter- und Väterberatung.

3 Beitragsberechtigung

Voraussetzung für kantonale Beiträge an Dienste der Mütter- und Väterberatung ist die Anerkennung des Dienstes durch die Regierung. Art. 28a Abs. 2 der Verordnung zum KPG (KPGV) regelt die Anerkennungsvoraussetzungen wie folgt:

Ein im Kanton tätiger Dienst der Mütter- und Väterberatung wird als beitragsberechtigt anerkannt, wenn er:

- a) Aufgaben der Mütter- und Väterberatung in einem Gebiet wahrnimmt, in welchem nicht bereits ein bestehender Dienst mit gleicher Zielsetzung und ausreichendem Angebot tätig ist;

- b) die Leitung der Beratungsstelle neben der Ausbildung zur diplomierten Pflegefachperson über eine Zusatzausbildung im Fachbereich Mütter- und Väterberatung verfügt;
- c) den kantonalen Rahmenleistungsauftrag erfüllt.

4 Entwicklung der Leistungen

Basis: Betriebsdaten Mütter- und Väterberatung	2003	2004	2005	Ø
Anzahl Geburten	1'649	1'610	1'585	1'615
betreute Kinder	3'059	3'048	3'273	3'127
Total Beratungen	16'073	19'157	18'137	17'787
davon Kurzberatungen (bis 20 Minuten)	6'038	7'506	7'158	6'901
davon umfassende Beratungen (über 20 Minuten)	10'035	11'651	10'974	10'887

Tabelle 6: Entwicklung einiger Kennzahlen der beitragsberechtigten Dienste der Mütter- und Väterberatung im Kanton Graubünden von 2003 bis 2005. (Die Zahlen beruhen auf den von den Diensten eingereichten Daten und sind teilweise nicht verifiziert. Nicht enthalten in dieser Tabelle sind die Zahlen der ORMO, die dem Gesundheitsamt keine Betriebsdaten eingereicht hat.)

Im Zeitraum von 2003 bis 2005 sind jährlich rund 18'000 Beratungen am Telefon, zu Hause oder in den Beratungsstellen erfolgt. Bei gut 3'000 betreuten Kindern pro Jahr sind dies knapp sechs Beratungen pro betreutes Kind. Dabei wurden rund 75 Prozent der Beratungen für Kinder im ersten Lebensjahr erbracht.

Die Beratungsinhalte gestalten sich je nach Bedürfnis und Umfeld der Klientinnen und Klienten sehr unterschiedlich. Nebst den Standardleistungen wie die Beratung für die Pflege und die Ernährung sowie die Prüfung der allgemeinen Entwicklung (z. B. Gewicht und Grösse, Motorik, Sinnesorgane) werden individuelle Beratungsleistungen, die sich auf die spezifische Situation der betroffenen Familie beziehen, erbracht.

5 Finanzielle Entwicklung

Gemäss Art. 31bis Abs. 2 KPG gewährt der Kanton Beiträge in der Höhe von 30 Prozent des Defizits der engeren Betriebsrechnung. Die Gemeinden haben dafür zu sorgen, dass die Dienste kostenlos sind.

Ab 2003 wurde aufgrund der vom Grossen Rat beschlossenen Sparmassnahmen der für die Subventionsbemessung anrechenbare Aufwand der Dienste der Mütter- und Väterberatung begrenzt.

Die kantonalen Betriebsbeiträge von 2003 bis 2005 präsentieren sich wie folgt.

Basis: Betriebsrechnungen Mütter- und Väterberatung, in Fr.	2003	2004	2005	Ø
Defizit engere Betriebsrechnung	1'170'431	1'222'784	1'212'239	1'201'818
Kantonsbeitrag	351'562	353'855	363'173	356'197
Kantonsbeitrag pro Geburt	221	220	229	221

Tabelle 7: Entwicklung des Betriebsergebnisses der engeren Betriebsrechnung der beitragsberechtigten Dienste der Mütter- und Väterberatung im Kanton Graubünden sowie der Kantonsbeiträge von 2003 bis 2005. (Die Zahlen beruhen auf den von den Diensten eingereichten und noch nicht revidierten Betriebsrechnungen.)

Sämtliche in der Tabelle 7 dargestellten Finanzkennzahlen sind im Zeitraum von 2003 bis 2005 in etwa stabil geblieben. Dies ist unter anderem dadurch zu erklären, dass der Kanton für diese Jahre Subventionsvorgaben erlassen hat. Bei einem jährlichen Kantonsbeitrag von rund 360'000 Franken hat der Kanton durchschnittlich rund 220 Franken pro neugeborenes Kind beziehungsweise 20 Franken pro ausgewiesene Beratung ausgegeben. Bezogen auf die einzelnen Dienste variieren diese Beträge teilweise beträchtlich. So bewegte sich der kalkulatorische Kantonsbeitrag an die einzelnen beitragsberechtigten Dienste für das Jahr 2005 pro Kind im ersten Lebensjahr zwischen 154 und 498 Franken. Pro Beratung hat der Kanton für dasselbe Betriebsjahr zwischen 13 und 29 Franken ausbezahlt.

Da die Beratungsdienste aufgrund der heute geltenden gesetzlichen Bestimmungen für die Eltern ohne Kostenfolgen sind, können aus den erbrachten Dienstleistungen heute keine Einnahmen generiert werden.

IX Würdigung des heutigen Systems

Das geltende System der Defizitfinanzierung enthält für die Dienste der Mütter- und Väterberatung keine Anreize für ein wirtschaftliches Verhalten. Effizienzsteigerungen führen dazu, dass die Leistungserbringer weniger Kantonsbeiträge erhalten. Wie die Ausführungen unter VIII5 verdeutlichen, werden die kommunalen und regionalen Dienste für einen vergleichbaren Auftrag, bedingt durch das geltende Finanzierungssystem, durch den Kanton sehr unterschiedlich unterstützt.

Die zur Festlegung des massgebenden Kantonsbeitrages notwendige Überprüfung der Aufwendungen und Erträge der engeren Betriebsrechnung und der Einhaltung der Subventionsvorgaben des JPSD ist mit einem grossen Aufwand verbunden. In Anbetracht der Grössenordnung der Kantonsbeiträge, insbesondere bei kleineren Diensten der Mütter- und Väterberatung, ist das heutige zeitaufwändige Controlling nicht adäquat.

Die Unterstützung der Dienste der Mütter- und Väterberatung durch kantonale Beiträge soll daher neu geregelt werden.

X Neues kantonales Finanzierungssystem für die Mütter- und Väterberatung

1 Anforderungen

Das neue Finanzierungssystem für die beitragsberechtigten Dienste der Mütter- und Väterberatung soll:

- möglichst einfach anwendbar und nachvollziehbar sein;
- sich an den erbrachten Leistungen orientieren;
- unternehmerische Anreize und Handlungsspielräume für die Leistungserbringer ermöglichen;
- die Gesamtsumme der kantonalen Beiträge an die Mütter- und Väterberatung im bisherigen Rahmen beibehalten.

2 Varianten

Nachstehend werden die für das neue Finanzierungssystem im Vordergrund stehenden Modelle beschrieben und die Stärken und die Schwächen dieser Modelle aufgelistet:

2.1 Leistungsbezogene Beiträge an die ausgewiesenen Stunden

Der Kanton richtet aufgrund der eingereichten Betriebsdaten einen fixen Beitrag für jede ausgewiesene Stunde aus. Damit wird die für die Beratungsdienste tatsächlich aufgewendete Zeit entschädigt.

Da die Mütter- und Väterberatung nebst den standardisierten Leistungen auch einen individuellen Beratungsteil enthält, der im Gegensatz zu pflegerischen Leistungen weder von der inhaltlichen noch von der zeitlichen Dimension festgelegt werden kann, ist ein solches System für die Mütter- und Väterberatung schwierig umzusetzen. Es besteht aufgrund des kostenlosen Dienstes die Gefahr der Ausweitung der Beratungstätigkeit, da im Gegensatz zu den Spitex-Diensten keine regulierenden Faktoren wie Kostenbeteiligung der Klientinnen und Klienten oder Zeitbudgets vorgesehen sind. Um die Schwächen eines solchen Systems zu eliminieren, müssten umfangreiche Vorgaben gemacht werden, die den operativen Handlungsspielraum der Leistungserbringer vor Ort stark einschränken würden. Die Überprüfung dieser Vorgaben durch die kantonalen Instanzen wäre mit einem ähnlich grossen Zeitaufwand wie beim bestehenden System verbunden.

2.2 Pauschale Entschädigung

Für die zu erbringenden Leistungen gelangt ein Pauschalbeitrag zur Auszahlung. Da die Beratungstätigkeit primär für Eltern von Kindern im ersten Lebensjahr erbracht wird (rund 75

Prozent der Beratungen), kann für die Bestimmung des Kantonsbeitrages die Anzahl Kinder im ersten Lebensjahr herangezogen werden.

Mit diesem System werden unternehmerische Anreize geschaffen, durch eine entsprechende Gestaltung des Angebots (z. B. mehr Einsätze in Beratungsstellen, weniger Hausbesuche) die Leistungen möglichst effizient zu erbringen. Gleichzeitig wird die Festlegung des Kantonsbeitrages stark vereinfacht.

3 Variantenentscheid

Aufgrund der in den Ausführungen dargelegten Argumente wird für das neue Finanzierungssystem die Variante mit einer pauschalen Entschädigung der Leistungen aufgrund der im Tätigkeitsgebiet wohnhaften Kinder im ersten Lebensjahr vorgeschlagen. Diese Variante erfüllt die bei Ziffer 1 aufgeführten Anforderungen am besten. Eine solche Regelung ist für die Leistungserbringer und für den Kanton gleichermassen einfach anzuwenden. Die Entschädigung basiert auf einer klaren Bezugsgrösse und ist transparent. Die Akteure vor Ort erhalten einen weitgehenden operativen Handlungsspielraum. Innerhalb des vorgegebenen Leistungsrahmens können die Dienste der Mütter- und Väterberatung ein zweckmässiges Dienstleistungsangebot aufbauen, das die regionalen Bedürfnisse berücksichtigt. Erzielte Einsparungen durch die Optimierung der Leistungserbringung verbleiben bei den Diensten und reduzieren nicht wie beim geltenden System den Kantonsbeitrag.

4 Ausgestaltung des neuen Finanzierungssystems

Der Kanton richtet jedem als beitragsberechtigten anerkannten Dienst der Mütter- und Väterberatung einen Pauschalbeitrag für jedes Kind im ersten Lebensjahr aus, das per 31. Dezember des Vorjahres im betreffenden Tätigkeitsgebiet wohnhaft ist. Ausgehend von der bisherigen kantonalen Beitragssumme von jährlich rund Fr. 360'000.- und 1'600 Kindern im ersten Lebensjahr wird der jährliche Pauschalbeitrag auf Fr. 220.- pro Kind im ersten Lebensjahr angesetzt (Total bisherige jährliche Beitragssumme durch jährliche Anzahl Kinder im ersten Lebensjahr = Fr. 360'000:1'600). Die beitragsberechtigten Dienste haben, aufgrund der bestätigten Angaben der beteiligten Gemeinden, die Anzahl der Kinder im ersten Lebensjahr dem Gesundheitsamt zu melden. Nach Überprüfung dieser Angaben und bei Erfüllung der allgemeinen Beitragsvoraussetzungen erfolgt die Auszahlung des Kantonsbeitrages an die regionalen oder kommunalen Dienste der Mütter- und Väterberatung. Die Restkosten haben wie beim geltenden System die beteiligten Gemeinden zu tragen. Für die Klientinnen und Klienten ist das Beratungsangebot weiterhin kostenlos.

Im Rahmen der Projektarbeiten wurde eine Kostenbeteiligung der Klientinnen und Klienten, allenfalls für Beratungen für Eltern von Kleinkindern ab dem zweiten Lebensjahr, geprüft. Angesichts der grossen Bedeutung, die ein gesundes Umfeld für das Kind und seine Familie

hat, wird auf eine Kostenbeteiligung der Klientinnen und Klienten verzichtet. Damit kann sichergestellt werden, dass ein professionelles Beratungsangebot allen Bevölkerungsgruppen offen steht und ein gesundes Umfeld für das Kind und seine Familie gestützt und gefördert werden kann.

XI Auswirkungen des neuen Finanzierungssystems

1 Auswirkungen auf die Klientinnen und Klienten

Den interessierten Zielgruppen wird auch weiterhin das Dienstleistungsangebot gemäss kantonalem Rahmenleistungsauftrag kostenlos zur Verfügung stehen. Es ist aber davon auszugehen, dass die Eltern vermehrt zu vorgegebenen Sprechstundenzeiten Beratungsstellen in den Gemeinden und Regionen aufsuchen müssen und weniger zu Hause beraten und unterstützt werden. Die Erstberatung sollte nach Möglichkeit weiterhin zu Hause erfolgen.

2 Auswirkungen auf die Dienste der Mütter- und Väterberatung

Dienste der Mütter- und Väterberatung, die bereits heute ihre Leistungen effizient erbringen, werden vom neuen Finanzierungssystem profitieren. Einsparungen, die durch eine geschickte Planung des Dienstleistungsangebots erzielt werden, verbleiben bei den Diensten und reduzieren nicht wie beim bestehenden System den Kantonsbeitrag. Das Rechnungswesen erfährt eine Vereinfachung, indem aufgrund der pauschalen Abgeltung auf die separate Führung einer engeren Betriebsrechnung verzichtet werden kann. Neu haben die Dienste der Mütter- und Väterberatung dem Gesundheitsamt nebst den allgemeinen Kosten- und Leistungsdaten als Basis für die Festlegung des Kantonsbeitrages eine von den Einwohnerkontrollen der beteiligten Gemeinden bestätigte Meldung über die im Tätigkeitsgebiet per 31. Dezember des Vorjahres wohnhaften Kinder im ersten Lebensjahr einzureichen.

3 Auswirkungen auf die Gemeinden

Mit dem Systemwechsel profitieren die Regionen mit wirtschaftlichen Diensten der Mütter- und Väterberatung, während für die Regionen mit teuren Diensten höhere Kosten als bis anhin anfallen werden. Insgesamt bleiben die Kosten für die Gemeinden gleich. Die Gemeinden haben den Diensten der Mütter- und Väterberatung die Anzahl der im Tätigkeitsgebiet per 31. Dezember des Vorjahres wohnhaften Kinder im ersten Lebensjahr jährlich zu bestätigen.

4 Auswirkungen auf den Kanton

Mit dem Systemwechsel ergeben sich für den Kanton in finanzieller Hinsicht grundsätzlich keine Änderungen. Einzig im Einführungsjahr entsteht aufgrund der mit dem neuen System

vorgesehenen periodengerechten Ausrichtung der Kantonsbeiträge eine Mehrbelastung im Umfang der offenen Restverpflichtungen von rund 360'000 Franken.

5 Personelle Auswirkungen

Falls einzelne Dienste der Mütter- und Väterberatung Massnahmen zu einer Effizienzsteigerung ergreifen und ihre Leistungen auf das gesetzlich definierte Grundangebot beschränken, ist ein Abbau der Stellenprozente bei den betreffenden Diensten nicht auszuschliessen.

Die Bestimmung des Kantonsbeitrages für die beitragsberechtigten Dienste der Mütter- und Väterberatung wird für die zuständigen kantonalen Stellen gegenüber heute vereinfacht. Die entsprechenden Kapazitätsanpassungen wurden im Rahmen der Einführung der neuen Spitalfinanzierung bereits vorgenommen. Während bis Ende 2004 drei Controller die Beitragsbemessungen im Krankenpflegebereich vornahmen, sind seit dem In-Kraft-Treten der neuen Spitalfinanzierung nur noch zwei Controller im Auftrag des Gesundheitsamtes für die gleichen Aufgaben zuständig.

C ÄNDERUNGEN BEI DEN ERGÄNZUNGSLEISTUNGEN IN FOLGE DER NEUGESTALTUNG DES FINANZAUSGLEICHS UND DER AUFGABENTEILUNG ZWISCHEN BUND UND KANTONEN (NFA)

XII Heutiges System

Gemäss Art. 3a Abs. 2 des Bundesgesetzes über Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (SR 831.30; nachstehend: ELG) sind für Personen, die dauernd oder vorübergehend in einem Heim oder Spital leben, die jährlichen Ergänzungsleistungen (EL) auf einen Höchstbetrag von 175 Prozent der anerkannten Ausgaben für den allgemeinen Lebensbedarf begrenzt. Gemäss Art. 3b Abs. 1 lit. a ELG beträgt der anerkannte Betrag für den allgemeinen Lebensbedarf pro Jahr für Alleinstehende mindestens 14'690 Franken und höchstens 16'290 Franken.

Diese Begrenzung der EL für Heimbewohnerinnen und Heimbewohner führt bei hoher Pflegebedürftigkeit und tiefer AHV-Renten trotz Hilflosenentschädigung dazu, dass für einige Bewohnerinnen und Bewohner die Einnahmen die Ausgaben nicht zu decken vermögen. Gemäss Berechnungen des Gesundheitsamtes resultierte für das Jahr 2006 eine maximale Unterdeckung von bis zu Fr. 46.40 pro Tag.

Nach Auskunft der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Graubünden bezogen per 2. Juni 2005 291 Bewohnerinnen und Bewohner in Alters- und Pflegeheimen die maximale EL. Die Mehrheit dieser Bezüger einer maximalen EL weist eine hohe Pflegebedürftigkeit auf und ist der BESA-Stufe 4a bis 4c (BewohnerInnen-Einstufungs- und Abrechnungssystem) zuzuordnen. Ausgehend von einer durchschnittlichen Unterdeckung von Fr. 25.- pro Pflage-tag und 200 betroffenen EL-Bezüger (rund zwei Drittel der Bezüger einer maximalen EL) resultiert für das Jahr 2006 eine Unterdeckung von rund 1.8 Millionen Franken.

Dieser Betrag ist gemäss geltendem Recht von den Gemeinden zu tragen. Gemäss Art. 21c Abs. 3 des Krankenpflegegesetzes (KPG) haben die Gemeinden, in denen die Bezügerin oder der Bezüger von maximalen EL in den letzten zehn Jahren vor Eintritt in das Alters- und Pflegeheim Wohnsitz hatte, anteilmässig den Differenzbetrag zwischen der Taxe und seinen anrechenbaren Einkünften zu übernehmen.

XIII Neues System

Im Rahmen der Neugestaltung des Finanzausgleichs und der Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen (NFA) kommt es im Rahmen der EL zu einer Aufgabenentflechtung zwischen Bund und Kantonen. Gemäss dem erläuternden Bericht der Vernehmlassung des Finanz- und Militärdepartements zur Umsetzung der NFA im Kanton Graubünden vom Juni 2006 verzichtet der Bund im ELG auf die Festsetzung eines Höchstbetrages der jährlichen



EL für Heimbewohnerinnen und Heimbewohner. Die Mitfinanzierung des Bundes bei der EL beschränkt sich auf die Deckung des allgemeinen Existenzbedarfs (derzeit 84 Franken pro Tag). Sobald dieser Betrag überschritten wird, gehen die jährlichen EL vollständig zu Lasten der Kantone. Die Kantone können selbständig die Höhe der anrechenbaren Heimtarife bestimmen und damit auch den von ihnen zu tragenden EL-Teil beeinflussen.

Gemäss Art. 4 des Entwurfs für eine Totalrevision des Gesetzes über kantonale Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (KELG) werden bei einem Aufenthalt in einem Alters- und Pflegeheim die vom Kanton festgelegten Maximaltarife angerechnet.

XIV Auswirkungen der Änderungen bei den Ergänzungsleistungen

Die mit dem geltenden System von den Gemeinden zu leistenden Differenzbeträge zwischen der Taxe und den anrechenbaren Einkünften entfallen durch die vorgesehene Formulierung in Art. 4 KELG.

Für die Gemeinden ergibt sich nach In-Kraft-Treten der NFA eine Entlastung von rund 1.8 Millionen Franken jährlich. Im Gegenzug fallen für den Kanton entsprechende Mehrkosten bei den Ergänzungsleistungen an.

D INVESTITIONSBEITRÄGE AN ANGEBOTE ZUR STATIONÄREN PFLEGE UND BETREUUNG VON LANGZEITPATIENTEN UND BETAGTEN PERSONEN

XV Heutiges System

1 Kantonale Rahmenplanung

Gemäss Art. 20 des Krankenpflegegesetzes (KPG) haben die Gemeinden für ein ausreichendes stationäres Angebot für Langzeitpatienten und betagte Personen zu sorgen und eine regional abgestimmte Bedarfsplanung zu erstellen. Grundlage dazu bildet die kantonale Rahmenplanung. Darin ist der zukünftige theoretische Bettenbedarf in den verschiedenen Heimregionen (Planungsregionen) festgelegt. Ausgehend vom heutigen Bettenbedarf in den 19 Heimregionen im Kanton Graubünden und unter Einbezug der erwarteten demographischen Entwicklung, die von Region zu Region sehr unterschiedlich verlaufen kann, wird der zukünftige theoretische Bettenbedarf errechnet. Die Bedarfsermittlung basiert auf einem Betten-Richtwert von 25 Prozent der jeweiligen erwarteten Wohnbevölkerungsgruppe der 80-Jährigen und Älteren.

Die kantonale Rahmenplanung bildet unter anderem die Basis für die Aufnahme einer Institution auf die Pflegeheimliste des Kantons Graubünden. Gemäss Art. 39 des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) ist dies eine der Voraussetzungen, damit eine stationäre Institution zur Pflege und Betreuung von Langzeitpatienten und betagten Personen zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenversicherung zugelassen ist.

Gemäss der per 1. Januar 2006 aktualisierten kantonalen Rahmenplanung beträgt der Ist-Bestand der beitragsberechtigten Betten in Alters- und Pflegeheimen und Pflegegruppen 2'082 Betten. Bis ins Jahr 2020 wird mit einem Zusatzbedarf von 393 Betten gerechnet.

2 Kantonale Investitionsbeiträge

Der Kanton leistet gemäss Art. 21 KPG an die anrechenbaren Kosten von Neu-, Um- und Erweiterungsbauten, Renovationen und Einrichtungen von Alters- und Pflegeheimen und Pflegegruppen sowie für den Kauf von betriebsnotwendigen Grundstücken und Gebäuden einen Beitrag von 50 Prozent.

Gemäss Art. 9 und Art. 21 in Verbindung mit Art. 13 KPG haben die Gemeinden an den Bau und die Einrichtungen der vom Kanton als beitragsberechtigt anerkannten Angebote zur stationären Pflege- und Betreuung von Langzeitpatienten und betagten Personen Beiträge auszurichten, solange die Trägerschaften nicht auf Beitragsleistungen der Gemeinden verzichten.

Kosten von baulichen Veränderungen und Einrichtungen bis 20'000 Franken je Objekt sind der Betriebsrechnung zu belasten.

3 Beitragsberechtigung

Artikel 21a des KPG regelt die Voraussetzungen für die Gewährung von kantonalen Investitionsbeiträgen an Angebote zur stationären Pflege und Betreuung von Langzeitpatienten und betagten Personen. Voraussetzung für die Gewährung von Beiträgen ist die Anerkennung des Angebots durch die Regierung. Die Anerkennung wird gewährt, wenn:

- a) das Angebot der kantonalen Rahmenplanung entspricht;
- b) das Projekt eine zweckmässige Pflege und Betreuung gewährleistet und baulich einwandfrei ist;
- c) bei Pflegegruppen die Unterstützung durch ein Alters- und Pflegeheim oder durch einen Dienst der häuslichen Pflege und Betreuung sichergestellt ist;
- d) eine zweckmässige und wirtschaftliche Betriebsführung gewährleistet ist.

4 Beitragsverfahren

Gesuche um Ausrichtung von Bau- und Einrichtungsbeiträgen sind mit den nötigen Unterlagen gemäss Vorgaben der zuständigen Dienststelle einzureichen. Das Gesundheitsamt prüft die Gesuche unter Beizug des Hochbauamtes (Art. 10 der Verordnung zum KPG; KPGV).

Das Beitragsverfahren für Bauvorhaben erfolgt in drei Phasen (Art. 19 bis Art. 24b KPGV):

- Phase I (Grundlagen): Nach Beurteilung der Grundlagen zu Zweckbestimmung, Bedarf, Standortwahl, Betriebsführungskonzept, Raumprogramm, Kostenschätzung, Terminplan und Finanzierung entscheidet das JPSD aufgrund der kantonalen Rahmenplanung über die Weiterbearbeitung des Projekts und erteilt dazu allenfalls die nötigen Weisungen.
- Phase II (Vorprojekt): Das aufgrund der bereinigten Grundlagen erstellte Vorprojekt ist der Regierung zur Genehmigung vorzulegen. Die Regierung entscheidet über die Berechtigung und über die Höhe des kantonalen Beitrages und erteilt nötigenfalls Weisungen für die Weiterbearbeitung.
- Phase III (Projekt): Nach Prüfung des bereinigten Bauprojektes und aller Unterlagen setzt die Regierung den maximalen Beitrag des Kantons definitiv fest und regelt den Auszahlungsmodus.

Nach Vollendung des Bauvorhabens erfolgen die Bauabnahme und die Prüfung der Abrechnung durch den Kanton. Bei bedingungsgemässer Ausführung erfolgt die Auszahlung des zugesicherten Kantonsbeitrages.

Die Beurteilung von Gesuchen um Beiträge an Einrichtungen erfolgt bis 50'000 Franken durch das JPSD und über 50'000 Franken durch die Regierung.

5 Entwicklung des Bettenbestandes

In der nachstehenden Tabelle ist die Entwicklung des Bestandes der beitragsberechtigten Betten in Alters- und Pflegeheimen und Pflegegruppen im Kanton Graubünden dargestellt.

Basis: Kenndaten APH	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	Ø
Bettenbestand per 31.12.	n.e.	n.e.	n.e.	1'891	1'875	1'916	2'005	2'074	2'108	2'082	1993

Tabelle 8: Entwicklung des beitragsberechtigten Bettenbestandes der Alters- und Pflegeheime und Pflegegruppen im Kanton Graubünden von 1996 bis 2005 (n.e. bedeutet nicht erfasst).

6 Entwicklung der kantonalen Investitionsbeiträge

Der Kanton hat in den letzten zehn Jahren folgende Investitionsbeiträge an den Bau von Alters- und Pflegeheimen und Pflegegruppen geleistet (in Millionen Franken je Rechnungsjahr):

Basis: Staatsrechnungen	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	Ø
Investitionsbeiträge	6	3.9	4.6	4.7	1.7	3.8	8.2	7.5	8.5	6.3	5.5

Tabelle 9: Entwicklung der kantonalen Investitionsbeiträge an die beitragsberechtigten Alters- und Pflegeheime und Pflegegruppen im Kanton Graubünden von 1996 bis 2005.

Im Zeitraum von 1996 bis 2005 hat der Kanton Investitionsbeiträge von durchschnittlich 5.5 Millionen Franken pro Jahr an Alters- und Pflegeheime und Pflegegruppen ausgerichtet. Die jährlichen Investitionsbeiträge des Kantons sind relativ starken Schwankungen unterworfen. Die von Jahr zu Jahr variierenden Beitragsleistungen sind eine Folge der unterschiedlichen Bautätigkeit und von nicht voraussehbaren Verzögerungen im Projektfortschritt.

Die kantonalen Investitionsbeiträge betragen im zehnjährigen Durchschnitt rund 56 Prozent der anrechenbaren Kosten (Subventionssatz bis 31.12.2001 in Berücksichtigung der Finanzkraft der an der Institution beteiligten Gemeinden: 50 – 65 Prozent für Alters- und Pflegeheime und 12 – 20 Prozent für Pflegegruppen; Subventionssatz ab 1.1.2002: 50 Prozent für Alters- und Pflegeheime und Pflegegruppen). Dementsprechend haben die Gemeinden rund 44 Prozent der anrechenbaren Kosten finanziert, was einer jährlichen Investitionssumme von 4.3 Millionen Franken entspricht. Die anrechenbaren Investitionskosten im stationären Langzeitbereich betragen somit durchschnittlich 9.8 Millionen Franken pro Jahr. Das von den Gemeinden beziehungsweise den Trägerschaften in Alters- und Pflegeheime und Pflegegruppen tatsächlich investierte Bauvolumen liegt jedoch meistens über den anrechenbaren Kosten.

XVI Würdigung des heutigen Systems

1 Steuerung des Angebots

Die heutige gesetzliche Regelung, wonach der Kanton Investitionsbeiträge an Alters- und Pflegeheime und Pflegegruppen gewährt, wenn das Projekt der kantonalen Rahmenplanung entspricht, hat sich grundsätzlich bewährt. Der Kanton hat damit ein Mittel in der Hand, um die Entwicklung des stationären Angebots für die Pflege und Betreuung von Langzeitpatienten und betagten Personen zu steuern und sicherzustellen, dass Bauten innerhalb eines gesamtkonzeptionellen Rahmens geplant und realisiert werden.

Das dreistufige Beitragsverfahren bietet Gewähr, dass die Bauvorhaben den kantonalen Anforderungen und Vorgaben entsprechen (z. B. kantonale Anforderungen an Räume und Freianlagen, Energiegesetz, Submissionsgesetz), eine zweckmässige Pflege und Betreuung sowie eine wirtschaftliche Betriebsführung ermöglichen und dass sie baulich einwandfrei sind.

Im Weiteren kann sichergestellt werden, dass im Rahmen des Beitragsverfahrens die räumlichen und einrichtungsmässigen Anforderungen für die Erteilung einer Betriebsbewilligung (Art. 28a KPG) und die bedarfsseitigen Voraussetzungen für die Aufnahme oder den Verbleib auf der kantonalen Pflegeheimliste eingehalten werden.

2 Problemstellung

2.1 Ungleichbehandlung der stationären und der ambulanten Angebote

Beim geltenden System werden durch die kantonalen Investitionsbeiträge an Alters- und Pflegeheime und Pflegegruppen die Wohnkosten der Bewohnerinnen und Bewohner subventioniert. Dies stellt eine Ungleichbehandlung zur häuslichen Pflege und Betreuung und zu anderen alternativen Wohnformen (z. B. betreute Alterswohnungen) dar. Bei diesen Wohnformen werden keine kantonalen und in der Regel auch keine kommunalen Beiträge an die Wohnkosten ausgerichtet. Die mit dem geltenden System praktizierte Bevorzugung der herkömmlichen Alterseinrichtungen schränkt den Anreiz ein, in den Regionen alternative Wohn- und Betreuungsformen zu schaffen und den betroffenen Menschen damit eine echte Wahlmöglichkeit für das Wohnen und die Pflege zu bieten.

Wie die Erfahrungswerte zeigen, kann für die Instandsetzung und Erneuerung inklusive Anpassung an zeitgemässe Standards von einem Richtwert von 215'000 Franken pro Bett ausgegangen werden, der ausgehend von einer durchschnittlichen Lebensdauer aller Bauteile im Zeitraum von 25 Jahren investiert werden muss. Der Richtwert für die Instandsetzung und Erneuerung beträgt rund zwei Drittel des durchschnittlichen Erstellungsaufwands von 320'000 Franken pro Bett bei Neu- oder Erweiterungsbauten. Dementsprechend ist im

Durchschnitt für die Instandsetzung und Erneuerung bestehender Bauten jedes Jahr rund 8'600 Franken pro Bett einzusetzen. Bei 2082 beitragsberechtigten Betten im Kanton Graubünden fällt somit eine durchschnittliche kalkulatorische Investitionssumme von 17.9 Millionen Franken pro Jahr an (Richtwert pro Bett mal beitragsberechtigte Betten dividiert durch 25 Jahre = Fr. 215'000x2082:25).

Ausgehend von 782'953 Belegungstagen im Jahr 2005 in den Alters- und Pflegeheimen und Pflegegruppen und einer durchschnittlichen kalkulatorischen Investitionssumme von 17.9 Millionen Franken pro Jahr resultiert eine Subventionierung des Wohnens mit rund 23 Franken pro Tag und Bewohner (durchschnittliche kalkulatorische Investitionssumme pro Jahr dividiert durch das Total der Belegungstage = 17'900'000:782'953). In diesem Umfang wird im Durchschnitt der Aufenthalt eines jeden Heimbewohners, unabhängig seiner Einkommens- und Vermögensverhältnisse, aufgrund der geltenden objektbezogenen Investitionsfinanzierung durch den Kanton und die Gemeinden subventioniert.

2.2 Aufwändiges Beitragsverfahren

Das heutige Finanzierungssystem mit projektbezogenem Beitragsverfahren für die Subventionierung von Bauten und Einrichtungen ist aufwändig. Das mehrere Phasen umfassende Beitragsverfahren (vgl. XV4) generiert für die zuständigen kantonalen Dienststellen (Gesundheitsamt, Hochbauamt) einen hohen administrativen Aufwand. Der unternehmerische Handlungsspielraum der Trägerschaften ist eingeschränkt. Obschon die Genehmigung von Anschaffungen nur eine Phase zu durchlaufen hat, ist es den Institutionen nicht immer möglich, diese zeitgerecht und während günstigen Marktverhältnissen zu tätigen.

2.3 Investitionsbedarf

In den letzten zehn Jahren wurden durch die Trägerschaften für Neu-, Um- und Sanierungsbauten sowie für Renovationen und Einrichtungen von Alters- und Pflegeheimen und Pflegegruppen durchschnittlich 9.8 Millionen Franken pro Jahr investiert (Basis: anrechenbare Kosten), was einem durchschnittlichen Wert von rund 4'900 Franken pro beitragsberechtigtes Bett entspricht. Die Gegenüberstellung dieser effektiv getätigten Investitionssumme mit der bei einer regelmässigen Instandsetzung und Erneuerung sowie Anpassung an zeitgemässe Standards zu erwartenden jährlichen Investitionssumme von 8'600 Franken pro Bett (vgl. Ziffer 2.1) führt zum Schluss, dass in der Vergangenheit von den Trägerschaften der Alters- und Pflegeheime und Pflegegruppen insgesamt zu wenig investiert wurde und zukünftig von einem gewichtigen Nachholbedarf auszugehen ist.

Der geschätzte jährliche Kreditmittelbedarf des Kantons für die Beiträge an die Kosten der Instandsetzung und Erneuerung der bestehenden Alters- und Pflegeheime und Pflegegruppen ist auf rund neun Millionen Franken zu beziffern.

Hinzu kommen die zu tätigen Investitionen in Neu- und Erweiterungsbauten für die Erstellung der gemäss kantonaler Rahmenplanung in den Heimregionen erforderlichen zusätzlichen Betten und die Kosten für die Instandsetzung und Erneuerung dieser Bauten.

Für die Erstellung des gemäss kantonaler Rahmenplanung bis ins Jahr 2020 ermittelten Zusatzbedarfs an Betten ergeben sich im Zeitraum von 2008 bis 2020 abschätzbare Kreditmittel des Kantons von rund 4.8 Millionen Franken pro Jahr (Richtwert der Anlagekosten pro Bett mal zusätzlicher Bettenbedarf dividiert durch Anzahl Jahre, davon 50 Prozent = Fr. $320'000 \times 393 : 13 \times 0.5$).

Gestützt auf diese Ausgangslage müssten bei Beibehaltung des heutigen Systems kantonale Investitionsbeiträge an Alters- und Pflegeheime und Pflegegruppen im Umfang von durchschnittlich rund 14 Millionen Franken pro Jahr zur Verfügung gestellt werden. Dies wäre gegenüber dem jährlichen Durchschnitt der im Zeitraum von 1996 bis 2005 geleisteten kantonalen Investitionsbeiträge ein Plus von 8.5 Millionen Franken pro Jahr.

Die bei Beibehaltung des heutigen Systems von den Gemeinden beziehungsweise den Trägerschaften zu leistenden Beiträge bewegen sich in einer ähnlichen Grössenordnung wie die kantonalen Investitionsbeiträge. Sie wären also deutlich höher als heute.

3 Notwendigkeit einer Neukonzeption

Die unter Ziffer 2 dargestellte Problemstellung weist auf verschiedene Mängel des heutigen Systems der objektbezogenen kantonalen Investitionsbeiträge an Alters- und Pflegeheime und Pflegegruppen und auf einen hohen Investitionsbedarf für die Instandsetzung und Erneuerung hin. Im Rahmen der geplanten Teilrevision des Krankenpflegegesetzes soll daher nebst der Finanzierung der Spitex-Dienste und der Dienste der Mütter- und Väterberatung auch die Finanzierung der Investitionen für stationäre Angebote zur Pflege und Betreuung von Langzeitpatienten und betagten Personen neu konzipiert werden.

XVII Neukonzeption der Investitionsbeiträge an Angebote zur stationären Pflege und Betreuung von Langzeitpatienten und betagten Personen

1 Anforderungen

Die Neukonzeption der kantonalen und kommunalen Investitionsbeiträge an beitragsberechtigte Alters- und Pflegeheime und Pflegegruppen soll:

- die Rahmenbedingungen für eine Gleichbehandlung der stationären und ambulanten Angebotsformen zur Pflege und Betreuung von Langzeitpatienten und betagten Personen bei der Subventionierung schaffen;
- das Beitragsverfahren für Bauvorhaben vereinfachen;
- weder zu Mehrkosten beim Kanton noch bei den Gemeinden führen.

2 Eckpunkte der Neukonzeption

Die Neukonzeption unterscheidet zwei Investitionskategorien:

- Bei Neu- und Erweiterungsbauten, bei denen gestützt auf den in der kantonalen Rahmenplanung ausgewiesenen Bedarf zusätzliche Betten erstellt werden, richten der Kanton und die Gemeinden objektbezogen einen Pauschalbeitrag pro Bett aus.
- Für die Instandsetzung und Erneuerung bestehender Bauten werden keine objektbezogenen kantonalen Investitionsbeiträge mehr ausgerichtet. Die entsprechenden Kosten sind durch die Tarifeinnahmen der Bewohnerinnen und Bewohner und wie bisher durch Beiträge der Gemeinden zu decken.

Die erste Investitionskategorie trägt dem in den Heimregionen unterschiedlichen Bettenbestand pro Einwohner und Alterskategorie Rechnung. Für die Erstellung der zum regionalen Ausgleich notwendigen zusätzlichen Betten sollen daher wie bis anhin entsprechend dem in der kantonalen Rahmenplanung ermittelten Bedarf objektbezogen kantonale Beiträge ausgerichtet werden.

Mit dem Wegfall der objektbezogenen Kantonsbeiträge für die Instandsetzung und Erneuerung bestehender Bauten werden die Wohnkosten im stationären Langzeitbereich nach den gleichen Grundsätzen wie im ambulanten Bereich subventioniert. Den Bewohnerinnen und Bewohnern von Alters- und Pflegeheimen und Pflegegruppen werden um den Wegfall der objektbezogenen Beiträge erhöhte Tarife in Rechnung gestellt. Personen, deren Einkommen und Vermögen für die Bezahlung der Heimplatzgebühren nicht ausreichen, werden durch Ergänzungsleistungen (EL) subjektbezogen unterstützt, wobei aufgrund der Änderung des kanto-

nen Gesetzes über Ergänzungsleistungen (KELG) keine ungedeckten Pflegekosten mehr für die Gemeinden anfallen werden.

3 Parameter

Gestützt auf die Erfahrungswerte der vom Kanton Graubünden im Zeitraum von 1996 bis 2005 mit Investitionsbeiträgen unterstützten Alters- und Pflegeheime und Pflegegruppen wurden den Modellrechnungen folgende Richtwerte und Annahmen zugrunde gelegt:

- Zimmerstruktur: 90 Prozent Einbettzimmer und 10 Prozent Zweibettzimmer
- Richtwert der Anlagekosten für Neu- und Erweiterungsbauten: 320'000 Franken pro Bett
- Die Erstellung des gemäss kantonaler Rahmenplanung (Stand 1.1.2006) bis ins Jahr 2020 ausgewiesenen zusätzlichen Bettenbedarfs von 393 Betten (IST-Bestand der subventionsberechtigten Betten: 2'082) erfolgt im Zeitraum von 2008 bis 2020 (13 Jahre).
- Richtwert für die Instandsetzung und Erneuerung inklusive Anpassung an zeitgemässe Standards bestehender Bauten: 215'000 Franken pro Bett
- Investitionszyklus für die Instandsetzung und Erneuerung bestehender Bauten: 25 Jahre

4 Neu- und Erweiterungsbauten

4.1 Objektbezogene Finanzierung

Der Kanton beteiligt sich im bisherigen Rahmen an Investitionen zur Realisierung des gestützt auf die kantonale Rahmenplanung ausgewiesenen Bettenzusatzbedarfs.

Gemäss aktualisierter kantonaler Rahmenplanung (Stand 1.1.2006) ist bis ins Jahr 2020 von einem zusätzlichen Bettenbedarf von 393 Betten auszugehen. Aufgeteilt auf 13 Investitionsjahre (2008 bis 2020) sind demnach durchschnittlich rund 30 zusätzliche Betten pro Jahr zu erstellen.

Neu gelangt ein fixer Pauschalbeitrag pro zusätzlich geschaffenes Bett zur Auszahlung. Die beteiligten Gemeinden in der entsprechenden Heimregion leisten einen gleich hohen Beitrag wie der Kanton. Die Trägerschaften können somit mit einem festen Beitrag pro Bett rechnen und ihre Bauvorhaben mit einem gegenüber dem heutigen System grösseren unternehmerischen Handlungsspielraum planen und realisieren.

4.2 Beitragsverfahren

Das kantonale Beitragsverfahren im Bereich von Neu- und Erweiterungsbauten, die zusätzliche Betten generieren, wird gegenüber dem heutigen System vereinfacht und verkürzt. Auf das zeitaufwändige Verfahren für die Bestimmung der anrechenbaren Kosten wird verzichtet.

Die kantonalen Anforderungen an Räume und Freianlagen von Alters- und Pflegeheimen und Pflegegruppen werden künftig auf Mindestvorgaben bezüglich Raumgrössen und Raumangebot beschränkt.

Das Betragsverfahren wird auf zwei Phasen reduziert:

- Phase I (Grundlagen): Die Trägerschaft reicht das Finanzierungsgesuch mit den geforderten Beilagen ein. Nach Prüfung der Unterlagen durch das Gesundheitsamt unter Bezug des Hochbauamtes nimmt das JPSD zum Bedarf sowie zum Betriebs- und Raumkonzept Stellung und entscheidet über die Weiterbearbeitung des Projekts.
- Phase II (Vorprojekt): Die Regierung genehmigt das Vorprojekt und legt die Höhe des maximalen Kantonsbeitrages gemäss den zu schaffenden beitragsberechtigten Betten fest.

Nach Ausführung der Baute erfolgt die Auszahlung beziehungsweise die Restzahlung des in Phase II zugesicherten Kantonsbeitrages.

Auch das verkürzte und vereinfachte Beitragsverfahren stellt sicher, dass die räumlichen Voraussetzungen zum Erhalt und zur Erneuerung der Betriebsbewilligung und für die Aufnahme oder den Verbleib einer Institution auf der kantonalen Pflegeheimliste eingehalten und die Beiträge des Kantons wirtschaftlich und zweckentsprechend eingesetzt werden.

Die fachliche Unterstützung und Beratung durch die kantonalen Instanzen bleiben den Trägerschaften erhalten.

4.3 Modellrechnung

Alters- und Pflegeheime und Pflegegruppen			
Neu- und Erweiterungsbauten			
Allgemeine Daten / Geltendes System			
1	zu erstellende Betten bis 2020 gem. kantonalen Rahmenplanung		393
2	Investitionsjahre (2008 - 2020)		13
3	Richtwert Anlagekosten pro Bett	Fr./Bett	320'000
4	kalkulatorische jährliche Investitionssumme (2008 - 2020)	Fr./a	9'673'846
5	davon Anteil gemäss geltendem System Kanton (50%)	Fr./a	4'836'923
6	davon Anteil gemäss geltendem System Gemeinden (50%)	Fr./a	4'836'923
Neues System			
7	Pauschalbeitrag pro Bett Kanton	Fr./Bett	160'000
8	kalkulatorischer Aufwand pro Bett Gemeinden	Fr./Bett	160'000
9	kalkulatorische jährliche Beiträge Kanton (gerundet)	Fr./a	4'800'000
10	kalkulatorischer jährlicher Aufwand Gemeinden (gerundet)	Fr./a	4'800'000
11	Total kalkulatorische jährliche Investitionen (gerundet)	Fr./a	9'600'000
12	kalkulatorische Mehr-/Minderkosten Kanton (gerundet) Zeile 9 - Zeile 5 = 4'800'000 - 4'836'923 = -36'923	Fr./a	0
13	kalkulatorische Mehr-/Minderkosten Gemeinden (gerundet) Zeile 10 - Zeile 6 = 4'800'000 - 4'836'923 = -36'923	Fr./a	0

Tabelle 10: Gegenüberstellung des geltenden und des neuen Finanzierungssystems im Bereich der Investitionen bei Neu- und Erweiterungsbauten.

Während der nächsten 13 Jahre (2008 bis 2020) ist von einem jahresdurchschnittlichen Investitionsvolumen für die Erstellung der zusätzlichen Betten von 9.6 Millionen Franken auszugehen (vgl. XVI.2.3). Diese jahresdurchschnittlichen kalkulatorischen Investitionskosten werden vom Kanton und den Gemeinden zu gleichen Teilen finanziert.

5 Instandsetzung und Erneuerung

5.1 Finanzierung

Für die Instandsetzung und Erneuerung inklusive Anpassung an zeitgemässe Standards der Alters- und Pflegeheime und Pflegegruppen ist bei einem Investitionszyklus von 25 Jahren jährlich von durchschnittlichen Investitionskosten von vier Prozent des Richtwerts pro Bett von 215'000 Franken auszugehen. Neu werden jährlich 2.5 Prozent des Richtwerts pro Bett durch die Tarifeinnahmen finanziert. Die restlichen 1.5 Prozent des Richtwerts pro Bett und Jahr beziehungsweise 40 Prozent der anrechenbaren Investitionskosten sind durch die Gemeinden zu leisten.

Heimbewohnerinnen und Heimbewohner, deren Einkommen und Vermögen nicht ausreichen, um die Taxen zu bezahlen, werden mittels Ergänzungsleistungen subjektbezogen unterstützt. Bereits heute erhalten knapp die Hälfte der Heimbewohnerinnen und Heimbewohner Ergänzungsleistungen von durchschnittlich 58 Franken pro Tag (2005). Die Erhöhung

der Tagestaxen wird zu einer Zunahme der der EL-berechtigten Personen und damit zu einer Belastung des Kantonshaushalts führen.

Es liegt an den einzelnen Institutionen, die Tagestaxen so anzusetzen, dass mit den Tarifeinnahmen die entfallenden objektbezogenen Investitionskostenbeiträge des Kantons (jährlich 2.0 Prozent des Richtwerts pro Bett) und teilweise der Gemeinden (0.5 Prozent des Richtwerts pro Bett) gedeckt und die notwendigen Rückstellungen für zukünftige Investitionen getätigt beziehungsweise Investitionsschulden amortisiert werden können. Dabei dürfen die von der Regierung nach Pflegestufen (BESA-Stufe 1a bis BESA-Stufe 4c) festgelegten Maximaltarife nicht überschritten werden. Die von den Institutionen in Rechnung gestellten Tagestaxen bewegten sich im Jahr 2005 teilweise deutlich unter den von der Regierung vorgegebenen Maximaltarifen. Im Durchschnitt der beitragsberechtigten Alters- und Pflegeheimen und Pflegegruppen wurden zwischen 99 Franken (BESA-Stufe 1) und 178 Franken (BESA-Stufe 4) pro Pflege-tag verlangt. Für ein Einzelzimmer wurde durchschnittlich ein Zuschlag von 15 Franken pro Pflege-tag erhoben. Die von der Regierung für dasselbe Jahr festgelegten Maximaltarife bewegten sich zwischen 120 Franken (BESA-Stufe 1) und 190 Franken (BESA-Stufe 4) pro Pflege-tag zuzüglich eines Zuschlages für Einzelzimmer von maximal 30 Franken pro Pflege-tag.

Die Regierung wird prüfen, inwieweit aufgrund der Neukonzeption der kantonalen und kommunalen Investitionsbeiträge für Angebote zur stationären Pflege und Betreuung von Langzeitpatienten und betagten Personen die kantonalen Maximaltarife anzuheben sind.

Mit dem neuen System sind die Trägerschaften gehalten, unternehmerische Verantwortung wahrzunehmen und mit einer sorgfältigen Finanz- und Investitionsplanung die Mittel für die Instandsetzung und Erneuerung inklusive Anpassung bestehender Bauten an neue Standards bereitzustellen.

5.2 Beitragsverfahren

Das Beitragsverfahren der Investitionen für die Instandsetzung und Erneuerung, die keine zusätzlichen Betten generieren und an welche keine objektbezogenen kantonalen Beiträge mehr ausgerichtet werden, entfällt. Die fachliche Unterstützung und Beratung durch die kantonalen Instanzen bleibt den Trägerschaften erhalten.

5.3 Modellrechnung

Der nachstehenden Modellrechnung der Investitionen für die Instandsetzung und Erneuerung bestehender Bauten, die keine zusätzlichen Betten generieren, liegen nebst den allgemeinen Parametern (vgl. Ziffer 3) folgende Annahmen zugrunde:

- Bei einem Investitionszyklus von 25 Jahren fallen jahresdurchschnittlich vier Prozent des Richtwerts pro Bett von 215'000 Franken für die Instandsetzung und Erneuerung inklusive Anpassung an zeitgemässe Standards an.
- 2.5 Prozent des Richtwerts pro Bett und Jahr für die Instandsetzung und Erneuerung werden mittels höheren Tarifeinnahmen generiert.
- 1.5 Prozent des Richtwerts pro Bett und Jahr für die Instandsetzung und Erneuerung werden von den Gemeinden beigetragen.
- Bei einer durchschnittlichen Erhöhung der Tarife von rund Fr. 14.- pro Tag werden 25 Prozent der bisher nicht EL-berechtigten Bewohnerinnen und Bewohner neu EL-berechtigt.

Alters- und Pflegeheime und Pflegegruppen			
Instandsetzung und Erneuerung			
Allgemeine Daten / Geltendes System			
1	Ist-Bettenbestand (subventionsberechtigte Betten per 1.1.2006)		2'082
2	Total Belegungstage (2005)		782'953
3	Total Heimbewohnerinnen und Heimbewohner per 1.1.2006		2'206
4	davon EL-Bezügerinnen und -bezüger		981
5	davon nicht EL-Bezügerinnen und -bezüger		1'225
6	Richtwert pro Bett	Fr.	215'000
7	Investitionszyklus	a	25
8	kalkulatorische jährliche Investitionssumme (= 4% des Richtwerts pro Bett)	Fr.	17'905'200
9	davon Anteil gemäss geltendem System Kanton (50%)	Fr.	8'952'600
10	davon Anteil gemäss geltendem System Gemeinden (50%)	Fr.	8'952'600
Neues System			
11	kalkulatorische Investitionssumme über Tarifeinnahmen finanziert (2.5%)	Fr./a	11'190'750
12	Erhöhung Tarif pro Belegungstag	Fr./d	14.30
13	Anzahl neue EL-Bezügerinnen und Bezüger		306
14	kalkulatorische jährliche Mehrkosten Ergänzungsleistungen Kanton	Fr./a	6'718'801
15	kalkulatorische jährliche Investitionssumme Gemeinden (1.5%)	Fr./a	6'714'450
16	kalkulatorische Minderkosten Kanton (inkl. Ergänzungsleistungen) (gerundet) Zeile 14 - Zeile 9 = 6'718'801 - 8'952'600 = -2'233'799	Fr./a	-2'200'000
17	kalkulatorische Minderkosten Gemeinden (gerundet) Zeile 15 - Zeile 10 = 6'714'450 - 8'952'600 = -2'238'150	Fr./a	-2'200'000
18	kalkulatorische Mehrkosten Heimbewohner/innen (gerundet)	Fr./a	4'400'000

Tabelle 11: Gegenüberstellung des geltenden und des neuen Finanzierungssystems im Bereich der Investitionen für die Instandsetzung und Erneuerung.

Die Kompensation der entfallenden objektbezogenen kantonalen und die teilweise Kompensation der kommunalen Beiträge für die Instandsetzung und Erneuerung bestehender Alters- und Pflegeheime bedingen eine Erhöhung der Tagestaxe um rund Fr. 14.-. Damit erhöht sich gemäss Modellrechnung die Anzahl der EL-berechtigten Bewohnerinnen und Bewohner um rund 300 Personen auf insgesamt knapp 1'300 Personen. Dies generiert jährliche Mehrkosten bei den kantonalen Ergänzungsleistungen von rund 6.7 Millionen Franken. Die kalkulatorische jährliche Investitionssumme der Gemeinden bewegt sich in der gleichen Grössenord-

nung wie die EL-bedingten Mehrkosten des Kantons. Gegenüber dem geltenden System sind von den nicht EL-berechtigten Heimbewohnerinnen und Heimbewohnern Mehrkosten von rund 4.4 Millionen Franken zu tragen.

XVIII Auswirkungen der Neukonzeption

1 Auswirkungen auf die Heimbewohnerinnen und Heimbewohner

Aufgrund des Wegfalls der kantonalen und teilweise der kommunalen Beiträge an die Instandsetzung und Erneuerung bestehender Alters- und Pflegeheime und Pflegegruppen ergibt sich eine theoretische durchschnittliche Erhöhung der Tagestaxen um rund 14 Franken. Ausgehend von den durchschnittlichen Tagestaxen, die von den beitragsberechtigten Institutionen im Jahr 2005 den Bewohnerinnen und Bewohnern in Rechnung gestellt wurden, resultieren neu Tagestaxen zwischen 113 Franken (BESA-Stufe 1) und 192 Franken (BESA-Stufe 4) zuzüglich allfällige Zuschläge (z. B. für Einzelzimmer). Es ist davon auszugehen, dass die Anzahl der Heimbewohnerinnen und Heimbewohner, die auf kantonale Ergänzungsleistungen angewiesen sind, um rund 300 Personen zunehmen wird.

2 Auswirkungen auf die Alters- und Pflegeheime und Pflegegruppen beziehungsweise Trägerschaften

Die betroffenen Alterseinrichtungen sind gefordert, eine längerfristige Investitions- und Finanzplanung vorzunehmen. Die Tarife sind entsprechend zu gestalten, dass Investitionsschulden zurückbezahlt beziehungsweise Rückstellungen für zukünftige Investitionen für die Instandsetzung und Erneuerung inklusive Anpassung an zeitgemässe Standards getätigt werden können. Dabei dürfen die von der Regierung festgelegten Maximaltarife nicht überschritten werden.

3 Auswirkungen auf die Gemeinden

Im Bereich der Neu- und Erweiterungsbauten, die zusätzliche Betten generieren, ergeben sich für die Gemeinden keine finanziellen Änderungen gegenüber dem geltenden System.

Im Bereich der Instandsetzung und Erneuerung resultieren mit dem neuen System, je nach Ausgestaltung der Tagestaxen, jährliche Minderkosten von bis zu 2.2 Millionen Franken. Die für den Gemeindebeitrag von 40 Prozent massgebenden anrechenbaren Investitionskosten für die Instandsetzung und Erneuerung sind von den Trägerschaften zusammen mit den Gemeinden auszuhandeln.

4 Auswirkungen auf den Kanton

Für den Kanton entsteht mit der Neukonzeption eine Entlastung im Bereich der kantonalen objektbezogenen Investitionsbeiträge an Alters- und Pflegeheime und Pflegegruppen und eine Mehrbelastung im Bereich der Ergänzungsleistungen von rund 6.7 Millionen Franken. Insgesamt resultieren aufgrund der Modellrechnung, wie bei den Gemeinden, jährliche Minderkosten von rund 2.2 Millionen Franken. Aufgrund der ausgeprägten demographischen Alterung im Kanton Graubünden muss aber langfristig von einer weiteren Zunahme der kantonalen Ergänzungsleistungen ausgegangen werden.

Gestützt auf die Übergangsbestimmung fallen während einer Übergangsfrist Restzahlungen für die nach bisherigem Recht bearbeiteten Investitionsgesuche an. Gegenüber den aktuell beantragten Finanzplanwerten und unter Einbezug der Neukonzeption können für eine Übergangsfrist von fünf Jahren jährliche Mehrkosten von rund 4.8 Millionen Franken abgeschätzt werden.

5 Personelle Auswirkungen

Auf den Personalbedarf der Alters- und Pflegeheime und Pflegegruppen hat das neue Finanzierungssystem keine direkten Auswirkungen. Die Verwaltungen der betroffenen Alterseinrichtungen werden einerseits durch die vereinfachten Beitragsverfahren administrativ entlastet. Andererseits ist im Bereich der strategischen Fragestellungen betreffend Tarifgestaltung sowie bei der Investitions- und Finanzplanung mit einem höheren Steuerungsaufwand zu rechnen.

Die durch die Verkürzung und die Vereinfachung des Beitragsverfahren bei Neu- und Erweiterungsbauten beziehungsweise den Wegfall des Beitragsverfahren bei der Instandsetzung und Erneuerung bei der kantonalen Verwaltung entfallenden personellen Ressourcen werden für konzeptionelle Aufgaben innerhalb des Gesundheitsamtes eingesetzt.

XIX Gesamtbilanz

Nachstehend findet sich eine zusammenfassende Gegenüberstellung der mit der vorgeschlagenen Teilrevision des KPG zu erwartenden Mehr- und Minderkosten für die verschiedenen Kostenträger.

Die Gesamtbilanz zeigt die Grössenordnung der zu erwartenden Mehr- und Minderkosten aufgrund der für die Modellrechnung in den einzelnen Bereichen angenommenen Parameter. Berechnungsbasis bilden die aktuellsten verfügbaren Daten in den einzelnen Bereichen.

Bereich	Kanton	Gemeinden	Leistungsbezüger
Teil NFA-Umsetzung			
Spitex	+ 2.9	+ 1.4	0
Differenzbeträge Ergänzungsleistungen	+ 1.8	- 1.8	0
Zweckfreie Mittel NFA	* - 4.3	0	0
Total NFA	+ 0.4	- 0.4	0
Teil ausserhalb NFA-Umsetzung			
Mütter- und Väterberatung	0	0	0
Investitionen Alters- und Pflegeheime	- 2.2	- 2.2	+ 4.4
Total ausserhalb NFA	- 2.2	- 2.2	+ 4.4
Total	- 1.8	- 2.6	+ 4.4

Tabelle 12: Gesamtbilanz der Mehr- und Minderkosten für den Kanton, die Gemeinden und die Leistungsbezüger in Millionen Franken pro Jahr (+ = Belastung, - = Entlastung).

* Dieser Wert entspricht den ausfallenden Bundesbeiträgen im Spitex-Bereich (Annahme: ausgeglichene NFA-Globalbilanz nach Härteausgleich für den Kanton Graubünden)

Im Teil NFA-Umsetzung sind die Mehrkosten im Spitex-Bereich für den Kanton und die Gemeinden durch den Wegfall der Bundesbeiträge bedingt. Auf Basis der Kosten- und Leistungsdaten des Betriebsjahres 2004 und unter Anwendung des neuen Finanzierungssystems resultieren jährliche Mehrkosten für den Kanton von rund 2.9 Millionen Franken und für die Gemeinden von rund 1.4 Millionen Franken. Durch das neue Finanzierungssystem erwachsen den Spitex-Klientinnen und -Klienten keine systembedingten Mehrkosten. Eine allfällige Anhebung der Minimal- und Maximaltarife ist nicht vom Finanzierungssystem abhängig.

Durch den Wegfall eines Höchstbetrages der EL für Heimbewohnerinnen und Heimbewohner entfällt künftig der von den Gemeinden zu tragende Differenzbetrag zwischen der Heimtaxe und den anrechenbaren Einkünften für Bezüger einer maximalen EL. Aufgrund einer Hochrechnung des Gesundheitsamtes beläuft sich dieser Differenzbetrag für das Jahr 2006 auf rund 1.8 Millionen Franken. Mit dem In-Kraft-Treten der NFA ist für den Kanton mit entsprechenden Mehrkosten im Bereich der EL zu rechnen.

Die NFA-bedingten Mehrkosten für den Kanton können durch die mit der Einführung der NFA verbundenen Änderungen der Finanzströme zwischen Bund und Kantonen sowie die Zunahme der zweckfreien Mittel voraussichtlich vollständig kompensiert werden.

Die NFA-Umsetzung erfolgt gemäss den Vorgaben des Vernehmlassungsberichtes des FMD vom Juni 2006 für die Gemeinden haushalts- und strukturneutral. Gemäss Hochrechnung werden die Gemeinden insgesamt leicht entlastet.

Im Teil ausserhalb der NFA-Umsetzung ergeben sich bei der Mütter- und Väterberatung durch das neue Finanzierungssystem keine Kostenverschiebungen. Die Beratungsdienste

sind für die interessierten Eltern und Bezugspersonen von Säuglingen und Kleinkindern auch künftig ohne Kostenfolgen.

Die mit der Neukonzeption der Investitionsfinanzierung der Alters- und Pflegeheime und Pflegegruppen für den Kanton und die Gemeinden resultierenden Minderkosten von je 2.2 Millionen Franken pro Jahr werden durch höhere Tarifeinnahmen kompensiert. Um jährlich 2.5 Prozent des Richtwerts von 215'000 Franken pro Bett zu kompensieren, sind gemäss Modellrechnung die von den Bewohnerinnen und Bewohner zu tragenden Tagestaxen um ca. 14 Franken zu erhöhen.

Insgesamt werden durch die vorgeschlagene Teilrevision des KPG der Kanton jährlich um rund 1.8 Millionen Franken und die Gemeinden um rund 2.6 Millionen Franken entlastet. Für die Leistungsbezüger fallen im Spitex-Bereich und bei der Mütter- und Väterberatung keine Mehrkosten an. Die nicht EL-berechtigten Heimbewohnerinnen und Heimbewohnern haben demgegenüber Mehrkosten von rund 4.4 Millionen Franken zu tragen.

XXI Erläuterungen zum Entwurf für eine Teilrevision des Krankenpflegegesetzes

Art. 3 Abs. 1 lit. e

Im Sinne einer kohärenten Verwendung der Begriffe im ganzen Gesetzeserlass ist die Bezeichnung „Institutionen der Mütter- und Väterberatung- und Säuglingspflege“ durch „Dienste der Mütter- und Väterberatung“ zu ersetzen.

Art. 7 Abs. 1 lit. e, f und g

Eine einheitliche und konsequente Verwendung der Ausdrücke und Begriffe verlangt eine Angleichung der Wortwahl bei lit. e an diejenige von lit. f und g. Der Vollständigkeit halber muss die Liste der beitragsberechtigten Institutionen mit den anerkannten Diensten der Mütter- und Väterberatung ergänzt werden.

Art. 9 Abs. 1 lit. a

Entsprechend der in Art. 7 Abs. 1 lit. g als beitragsberechtigt aufgeführten Institutionen ist die Liste der Institutionen, an welche die Gemeinden Betriebsbeiträge ausrichten, solange die Trägerschaften nicht auf Beitragsleistungen verzichten, mit den Diensten der Mütter- und Väterberatung zu ergänzen.

Titel zu Kapitel IV

Bestimmungen betreffend Beiträge an Dienste der häuslichen Pflege und Betreuung sind heute im Kapitel IV und im Kapitel VIII enthalten. Neu werden sie im Sinne der Transparenz

im Kapitel VIII zusammengefasst. Die Aufführung der Dienste der häuslichen Pflege und Betreuung im Titel zu Kapitel IV wird deshalb hinfällig.

Art. 20 Abs. 1

Entsprechend den Ausführungen zum Titel des Kapitels IV sind die Dienste der häuslichen Pflege und Betreuung aus diesem Artikel zu streichen.

Art. 21 Abs. 1

Mit der Neukonzeption der kantonalen Investitionsbeiträge an Alters- und Pflegeheime und Pflegegruppen erfolgt im Bereich der Neu- und Erweiterungsbauten eine pauschale Abgeltung pro zusätzlich geschaffenes Bett. Die Aufzählung der verschiedenen Investitionsbereiche, an welche der Kanton Beiträge ausrichtet, wird deshalb hinfällig. Ebenso muss nicht mehr unterschieden werden, ob eine Trägerschaft eine Investition selber vornimmt oder sich in einer Liegenschaft einmietet. Entscheidend für die Anerkennung des Angebots durch die Regierung und damit für die Beitragsberechtigung ist der gemäss der kantonalen Rahmenplanung ausgewiesene Zusatzbedarf an Betten in der betreffenden Planungsregion sowie die Erfüllung der weiteren Beitragsvoraussetzungen gemäss Art. 21a KPG. Neu wird der von den Gemeinden der Planungsregion zu leistende Investitionsbeitrag pro zusätzlich geschaffenes Bett auf dieselbe Höhe wie der Kantonsbeitrag fixiert.

Art. 21 Abs. 2

Diese Bestimmung entspricht dem letzten Satz von Art. 21 Abs. 1 des geltenden Rechts.

Art. 21 Abs. 3

Für die Instandsetzung und Erneuerung im Zyklus von 25 Jahren sind gemäss vorgeschlagener Neukonzeption jährlich 2.5 Prozent des Richtwerts pro Bett von 215'000 Franken durch die Tarifeinnahmen der Bewohnerinnen und Bewohner zu generieren. Die restlichen 1.5 Prozent sind von den Gemeinden zu leisten. Dies entspricht aufgerundet einem Gemeindebeitrag von 40 Prozent der Investitionskosten. Die anrechenbaren beziehungsweise notwendigen Kosten für die Instandsetzung und Erneuerung der Gebäude sind von den Trägerschaften mit den betreffenden Gemeinden zu vereinbaren.

Art. 21 Abs. 4

Beiträge an die Einrichtungskosten der Dienste der häuslichen Pflege und Betreuung haben in der Vergangenheit eine marginale Rolle gespielt. Seit 2002 wurden lediglich in vier Fällen insgesamt 38'721 Franken Investitionsbeiträge ausbezahlt. Mit dem neuen Finanzierungssystem sind keine objektbezogenen Investitionsbeiträge mehr vorgesehen. Einrichtungskos-

ten werden im Rahmen der Leistungsbeiträge abgegolten. Der bisherige Abs. 4 wird daher hinfällig.

Eine wirtschaftliche Leistungserbringung erfordert zunehmend die Zusammenarbeit zwischen Institutionen, die in der Pflege und Betreuung tätig sind. Die neue Bestimmung unter Abs. 4 gibt den Gemeinden die Möglichkeit, die zweckmässige Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Institutionen zu steuern und einen wirtschaftlichen Mitteleinsatz sicherzustellen.

Art. 21 Abs. 5

Auch mit der Neukonzeption der kantonalen Investitionsbeiträge an Alters- und Pflegeheime und Pflegegruppen für in den Heimregionen zusätzlich geschaffene Betten werden Beiträge nur an Projekte gewährt, die mit der kantonalen Rahmenplanung übereinstimmen. Diese Beitragsvoraussetzung ist bereits in Art. 21a Abs. 2 festgehalten. Der bisherige Abs. 5 kann deshalb gestrichen werden.

In Konsequenz zu Art. 20, wonach die Gemeinden für ein ausreichendes Angebot für die stationäre Pflege und Betreuung von Langzeitpatienten und betagten Personen zu sorgen haben und eine regional abgestimmte Bedarfsplanung zu erstellen haben, ist es folgerichtig, wenn der Kanton für die Aufnahme einer Institution auf die Pflegeheimliste das Einverständnis der betreffenden Gemeinden der Planungsregion einholt.

Art. 21b Abs. 2

Mit der im Zusammenhang mit der NFA notwendigen Neukonzeption im Bereich der Ergänzungsleistungen fällt im Bundesgesetz über Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (ELG) die Obergrenze für die jährliche EL weg. Damit kann die bisher geltende Regelung, wonach die Maximaltarife grundsätzlich so zu bemessen sind, dass sie von den Bezüglern von Ergänzungsleistungen aus ihren maximal anrechenbaren Einkünften zu finanzieren sind, nicht mehr angewendet werden. Neu sollen sich die nach Leistungsbedarf abgestuften Maximaltarife deshalb an den durchschnittlichen Aufwendungen der kostengünstigen Alters- und Pflegeheime orientieren.

Art. 21b Abs. 3

Die anrechenbaren Einkünfte sind im ELG sowie im Kantonalen Gesetz über Ergänzungsleistungen (KELG) festgelegt. Abs. 3 kann somit gestrichen werden.

Art. 21b Abs. 4

Die von der Regierung festgelegten Maximaltarife gelten für alle Heimbewohnerinnen und Heimbewohner. Abs. 4 wird damit hinfällig.

Art. 21c Abs. 3 und 4

Durch den Wegfall der bisherigen im ELG festgelegten Obergrenze für die jährliche EL aufgrund der NFA und die Anrechnung der Maximaltarife im KELG entfallen die von den Gemeinden zu übernehmenden Differenzbeträge zwischen der Taxe und den anrechenbaren Einkünften für Bezüger von maximalen Ergänzungsleistungen. Die bisherigen Bestimmungen in Abs. 3 und 4 werden entsprechend hinfällig.

Neu wird in Abs. 3 festgehalten, dass für die Erstellung einer regional abgestimmten Bedarfsplanung der stationären Angebote zur Pflege und Betreuung von Langzeitpatienten und betagten Personen und für die Realisierung von Bauvorhaben eine zweckmässige Form der Zusammenarbeit festzulegen ist, die den bezahlenden Gemeinden auch ein entsprechendes Mitspracherecht einräumen.

Basis für die Festlegung der Maximaltarife bilden die wirtschaftlichen Alters- und Pflegeheimen. Bei Institutionen mit überdurchschnittlich hohen Kostenstrukturen in Verbindung mit einer geringen Bettenbelegung ist denkbar, dass die Maximaltarife und die restlichen Einnahmen den Betriebsaufwand nicht vollständig zu decken vermögen. Mit dem Verweis auf Art. 19 wird sichergestellt, dass analog wie im Spitalbereich ein allfälliges Betriebsdefizit von stationären Angeboten zur Pflege und Betreuung von Langzeitpatienten und betagten Personen durch die Gemeinden der Planungsregion gedeckt wird.

Titel zu Kapitel VIII

Die Bezeichnung „Mütterberatung und Säuglingsfürsorge“ wird durch „Mütter- und Väterberatung“ ersetzt (vgl. Erläuterungen zu Art. 3 Abs. 1 lit. e).

Art. 31 Abs. 1

Diese Bestimmung entspricht Art. 31bis des geltenden Rechts.

Art. 31 Abs. 2

Der Verweis auf Art. 20 Abs. 2 und 3 verpflichtet die Gemeinden, regional zusammenzuarbeiten. Bei Bedarf kann die Regierung auch im Bereich der häuslichen Pflege und Betreuung Planungsregionen bezeichnen und die Gemeinden einer Planungsregion zuteilen.

Art. 31 Abs. 3

vgl. Erläuterungen zu Art. 21c Abs. 3 und 4

Art. 31a Abs. 1

In diesem Absatz werden die Grundzüge des neuen Finanzierungssystems festgehalten.

Die Spitex-Finanzierung ist leistungsbezogen. Die Beitragsbemessung orientiert sich an den nach Abzug der Leistungen der anderen Kostenträger verbleibenden ungedeckten Kosten bei wirtschaftlicher Betriebsführung.

Art. 31a Abs. 2

Der Kanton gewährt leistungsbezogene Beiträge an die in dieser Bestimmung aufgeführten beitragsberechtigten Leistungskategorien. Die in lit. a aufgeführte Leistungskategorie entspricht den kassenpflichtigen Leistungen gemäss Krankenpflege-Leistungsverordnung. Die beitragsberechtigten Leistungen in der Leistungskategorie Hauswirtschaft und Betreuung entsprechen dem heutigen beitragsberechtigten Angebot.

Art. 31a Abs. 3

Der Kanton übernimmt 50 bis 60 Prozent des ungedeckten Aufwands der innerhalb der in Abs. 2 aufgeführten beitragsberechtigten Leistungskategorien erbrachten Leistungen. Mit der Möglichkeit, den Beitragssatz innerhalb einer gewissen Bandbreite anzusetzen, kann der Grosse Rat im Rahmen der Festlegung der Leistungsbeiträge die Unterstützung der Spitex-Dienste durch kantonale Beiträge entsprechend gewichten und einen zweckmässigen und wirtschaftlichen Mitteleinsatz sicherstellen.

Art. 31a Abs. 4

Diese Bestimmung ermöglicht der Regierung, zeitgerecht auf veränderte Rahmenbedingungen, zum Beispiel aufgrund von Gesetzesrevisionen auf Bundesebene (z. B. Neuregelung der Pflegefinanzierung im Rahmen der Revision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung; KVG) zu reagieren und die nötigen Anpassungen beim Katalog der beitragsberechtigten Leistungskategorien vorzunehmen. Um die Zweckmässigkeit der Einführung von weiteren Leistungskategorien (z. B. präventive Hausbesuche) zu prüfen, sieht die vorliegende Bestimmung vor, dass der Kanton während einer befristeten Phase die nicht anderweitig gedeckten Kosten bis zu 100 Prozent übernehmen kann.

Art. 31a Abs. 5

Ein leistungsorientiertes Finanzierungssystem mit einem unternehmerischen Handlungsspielraum ist für die Dienste der häuslichen Pflege und Betreuung erst gegeben, wenn die Gemeinden nicht wie bis anhin einfach die Restkosten der Gesamtrechnung tragen, sondern mit ihrem Dienst in einer Leistungsvereinbarung fixe Leistungsbeiträge für die in den verschiedenen Kategorien erbrachten Leistungen vereinbaren. Die Spitex-Dienste werden dadurch veranlasst, ihre Leistungen möglichst effizient zu erbringen.

Art. 31a Abs. 6

Diese Bestimmung entspricht weitgehend Art. 31 Abs. 3 des geltenden Rechts. Den Gemeinden steht es offen, im Rahmen der individuellen Leistungsvereinbarungen mit ihren kommunalen oder regionalen Spitex-Diensten weitere Leistungskategorien zu bestimmen. Solche Dienstleistungen sind allerdings in der weiteren Betriebsrechnung abzubilden und werden vom Kanton nicht subventioniert.

Art. 31b Abs. 1

Der Grosse Rat soll analog der Spitalfinanzierung in einem politischen Prozess jährlich über die Höhe der Leistungsbeiträge an die Dienste der häuslichen Pflege und Betreuung entscheiden (vgl. auch Erläuterungen zu Art. 31a Abs. 3).

Art. 31b Abs. 2

Die Höhe der Leistungsbeiträge orientiert sich an den wirtschaftlichen Diensten der häuslichen Pflege und Betreuung, die Leistungen in guter Qualität zu günstigen Preisen erbringen. Zur Festlegung der Beiträge dienen die Kosten- und Leistungsdaten des Basisjahres der beitragsberechtigten Dienste.

Art. 31c

Im Interesse der betroffenen Klientinnen und Klienten und in Würdigung des gesundheitspolitischen Grundsatzes „ambulant vor stationär“ sollen die von den Klientinnen und Klienten zu tragenden Kosten weiterhin durch die Regierung limitiert werden. Die Höhe der Maximaltarife ist dabei so festzulegen, dass diese keinen Anlass zu einem Heimeintritt geben.

Art. 31d Abs. 1

Die Leistungen der Dienste der Mütter- und Väterberatung werden pauschal abgegolten. Die Mehrzahl der Beratungen wird für die Kleinkinder im ersten Lebensjahr erbracht. Entsprechend soll Basis für die Festlegung des kantonalen Beitrages die Anzahl Kinder im ersten Lebensjahr, die per 31. Dezember des Vorjahres im Einzugsgebiet des entsprechenden beitragsberechtigten Dienstes der Mütter- und Väterberatung wohnhaft sind, bilden.

Art. 31d Abs. 2

vgl. Erläuterungen zu Art. 31a Abs. 5

Art. 31d Abs. 3

vgl. Erläuterungen zu Art. 31a Abs. 6

Art. 31e Abs. 1

Neu wird im Gesetz statuiert, dass pflege- und betreuungsbedürftige Personen Anspruch auf Spitex-Leistungen haben. Die Dienste der häuslichen Pflege und Betreuung sind verpflichtet, bei Anfrage und ausgewiesenem Bedarf Leistungen gemäss Art. 31a Abs. 2 zu erbringen. Damit soll verhindert werden, dass Anfragen kostenintensiver Klientinnen und Klienten, z. B. aufgrund langer Anfahrtswege abgewiesen oder Leistungen mit einem tieferen Kostendeckungsgrad nicht erbracht werden und in Folge davon ein Spital- oder Heimaufenthalt notwendig wird.

Art. 31e Abs. 2

Die Voraussetzungen für den Anspruch von kassenpflichtigen Leistungen sind in den einschlägigen Bestimmungen der Krankenversicherungsgesetzgebung des Bundes festgeschrieben.

Art. 31e Abs. 3

Voraussetzung für die Beitragsberechtigung der Leistungen gemäss Art. 31a Abs. 2 lit. b und c ist ein ausgewiesener Bedarf, der mit Hilfe der durchgeführten Bedarfsklärung unter Einbezug der persönlichen Ressourcen des Klienten sowie seines sozialen Netzes durch die Einsatzleiterin oder die verantwortliche hauswirtschaftliche Leiterin festgelegt wird. Die Bedarfsklärung erfolgt in enger Zusammenarbeit mit dem Arzt der Klientin oder des Klienten, mit stationären Einrichtungen (z. B. Spitäler, Kliniken oder Heime) sowie mit Beratungsstellen und weiteren sozialen Institutionen.

Art. 31f

Diese Bestimmung zum Anspruch auf Leistungen der anerkannten Dienste der Mütter- und Väterberatung ist analog derjenigen in Art. 31e Abs. 1 zum Anspruch auf Leistungen der anerkannten Dienste der häuslichen Pflege und Betreuung.

Der Zugang zu Leistungen der Dienste der Mütter- und Väterberatung ist möglichst breit und niederschwellig zu gestalten. Das Dienstleistungsangebot steht nebst den werdenden Eltern und Eltern auch Bezugspersonen von Säuglingen und Kindern unter vier Jahren, z. B. Grosseltern oder Tagesfamilien, zur Verfügung. Die Leistungen sind für die Zielgruppen kostenlos.

Art. 31g

Die innerhalb der beitragsberechtigten Leistungskategorien von den Diensten der häuslichen Pflege und Betreuung zu erbringenden Leistungen sowie die Details zur Bedarfsklärung und zum Zeitbudget werden zweckmässigerweise in der Verordnung zum KPG festgelegt.

Die für die Dienste der Mütter- und Väterberatung zweckmässige Form der Beratung, z. B. Telefonsprechstunden, Hausbesuche oder Beratungen in Beratungsstellen ist von den individuellen Verhältnissen in der Region abhängig. Eine Erstberatung ist nach Möglichkeit als Hausbesuch durchzuführen. Die Minimalstandards zur Art und zum Umfang der anzubietenden Dienstleistungen werden in der Verordnung zum KPG festgelegt.

Art. 31h Abs. 1 und 2

Die neue Kantonsverfassung legt in Art. 31 fest, dass alle wichtigen Bestimmungen durch den Grossen Rat in der Form des Gesetzes zu erlassen sind. Art. 28 der Verordnung zum KPG muss deshalb ins Gesetz aufgenommen werden. Als weitere Anerkennungsvoraussetzung für die Dienste der häuslichen Pflege und Betreuung und der Mütter- und Väterberatung wird die Verpflichtung der Dienste, beitragsberechtigte Leistungen den anspruchsberechtigten Zielgruppen zu erbringen, neu ins Gesetz aufgenommen.

Art. 31i Abs. 1 und 2

In den Rahmenleistungsaufträgen für die Dienste der häuslichen Pflege und Betreuung und die Dienste der Mütter- und Väterberatung werden analog zum Spitalbereich die Anforderungen an die Strukturqualität und der Ausbildungsauftrag festgelegt. Ziel ist, eine professionelle Strukturqualität sicherzustellen, die eine qualitativ ausgewiesene und bedarfsgerechte Leistungserbringung ermöglicht. Dazu gehört zum Beispiel, dass die Mitarbeitenden über die nötige Qualifikation verfügen und die Klientenzufriedenheit systematisch erfasst wird.

Weiter sind in den Rahmenleistungsaufträgen die Anforderungen an die Aus-, Weiter- und Fortbildung der Mitarbeitenden und der Umfang der Verpflichtung, Lernende zu begleiten, festzuhalten.

Art. 31k Abs. 1

Diese Bestimmung soll eine qualitativ ausgewiesene Leistungserbringung sicherstellen und verhindern, dass Effizienzsteigerungen auf Kosten der Strukturqualität vorgenommen werden.

Art. 31k Abs. 2

Um eine korrekte Berechnung der Beiträge zu gewährleisten, ist der Kanton auf vollständige und rechtzeitige Datenlieferungen durch die Dienste der häuslichen Pflege und Betreuung und die Dienste der Mütter- und Väterberatung angewiesen. Durch die Möglichkeit der Kürzung der Beiträge bei mangelhaft oder verspätet eingereichten Betriebsdaten soll die vollständige und rechtzeitige Datenlieferung sichergestellt werden.

Die Möglichkeit der Kürzung der Beiträge gilt auch für den Fall, dass Leistungen trotz Anspruch gemäss Art. 31e nicht erbracht werden (vgl. Erläuterungen zu Art. 31e).

Art. 31k Abs. 3

Diese Bestimmung soll sicherstellen, dass den Klientinnen und Klienten für Leistungen gemäss Art. 31a Abs. 2 lit. b und c höchstens die von der Regierung festgelegten Maximaltarife in Rechnung gestellt werden und damit der chancengleiche Zugang zu Spitex-Leistungen im ganzen Kantonsgebiet gewährleistet ist.

Art. 31bis

Abs. 1 wird in Art. 31 Abs. 1 integriert. Die Beitragsregelung ist neu in Art. 31d Abs. 1 bis 3 enthalten. Diese Bestimmung kann daher aufgehoben werden.

Art. 47

Diese Übergangsbestimmung bezieht sich auf die Teilrevision des KPG vom 4. März 2001. Der Artikel kann gestrichen werden.

Art. 49

vgl. Erläuterungen zu Art. 47

Art. 49c

Für Investitionsgesuche, die der zuständigen kantonalen Dienststelle vor dem 1. September 2006 eingereicht wurden, sollen Investitionsbeiträge auch nach In-Kraft-Treten der Teilrevision nach bisherigem Recht ausgerichtet werden. Derzeit befinden sich 17 Investitionsgesuche für kantonale Beiträge in Bearbeitung. Davon sehen drei Projekte vor, zusätzliche Betten zu erstellen.

Für Investitionsgesuche, die nach dem 1. September 2006 eingehen ist demgegenüber das neue Recht massgebend.

Art. 49d

Bis anhin wurden die kantonalen Defizitbeiträge der Dienste der häuslichen Pflege und Betreuung sowie der Mütter- und Väterberatung nachträglich nach Vorliegen der revidierten Kosten- und Leistungsdaten ausgerichtet. Neu sollen die kantonalen Beiträge möglichst vollständig im laufenden Jahr geleistet werden. Dadurch ergibt sich eine Restverpflichtung des Kantons aus den Jahren vor In-Kraft-Treten der Teilrevision. Diese soll im Rahmen der verfügbaren Mittel in maximal drei Jahren abgebaut werden.

Gliederungstitel vor Art. 52



Dieser Gliederungstitel bezieht sich auf die Teilrevision des KPG vom 3. März 1991 und hat keine Bedeutung mehr.

XXII Einführung der neuen Finanzierungssysteme

Die Einführung der neuen kantonalen Finanzierungssysteme soll zeitgleich mit der Einführung der NFA, voraussichtlich per 1. Januar 2008, erfolgen.

Gegebenenfalls ist zuhanden der Budgetberatung 2008 für die Spitex-Finanzierung eine Budgetbotschaft auszuarbeiten, in welcher dem Grossen Rat gemäss Art. 31b KPG erstmals die Festlegung der Leistungsbeiträge pro beitragsberechtigter Leistungskategorie und Leistungseinheit beantragt wird.

XXIII Übereinstimmung mit dem Regierungsprogramm 2005 – 2008

Im Bericht über das Regierungsprogramm und den Finanzplan für die Jahre 2005 – 2008 (Botschaft Heft Nr. 1/2004-2005) wird im Bereich Gesundheit die strategische Absicht geäußert, Beiträge des Kantons im Gesundheitswesens leistungsbezogen auszurichten.

Mit der vorliegenden Teilrevision des Krankenpflegegesetzes werden anreizorientierte Finanzierungssysteme vorgeschlagen, die sich an den erbrachten Leistungen orientieren. Das Verfahren zur Festlegung der Beiträge des Kantons stellt einen wirtschaftlichen und zweckmässigen Mitteleinsatz sicher.

XXIV Anhang

1 Abkürzungsverzeichnis

AHV	Alters- und Hinterlassenenversicherung
AHVG	Bundesgesetz über die Alters- und Hinterlassenenversicherung
BGS	Bildungszentrum Gesundheit und Soziales
BESA	BewohnerInnen-Einstufungs- und Abrechnungssystem
EL	Ergänzungsleistungen
ELG	Bundesgesetz über Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung
GDK	Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und –direktoren
GG	Gesetz über das Gesundheitswesen des Kantons Graubünden (Gesundheitsgesetz)
KELG	Gesetz über kantonale Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (Kantonales Gesetz über Ergänzungsleistungen)
IV	Invalidenversicherung
KPG	Gesetz über die Förderung der Krankenpflege und der Betreuung von betagten und pflegebedürftigen Personen (Krankenpflegegesetz)
KLV	Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Krankenpflege-Leistungsverordnung)
KVG	Bundesgesetz über die Krankenversicherung
KVV	Verordnung über die Krankenversicherung
NFA	Neugestaltung des Finanzausgleichs und der Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen
SLSK	Struktur- und Leistungsüberprüfung zur Sanierung des Kantonshaushalts
Spitex	Spitalexterne häusliche Pflege und Betreuung
SVA GR	Sozialversicherungsanstalt des Kantons Graubünden
VO KPG	Verordnung zum Gesetz über die Förderung der Krankenpflege und der Betreuung von betagten und pflegebedürftigen Personen (Verordnung zum Krankenpflegegesetz)



2 Beitragsberechtigte Spitex-Dienste per 1.1.2006

Nr	Dienst	Anzahl Gde.	Gemeinden
1	Spitex Engiadina Bassa	12	Ardez, Ftan, Guarda, Lavin, Ramosch, Samnaun, Scuol, Sent, Susch, Tarasp, Tschlin und Zernez
2	Arosa	1	Arosa
3	Spitex Imboden	5	Bonaduz, Domat/Ems, Felsberg, Rhäzüns und Tamins
4	Spitex Valle Bregaglia	5	Bondo, Castasegna, Soglio, Stampa, Vicosoprano
5	Spitex in Alterswohnungen von Heimen Chur	0	
6	Spitex Verein Chur	1	Chur
7	Spitex Davos	1	Davos
8	Spitex Cadi	7	Breil/Brigels, Disentis/Mustér, Medel (Lucmagn), Schlans, Sumvitg, Trun und Tujetsch
9	Spitex Prättigau (Flury-Stiftung)	15	Conters i.P., Fanas, Fideris, Furna, Grösch, Jenaz, Klosters-Serneus, Küblis, Luzein, Saas i.P., Schiers, Seewis i.P., St. Antönien, St. Antönien-Ascharina und Valzeina
10	Spitex Igis-Landquart-Mastrils	2	Igis und Mastrils
11	Spitex Selva	5	Falera, Flims, Laax, Sagogn und Trin
12	Spitex Albula/Churwalden	27	Alvaneu, Alvaschein, Bergün/Bravuogn, Bivio, Brienz/Brinzauls, Churwalden, Cunter, Filisur, Lantsch/Lenz, Malix, Marmorera, Mon, Mulegns, Parpan, Praden, Riom-Parsonz, Salouf, Savognin, Schmiten, Stierva, Sur, Surava, Tiefencastel, Tinizong-Rona, Tschierschen, Vaz/Obervaz und Wiesen
13	Spitex Verein Kreis Maienfeld	4	Fläsch, Jenins, Maienfeld und Malans
14	Spitex Schanfigg	9	Calfeisen, Castiel, Langwies, Lüen, Maladers, Molinis, Pagig, Peist und St. Peter
15	ACAM Moesano	17	Arvigo, Braggio, Buseno, Cama, Castaneda, Cauco, Grono, Leggia, Lostalio, Mesocco, Rossa, Roveredo, San Vittore, Selma, Soazza, Sta. Maria i.C. und Verdabbio
16	Spitex Müstair	6	Fuldera, Lü, Müstair, Sta. Maria i.M., Tschieru und Valchava
17	Spitex Hinterrhein-Domleschg-Heinzenberg	40	Almens, Andeer, Ausserferrera, Avers, Casti-Wergenstein, Cazis, Clugin, Donat, Feldis/Veulden, Flerden, Fürstenau, Hinterrhein, Innerferrera, Lohn, Masein, Mathon, Medels i. Rh., Mutten, Nufenen, Paspels, Pignia, Portein, Pratval, Präz, Rodels, Rongellen, Rothenbrunnen, Sarn, Scharans, Scheid, Sils i. D., Splügen, Sufers, Tartar, Thisis, Trans, Tschappina, Tumeagl/Tomils, Urmein, Zillis-Reischen
18	Spitex Valle Poschiavo	2	Brusio, Poschiavo
19	Spitex Foppa	33	Andiast, Castrisch, Cumbel, Degen, Duvin, Flond, Ilanz, Ladir, Lumbrin, Luven, Morissen, Obersaxen, Pigniu, Pitasch, Riein, Rueun, Ruschein, Safien, Schluein, Schnaus, Sevgein, Siat, St. Martin, Suraua, Surcuolm, Tenna, Valendas, Vals, Vella, Versam, Vignogn, Vrin und Waltensburg/Vuorze
20	Spitex Oberengadin	11	Bever, Celerina/Schlarigna, La Punt-Chamues-ch, Madulain, Pontresina, Samedan, S-chanf, Sils i.E./Segl, Silvaplana, St. Moritz und Zuoz
21	Spitex Calanda	5	Haldenstein, Sars, Trimmis, Untervaz und Zizers



3 Beitragsberechtigte Dienste der Mütter- und Väterberatung per 1.1.2006

Nr	Dienst	Anzahl Gde.	Gemeinden
1	Arosa	1	Arosa
2	Engiadina, Bregaglia, Val Müstair, Valle Poschiavo, Samnaun	36	Ardez, Bever, Bondo, Brusio, Castasegna, Celerina/Schlarigna, Ftan, Fuldera Guarda, La Punt-Chamues-ch, Lavin, Lü, Madulain, Müstair, Poschiavo, Pontresina, Ramosch, Samedan, Samnaun, S-chanf, Sent, Scuol, Sils i.E./Segl, Silvaplana, Soglio Sta. Maria i.M, Stampa, St. Moritz, Susch, Tarasp, Tschier, Tschlin, Valchava, Vicosoprano, Zernez und Zuoz
3	Chur	5	Chur, Igis, Malans, Mastrils, Zizers
4	Bündner Rheintal	11	Bonaduz, Domat Ems, Felsberg, Fläsch, Jenins, Haldenstein, Maienfeld, Says, Tamins, Trimmis und Untervaz
5	ORMO	17	Arvigo, Braggio, Buseno, Cama, Castaneda, Cauco, Grono, Leggia, Lostalio, Mesocco, Rossa, Roveredo, San Vittore, Selma, Soazza, Sta. Maria i.C. und Verbabbio
6	Surselva	45	Andiast, Breil/Brigels, Castrisch, Cumbel, Degen, Dissentis/Mustér, Duvin, Falera, Flims, Flond, Ilanz, Laax, Ladir, Lumbrin, Luven, Medel (Lucmagn), Morissen, Obersaxen, Pigniu, Pitasch, Riein, Rueun, Ruschein, Safien, Sagogn, Schlans, Schluein, Schnaus, Sevgein, Siat, St. Martin, Sumvitg, Suraua, Surcuolm, Tenna, Trin, Trun, Tujetsch, Valendas, Vals, Vella, Versam, Vignogn, Vrin und Waltensburg/Vuorz
7	Albula-Churwalden-Davos	29	Alvaneu, Alvaschein, Bergün/Bravuogn, Bivio, Brienz/Brinzauls, Churwalden, Cunter, Davos, Filisur, Lantsch/Lenz, Malix, Marmorera, Mon, Mulegns, Mutten, Parpan, Praden, Riom-Parsonz, Salouf, Savognin, Schmitten, Stierva, Sur, Surava, Tiefencastel, Tinzong-Rona, Tschierschen, Vaz/Obervaz und Wiesen
8	Schanfigg	9	Calfreisen, Castiel, Langwies, Lüen, Maladers, Molinis, Pagig, Peist und St. Peter
9	Prättigau	15	Conters i.P., Fanas, Fideris, Furna, Grösch, Jenaz, Klosters-Serneus, Küblis, Luzein, Saas i.P., Schiers, Seewis i.P., St. Antönien, St. Antönien-Ascharina und Valzeina
10	Hinterrheintal	40	Almens, Andeer, Ausserferrera, Avers, Casti-Wergenstein, Cazis, Clugin, Donat, Feldis/Veulden, Flerden, Fürstenau, Hinterrhein, Innerferrera, Lohn, Masein, Mathon, Medels i. Rh., Nufenen, Paspels, Pignia, Portein, Pratval, Präz, Rhäzuns, Rodels, Rongellen, Rothenbrunnen, Sam, Scharans, Scheid, Sils i. D., Splügen, Sufers, Tartar, Thusis, Trans, Tschappina, Tumeagl/Tomils, Urmein, Zillis-Reischen



4 Spitex Modellrechnung: Leistungsbezogene Beiträge

Modellrechnung: Spitex											
Leistungsbezogene Beiträge (Kanton)											
Basis: -Betriebsdaten 2004 -Aufwand pro Leistungseinheit: Leistungskategorie: 1 Fr. 73.50; Leistungskategorie 2: Fr. 63.80; Leistungskategorie 3: Fr. 18.- -Beitragssatz: 55% des ungedeckten Aufwands -Die Stunden sind in der Darstellung auf ganze Zahlen gerundet. -Für die Berechnungen hingegen wurde von den effektiven Wertangaben ausgegangen, wie sie von den Spitex-Organisationen eingereicht wurden. -Alle Beträge sind auf Franken genau gerundet.											
Organisation	verrechenbare Stunden	Leistungs-kategorie 1			Leistungs-kategorie 2		Leistungs-kategorie 3	Leistungs-kategorie 1	Leistungs-kategorie 2	Leistungs-kategorie 3	Total leistungsbezogene Beiträge
		davon KLV a	davon KLV b	davon KLV c	davon Hauswirtschaft und Betreuung	davon weitere Spitex-Leistungen	Anzahl Mahlzeiten	Beiträge Pflege (KLV a-c)	Beiträge Hauswirtschaft und Betreuung (inkl. weitere Spitex-Leistungen)	Beiträge Mahlzeindienst	
	(h)	(h)	(h)	(h)	(h)	(h)		(Fr.)	(Fr.)	(Fr.)	(Fr.)
								16.00	21.40	2.20	
1	12'676	139	993	5'478	6'066	0	1'140	105'760	129'812	2'508	238'080
2	1'483	18	153	878	434	0	750	16'781	9'282	1'650	27'714
3	15'821	215	2'773	6'264	6'569	0	7'443	148'028	140'577	16'375	304'980
4	2'786	3	883	835	1'066	0	0	27'524	22'802	0	50'326
5	14'945	107	1'831	5'978	5'659	1'370	27'457	126'656	150'421	60'405	337'482
6	55'712	465	7'304	19'524	28'173	247	0	436'684	608'176	0	1'044'860
7	12'249	202	981	6'917	4'071	79	3'583	129'598	88'798	7'883	226'278
8	14'495	198	1'012	7'343	5'942	0	5'459	136'851	127'160	12'010	276'021
9	23'192	274	3'065	11'104	8'750	0	10'482	231'077	187'249	23'060	441'386
10	12'607	136	1'463	6'100	4'907	2	5'200	123'177	105'040	11'440	239'657
11	8'816	78	557	3'491	4'691	0	3'608	66'002	100'380	7'938	174'320
12	15'713	196	1'053	3'723	10'741	0	0	79'557	229'852	0	309'408
13	7'770	34	1'002	4'426	2'308	0	0	87'380	49'400	0	136'780
14	3'755	26	362	975	2'306	85	0	21'815	51'170	0	72'985
15	21'640	799	1'442	5'741	13'637	21	0	127'716	292'282	0	419'998
16	2'320	49	623	874	773	0	3'208	24'748	16'538	7'058	48'344
17	19'546	134	1'837	8'935	8'640	0	1'381	174'496	184'896	3'038	362'430
18	26'841	160	1'010	10'669	15'001	0	6'416	189'439	321'023	14'115	524'577
19	16'505	164	1'354	6'051	8'937	0	2'183	121'102	191'243	4'803	317'148
20	24'857	319	1'739	14'719	6'339	1'740	7'849	268'446	172'884	17'268	458'597
21	11'768	116	1'288	4'860	5'504	0	3'070	100'232	117'783	6'754	224'769
T	325'496	3'833	32'725	134'883	150'510	3'544	89'229	2'743'068	3'296'768	196'304	6'236'139



5 Spitex Modellrechnung: Bilanz Spitex-Dienste

Modellrechnung												
Bilanz Spitex-Dienste												
Basis:												
-Betriebsdaten 2004 (engere Betriebsrechnungen)												
-gemäß separater Modellrechnung "Leistungsbezogene Beiträge"												
-Beitragssatz Kanton: 55% des pro Leistungskategorie und Leistungseinheit ungedeckten Aufwands												
-hypothetischer Beitragssatz Gemeinden: 45% des pro Leistungskategorie und Leistungseinheit ungedeckten Aufwands												
-Alle Beträge sind auf Franken genau gerundet.												
	engere Betriebsrechnung				altes System				neues System			
Organisation	Aufwand	Ertrag	Defizit	Kostendeckungsgrad	Beiträge Gemeinde	Beiträge Kanton	Beiträge Bund (Basis 2002)	Total Beiträge	Beiträge Gemeinde	Beiträge Kanton	Total Beiträge	Differenz alt - neu
	(Fr.)	(Fr.)	(Fr.)	(%)	(Fr.)	(Fr.)	(Fr.)	(Fr.)	(Fr.)	(Fr.)	(Fr.)	(Fr.)
1	1'038'608	504'198	534'410	48.5%	176'214	175'260	182'936	534'410	194'798	238'080	432'878	-101'531
2	122'069	71'638	50'432	58.7%	13'666	8'725	28'041	50'432	22'680	27'714	50'394	-38
3	1'314'386	700'279	614'107	53.3%	186'692	185'806	241'609	614'107	249'553	304'980	554'533	-59'574
4	174'880	108'460	66'420	62.0%	18'055	18'055	30'310	66'420	41'182	50'326	91'507	25'088
5	1'374'839	873'347	501'492	63.5%	140'527	140'528	220'437	501'492	276'130	337'482	613'612	112'120
6	3'899'413	2'006'086	1'893'327	51.4%	572'299	572'298	748'730	1'893'327	854'875	1'044'860	1'899'735	6'408
7	1'098'672	532'156	566'516	48.4%	192'110	190'600	183'806	566'516	185'173	226'278	411'451	-155'065
8	845'378	602'763	242'615	71.3%	47'499	45'679	149'437	242'615	225'859	276'021	501'879	259'265
9	1'857'799	1'076'724	781'075	58.0%	194'997	143'030	443'048	781'075	361'186	441'386	802'571	21'497
10	937'028	580'265	356'763	61.9%	96'518	96'519	163'726	356'763	196'109	239'657	435'766	79'003
11	549'872	300'453	249'420	54.6%	73'460	73'459	102'501	249'420	142'620	174'320	316'941	67'521
12	996'338	472'344	523'994	47.4%	155'121	154'234	214'639	523'994	253'100	309'408	562'508	38'515
13	711'625	328'132	383'494	46.1%	135'259	119'940	128'295	383'494	111'939	136'780	248'719	-134'775
14	309'405	115'805	193'600	37.4%	74'497	63'909	55'194	193'600	59'706	72'985	132'691	-60'910
15	1'302'035	621'430	680'604	47.7%	235'512	235'513	209'579	680'604	343'583	419'998	763'581	82'976
16	256'276	138'436	117'839	54.0%	36'666	36'666	44'507	117'839	39'561	48'344	87'905	-29'934
17	1'502'053	784'725	717'328	52.2%	227'323	222'738	267'267	717'328	296'554	362'430	658'985	-58'343
18	1'486'677	926'959	559'719	62.4%	173'356	166'510	219'853	559'719	429'170	524'577	953'747	394'028
19	1'206'609	591'239	615'371	49.0%	197'954	196'491	220'926	615'371	259'472	317'148	576'620	-38'750
20	2'004'925	1'087'125	917'800	54.2%	348'753	303'994	265'053	917'800	375'295	458'597	833'892	-83'908
21	1'025'249	427'492	597'757	41.7%	214'783	166'006	216'968	597'757	183'909	224'769	408'677	-189'080
T	24'014'137	12'850'057	11'164'080	53.5%	3'511'258	3'315'960	4'336'862	11'164'080	5'102'454	6'236'139	11'338'593	174'514