



Botschaft der Regierung an den Grossen Rat

Heft Nr. 15/2015–2016

Inhalt	Seite
18. Bericht zur Spital- und Pflegefinanzierung im Kanton Graubünden.....	1035

Inhaltsverzeichnis

18.	Bericht zur Spital- und Pflegefinanzierung im Kanton Graubünden	
1.	Ausgangslage	1035
1.1.	Kommissionsauftrag KGS betreffend Aufgaben- und Finanzentflechtung in der Krankenpflege	1035
1.2.	Weitere Vorstösse im Bereich der Spital- und Pflegefinanzierung	1036
2.	Geltende Regelung der Spitalfinanzierung	1039
2.1.	Bund	1039
2.2.	Kanton	1041
3.	Geltende Regelung der Pflegefinanzierung	1042
3.1.	Bund	1042
3.2.	Kanton	1044
4.	Bewilligungsvoraussetzungen für die Leistungserbringer im Gesundheitswesen	1052
4.1.	Spitalbereich	1052
4.2.	Pflege und Betreuung	1052
5.	Geltende Regelung bei den Ergänzungsleistungen	1053
5.1.	Bund	1053
5.2.	Kanton	1053
5.3.	Entwicklung der Beiträge im Bereich der stationären Pflege und Betreuung	1054
6.	Finanzielle Auswirkungen der neuen Spital- und Pflegefinanzierung	1055
6.1.	Spitalfinanzierung	1056
6.2.	Finanzierung der stationären Pflege und Betreuung	1059
6.3.	Finanzierung der ambulanten Pflege und Betreuung	1063
6.4.	Gesamtbeiträge	1065
7.	Gutachten zur Vornahme der gemäss Auftrag der KGS notwendigen Abklärungen	1068
7.1.	Fragestellungen an den Gutachter	1068
7.2.	Hauptinhalte des Gutachtens	1069

8.	Vergleich der Regelungen der Spital-, Pflege- und Spitexfinanzierung der Kantone der GDK-Ost	1070
8.1.	Spitalfinanzierung	1070
8.2.	Stationäre Pflege und Betreuung	1070
8.3.	Ambulante Pflege und Betreuung	1071
9.	Kostentreibende Wirkung der personellen Vorgaben des Kantons im Spital-, Pflegeheim- und Spitexbereich?	1072
10.	Handlungsspielraum für kostensenkende Massnahmen	1072
10.1.	Kanton	1072
10.2.	Gemeinden	1073
11.	Mängel der geltenden Regelung der Spital- und Pflegefinanzierung und Massnahmen zu deren Behebung.	1074
11.1.	Spitalfinanzierung	1074
11.2.	Pflegefinanzierung	1074
12.	Varianten der Spital- und Pflegefinanzierung	1079
13.	Getrennte Finanzierung der Spital- und Pflegefinanzierung ...	1080
13.1.	Eckpunkte der getrennten Finanzierung	1080
13.2.	Voraussetzungen der Trennung	1081
13.3.	Folgen der Trennung	1082
14.	Bewertung der Varianten der Spital- und Pflegeheimfinanzierung durch die Regierung	1085
15.	Empfehlung der Regierung	1089
16.	Anträge	1091
	Abkürzungsverzeichnis	1092

Botschaft der Regierung an den Grossen Rat

18.

Bericht zur Spital- und Pflegefinanzierung im Kanton Graubünden

Chur, den 1. März 2016

Sehr geehrter Herr Landespräsident
Sehr geehrte Damen und Herren

Wir unterbreiten Ihnen hiermit den von Ihnen in Auftrag gegebenen Bericht zur Spital- und Pflegefinanzierung im Kanton Graubünden.

1. Ausgangslage

1.1. Kommissionsauftrag KGS betreffend Aufgaben- und Finanzentflechtung in der Krankenpflege

Mit dem vom Grossen Rat in der Oktobersession 2011¹ mit 104 zu 0 Stimmen überwiesenen Kommissionsauftrag der Kommission für Gesundheit und Soziales (KGS)² wurde die Regierung beauftragt, das bestehende System der Spital- und Pflegefinanzierung einer eingehenden Prüfung zu unterziehen und darüber Bericht zu erstatten. Dabei sollten insbesondere die von der Regierung beschlossenen, kostentreibenden Regulierungen in den Verordnungen geprüft werden. Zudem wurde die Regierung beauftragt, Bericht zu erstatten, unter welchen Voraussetzungen und mit welchen Fol-

¹ GRP 2011/2012, S. 384f.

² GRP 2010/2011, S. 909

gen künftig eine alleinige Spitalfinanzierung durch den Kanton und eine alleinige Finanzierung der Pflege durch die Gemeinden bei gleichbleibenden Trägerschaften durchführbar wäre.

Die Regierung führte in ihrer Antwort aus, die mit dem Auftrag verlangte Prüfung des geltenden Systems der Spital- und Pflegefinanzierung könne frühestens nach Vorliegen der Daten der ersten zwei Jahre nach Einführung der neuen Finanzierungsregelungen erfolgen. Erst auf Basis zweier Betriebsjahre würden ausreichend gesicherte Erkenntnisse zu den Auswirkungen der neuen Finanzierungsregelung vorliegen. Erst dann könnten im Sinne des Auftrages die Auswirkungen einer alleinigen Spitalfinanzierung durch den Kanton und einer alleinigen Finanzierung der Pflegeheime und der Spitex durch die Gemeinden bei gleichbleibenden Trägerschaften mit einer genügenden Verlässlichkeit aufgezeigt werden.

Nachdem die neuen Finanzierungsregeln in der Pflegefinanzierung seit 1. Januar 2011 und in der Spitalfinanzierung seit 1. Januar 2012 in Kraft sind, liegen seit dem Sommer 2015 die Zahlen und Erfahrungen von vier beziehungsweise drei Jahren vor. Damit sind die Voraussetzungen für die Berichterstattung im Sinne des Kommissionsauftrags und der Antwort der Regierung gegeben.

1.2. Weitere Vorstösse im Bereich der Spital- und Pflegefinanzierung

Anfrage Hardegger betreffend Pflegeheimfinanzierung

In seiner Anfrage vom 22. Oktober 2014³ betreffend Pflegeheimfinanzierung unterbreitete Grossrat Hardegger der Regierung folgende Fragen:

- 1. Das bestehende Finanzierungsmodell (Basis für die Maximaltarife bilden die Heime mit der günstigsten Kostenstruktur) hat bei den Maximaltarifen eine gefährliche Abwärtsspirale zur Folge, die es den Heimen verunmöglicht, genügend Gewinne zu erwirtschaften, um sich in Zukunft aus eigener Kraft zu refinanzieren. Wie rechtfertigt es sich aufgrund des unterschiedlichen Investitionsstandes der Heime, die Maximaltarife so festzulegen, dass rund 60 % der Bündner Pflegeheime auf Stufe Kostenrechnung defizitär sind?*
- 2. Wer springt bei einer solchen Finanzierungslücke ein, wenn die selbst erwirtschafteten Mittel des Heimes eine umfassende Sanierung oder Erneuerung nicht zulassen?*

³ GRP 2014/2015, S. 243

3. *Gesetzt der Fall, dass die Trägerschaft des Heimes nicht genügend Eigenkapital für eine umfassende Sanierung oder Erneuerung hat und die Gemeinden in die Finanzierungslücke springen müssten, werden solche (Sonder-)Lasten der Gemeinden über den Finanzausgleich ausgeglichen?*

In ihrer Antwort vom 23. Dezember 2014⁴ führte die Regierung im Wesentlichen aus, der Umstand, dass rund 60 Prozent der Bündner Pflegeheime auf Stufe Kostenrechnung defizitär seien, sei Folge der gesetzlichen Vorgabe in Art. 21b Abs. 1 des Krankenpflegegesetzes zur Berechnung der Maximaltarife. Die Aussage, dass das bestehende Finanzierungsmodell es den Heimen verunmöglichen würde, genügend Gewinne zu erwirtschaften, um sich aus eigener Kraft refinanzieren zu können, treffe jedoch aus folgenden Gründen nicht zu:

- Grundlage für die Bestimmung der anerkannten Kosten und somit für die Festlegung der Maximaltarife bildeten die von den Pflegeheimen eingereichten Kosten- und Leistungsdaten. Die Maximaltarife folgten demnach der Kostenentwicklung der wirtschaftlichen Heime.
- Die Anlagenutzungskosten seien Bestandteil der Kostenrechnung und würden entsprechend bei der Festlegung der Maximaltarife berücksichtigt. In den Maximaltarifen für das Jahr 2015 seien Anlagenutzungskosten in der Höhe von 39 Franken pro Tag enthalten.

Gemäss Art. 20 des Krankenpflegegesetzes seien die Gemeinden für die Bereitstellung eines ausreichenden Angebots für die teilstationäre und die stationäre Pflege und Betreuung von Langzeitpatienten und betagten Personen zuständig. Falls die von einem Heim selbst erwirtschafteten Mittel für eine finanzielle Sanierung nicht ausreichen, eine Fremdmittelbeschaffung nicht möglich sei und das Heim für die ausreichende Versorgung der Heimregion notwendig sei, müssten die Gemeinden der Heimregion die notwendigen Mittel zur Sanierung aufbringen.

Der neue ab 2016 gültige Finanzausgleich sei aufwandseitig auf die Gebirgs-, Volksschul- und Soziallasten der Gemeinden fokussiert. Es handle sich dabei um jene Bereiche, welche den Gemeindehaushalt am stärksten beanspruchten und zugleich – aufgrund hoher Belastungsunterschiede – massgeblich zu den grossen Unterschieden in den Steuerfüssen der Gemeinden beitragen würden. Der neue Finanzausgleich sei deshalb nicht auf die Pflegeheimfinanzierung ausgerichtet.

⁴ Beraten im Grosse Rat am 10. Februar 2015, GRP 2014/2015, S. 624f.

Auftrag Della Vedova betreffend Teilrevision des KPG zur Erreichung einer ausgewogenen Finanzierung der Kosten für die Krankenpflege

Mit dem von Grossrat Della Vedova in der Oktobersession 2014 eingereichten Auftrag⁵ wurde die Regierung aufgefordert, durch eine Teilrevision des KPG folgende Ziele zu erreichen:

- Die heutigen Strukturen, wo Beitragszahler und Betreiber kaum gemeinsame Kostenüberprüfungen durchführen können, sind zu prüfen. Dabei sind auch stete kostensteigernde Faktoren wie z. B. gesetzliche Vorgaben vermehrt zu hinterfragen, da auch hier eine Trennung besteht zwischen «Bezahlenden» und «Befehlenden».
- Jede Bündner Gemeinde ist verpflichtet, Trägerschaftsmitglied in mindestens einem Alters- und Pflegeheim innerhalb der eigenen Planungsregion zu werden.
- Der Verteilschlüssel gemäss geltender Gesetzgebung 75 % Gemeinde und 25 % Kanton muss zugunsten der Gemeinden angepasst werden.
- Es sollen die notwendigen gesetzlichen Instrumente geschaffen werden, dass eine vertretbare Anzahl Alters- und Pflegeheime im Kanton Graubünden, bei Einhaltung der gesetzlichen Vorgaben, kostendeckend geführt werden können.

Zur Begründung seines Vorstosses machte Grossrat Della Vedova ebenfalls geltend, derzeit würden nur 40 Prozent aller Alters- und Pflegeheime im Kanton Graubünden, welche sämtliche gesetzlichen Vorgaben einhielten und die nötigen Abschreibungen/Refinanzierung vornehmen würden, eine kostendeckende Betriebsführung aufweisen. Die entstehenden Defizite müssten heute von den Trägerschaften getragen werden. Da nicht alle Gemeinden in einer Trägerschaft eingebunden seien, komme es zu einer zusätzlichen Diskriminierung zwischen den Gemeinden: Die einen müssten in einer Trägerschaft die Defizite mittragen, andere dagegen nicht.

In ihrer Antwort vom 23. Dezember 2014⁶ führte die Regierung im Wesentlichen aus, mit dem vom Grossen Rat am 19. Juli 2011 überwiesenen Auftrag der Kommission für Gesundheit und Soziales (KGS) betreffend Aufgaben- und Finanzentflechtung in der Krankenpflege sei die Regierung beauftragt worden, das System der Spital- und Pflegefinanzierung einer ein-

⁵ GRP 2014/2015, S. 243

⁶ GRP 2014/2015, S. 608f.

gehenden Prüfung zu unterziehen. Die Arbeiten zur Berichterstattung im Sinne des Kommissionauftrags seien im Gange. Unter Hinweis auf den sich in Erarbeitung befindenden Bericht beantragte die Regierung, den Auftrag abzulehnen. Die Regierung erachte es nicht als zielführend, das heutige Finanzierungssystem der stationären Pflege und Betreuung vor dem Vorliegen des Berichts zu überprüfen und allenfalls anzupassen. Zielführend sei nur eine gleichzeitige Überprüfung und allfällige Anpassung der Spitalfinanzierung und der Finanzierung der stationären und ambulanten Pflege und Betreuung einschliesslich des Verteilschlüssels zwischen Kanton und Gemeinden. Dabei werde vor allem auch der finanzpolitische Richtwert des Grossen Rates betreffend Verzicht von Lastenverschiebungen zwischen Kanton und Gemeinden zu beachten sein.

Der Grosse Rat lehnte in der Februarsession 2015 mit 68 zu 40 Stimmen bei 4 Enthaltungen die Überweisung des Auftrags ab⁷.

2. Geltende Regelung der Spitalfinanzierung

2.1. Bund

Am 21. Dezember 2007 hat das eidgenössische Parlament eine Revision der die Spitalplanung und die Spitalfinanzierung betreffenden Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10) vom 18. März 1994 beschlossen. Die revidierten Bestimmungen sind seit dem 1. Januar 2009 in Kraft.

Die neue Spitalfinanzierung enthält folgende Eckpunkte (vgl. Botschaft Heft Nr. 11/2010–2011 S. 909 ff.):

Leistungsbezogene Finanzierung

- Für die Vergütung der stationären Behandlung einschliesslich Aufenthalt in einem auf der Spitalliste des Kantons befindenden Spital oder Geburtshaus haben die Vertragsparteien Pauschalen zu vereinbaren. In der Regel sind Fallpauschalen festzulegen. Die Pauschalen müssen leistungsbezogen sein und auf gesamtschweizerisch einheitlichen Strukturen beruhen (Art. 49 Abs. 1 KVG). Damit sollen auf Betriebsvergleichen beruhende Wirtschaftlichkeitsprüfungen (Benchmarking) ermöglicht werden. Die zwischen den Spitälern und den Krankenversicherern vereinbarten Vergütungen dürfen keine Kostenanteile für gemeinwirtschaftliche Leis-

⁷ GRP 2014/2015, S. 617

tungen enthalten. Dazu gehören insbesondere die Aufrechterhaltung von Spitalkapazitäten aus regionalpolitischen Gründen, die Forschung und die universitäre Lehre (Art. 49 Abs. 3 KVG).

- Für die Festlegung der Spitaltarife sind nicht mehr die anrechenbaren Kosten des betreffenden Spitals massgebend. Die zwischen den Spitalern und den Krankenversicherern vereinbarten Pauschalen haben sich vielmehr an der Entschädigung jener Spitäler zu orientieren, welche die tarifizierte obligatorisch versicherte Leistung in der notwendigen Qualität effizient und günstig erbringen (Art. 49 Abs. 1 KVG).
- Die Kostenanteile für die Aus- und Weiterbildung der nicht im Bundesgesetz über die universitären Medizinalberufe (SR 811.11) geregelten Berufe und die Kosten der Weiterbildung der im Bundesgesetz über die universitären Medizinalberufe geregelten Berufe nach dem Erwerb des eidgenössischen Weiterbildungstitels fliessen in die durch die Pauschalen zu vergütenden Aufwendungen ein.

Anteil der Kantone an den Pauschalen

- Die Kantone haben von den zwischen den Spitalern und den Krankenversicherern vereinbarten Pauschalen mindestens 55 Prozent zu übernehmen (Art. 49a Abs. 1 und 2 KVG).

Freie Spitalwahl

- Die versicherte Person kann für die stationäre Behandlung unter den Spitalern frei wählen, die auf der Spitalliste ihres Wohnkantons oder jener des Standortkantons aufgeführt sind (Listenspital). Der Versicherer und der Wohnkanton haben dabei – wenn die versicherte Person das ausserkantonale Listenspital nicht aus medizinischen Gründen aufsucht – die Vergütung anteilmässig höchstens nach dem Tarif, der in einem Listenspital des Wohnkantons für die betreffende Behandlung gilt, zu übernehmen (Art. 41 Abs. 1bis und 3 KVG). Die Differenz zum Tarif des ausserkantonalen Spitals für Kantonseinwohner hat die versicherte Person oder deren Zusatzversicherer zu tragen.

In der nachstehenden Abbildung werden die Vorgaben des KVG zur Finanzierung der KVG-pflichtigen Leistungen der Spitäler und Geburtshäuser im stationären Bereich dargestellt.

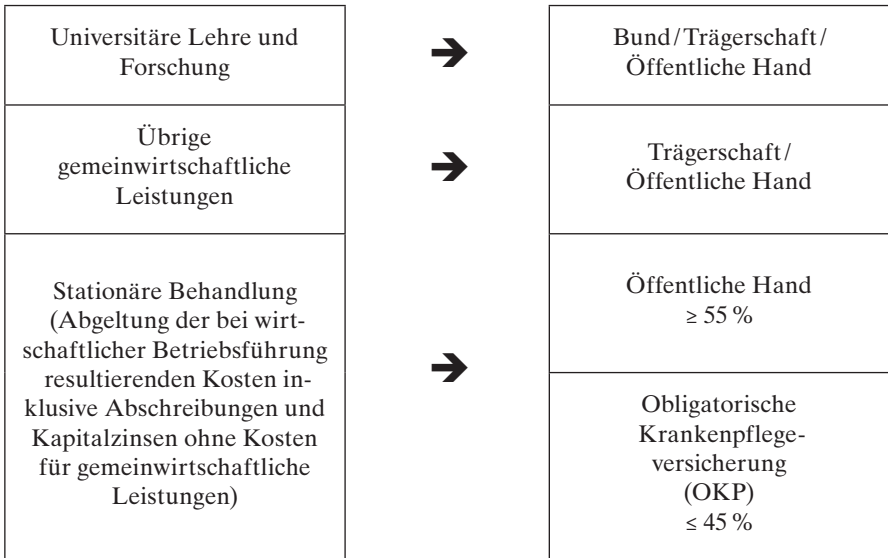


Abb. 1: Finanzierung der stationären KVG-Leistungen gemäss den KVG-Vorgaben

2.2. Kanton

Die Teilrevision des KPG zur Umsetzung der bundesrechtlichen Vorgaben im Bereich der Spitalfinanzierung trat per 1. Januar 2012 in Kraft (B 2010/2011 S. 909).

Gemäss Art. 18a Abs. 1 in Verbindung mit Art. 18 Abs. 1 lit. a, b, c, d und f KPG beteiligen sich der Kanton und die Gemeinden zu 90 beziehungsweise 10 Prozent an:

- den Beiträgen der öffentlichen Hand an den zwischen den Krankenversicherern und den Spitälern und Geburtshäusern vereinbarten oder hoheitlich festgelegten Vergütungen für stationäre KVG-Pflichtleistungen;
- den Beiträgen an die öffentlichen Spitäler für stationäre medizinische Leistungen gemäss Artikel 16 Absatz 1 lit. a KPG, für welche die Patienten beziehungsweise deren Versicherer aufgrund gesetzlicher Vorschriften oder eines hoheitlich festgelegten Tarifs keinen die betriebswirtschaftlich notwendigen Kosten deckenden Preis bezahlen;
- den Beiträgen an die öffentlichen Spitäler für den Notfall- und Krankentransportdienst;

- den Beiträgen an die öffentlichen akutsomatischen Spitäler für gemeinwirtschaftliche Leistungen.

Die Botschaft der Regierung sah vor, den Verteilschlüssel bei 15 Prozent für die Gemeinden und 85 Prozent für den Kanton festzulegen (B 2010/2011 S. 955 f.). Der Verteilschlüssel wurde in der Folge vom Grossen Rat zugunsten der Gemeinden angepasst.

Der Kanton übernimmt gemäss Art. 18a Abs. 4 und Art. 18 Abs. 1 lit. e, g und h folgende Beiträge zu 100 Prozent:

- Beiträge an die Spitäler für die universitäre Lehre und die Forschung;
- Beiträge an die öffentlichen psychiatrischen Spitäler für gemeinwirtschaftliche Leistungen;
- Beiträge an private und ausserkantonale Spitäler zur Sicherstellung der Versorgung.

3. Geltende Regelung der Pflegefinanzierung

3.1. Bund

Am 1. Januar 2011 trat das von der Bundesversammlung am 13. Juni 2008 beschlossene Bundesgesetz über die Neuordnung der Pflegefinanzierung in Kraft. Das Bundesgesetz beinhaltet hauptsächlich eine Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10), mit der die Finanzierung der Pflegekosten durch die verschiedenen Kostenträger im stationären und ambulanten Bereich neu geregelt wurde. Bei der Finanzierung wurde zwischen der Langzeitpflege einerseits und der Akut- und Übergangspflege andererseits unterschieden. Die Finanzierung der Kosten für die Betreuung sowie für Kost und Logis in Pflegeheimen wie auch der Kosten für hauswirtschaftliche und betreuerische Leistungen und den Mahlzeitendienst bei der häuslichen Pflege und Betreuung wird durch das Bundesgesetz über die Krankenversicherung nicht geregelt.

Gemäss Art. 25a KVG leistet die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) Beiträge an Pflegeleistungen, sofern die Leistungen aufgrund einer ärztlichen Anordnung und eines ausgewiesenen Pflegebedarfs erbracht werden. Die Beiträge der OKP werden vom Bund differenziert nach dem Pflegebedarf für die ganze Schweiz einheitlich festgelegt. Von den nach Abzug dieser Beiträge verbleibenden Pflegekosten dürfen gemäss Art. 25a Abs. 5 KVG höchstens 20 Prozent des höchsten vom Bundesrat festgesetzten

Pflegebeitrags auf die Leistungsbezügerinnen beziehungsweise Leistungsbezüger überwält werden. Die Kantone haben die Restfinanzierung zu regeln.

Leistungen der Akut- und Übergangspflege müssen sich im Anschluss an einen Spitalaufenthalt als notwendig erweisen und im Spital ärztlich angeordnet werden (Art. 25a Abs. 2 KVG). Gemäss Art. 25a Abs. 2 KVG sind die Leistungen der Akut- und Übergangspflege von der OKP und vom Wohnkanton des Versicherten während längstens zwei Wochen nach den Regeln der Spitalfinanzierung zu vergüten. Versicherer und Leistungserbringer haben Pauschalen zu vereinbaren. Eine Beteiligung der Leistungsbezügerinnen und Leistungsbezüger an den Pflegekosten in der Akut- und Übergangspflege ist nicht vorgesehen.

Die Vorgaben des Bundes zur Aufteilung der Pflegekosten auf die Kostenträger sehen wie folgt aus:

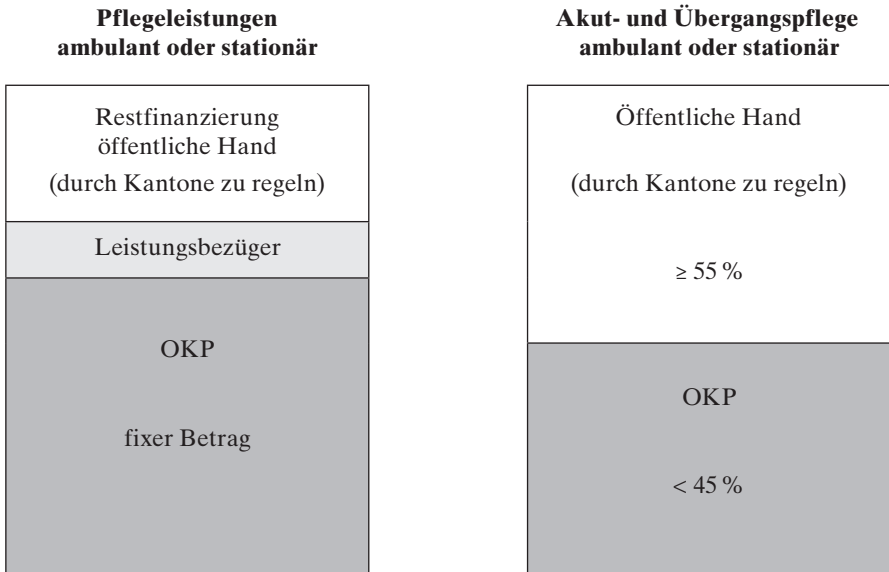


Abb. 2: Finanzierung der Pflegeleistungen

In Art. 7a der Verordnung des Eidgenössischen Departementes des Innern über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (KLV; SR 832.112.31) werden die von der OKP zu übernehmenden Beiträge an die Kosten der durch Pflegefachfrauen und Pflegefachmännern, Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause und von Pflegeheimen erbrachten Leistungen festgelegt.

3.2. Kanton

Die Teilrevision des KPG, mit der die bundesrechtlichen Vorgaben zur Finanzierung der ambulanten und stationären Pflege und Betreuung umgesetzt wurden, trat am 1. Januar 2011 in Kraft.

a) Stationäre Pflege

Folgende Eckpunkte prägen das kantonale Finanzierungssystem für die stationäre Pflege (B 2010/2011 S. 127 ff.):

Restfinanzierung der Pflegekosten

Gemäss Art. 21b Abs. 2 lit. d legt die Regierung für die auf der Pflegeheimliste aufgeführten Alters- und Pflegeheime und Pflegegruppen nach Leistungsumfang abgestuft die anerkannten Pflegekosten und die maximale Kostenbeteiligung der Bewohner und Bewohnerinnen an den Pflegekosten fest.

Der Kanton und die Gemeinden gewähren den auf der Pflegeheimliste aufgeführten Alters- und Pflegeheimen und Pflegegruppen leistungsbezogene Beiträge an die Pflegeleistungen und die Leistungen der Akut- und Übergangspflege. Der Antrag der Regierung in der Botschaft sah eine Beteiligung des Kantons von 15 Prozent und der Gemeinden von 85 Prozent an den Restkosten der Pflegeleistungen vor (S. 158). Der Grosse Rat änderte in der Folge die Beitragsbeteiligung zugunsten der Gemeinden ab. Gemäss Beschluss des Grossen Rates übernimmt der Kanton 25 Prozent und übernehmen die Gemeinden 75 Prozent der nicht durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung und die maximale Kostenbeteiligung der Bewohner und Bewohnerinnen gedeckten Kosten der Pflegeleistungen (vgl. Art. 21c lit. a und b KPG).

Finanzierung weiterer Leistungen

Gemäss Art. 21b lit. a–c KPG legt die Regierung für die auf der Pflegeheimliste aufgeführten Alters- und Pflegeheime und Pflegegruppen nach Leistungsumfang abgestuft die anerkannten Kosten und die maximale Kostenbeteiligung der Bewohner und Bewohnerinnen für die Pensionskosten, die Instandsetzungs- und Erneuerungskosten sowie die Betreuungskosten fest.

Die Pensionskosten, die Instandsetzungs- und Erneuerungskosten sowie die Betreuungskosten werden durch die Heimbewohnerinnen und -bewohner finanziert. Die Gemeinden und der Kanton leisten keine Beiträge an diese Kosten. Diese Kosten werden jedoch bei der Berechnung der jährlichen

Ergänzungsleistungen als Ausgaben anerkannt (Art. 10 ELG; SR 831.30). Übersteigen die anerkannten Ausgaben die anerkannten Einnahmen, wird die Differenz den Heimbewohnerinnen und -bewohnern durch Ergänzungsleistungen vergütet. Die Kosten für die Ergänzungsleistungen werden vollständig durch den Kanton getragen.

Festlegung der anerkannten Kosten

Basis für die Festlegung der anerkannten Kosten und der maximalen Kostenbeteiligung der Bewohnerinnen und Bewohner sind gemäss Art. 21b Abs. 2 KPG die durchschnittlichen Kosten der wirtschaftlichen Alters- und Pflegeheime und Pflegegruppen mit einer Betriebsbewilligung ohne Auflagen gemäss Kostenrechnung des der Beschlussfassung vorangehenden Jahres. Bei der Festlegung berücksichtigt die Regierung die gegenüber dem Basisjahr durch exogene Faktoren und die Teuerung verursachten Aufwandänderungen.

Als wirtschaftliche Alters- und Pflegeheime und Pflegegruppen gelten gemäss Art. 11 Abs. 1 der Verordnung zum KPG (BR 506.060) die Institutionen mit den tiefsten durchschnittlichen Kosten pro Pfllegetag, welche im Besitz einer Betriebsbewilligung ohne Auflagen zu den Anforderungen an die Strukturqualität (Art. 16 Abs. 1 lit. e und g, Art. 17 Abs. 1 und Art. 18 der Verordnung zum Gesundheitsgesetz [BR 500.100]) sind und in dem der Beschlussfassung vorangehenden Jahr mindestens 80 Prozent der von den Institutionen ausgewiesenen Pfllegetage erbracht haben.

Die nachfolgende Tabelle zeigt die gemäss den vorstehenden Vorgaben ermittelten anerkannten Kosten (für alle Leistungskategorien), die Kostenbeteiligungen der Leistungsbezüger und die Leistungsbeiträge der öffentlichen Hand an die Pflegeleistungen für das Jahr 2015 in den Alters- und Pflegeheimen.

Pflegetarifsstufe		Anerkannte Kosten 2015 Alters- und Pflegeheime und Pflegegruppen						Maximale Kostenbeteiligung Leistungsbezüger		Anteil Pflegekosten gem. Art. 7a abs. 4 KLV	Anteil Pflegekosten Kanton und Gemeinden gem. Art. 21c Abs. 2 KPG	Anteil Pflegekosten der Restkosten 75%
		Pflegebedarf in Minuten	Pension	Instandsetzung und Erneuerung	Betreuung	Pflege	Anteil an Pflegekosten gem. Art. 25a Abs. 5 KV in Art. 21b Abs. 3 KPG	Fr./Tag	Fr./Pflegetag			
0	keine	95.00	25.00	38.00	0.00	0.00	158.00	0.00	0.00	0.00	0.00	
1	0 - 20	95.00	25.00	38.00	11.20	2.20	160.20	2.20	9.00	0.00	0.00	
2	21 - 40	95.00	25.00	38.00	33.60	15.60	173.60	15.60	18.00	0.00	0.00	
3	41 - 60	95.00	25.00	38.00	56.00	21.60	179.60	21.60	27.00	1.90	5.50	
4	61 - 80	95.00	25.00	38.00	78.40	21.60	179.60	21.60	36.00	5.20	15.60	
5	81 - 100	95.00	25.00	38.00	100.80	21.60	179.60	21.60	45.00	8.60	25.60	
6	101 - 120	95.00	25.00	38.00	123.20	21.60	179.60	21.60	54.00	11.90	35.70	
7	121 - 140	95.00	25.00	38.00	145.60	21.60	179.60	21.60	63.00	15.30	45.70	
8	141 - 160	95.00	25.00	38.00	168.00	21.60	179.60	21.60	72.00	18.60	55.80	
9	161 - 180	95.00	25.00	38.00	190.40	21.60	179.60	21.60	81.00	22.00	65.80	
10	181 - 200	95.00	25.00	38.00	212.80	21.60	179.60	21.60	90.00	25.30	75.90	
11	201 - 220	95.00	25.00	38.00	235.20	21.60	179.60	21.60	99.00	28.70	85.90	
12	221 - 240	95.00	25.00	38.00	257.60	21.60	179.60	21.60	108.00	32.00	96.00	
13	241 - 300	95.00	25.00	38.00	302.40	21.60	179.60	21.60	108.00	43.20	129.60	
14	301 - 360	95.00	25.00	38.00	369.60	21.60	179.60	21.60	108.00	60.00	180.00	
15	361 - 420	95.00	25.00	38.00	436.80	21.60	179.60	21.60	108.00	76.80	230.40	
16	> 420	95.00	25.00	38.00	504.00	21.60	179.60	21.60	108.00	93.60	280.80	

Tabelle 1: Alters- und Pflegeheime: Anerkannte Kosten, Kostenbeteiligung und Leistungsbeträge 2015 pro Pflegebedarfsstufe

Die nachstehende Tabelle zeigt die Entwicklung der anerkannten Kosten in den Alters- und Pflegeheimen zwischen 2011 und 2015.

Pflegebedarfsstufe	Anerkannte Kosten in Alters- und Pflegeheimen				
	2011	2012	2013	2014	2015
	Fr./Pflegetag	Fr./Pflegetag	Fr./Pflegetag	Fr./Pflegetag	Fr./Pflegetag
0	158.30	148.30	161.20	156.20	158.00
1	171.90	161.90	172.30	167.70	169.20
2	195.50	185.50	194.70	190.90	191.60
3	219.00	209.00	217.00	214.00	214.00
4	242.50	232.50	239.30	237.10	236.40
5	266.00	256.00	261.60	260.20	258.80
6	289.60	279.60	283.90	283.30	281.20
7	313.10	303.10	306.20	306.40	303.60
8	336.60	326.60	328.60	329.60	326.00
9	360.20	350.20	350.90	352.70	348.40
10	383.70	373.70	373.20	375.80	370.80
11	407.20	397.20	395.50	398.90	393.20
12	430.80	420.80	417.80	422.00	415.60
13	466.50	466.00	462.50	468.30	460.40
14	523.50	523.00	520.10	528.30	527.60
15	580.50	580.00	577.70	588.30	594.80
16	637.50	637.00	635.30	648.30	662.00

Tabelle 2: Entwicklung der anerkannten Kosten in den Alters- und Pflegeheimen in den Jahren 2011 bis 2015 pro Pflegebedarfsstufe

Investitionsbeiträge

Pro in Übereinstimmung mit der kantonalen Rahmenplanung zusätzlich geschaffenes Pflegebett gewähren der Kanton und die Gemeinden der Planungsregion einen Investitionsbeitrag von je 160000 Franken (pro Pflegebett in Pflegegruppen je 120000 Franken). An die Umwandlung von Zweibettzimmern in Einzelzimmer gewähren der Kanton und die Gemeinden bis zu einem maximalen Anteil an Einbettzimmern von 90 Prozent einen Investitionsbeitrag von je 120000 Franken (vgl. Art. 21 KPG).

b) Ambulante Pflege

Folgende Eckpunkte prägen das kantonale Finanzierungssystem für die ambulante Pflege und Betreuung (B 2010/2011 S. 140 ff.):

Restfinanzierung der Pflegekosten, Finanzierung der hauswirtschaftlichen und betreuenden Leistungen sowie des Mahlzeitendienstes

Gemäss Art. 31b Abs. 1 lit. d KPG legt die Regierung für die Dienste der häuslichen Pflege und Betreuung und die anerkannten Pflegefachpersonen die anerkannten Kosten und die maximale Kostenbeteiligung der Klienten für Pflegeleistungen sowie die Leistungen der Akut- und Übergangspflege fest. Für die Dienste der häuslichen Pflege und Betreuung mit kommunalem Leistungsauftrag legt sie zusätzlich die anerkannten Kosten und die maximale Kostenbeteiligung der Klienten für die hauswirtschaftlichen und betreuenden Leistungen und den Mahlzeitendienst fest. Im Sinne des gesundheitspolitischen Grundsatzes «ambulant vor stationär» wurde die maximale Kostenbeteiligung der Klienten an den Pflegeleistungen bei 50 Prozent des nach Bundesrecht maximal zulässigen Betrags festgelegt.

Der Kanton übernimmt 55 Prozent, die Gemeinden übernehmen 45 Prozent der nicht durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung und die maximale Kostenbeteiligung der Bewohner gedeckten Kosten (vgl. Art. 31c Abs. 2 KPG).

Dienste ohne kommunalen Leistungsauftrag und selbständig erwerbende Pflegefachpersonen sind nicht verpflichtet, die Leistungen flächendeckend und für alle anspruchsberechtigten Klientinnen und Klienten zu erbringen (vgl. Art. 31e Abs. 2 KPG). Anders als die Dienste mit kommunalem Auftrag können sie unwirtschaftliche Aufträge ablehnen. Diesem Umstand wird bei der Festlegung der anerkannten Kosten und somit auch der Leistungsbeiträge der öffentlichen Hand Rechnung getragen (siehe unten). Der Kanton und die Gemeinden gewähren den Diensten ohne kommunalen Auftrag und den selbständigen Pflegefachpersonen zudem nur Beiträge an Pflegeleistungen und an Leistungen der Akut- und Übergangspflege.

Festlegung der anerkannten Kosten

Basis für die Festlegung der leistungsbezogenen Beiträge bilden die Kosten- und Leistungsdaten der Kostenrechnung des der Beschlussfassung vorangehenden Jahres der wirtschaftlichen Dienste mit einer Betriebsbewilligung ohne Auflagen. Bei der Festlegung berücksichtigt die Regierung die gegen-

über dem Basisjahr durch exogene Faktoren und die Teuerung verursachten Aufwandänderungen. Die Regierung kann den zeitlichen Umfang der hauswirtschaftlichen und betreuenden Leistungen und des Mahlzeitendienstes begrenzen (Art. 31c Abs. 5 KPG).

Als wirtschaftliche Dienste gelten gemäss Art. 22 Abs.1 der VzKPG die Dienste mit den tiefsten durchschnittlichen Kosten pro verrechnete Stunde, welche im Besitz einer Betriebsbewilligung ohne Auflagen zu den Anforderungen an die Strukturqualität (Art. 21 lit. a VzGG) sind und in dem der Beschlussfassung vorangehenden Jahr mindestens 80 Prozent der von den Diensten ausgewiesenen verrechneten Stunden erbracht haben.

Für die Festlegung der anerkannten Kosten und der maximalen Kostenbeteiligung der Klientinnen und Klienten gemäss Art. 31b Abs. 1 und 2 KPG ist das gewichtete Mittel der durchschnittlichen Kosten der wirtschaftlichen Dienste mit kommunalem Leistungsauftrag massgebend (Art. 22 Abs. 3 VzKPG). Gemäss Art. 22a VzKPG betragen die anerkannten Kosten der Dienste ohne kommunalen Leistungsauftrag und der anerkannten Pflegefachpersonen 85 Prozent der anerkannten Kosten der Dienste mit kommunalem Auftrag. Der Grund für diese unterschiedliche Behandlung liegt in der Leistungspflicht der Dienste mit kommunalem Auftrag.

Die nachstehenden Tabellen zeigen die so ermittelten anerkannten Kosten, die Kostenbeteiligungen der Leistungsbezüger und die Leistungsbeiträge der öffentlichen Hand für das Jahr 2015.

Leistungskategorie		Verrechnungseinheit	Anerkannte Kosten der Leistungseinheit	Anteil OKP (Obligatorische Krankenpflegeversicherung)	Maximale Kostenbeteiligung Leistungsbezüger	Kanton 55% der ungedeckten Kosten (Fixbeiträge)	Gemeinden 45% der ungedeckten Kosten (Fixbeiträge)
Pflegeleistungen nach KLV Art. 7	LK1	pro h	100.10	58.40¹	8.00³	18.50	15.20
– Massnahmen der Abklärung und Beratung	<i>KLVa</i>	pro h		79.80 ²			
– Massnahmen der Untersuchung und Behandlung	<i>KLVb</i>	pro h		65.40 ²			
– Massnahmen der Grundpflege	<i>KLVc</i>	pro h		54.60 ²			
Akut- und Übergangspflege	LK2	pro h	100.00	45.00	0.00	30.30	24.70
Hauswirtschaftliche und betreuerische Leistungen	LK3	pro h	73.70		26.00	26.20	21.50
Mahlzeitendienst	LK4	pro Mahlzeit	21.20		14.00	4.00	3.20
¹ Gewichteter Mittelwert der Beiträge der OKP gemäss Art. 7a Abs. 1 KLV / siehe 2 ² Beiträge der obligatorischen Krankenpflegeversicherung an Pflegeleistungen gemäss Art. 7 Abs. 2 lit. a/b/c KLV ³ Kostenbeteiligung max. 8.00 Franken pro Tag							

Table 3: Dienste der häuslichen Pflege und Betreuung mit kommunalem Leistungsauftrag: Anerkannte Kosten, Kostenbeteiligung und Leistungsbeiträge der öffentlichen Hand 2015

Leistungskategorie		Verrechnungseinheit	Anerkannte Kosten der Leistungseinheit	Anteil OKP (Obligatorische Krankenpflegeversicherung)	Maximale Kostenbeteiligung Leistungsbezügler	Kanton 55% der ungedeckten Kosten (Fixbeiträge)	Gemeinden 45% der ungedeckten Kosten (Fixbeiträge)
Pflegeleistungen nach KLV Art. 7	LK1	pro h	85.30	58.40¹	8.00³	10.40	8.50
– Massnahmen der Abklärung und Beratung	<i>KLVa</i>	pro h		79.80 ²			
– Massnahmen der Untersuchung und Behandlung	<i>KLVb</i>	pro h		65.40 ²			
– Massnahmen der Grundpflege	<i>KLVc</i>	pro h		54.60 ²			
Akut- und Übergangspflege	LK2	pro h	85.00	45.00	0.00	22.00	18.00
¹ Gewichteter Mittelwert der Beiträge der OKP gemäss Art. 7a Abs. 1 KLV / siehe ² ² Beiträge der obligatorischen Krankenpflegeversicherung an Pflegeleistungen gemäss KLV Art. 7 Abs. 2 lit. a/b/c (KLVa/b/c) ³ Kostenbeteiligung max. 8.00 Franken pro Tag							

Tabelle 4: Dienste der häuslichen Pflege und Betreuung ohne kommunalen Leistungsauftrag und selbständig erwerbende Pflegefachpersonen: Anerkannte Kosten, Kostenbeteiligung und Leistungsbeiträge der öffentlichen Hand 2015

Die nachstehende Tabelle zeigt die Entwicklung der anerkannten Kosten bei den Diensten der häuslichen Pflege und Betreuung in den Jahren 2011 bis 2015:

	Anerkannte Kosten für Dienste mit kommunalem Leistungsauftrag (Fr.)					Anerkannte Kosten für Dienste ohne kommunalen Leistungsauftrag (Fr.)				
	2011	2012	2013	2014	2015	2011	2012	2013	2014	2015
Pflegeleistungen	92.5	94.6	98.3	98.9	100.1	78.6	80.4	83.5	84.3	85.3
Akut- und Übergangspflege		100.0	100.0	100.0	100.0		85.0	85.0	85.0	85.0
Hauswirtschaftliche und betreuerische Leistungen	65.4	68.0	71.5	72.2	73.7					
Mahlzeitendienst	17.7	18.2	18.9	20.4	21.2					

Tabelle 5: Entwicklung der anerkannten Kosten in Alters- und Pflegeheimen (2011–2015)

4. Bewilligungsvoraussetzungen für die Leistungserbringer im Gesundheitswesen

4.1. Spitalbereich

Der Betrieb von Spitälern, Geburtshäusern und Heilbädern bedarf einer Bewilligung. Die Bewilligung wird erteilt, wenn sich die Leitung und die Mitarbeiter über die notwendigen fachlichen Fähigkeiten ausweisen, die erforderlichen Einrichtungen vorhanden sind, und wenn Gewähr für einen einwandfreien Betrieb während der Öffnungszeiten besteht (Art. 25 Abs. 1 und 2 des Gesetzes über das Gesundheitswesen des Kantons Graubünden [BR 500.000, Gesundheitsgesetz]).

Die Bewilligungsvoraussetzungen werden in Art. 13 a der Verordnung zum Gesundheitsgesetz (BR 500.010) konkretisiert.

4.2. Pflege und Betreuung

Angebote zur Pflege und Betreuung von betagten und pflegebedürftigen Personen bedürfen einer Bewilligung (Art. 28a Gesundheitsgesetz). In Art. 28b Abs. 1 Gesundheitsgesetz werden die Bewilligungsvoraussetzungen aufgeführt:

Die Bewilligung wird erteilt, wenn

- a) die Anforderungen an eine ausreichende und fachlich qualifizierte Pflege und Betreuung in räumlicher, betrieblicher und personeller Hinsicht erfüllt sind;
- b) bei stationären Angeboten die Pflege und Betreuung auch bei steigender Pflegebedürftigkeit gewährleistet ist;
- c) das Leistungsangebot den Qualitätsvorgaben des Kantons entspricht;
- d) Alters- und Pflegeheime über eine Ombudsperson verfügen;
- e) die finanziellen Verhältnisse ausgewiesen und von einer unabhängigen Revisionsstelle geprüft werden.

In den Art. 14 bis 18 der Verordnung zum Gesundheitsgesetz (VzGG; BR 500.010) werden die Bewilligungsvoraussetzungen für Pflegeheime, Pflegegruppen und Pflegewohnungen konkretisiert. Art. 14 VzGG regelt die räumlichen Voraussetzungen an die Räume von Alters- und Pflegeheimen. Art. 15 VzGG beinhaltet die betrieblichen Anforderungen. Die personellen Anforderungen werden in qualitativer Hinsicht in Art. 16 VzGG und in quantitativer Hinsicht in Art. 17 VzGG geregelt. Alters- und Pflegeheime und Pflegegruppen haben zudem ein prozessorientiertes Qualitätsmanagement einzusetzen.

In den Art. 19 bis 22 der VzGG werden die Bewilligungsvoraussetzungen für die Dienste der häuslichen Pflege und Betreuung konkretisiert. Art. 19 VzGG regelt die betrieblichen Voraussetzungen. Die personellen Anforderungen werden in qualitativer Hinsicht in Art. 20 VzGG und in quantitativer Hinsicht in Art. 21 VzGG geregelt. Art. 22 VzGG beinhaltet die Qualitätsvorgaben.

5. Geltende Regelung bei den Ergänzungsleistungen

5.1. Bund

Stationäre Pflege und Betreuung

Gemäss Art. 10 Abs. 2 des Bundesgesetzes über Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (ELG; SR 831.30) werden bei Personen, die dauernd oder längere Zeit in einem Heim oder Spital leben, folgende Ausgaben anerkannt:

- Die Tagestaxe, wobei die Kantone die Kosten begrenzen können, sie haben aber dafür zu sorgen, dass durch den Aufenthalt in einem anerkannten Pflegeheim in der Regel keine Sozialhilfeabhängigkeit begründet wird (vgl. Art. 10 Abs. 2 lit. a ELG).

- Ein vom Kanton zu bestimmender Betrag für persönliche Auslagen (Art. 10 Abs. 2 lit. b ELG).

Ambulante Pflege und Betreuung

Gemäss Art. 14 Abs. 1 lit. b ELG vergüten die Kantone den Bezügerinnen und Bezügerern einer jährlichen Ergänzungsleistung ausgewiesene, im laufenden Jahr entstandene Kosten für Hilfe, Pflege und Betreuung zu Hause sowie in Tagesstrukturen. Für die zusätzlich zur jährlichen Ergänzungsleistung vergüteten Krankheits- und Behinderungskosten können die Kantone Höchstbeträge festlegen. Diese dürfen 25'000 Franken für alleinstehende Personen und für Ehegatten von in Heimen oder Spitälern lebenden Personen und 50'000 Franken für Ehepaare nicht unterschreiten (Art. 14 Abs. 3 lit. a ELG).

5.2. Kanton

Stationäre Pflege und Betreuung

Gemäss Art. 4 des Gesetzes über kantonale Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (KELG, BR 544.300) werden in einem Alters- und Pflegeheim höchstens die von der Regierung für die auf der Pflegeheimliste aufgeführten Alters- und Pflegeheime und Pflegegruppen festgelegten maximalen Kostenbeteiligungen der Bewohner und Bewohnerinnen angerechnet.

Da den Alters- und Pflegeheimen Maximaltarife vorgegeben werden und diese bei Vorliegen der entsprechenden Voraussetzungen durch Ergänzungsleistungen vergütet werden, kann heute ein Pflegeheimaufenthalt in Graubünden nur in besonderen Ausnahmefällen zu einer Sozialhilfeabhängigkeit führen⁸.

Ambulante Pflege und Betreuung

Gemäss Art. 8 Abs. 1 KELG ist die Vergütung von Krankheits- und Behinderungskosten auf die Mindestbeträge gemäss ELG begrenzt.

⁸ z. B. wenn Wohneigentum vorhanden ist, das bei der Berechnung der jährlichen Ergänzungsleistungen berücksichtigt wird, jedoch nicht realisiert bzw. verkauft werden kann.

5.3. Entwicklung der Beiträge im Bereich der stationären Pflege und Betreuung

EL im Heim	2009		2010		2011		2012		2013		2014	
	BSV- Abrechnung	Vista- Auswertung	BSV- Abrechnung	Vista- Auswertung	BSV- Abrechnung	Vista- Auswertung	BSV- Abrechnung	Vista- Auswertung	BSV- Abrechnung	Vista- Auswertung	BSV- Abrechnung	Vista- Auswertung
Fallzahlen	1'040		1'099		1'124		1'130	1'075	1'193	1'146	1'208	1'128
Durchschnittlicher monatlicher Betrag/Fall (in Fr.)	2'727		2'919		3'117		2'996	3'003	2'995	3'000	2'990	3'015
Total Betrag pro Jahr (in Fr.)	34'032'960		38'495'772		40'042'096		40'625'760	38'738'700	42'876'420	41'256'000	43'343'040	40'811'040

Tabelle 6: Entwicklung der jährlichen EL an Heimbewohnerinnen und Heimbewohner (2009–2014). Die BSV-Abrechnung beinhaltet EL zur AHV (inkl. EL zu Hinterlassenenrenten, sowie Heimsassen in allen Kategorien [inkl. Behindertenheime]). Die Vista-Auswertung war erst ab 1. Januar 2013 verfügbar (für Auswertungen ab 2012) und beinhaltet nur Altersrentner (exkl. EL zu Hinterlassenenrenten sowie nur Bewohnerinnen und Bewohner von Alters- und Pflegeheimen sowie Ordensangehörige).

Die Anzahl der im Heim lebenden EL-Bezügerinnen und -Bezüger hat zwischen 2009 und 2014 (gemäss BSV-Abrechnung) von 1040 auf 1208 zugenommen. Die Beiträge für die jährlichen EL an Heimbewohnerinnen und -bewohner haben im selben Zeitraum von insgesamt rund 34 Millionen auf rund 43 Millionen Franken jährlich zugenommen (ebenfalls nach BSV-Abrechnung). Die im Vergleich zur BSV-Abrechnung jeweils tieferen Beträge gemäss Vista-Auswertung hängen damit zusammen, dass diese Auswertung keine EL-Beiträge an Bewohnerinnen und Bewohner von Behindertenheimen und keine EL zu Hinterlassenenrenten beinhaltet.

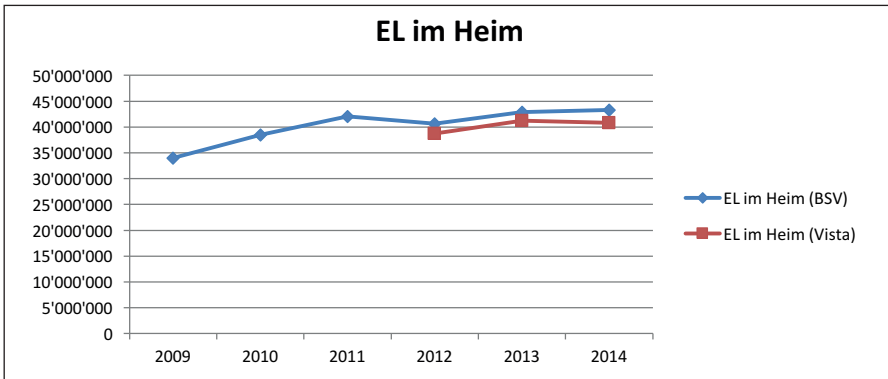


Abb. 3: Entwicklung der EL-Beiträge an Heimbewohnerinnen und Heimbewohner (2009–2014).

Obenstehende Abbildung stellt die Entwicklung der Gesamtbeiträge der jährlichen EL an Heimbewohnerinnen und -bewohner gemäss BSV-Abrechnung und Vista-Auswertung für die Jahre 2009 bis 2014 graphisch dar. Die Beträge der jährlichen EL haben zwischen 2009 und 2014 um rund 27 Prozent zugenommen.

Die Höhe der Leistungen der jährlichen EL an Heimbewohnerinnen und Heimbewohner hängen unter anderem von der Höhe der maximalen Kostenbeteiligung der Leistungsbezügerinnen und -bezüger in Alters- und Pflegeheimen ab. So ist der Rückgang der Beträge vom Jahr 2011 zum Jahr 2012 auch auf die Senkung des maximalen Pensionstarifs von 115 auf 105 Franken zurückzuführen. Die zweite Senkung der Pensionstarife vom Jahr 2013 zum Jahr 2014 von 105 auf 100 Franken hatte gemäss Vista-Auswertung ebenfalls eine Reduktion der Beträge der jährlichen EL zur Folge.

6. Finanzielle Auswirkungen der neuen Spital- und Pflegefinanzierung

Im Folgenden werden die finanziellen Auswirkungen der neuen Finanzierungssysteme im Bereich der Spitäler sowie der stationären und der ambulanten Pflege und Betreuung aufgezeigt. Anschliessend wird die Entwicklung der Gemeinde- und Kantonsbeiträge an die Spitäler, Alters- und Pflegeheime sowie an die Dienste der häuslichen Pflege und Betreuung dargelegt.

6.1. Spitalfinanzierung

Ein Vergleich der Gemeinde- und der Kantonsbeiträge an die Spitäler vor und nach Einführung der neuen Spitalfinanzierung zeigt folgendes Bild:

Alte Spitalfinanzierung		2009	2010	2011	Neue Spitalfinanzierung		2012	2013	2014
Beiträge an subv. Spitäler für medizinische Leistungen ³⁾	Kanton ¹⁾	115'928'098	117'888'111	118'232'806	Beiträge an Spitäler für medizinische Leistungen	Kanton 90% ⁶⁾ Gemeinden 10% ⁶⁾	164'019'074	164'283'276	162'272'263
	Gemeinden ²⁾	11'574'449	11'618'919	11'818'513			16'932'412	17'205'522	18'786'362
Beiträge an subv. Spitäler für das Rettungswesen	Kanton ¹⁾	814'000	658'000	658'000	Beiträge an Spitäler für das Rettungswesen	Kanton 90% ⁷⁾ Gemeinden 10% ⁷⁾	3'889'300	4'099'220	4'096'000
	Gemeinden	0	0	0			432'000	455'469	451'000
Beiträge an subv. Spitäler für Lehre und Forschung	Kanton ¹⁾	6'478'895	7'073'763	7'787'120	Beiträge an Spitäler für Lehre und Forschung ⁶⁾	Kanton 100% ⁷⁾ Gemeinden 0%	6'470'450	6'592'756	6'262'344
	Gemeinden	0	0	0			0	0	0
Beiträge an subv. Spitäler für das Berufsschaftswesen	Kanton ¹⁾	3'170'000	3'260'000	3'250'000	Beiträge an öffentliche Spitäler für gemeinschaftliche Leistungen	Kanton 90% ⁷⁾ Gemeinden 10% ⁷⁾	10'506'000	22'881'927	22'897'295
	Gemeinden	0	0	0			851'000	2'156'639	2'182'208
Total Betrieb	Kanton	126'390'993	128'879'874	129'927'925	Total	Kanton	184'884'824	197'857'179	195'527'902
	Gemeinden	11'574'449	11'618'919	11'818'513			Gemeinden	18'215'412	19'817'630
Beiträge an den Bau von Krankenanstalten ³⁾	Kanton ¹⁾	29'260'283	34'273'843	35'864'360					
	Gemeinden ⁶⁾	11'441'044	131'128'914	13'872'966					
Investitionsbeiträge an das Rettungswesen	Kanton ¹⁾	185'296	162'273	197'833					
	Gemeinden	0	0	0					
Total Investition	Kanton	29'445'579	34'436'116	36'062'193					
	Gemeinden	11'441'044	13'128'914	13'872'966					
Total Investition und Betrieb	Kanton	155'836'572	163'315'990	165'990'118			184'884'824	197'857'179	195'527'902
	Gemeinden	23'015'493	24'747'833	25'691'479			18'215'412	19'817'630	21'419'570
Total öffentliche Hand	Kanton	178'852'065	188'063'823	191'681'597			203'100'236	217'674'809	216'947'472
	Gemeinden	87.1%	86.8%	86.6%			91.0%	90.9%	90.1%
Anteil vom Total	Kanton	12.9%	13.2%	13.4%			9.0%	9.1%	9.9%
	Gemeinden								

¹⁾ Gemäss Staatsrechnung

²⁾ Berechnet aus Kantonsanteil gemäss Schlüssel (K SGR: 10 %, übrige Spitäler: 15 %, PDGR und KJP: 0 %)

³⁾ Inkl. Beiträge an PDGR, KJP und ausserkantonale Hospitalisationen

⁴⁾ Gemäss Verteilungsschlüssel (KSGR: 25 %, übrige Spitäler: 50 %, PDGR: 0 %)

⁵⁾ Inkl. Mietkostenanteil PDGR

⁶⁾ Gemäss Jahresrechnung Kantonsanteil netto ohne Gemeindeanteil

⁷⁾ Gemäss RBs über die Verteilung der Gesamtkredite gemäss Art. 18c-e KPG an die Spitäler

⁸⁾ Inkl. Beiträge zur Sicherstellung der Versorgung und Beiträge an die Ausbildung von Hausärzten (Capricorn, Hausarztcurriculum)

Table 7: Entwicklung der Gemeinde- und Kantonsbeiträge an die Spitäler in den Jahren 2009 bis 2014.

Die Gesamtbeiträge der öffentlichen Hand an die Spitäler vor Einführung der neuen Spitalfinanzierung erhöhten sich von 178 852 065 Franken im Jahr 2009 auf 191 681 597 Franken im Jahr 2011. Mit Einführung der neuen Spitalfinanzierung im Jahr 2012 stiegen die Gesamtbeiträge auf 203 100 236 Franken. In den Jahre 2013 und 2014 wurden von der öffentlichen Hand Beiträge in der Höhe von 217 674 809 Franken beziehungsweise von 216 947 472 Franken geleistet. Aufgrund der bundesrechtlichen Vorgaben im Bereich der Spitalfinanzierung (siehe Ziffer 2.1) nahmen die Beiträge der öffentlichen Hand somit um gut 11 Millionen Franken beziehungsweise um rund fünf Prozent zu.

Die Zunahme ist darauf zurückzuführen, dass mit Einführung der neuen Spitalfinanzierung der Wohnkanton der Patienten für alle stationären KVG-Behandlungen in Spitälern und Kliniken in der ganzen Schweiz beitragspflichtig wurde, sofern diese sich auf der Spitalliste des Standortkantons befinden, d.h. auch für Leistungen in Privatspitälern und privaten Rehabilitationskliniken. Die Zunahme der Gesamtbeiträge der öffentlichen Hand an die Spitäler ist somit eine Folge der bundesrechtlichen Regelungen zur neuen Spitalfinanzierung. Die kantonale Ausgestaltung der Spitalfinanzierung hatte darauf keinen Einfluss.

Wie die Tabelle 7 zeigt, sanken mit Einführung der neuen Spitalfinanzierung die Beiträge der Gemeinden von 25 691 479 Franken im Jahr 2011 auf 18 215 412 Franken im Jahr 2012 (2014: 21 419 570 Franken), währenddem die Kantonsbeiträge von 165 990 118 Franken im Jahr 2011 auf 184 884 824 Franken im Jahr 2012 anstiegen (2014: 195 527 902 Franken).

Für die Verteilung der Kosten zwischen dem Kanton und den Gemeinden ist Art. 18a Abs. 1 KPG massgebend. Der Grosse Rat erhöhte den Anteil des Kantons an den Beiträgen für medizinische Leistungen in den Spitälern gegenüber der Botschaft der Regierung von 85 auf 90 Prozent. Vor der neuen Spitalfinanzierung betrug dieser beim Kantonsspital 90 Prozent, bei den übrigen öffentlichen Akutspitälern 85 Prozent und bei den PDGR und den KJP 100 Prozent. Seit der neuen Spitalfinanzierung umfassen die Fallpauschalen auch die Investitionskosten. Dies hat zur Folge, dass auch die Investitionskosten, welche zulasten der öffentlichen Hand gehen, zu 90 Prozent vom Kanton und zu 10 Prozent von den Gemeinden zu tragen sind. Vor Einführung der neuen Spitalfinanzierung wurden die Beiträge an Investitionen bei den Regionalspitälern je hälftig vom Kanton und den Gemeinden getragen. Für Investitionen beim Kantonsspital und bei den PDGR übernahm der Kanton 75 Prozent beziehungsweise 100 Prozent der Beiträge. Die geänderte Verteilung der Investitionskosten zwischen Kanton und Gemeinden hat auch zum starken Anstieg der Kantonsbeiträge an die Spitäler ab 2012 beigetragen.

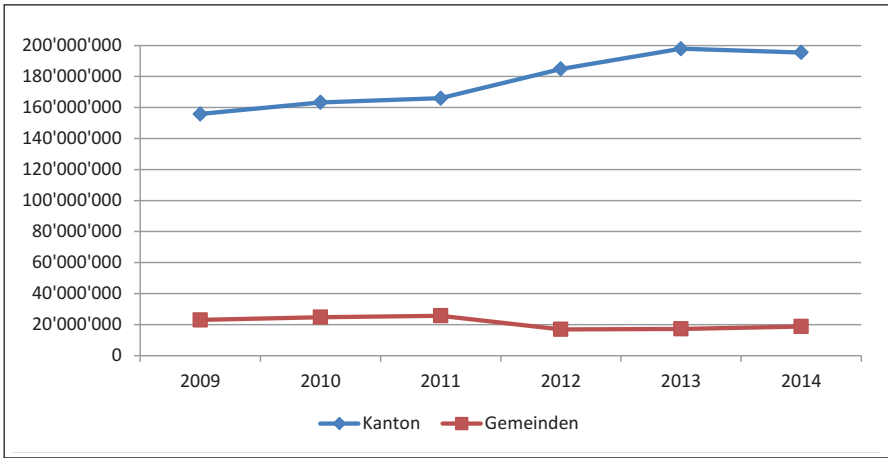


Abb. 4: Entwicklung der Gemeinde- und Kantonsbeiträge an die Spitäler in den Jahren 2009 bis 2014.

Der Anteil der Gemeinden gemäss der alten Spitalfinanzierung (Beiträge an subventionierte Spitäler für medizinische Leistungen, für das Rettungswesen, für Lehre und Forschung sowie für das Bereitschaftswesen sowie Investitionsbeiträge) betrug in den Jahren 2009 bis 2011 zwischen 12.9 und 13.4 Prozent des Gesamtbetrags. Der Anteil des Kantons betrug dementsprechend zwischen 86.6 und 87.1 Prozent. Nach Einführung der neuen Spitalfinanzierung im Kanton sank der Anteil der Gemeinden auf Werte zwischen 8.0 und 8.8 Prozent. Der Anteil des Kantons stieg dementsprechend auf über 90 Prozent. Die Angaben ab dem Jahr 2012 beruhen auf provisorischen Baserates und können sich entsprechend aufgrund definitiver Baserates noch ändern. Entsprechend können sich auch die Beiträge der Gemeinden/Trägerschaften noch ändern.

6.2. Finanzierung der stationären Pflege und Betreuung

Ein Vergleich der Gemeinde- und der Kantonsbeiträge für die stationäre Pflege und Betreuung vor und nach Einführung der neuen Pflegefinanzierung zeigt folgendes Bild:

Alte Pflegefinanzierung		2009	2010	Neue Pflegefinanzierung		2011	2012	2013	2014
Beiträge an Alters- und Pflegeheime	Kanton ¹⁾	435'915	272'300	Kanton 25% ³⁾		5'852'746	5'208'292	5'001'430	5'994'053
	Gemeinden	Beiträge		Beiträge an Alters- und Pflegeheime	Beiträge 75% ⁴⁾		15'624'876	15'004'290	17'982'159
		Defizitdeckung ²⁾	3'651'187			3'169'323	Gemeinden	Defizitdeckung ²⁾	2'832'451
Total	3'651'187	3'169'323	Total	Total	Total	21'574'651	18'457'327	17'695'527	20'289'729
Anteil am Total	Kanton	10.7%	7.9%	Anteil vom Total	Total	27'427'397	23'665'619	22'696'957	26'283'782
	Gemeinden	89.3%	92.1%	Gemeinden	Gemeinden	78.7%	78.0%	78.0%	77.2%

¹⁾ Beiträge für ausserordentlich pflegebedürftige Bewohner gemäss Jahresrechnung

²⁾ Gemäss der Sozialmedizinischen Statistik (SOMED)

³⁾ Gemäss Staatsrechnung

⁴⁾ Berechnet aus dem Kantonsanteil

Table 8: Entwicklung der Gemeinde- und Kantonsbeiträge an die Finanzierung der stationären Pflege und Betreuung in den Jahren 2009 bis 2014.

Die Gesamtbeiträge der öffentlichen Hand an die stationäre Pflege und Betreuung stiegen mit der Einführung der neuen Pflegefinanzierung von 3441623 Franken im Jahr 2010 auf 27427397 Franken im Jahr 2011. Dabei sind auch die Beiträge der Gemeinden zur Defizitfinanzierung gemäss der sozialmedizinischen Statistik (SOMED) berücksichtigt.

Der Anteil des Kantons am Total der Finanzierung der Pflegeheime durch die öffentliche Hand stieg von 10.7 bzw. 7.9 Prozent in den Jahren 2009 und 2010 auf 21.3 Prozent im Jahr 2011. Der Kantonsanteil stieg in den nachfolgenden Jahren bis auf rund 23 Prozent im Jahr 2014. Der Gemeindeanteil sank entsprechend von 89.3 Prozent im Jahr 2009 auf 77.2 Prozent im Jahr 2014. Dass der Kantonsanteil am Total der Beiträge der öffentlichen Hand tiefer als die gemäss Art. 21c lit. a und b KPG festgelegten Beiträge des Kantons an den ungedeckten Pflegekosten von 25 % und der Gemeindeanteil höher als die 75 % ist, hängt damit zusammen, dass die Gemeinden zum Teil Beiträge an die Defizite der Pflegeheime leisten.

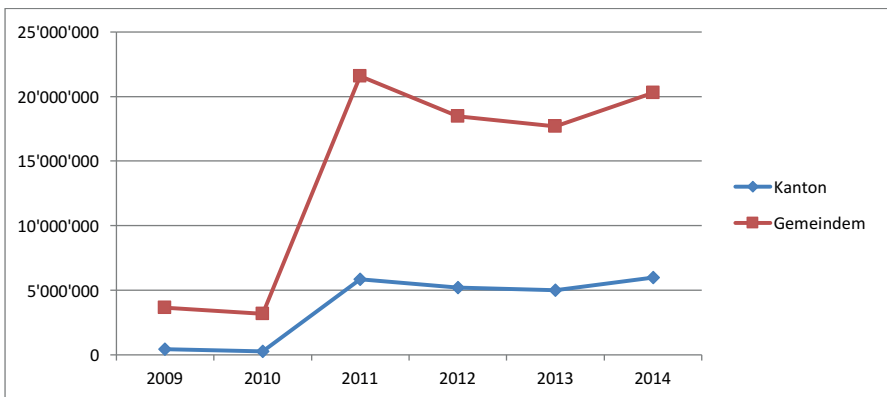


Abb. 5: Entwicklung der Gemeinde- und Kantonsbeiträge an die Finanzierung der stationären Pflege und Betreuung in den Jahren 2009 bis 2014.

Die Zunahme der Gesamtbeiträge der öffentlichen Hand an die stationäre Pflege und Betreuung ist zum grössten Teil Folge der bundesrechtlichen Vorgaben zur Pflegefinanzierung. Danach dürfen von den Pflegekosten nach Abzug der Beiträge der OKP höchstens 20 Prozent des höchsten vom Bundesrat festgesetzten Pflegebetrags auf die Heimbewohnerinnen und Heimbewohner überwält werden (Art. 25a Abs. 5 KVG). Die Finanzierung der Restkosten erfolgt gemäss kantonaler Regelung durch den Kanton und die Gemeinden. Ein kleiner Teil der Kostensteigerung im Jahr 2011 ist auf das ebenfalls per 1. Januar 2011 eingeführte neue Pflegebedarfs-Erfassungssystem BESA LK 2010 sowie auf den Anstieg der Kosten pro durchschnittliche Pflegeminute zurückzuführen.

Durchschnittliche Pflegeminuten pro Tag	2009	2010	2011	2012	2013	2014
	99.4	98.9	106	99.2	96.2	96.44

Table 9: Entwicklung der durchschnittlichen Pflegeminuten pro Bewohner und Bewohnerinnen und Tag in den Jahren 2009 bis 2014

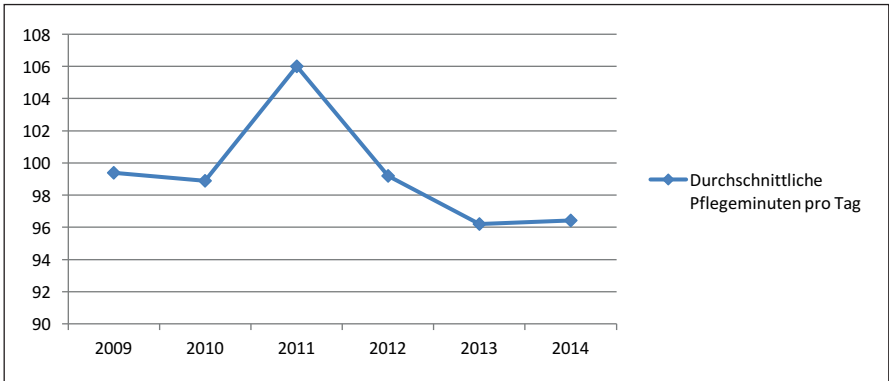


Abb. 6: Entwicklung der durchschnittlichen Pflegeminuten pro Bewohner und Bewohnerinnen und Tag in den Jahren 2009 bis 2014

Die vorstehende Tabelle 9 und die Abbildung 6 zeigen die Entwicklung der durchschnittlichen Pflegeminuten pro Tag in den Jahren 2009 bis 2014. Die Einführung des neuen Pflegebedarfs-Erfassungssystems BESA LK 2010 führte im Jahr 2011 aufgrund mangelhafter Schulung zur Anwendung des neuen Pflegebedarfs-Erfassungssystems gegenüber den Vorjahren zu einem höheren durchschnittlichen Pflegebedarf und somit auch zu höheren Pflegekosten.

Die Nachschulung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Alters- und Pflegeheime in der Handhabung des neuen Pflegebedarfs-Erfassungssystems BESA LK 2010 und in der Folge die korrekte Anwendung des Systems führte zu einem Rückgang des durchschnittlichen Pflegebedarfs im Jahre 2012. Die Werte der Jahre 2013 und 2014 liegen im Bereich der zu erwartenden Werte.

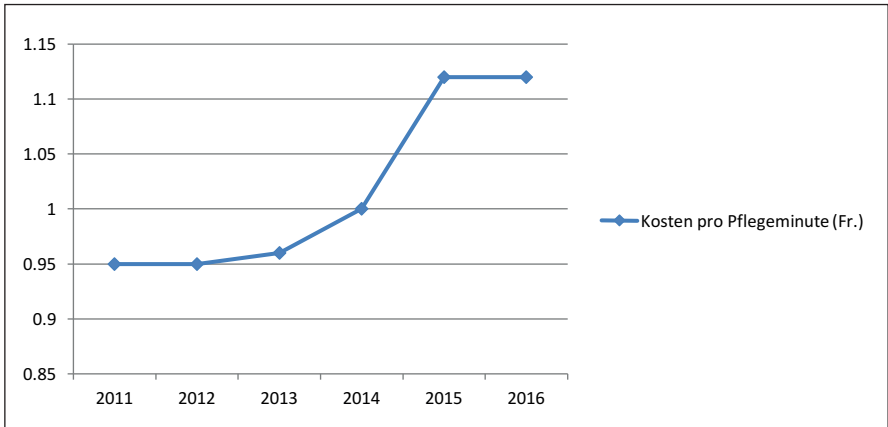


Abb. 7: Entwicklung der anerkannten Kosten pro Pflegeminute in den Jahren 2011 bis 2016

Der Anstieg der Kosten der durchschnittlichen Pflegeminute folgte in den Jahren 2011 bis 2014 in etwa der Kostenentwicklung im Gesundheitswesen. Der Anstieg vom Jahr 2014 auf das Jahr 2015 ist einerseits auf einen Rückgang der durchschnittlichen Einstufung der Bewohner und Bewohnerinnen und den daraus resultierenden Rückgang der den Krankenversicherern verrechenbaren BESA-Pflegeminuten von über drei Minuten pro Tag und andererseits auf einen Anstieg der Pflegekosten von über zwei Mio. Franken in Folge der Anstellung von zusätzlichem Pflegepersonal zurückzuführen.

6.3. Finanzierung der ambulanten Pflege und Betreuung

Ein Vergleich der Gemeinde- und der Kantonsbeiträge für die ambulante Pflege und Betreuung vor und nach Einführung der neuen Pflegefinanzierung zeigt folgendes Bild:

Alte Pflegefinanzierung		2009	2010	Neue Pflegefinanzierung		2011	2012	2013	2014
Beitrag an häusliche Krankenpflege	Kanton ¹⁾	6'910'861	6'849'423	Kanton 55% ¹⁾		6'744'088	6'931'415	7'602'622	8'309'209
	Gemeinden			Beitrag an häusliche Krankenpflege	Beiträge ³⁾	5'517'890	5'671'158	6'220'327	6'798'444
		7'926'653	8'142'242		Beiträge ²⁾	6'900'474	6'874'862	6'726'930	
	Total (Kanton und Gemeinden ²⁾)	14'837'514	14'991'665	Total (Kanton und Gemeinden ²⁾)	13'644'562	13'806'277	14'329'552		
Anteil am Total	Kanton			Anteil vom Total	Kanton	55.0%	55.0%	55.0%	55.0%
	Gemeinden (Beiträge aus dem Kantonsanteil)				Gemeinden (Beiträge aus dem Kantonsanteil)	45.0%	45.0%	45.0%	45.0%
	Kanton	46.6%	45.7%		Kanton	49.4%	50.2%	53.1%	
	Gemeinden (Beiträge gemäss Statistik)	53.4%	54.3%		Gemeinden (Beiträge gemäss Statistik)	50.6%	49.8%	46.9%	

¹⁾ Gemäss Staatsrechnung

²⁾ Vom Gesundheitsamt bei den Diensten der häuslichen Pflege und Betreuung erhobene Daten zu den Gemeindebeiträgen (Statistik). Beinhalten auch zusätzliche, freiwillige Gemeindebeiträge.

³⁾ Berechnet aus dem Kantonsanteil (Kanton 55 Prozent/Gemeinden 45 Prozent).

Table 10: Entwicklung der Gemeinde- und Kantonsbeiträge an die Finanzierung der ambulanten Pflege und Betreuung in den Jahren 2009 bis 2014.

Die Einführung der neuen Pflegefinanzierung per 1. Januar 2011 hatte keine nennenswerten Auswirkungen auf die Gesamtbeiträge der öffentlichen Hand an die ambulante Pflege und Betreuung. Bis Ende 2010 waren die Beiträge der Gemeinden mittels Leistungsvereinbarung mit den Spitex-Diensten zu vereinbaren. Die ab 2011 gültige kantonale Regelung, wonach der Kanton 55 Prozent und die Gemeinden 45 Prozent der nicht durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung und die maximale Kostenbeteiligung der Klienten gedeckten Kosten zu übernehmen haben (vgl. Art. 31c Abs. 2 KPG), führte zu einer Verschiebung der Lasten zwischen Kanton und Gemeinden: Vor Inkrafttreten der vorgenannten Bestimmung war der Anteil der Gemeinden grösser als der Kantonsanteil. In den folgenden Jahren nahm der Kantonsanteil zu und überstieg seit dem Jahr 2012 den Gemeindeanteil. Der Gemeindeanteil lag jedoch auch noch im Jahr 2013 über dem gesetzlichen Beitragssatz von 45 Prozent. Dies ist auf die zusätzlichen Defizitbeiträge, welche einige Gemeinden an die Spitex-Organisationen mit kommunalem Auftrag leisten, zurückzuführen. Der Rückgang des Gemeindeanteils seit dem Jahr 2011 zeigt jedoch, dass die Defizitbeiträge der Gemeinden abnehmen.

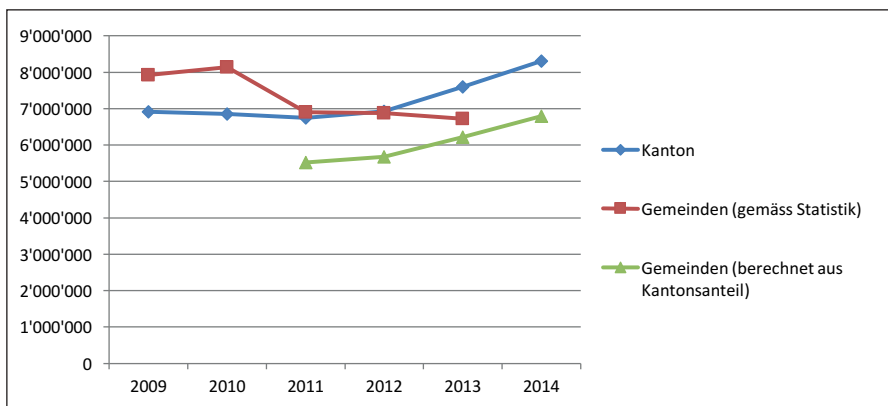


Abb. 8: Entwicklung der Gemeinde- und Kantonsbeiträge an die Finanzierung der ambulanten Pflege und Betreuung in den Jahren 2009 bis 2014.

6.4. Gesamtbeiträge

Die nachstehende Tabelle fasst die Entwicklung der Kantons- und der Gemeindebeiträge an die Spitäler, die Alters- und Pflegeheime sowie die Dienste der häuslichen Pflege und Betreuung in den Jahren 2009 bis 2014 zusammen. Bei den Spitälern gilt die neue Spitalfinanzierung ab dem Jahr 2012. Die neue Pflegefinanzierung wurde im Jahr 2011 eingeführt.

Die folgende Abbildung zeigt die Entwicklung der Beiträge des Kantons und der Gemeinden an die Spitäler, die stationäre und die ambulante Pflege und Betreuung in den Jahren 2009 bis 2014.

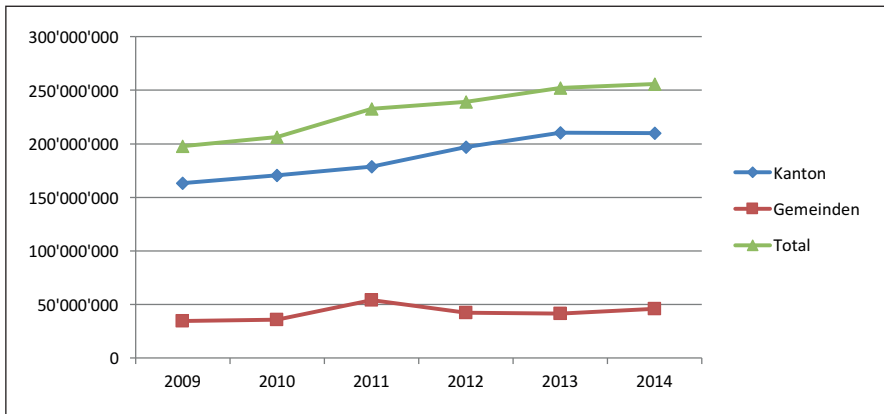


Abb. 9: Entwicklung der Beiträge des Kantons und der Gemeinden an die Institutionen des Gesundheitswesens (Spitäler, Alters- und Pflegeheime sowie Dienste der häuslichen Pflege und Betreuung) in den Jahren 2009 bis 2014.

Es ist augenfällig, dass die Einführung der neuen Spital- und Pflegefinanzierung insgesamt zu einer starken Zunahme der Beiträge geführt hat. 2014 lagen die Beiträge insgesamt um 57.9 Millionen Franken höher als 2009. 46.6 Millionen Franken gingen dabei zu Lasten des Kantons. Die Gemeinden hatten eine Mehrbelastung von insgesamt 11.3 Millionen Franken zu tragen.

Wie die nachstehende Abbildung zeigt, haben die Anteile der Kantons- und der Gemeindebeiträge am Gesamtbeitrag der öffentlichen Hand an die Spitäler, die Alters- und Pflegeheime sowie die Dienste der häuslichen Pflege und Betreuung aufgrund der neuen Spital- und Pflegefinanzierung keine starke Veränderung erfahren. Im Jahr 2011 nahm der Anteil der Gemeinden aufgrund der Einführung der neuen Pflegefinanzierung und des neuen Pflegebedarfs-Erfassungssystems BESA LK 2010 zu. Der Gemeindeanteil sank jedoch bereits im Jahr 2012 mit der Einführung der neuen Spitalfinanzierung wieder auf ein ähnliches Niveau wie vor Einführung der neuen Finanzierungssysteme.

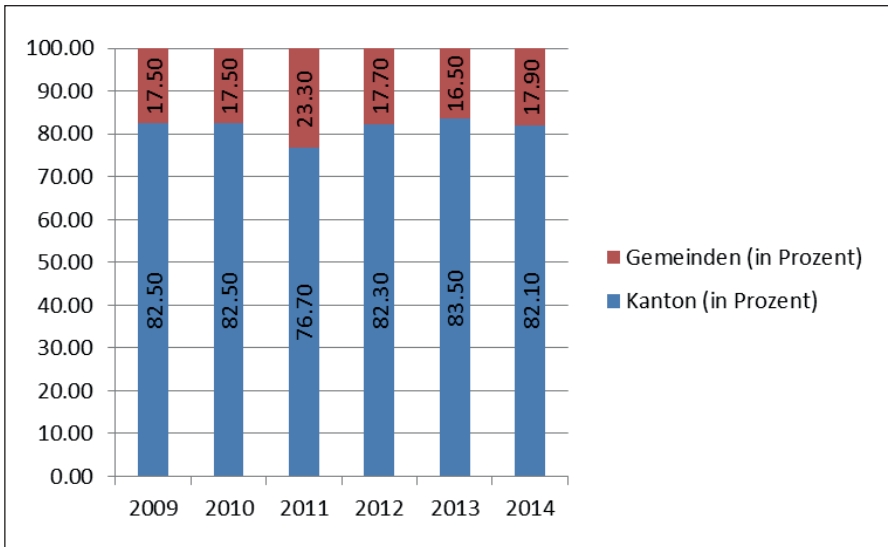


Abb. 10: Entwicklung der Anteile des Kantons und der Gemeinden an den Gesamtbeiträgen an die Institutionen des Gesundheitswesens (Spitäler, Alters- und Pflegeheime sowie Dienste der häuslichen Pflege und Betreuung) in den Jahren 2009 bis 2014.

7. Gutachten zur Vornahme der gemäss Auftrag der KGS notwendigen Abklärungen

7.1. Fragestellungen an den Gutachter

Nach Vorliegen der Daten der ersten zwei Rechnungsjahre nach Einführung der neuen Finanzierungsregelungen im Bereich der Spital- und der Pflegeheimfinanzierung erteilte das Departement für Justiz, Sicherheit und Gesundheit (DJSG) der «Keller Unternehmensberatung AG» den Auftrag zur Vornahme der zur Beantwortung des Auftrags der Kommission für Gesundheit und Soziales notwendigen Abklärungen.

Gemäss dem am 19. September 2014 erteilten Auftrag zur Erstellung des Gutachtens waren folgende Fragestellungen zu beantworten:

1. Sind die von der Regierung beschlossenen Regelungen in den Verordnungen zum Gesundheitsgesetz und zum Krankenpflegegesetz kostentreibend und wenn ja inwieweit? Inwieweit gehen die Regelungen in den beiden Verordnungen über die Vorgaben des KVG zur Gewährleistung einer optimalen Qualität hinaus? Wie setzen die anderen Kantone der GDK-Ost die Qualitätsvorgaben des KVG um?

2. Über welchen Spielraum verfügen die Gemeinden bei der Spital- und bei der Pflegefinanzierung zur Eindämmung der aus den Regelungen in den Verordnungen zum Gesundheitsgesetz und zum Krankenpflegegesetz resultierenden Aufwendungen? Wie können sie diesen Spielraum umsetzen?
3. Wie ist die Spital-, Pflege, und Spitexfinanzierung sowie die EL-Finanzierung in den anderen GDK-Ost Kantonen geregelt?
4. Unter welchen Voraussetzungen und mit welchen Folgen für den Kanton und die Gemeinden sowie die Leistungserbringer ist eine alleinige Spitalfinanzierung durch den Kanton und eine alleinige Finanzierung der Pflege durch die Gemeinden bei gleichbleibenden Trägerschaften durchführbar?
5. Welches sind die Stärken und Schwächen der geltenden Finanzierungsregelung und einer Entflechtung der Finanzierung gemäss Ziffer 4?
6. Welches sind die bei einer Finanzierungsentflechtung gemäss Ziffer 4 zu beachtenden Rahmenbedingungen und zu treffenden Massnahmen? Welche Bestimmungen des Krankenpflegegesetzes müssten diesfalls angepasst werden?
7. Wirkt sich eine solche Entflechtung auf die Sicherstellung der medizinischen und pflegerischen Versorgung aus?
8. Ist der Kommissionsauftrag der KGS mit dem Leitbild des Departements für Justiz, Sicherheit und Gesundheit Graubünden (DJSJG) zur Organisation der Gesundheitsversorgung im Kanton Graubünden kompatibel?
9. Wie wird die mit dem Auftrag anvisierte Entflechtung aus gutachterlicher Sicht beurteilt?

7.2. Hauptinhalte des Gutachtens

Das dem DJSJG am 2. Juni 2015 erstattete Gutachten nimmt ausführlich zu den Fragen Stellung.

Im Rahmen des Gutachtens wurde bei den Kantonen der Gesundheitsdirektorenkonferenz Ost (Appenzell Ausserrhoden, Appenzell Innerrhoden, Glarus, Schaffhausen, St.Gallen, Thurgau und Zürich) eine Umfrage zur Zuständigkeit für die Spital- und Pflegefinanzierung (Kanton und/oder Gemeinden) und zu den personellen Vorgaben vorgenommen. Auf die Antworten wird im Kapitel 8 eingegangen. Kapitel 9 enthält die Beurteilung des Gutachtens bezüglich der Frage der kostentreibenden Wirkung der personellen Vorgaben des Kantons.

Im Gutachten wird zudem ein Modell für eine getrennte Finanzierung des Spitalbereichs durch den Kanton und des Langzeit- und Spitex-Bereichs durch die Gemeinden aufgezeigt.

8. Vergleich der Regelungen der Spital-, Pflege- und Spitexfinanzierung der Kantone der GDK-Ost

8.1. Spitalfinanzierung

Graubünden ist der einzige Kanton, der eine gemischte Spitalfinanzierung, an der sowohl der Kanton als auch die Gemeinden beteiligt sind, aufweist.

In allen übrigen Kantonen der GDK-Ost liegt die Spitalfinanzierung im alleinigen Zuständigkeitsbereich des Kantons. Sowohl die Fallpauschalen als auch die gemeinwirtschaftlichen Leistungen werden zu 100 Prozent vom Kanton getragen.

8.2. Stationäre Pflege und Betreuung

Investitionen

Eine Verpflichtung des Kantons und der Gemeinden zur Leistung von Investitionsbeiträgen an die Erstellung zusätzlicher Pflegebetten gibt es nur im Kanton Graubünden. In den anderen Kantonen müssen die Investitionen von den Leistungserbringern finanziert werden und in der Folge von den Bewohnerinnen und Bewohnern über die Pensionstaxe abgegolten werden. In den Kantonen ZH, GL und SG können Gemeinden Investitionsbeiträge leisten (vgl. S. 39 f.).

Normkosten der Pflege

Im Kanton GL liegt die Tarifgestaltung vollständig in der Kompetenz der Gemeinden. In den übrigen GDK-Ost Kantonen werden die Normkosten durch den Kanton festgelegt. Im Kanton ZH legt der Kanton für diejenigen Gemeinden, in welchen die Einwohner Wahlfreiheit besitzen, die Normkosten beim 50. Perzentil fest.

Abgeltung der ungedeckten Pflegekosten

In vier GDK-Ost Kantonen erfolgt eine vollständige Abgeltung der Pflegekosten durch die Gemeinden (AR, GL, SG, ZH). In den Kantonen SH und TG tragen der Kanton und die Gemeinden die Restkosten je hälftig, wobei beide Kantone im Bereich der Pflege die Kosten normiert haben.

Abgeltung und Normkosten der Betreuungs- und Pensionskosten

Mit Ausnahme des Kantons GR führen alle anderen GDK-Ost Kantone im Bereich der Betreuung und Pension keine Normkostenregelung. Die Steuerung erfolgt indirekt über maximale EL-Beiträge.

Ergänzungsleistungen

Die Abgeltung von EL-Leistungen für Pflege, Betreuung und Pension erfolgt in der Mehrzahl der GDK-Ost Kantone (AI, GL, GR, SG, SH, TG) zu 100 Prozent durch den Kanton. Je hälftig durch die Gemeinden und den Kanton werden die Beiträge in AR getragen. Im Kanton ZH werden 44 Prozent der EL durch den Kanton und 56 Prozent durch die Gemeinden finanziert.

8.3. Ambulante Pflege und Betreuung

Normkosten der Pflege

In der Spitexpflege (mit kommunalem Leistungsauftrag) gelten drei GDK-Ost Kantone die Restkosten der Pflege mit Normkosten ab (AI, GR, SG). Im Kanton AR ist die Regelung in Überarbeitung. In den übrigen GDK-Ost Kantonen liegen die Regelungen für die Abgeltung der Pflege-Restkosten in der Verantwortung der Gemeinden. Oftmals findet faktisch eine Defizitabgeltung statt. In der Spitexpflege (ohne kommunalen Leistungsauftrag) werden die Normkosten in vier GDK-Ost Kantonen auf Kantonesebene festgelegt (AI, GR, SG, ZH) und in drei Kantonen durch die Gemeinden festgelegt. Im Kanton GL bezahlen die Gemeinden keine Beiträge an die Pflegeleistungen von Spitex-Organisationen ohne kommunalen Leistungsauftrag.

Abgeltung der ungedeckten Pflegekosten

In der Mehrzahl der Kantone werden die ungedeckten Pflegekosten vollständig durch die Gemeinden gedeckt (AR, GL, SG, TG, ZH). Im Kanton SH werden die Kosten je hälftig vom Kanton und den Gemeinden gedeckt. In einem Kanton übernimmt der Kanton die Restkosten der Pflege (AI).

Ergänzungsleistungen

Die Finanzierung der EL-Beiträge erfolgt in den GDK-Ost Kantonen gleich wie im stationären Bereich.

9. Kostentreibende Wirkung der personellen Vorgaben des Kantons im Spital-, Pflegeheim- und Spitexbereich?

Das Gutachten kommt zum Schluss, dass die qualitätssichernden Regelungen der Verordnung zum Gesundheitsgesetz sowie die Anforderungen zur Rechnungslegung und den bereitzustellenden Daten der Verordnung zum Krankenpflegegesetz im Vergleich zu den anderen Kantonen der GDK-Ost, obwohl sie sehr detailliert sind, angemessen ausgestaltet sind (S. 9 und 14 ff.). Für die Kostensituation von Bedeutung sind insbesondere die Regelungen zu den Richt- und Stellenplänen und die generellen Anforderungen an die Zusammensetzung des Pflegepersonals nach deren Ausbildungskategorien. Die Richtstellenpläne werden gemäss den Jahresdaten 2014 im Durchschnitt der Bündner Alters- und Pflegeheime um 17 Prozent überschritten; in einzelnen Institutionen wird der Richtstellenplan sogar stark überschritten (Gutachten S. 35). Die kantonalen Minimalvorgaben zum Personal wirken sich somit gemäss dem Gutachten nicht kostentreibend aus, obwohl die Regelung im Richtstellenplan für Alters- und Pflegeheime, wonach 18 % der Pflegeleistung als Betreuungsleistung aufgerechnet werden, im Gutachten hinterfragt wird (S. 23).

Gemäss dem Gutachten sind die minimal geforderten qualitativen und quantitativen personellen Vorgaben des Kantons im Langzeit- und Spitex-Betrieben im GDK-Vergleich und im gesamtschweizerischen Vergleich angemessen ausgestaltet. Eine kostentreibende Wirkung der Regulierungen im Kanton Graubünden wird im Gutachten verneint.

10. Handlungsspielraum für kostensenkende Massnahmen

10.1. Kanton

Aufgrund der Zuständigkeitsordnung zwischen dem Kanton und den Gemeinden beschränkt sich der Handlungsspielraum des Kantons auf die in den Verordnungen formulierten Vorgaben an die Institutionen. Da die Regulierungen im interkantonalen Vergleich angemessen sind und eine kostentreibende Wirkung der Regulierungen verneint wird, ist der Handlungsspielraum des Kantons für kostensenkende Massnahmen sehr beschränkt.

Da die Richtstellenpläne gemäss den Vorgaben des Kantons gemäss den Jahresdaten 2014 im Durchschnitt der Bündner Alters- und Pflegeheime um 17 Prozent überschritten werden, hätte eine Reduktion der Anforderungen keine unmittelbare Auswirkung auf die Kosten.

Die Pflegequalität wird allgemein in folgende vier Qualitätsstufen unterteilt:

1. gefährliche Pflege
2. sichere Pflege
3. angemessene Pflege
4. optimale Pflege

Die geltenden Vorgaben des Kantons stellen eine «angemessene Pflege» sicher. Dies bedeutet, dass die Pflegefachpersonen die persönlichen Gewohnheiten, Ressourcen und Defizite der Patientinnen und Patienten in den Aktivitäten des täglichen Lebens, soweit diese von den Bewohnenden geäußert werden, erfassen und berücksichtigen.

Bei der „sicheren Pflegen“ ist der Patient demgegenüber nur mit dem Nötigsten versorgt. Er ist nicht durch eine akute Körperverletzung gefährdet und er erleidet keinen physischen Schaden. Die sichere Pflege erreicht das absolute Minimum, das in der Pflege angestrebt werden sollte. Sie wird oft kurz damit charakterisiert, dass der Patient «satt, sauber und still» sei.

Eine Reduktion der Leistungen auf das Niveau «sichere Pflege» ist aus Sicht der Regierung nur in Belastungssituationen zu vertreten. Grundsätzlich ist aus ihrer Sicht die Selbst- und Mitbestimmung der Pflegeheimbewohnenden zu respektieren und umzusetzen. Pflegeheimbewohnende haben ein Anrecht auf gute Qualität der Pflege. Dies bedingt, dass die Leistungserbringer die Pflegeleistungen in der Qualitätsstufe «angemessene Pflege» erbringen.

10.2. Gemeinden

Gemäss dem Gutachten bestehen bei der Langzeitpflege im Bereich der Dotation und fachlichen Zusammensetzung vorab des Pflegepersonals für die Trägerschaften/Gemeinden grosse Möglichkeiten zur Beeinflussung und Steuerung der Kosten. In vielen Alters- und Pflegeheimen würden die SOLL-Stellen gemäss Art 17 VzGG überschritten oder gar stark überschritten. Per Ende 2014 hätten die Bündner Alters- und Pflegeheime 1350 Vollzeitpflegestellen aufgewiesen, was um 17 Prozent oder 200 Stellen über dem vom Kanton geforderten Soll-Stellenplan liege. Ebenso seien die Anforderungen an die Ausbildung des Pflegepersonals gemäss VzGG mit einem über 50-prozentigen Anteil an Fachpersonal am Ist-Stellenbestand stark übertroffen. Die Verordnung fordere lediglich den vertretbaren Anteil von 40 % am (tieferen) Soll-Stellenbestand. Ebenso werde ein zu grosser Anteil an diplomiertem Personal eingesetzt. Ein minimaler Anteil von Fachpersonal von 40 Prozent sei jedoch empfehlenswert, um eine qualitativ gute Pflege- und Betreuungsleistung zu erbringen (vgl. S. 11 und 30 ff.).

Mit den durch das Gesundheitsamt für das Jahr 2015 für die Alters- und Pflegeheime errechneten 241 Franken zuzüglich 25 Franken Anlagekosten liege der Bündner Wert von 266 Franken im Rahmen der Durchschnittswerte der Schweizer Alters- und Pflegeheime. Daraus folge, dass rund 60 Prozent der Alters- und Pflegeheime im Kanton Graubünden mit im gesamtschweizerischen Vergleich höheren Gestehungskosten arbeiteten.

Für die Personalkosten in Langzeit und Spitex sind gemäss Gutachten neben der Arbeitsproduktivität auch die Altersstruktur der Belegschaft und das durchschnittliche Lohnniveau wichtige Bereiche, in welchen die Trägerschaften und Gemeinden im Rahmen der bestehenden Regulierungen über grössere Handlungsspielräume verfügten (S. 11).

Das Gutachten empfiehlt den Gemeinden, ihren Einfluss auf mögliche produktivitätssteigernde und kostensenkende Massnahmen im Personaleinsatz geltend zu machen zum Beispiel im Rahmen der Leistungsvereinbarung (S. 11, 34).

11. Mängel der geltenden Regelung der Spital- und Pflegefinanzierung und Massnahmen zu deren Behebung

11.1. Spitalfinanzierung

In der Spitalfinanzierung sind seit ihrem Inkrafttreten keine wesentlichen Probleme aufgetaucht, welche eine grundsätzliche Anpassung des kantonalen Finanzierungssystems notwendig erscheinen lassen. Der Spielraum auf kantonaler Ebene ist zudem aufgrund der bundesrechtlichen Vorgaben sehr beschränkt.

11.2. Pflegefinanzierung

Die geltende Regelung der Spital- und Pflegefinanzierung weist einige Mängel auf, die es im Falle der Beibehaltung dieses Systems zu beheben gilt.

Nachstehend wird unter Berücksichtigung der Anliegen der in Ziffer 1.2 aufgeführten parlamentarischen Vorstösse aufgezeigt, welchen Handlungsbedarf die Regierung im Bereich der Pflegeheimfinanzierung als gegeben erachtet.

Mangel 1:

Ungenügende Möglichkeit der Differenzierung des Angebots aufgrund der Vorgaben zur Berechnung der Maximaltarife.

Die in Art. 26 b KPG vorgegebene Festlegung einheitlicher maximaler anerkannter Kosten und damit der maximalen Kostenbeteiligung der Bewohner und Bewohnerinnen für Pension, Betreuung sowie Instandsetzung und Erneuerung schränkt die Möglichkeit der Alters- und Pflegeheime zur generellen Angebotsdifferenzierung ein.

Heute dürfen auf den anerkannten Kosten nur klar definierte, individuelle Zuschläge erhoben werden (vgl. Anhang 1 Ziffer 3 der Verordnung zum Krankenpflegegesetz). So darf bei Miete eines Zimmers mit einer Grundfläche von mehr als 30 m² inklusive Vorplatz und Nasszelle beziehungsweise eines zusätzlichen Zimmers ein individueller Zuschlag von 1 Franken pro m² und Pflage tag für die 30 m² übersteigende Grundfläche erhoben werden. Zudem kann für Komfortleistungen (z. B. nicht krankheits- beziehungsweise behinderungsbedingter Service im Zimmer) ein individueller Zuschlag von maximal 20 Prozent auf den ausgewiesenen Kosten erhoben werden. Die individuellen Zuschläge müssen einzeln ausgewiesen und dürfen nicht generell pro Pflegebedarfsstufe erhoben werden. Sie sind klar und verständlich in den Verträgen zwischen den Pflegeheimen und den Heimbewohnerinnen und Heimbewohnern festzulegen. Es ist dabei auch auf die finanzielle Situation der Heimbewohnerinnen und Heimbewohner zu achten, da die Infrastruktur- und individuellen Komfortzuschläge nicht über die Ergänzungsleistungen finanziert werden.

Massnahme 1:

Art. 21b KPG ist dahingehend anzupassen, dass die Festlegung der maximal anerkannten Kosten und der maximalen Kostenbeteiligung der nicht Ergänzungsleistungen beziehenden Bewohnerinnen und Bewohner in den Leistungskategorien Pension und Betreuung den unterschiedlichen Angeboten der Alters- und Pflegeheime Rechnung trägt.

Die Alters- und Pflegeheime müssen zu diesem Zweck die Instrumente zur Leistungserfassung verbessern und verfeinern. Heute wird einzig der Pflegebedarf der Bewohnerinnen und Bewohner ermittelt und werden darauf basierend die Bewohnerinnen und Bewohner eingestuft. Ein Instrument zur Beurteilung des Betreuungsbedarfs und zur Erfassung der erbrachten Betreuungs- und Pensionsleistungen fehlt demgegenüber. Entsprechend kann ein Heim, das seinen Bewohnenden gegenüber dem Normangebot umfassendere Betreuungs- und Pensionsleistungen anbietet, diese Mehrleistungen heute nicht ausweisen. Es kann davon ausgegangen werden, dass entsprechende Instrumente geschaffen werden, sobald die Heime einen Nutzen davon haben werden.

Mangel 2:

Die Beiträge an die Instandsetzungs- und Erneuerungskosten und die Anlagenutzungskosten sind nicht transparent.

Gemäss Art. 21 KPG leisten der Kanton und die Gemeinden der Planungsregion für jedes in Übereinstimmung mit der kantonalen Rahmenplanung zusätzlich geschaffene Pflegebett Investitionsbeiträge.

Bei den in den letzten Jahren gebauten Pflegeheimen betragen die Investitionskosten oft deutlich mehr als die insgesamt 320000 Franken, welche der Kanton und die Gemeinden leisten. Der Maximaltarif von 25 Franken für die Instandsetzungs- und Erneuerungskosten, welche die Pflegeheime den Bewohnerinnen und Bewohnern separat in Rechnung stellen können, reicht somit bei einer Abschreibungsdauer von 33 Jahren zur Refinanzierung oftmals nicht aus. Der Rest der Anlagenutzungskosten ist deshalb in den Pensionskosten enthalten. Dies führt dazu, dass für das Jahr 2013 insgesamt Anlagekosten von durchschnittlich 39 Franken berücksichtigt wurden. Im Jahr 2014 wurden insgesamt bereits 48 Franken Anlagenutzungskosten berücksichtigt.

Die Anlagenutzungskosten werden somit im Ergebnis bereits heute bei der Festlegung der anerkannten Kosten für die Pension berücksichtigt. Sie sind aber nicht transparent ausgewiesen. Da die Anlagenutzungskosten in der Kostenrechnung keinen eigenen Kostenträger bilden, macht eine separate Festlegung der anrechenbaren Anlagenutzungskosten keinen Sinn.

Massnahme 2:

Art. 21b Abs. 1 lit. b KPG, wonach maximal anerkannte Kosten für Instandsetzung und Erneuerung festzulegen sind, ist aufzuheben.

Die Anlagenutzungskosten werden nach der Aufhebung von Art. 21b Abs. 1 lit. b KPG künftig über die Leistungskategorie Pension abgegolten.

Mangel 3:

Die Zuständigkeit für die Finanzierung ungedeckter Kosten ist nicht geregelt.

Bis Ende 2011 sah das Krankenpflegegesetz vor, dass die Trägerschaften zusammen mit den Gemeinden allfällige Kosten, welche nach den Beiträgen der Krankenversicherer, der Kostenbeteiligung der Leistungsbezüger und den leistungsbezogenen Beiträgen des Kantons und der Gemeinden verbleiben, nach einem von den Trägerschaften und den Gemeinden zu bestimmenden Schlüssel zu übernehmen hatten. Bei der Behandlung der Botschaft der Regierung zur Umsetzung des Bundesgesetzes über die Neuordnung der

Pflegefinanzierung (B 2010–2011 S. 103 ff.) beziehungsweise der Botschaft zur Umsetzung der Vorgaben des Bundes im Bereich der Spitalfinanzierung (B 2010–2011, S. 909 ff.) wurden die entsprechenden Bestimmungen mit der Begründung, diese Bestimmungen würden der Unwirtschaftlichkeit der Leistungserbringer Tür und Tor öffnen (GRP 2010/2011 S.100), gestrichen (vgl. GRP 2010/2011 S.118 ff.).

Insbesondere im Bereich der stationären und ambulanten Pflege und Betreuung ist zwischen den Trägerschaften und den Gemeinden oft strittig, wer für allfällige Kosten aufzukommen hat, welche nach den Beiträgen der Krankenversicherer, der Kostenbeteiligung der Leistungsbezüger und den leistungsbezogenen Beiträgen des Kantons und der Gemeinden verbleiben.

Auch wenn die Bestimmung zur Finanzierung der verbleibenden Kosten bei der Behandlung obgenannter Botschaft im Grossen Rat aus dem Gesetz gestrichen wurde, sind im Ergebnis doch die Gemeinden aufgrund von Art. 20 Abs. 1 KPG, wonach sie für ein ausreichendes Angebot für die teilstationäre und die stationäre Pflege und Betreuung von Langzeitpatienten und betagten Personen zu sorgen haben, für die Finanzierung der Kosten zuständig. Diese Tatsache soll im Krankenpflegegesetz wieder zum Ausdruck gebracht werden.

Massnahme 3:

Das Krankenpflegegesetz wird durch eine Bestimmung bezüglich der Zuständigkeit der Gemeinden der betreffenden Spital- beziehungsweise Planungsregion für die Finanzierung von allfälligen Defiziten der Leistungserbringer ergänzt.

Mangel 4:

Unzureichende Einflussmöglichkeiten der Gemeinden auf die Betriebsführung der Leistungserbringer.

Von Seiten der Gemeinden wird regelmässig geltend gemacht, dass sie keine Einflussmöglichkeiten auf die Betriebsführung der Spitäler, der Alters- und Pflegeheime und der Spitex-Dienste und damit auf deren wirtschaftliches Verhalten hätten.

Gemäss Art. 7 des Krankenpflegegesetzes haben sich die Gemeinden der einzelnen Spitalregionen sowie der Planungsregionen für die teilstationäre und stationäre Pflege und Betreuung von Langzeitpatienten und betagten Personen, die häusliche Pflege und Betreuung sowie die Mütter- und Väterberatung in zweckmässiger Weise zu organisieren.

Zur Organisation gehört einerseits die Regelung der Aufteilung ungedeckter Kosten, andererseits auch die Festlegung von Regeln, welche die Leistungserbringer zu beachten haben, damit die Gemeinden die ungedeck-

ten Kosten übernehmen. Dazu gehört insbesondere, dass die Leistungserbringer die von den Gemeinden vorgegebenen kostensenkenden Massnahmen umsetzen.

Massnahme 4:

Die allfällige Übernahme ungedeckter Kosten ist in der Leistungsvereinbarung mit den Leistungserbringern an die Bedingung zu knüpfen, dass diese die von den Gemeinden vorgegebenen kostensenkenden Massnahmen umsetzen.

Mangel 5:

Nicht alle Gemeinden sind Mitglied einer Trägerschaft eines Pflegeheims. Heute sind nicht alle Gemeinden in einer Trägerschaft eines Pflegeheims beteiligt. Dies führt zu Schwierigkeiten bei der Frage, welche Gemeinden sich an den Investitionsbeiträgen nach Art. 21 KPG sowie an der Finanzierung allfälliger ungedeckter Kosten zu beteiligen haben.

Bei den Spitex-Organisationen besteht diese Problematik aktuell nicht. Alle Gemeinden haben eine Leistungsvereinbarung mit einer Spitex-Organisation mit kommunalem Leistungsauftrag.

Gemäss Art. 20 Abs. 3 KPG kann die Regierung nach Anhören der Gemeinden Planungsregionen bezeichnen. Die Planungsregion und die Zugehörigkeit der Gemeinden zu den einzelnen Planungsregionen sind heute in der kantonalen Rahmenplanung Pflegeheime festgelegt.

Massnahme 5:

Im Krankenpflegegesetz wird festgelegt, dass sich alle Gemeinden einer Planungsregion an den Investitionskosten für Angebote der stationären Pflege und Betreuung von Langzeitpatienten und von betagten Personen in ihrer Region zu beteiligen haben.

In der Verordnung zum Krankenpflegegesetz werden gestützt auf Art. 31 Abs. 2 in Verbindung mit Art. 20 Abs. 3 KVG die Planungsregionen für die Angebote für die stationäre Pflege und Betreuung von Langzeitpatienten und betagten Personen und für die Dienste der häuslichen Pflege und Betreuung bezeichnet und die Zugehörigkeit der Gemeinden zu den einzelnen Planungsregionen festgelegt.

Alle Gemeinden werden in der Verordnung verpflichtet, mit mindestens einer Einrichtung der stationären Pflege und Betreuung und einer Organisation der häuslichen Pflege und Betreuung eine Leistungsvereinbarung abzuschliessen.

Mangel 6:

Durch Abstützung auf nur ein Jahr (Vorvorjahr) können die vom Kanton anerkannten Kosten stark schwanken.

Basis für die Festlegung der anerkannten Kosten und der maximalen Kostenbeteiligung der Bewohnerinnen und Bewohner bilden gemäss Art. 21b Abs. 2 KPG die durchschnittlichen Kosten der wirtschaftlichen Alters- und Pflegeheime und Pflegegruppen mit einer Betriebsbewilligung ohne Auflagen gemäss Kostenrechnung des der Beschlussfassung vorangehenden Jahres. Diese Regelung führt dazu, dass Auslastungsschwankungen, wie sie z. B. als Folge einer starken Grippewelle immer wieder vorkommen, zu einer unerwünschten Beeinflussung der anerkannten Kosten zwei Jahre später führen.

Massnahme 6:

Im Krankenpflegegesetz wird festgelegt, dass als Basis für die anerkannten Kosten der Durchschnitt der der Beschlussfassung vorangehenden drei Jahre verwendet wird.

12. Varianten der Spital- und Pflegefinanzierung

Für die künftige Spital- und Pflegefinanzierung durch den Kanton und die Gemeinden stehen gemäss Auftrag KGS bei gleichbleibenden Trägerschaften folgende beiden Varianten im Raum:

Variante 1

Gemischte Spital- und Pflegefinanzierung

Die anteilmässige Spital-, Pflegeheim- und Spitexfinanzierung durch den Kanton und die Gemeinden wird unter Behebung der im Kapitel 11 aufgelisteten Mängel weitergeführt.

Diese Variante ist in den Kapiteln 2 und 3 beschrieben.

Variante 2

Getrennte Spital- und Pflegefinanzierung

Die Spitalfinanzierung obliegt dem Kanton, die Pflegeheim- und Spitexfinanzierung den Gemeinden.

Die Trägerschaft der Spitäler, der Alters- und Pflegeheime und der Spitexdienste bleibt entsprechend dem Kommissionsantrag KGS betreffend Aufgaben- und Finanzentflechtung in der Krankenpflege unverändert.

Diese Variante ist im nachfolgenden Kapitel 13 skizziert.

13. Getrennte Finanzierung der Spital- und Pflegefinanzierung

13.1. Eckpunkte der getrennten Finanzierung

Der Gutachter hat für eine alleinige Spitalfinanzierung durch den Kanton und eine alleinige Finanzierung der stationären und ambulanten Pflege (Alters- und Pflegeheime, Spitex) durch die Gemeinden ein Modell entwickelt (S. 50 ff).

Die Regierung stützt sich im vorliegenden Bericht auf das vom Gutachter entwickelte Modell für eine Entflechtung der Spital- und Pflegefinanzierung ab, da es ihr für den Fall einer Aufgaben- und Finanzierungsentflechtung in der Krankenpflege gemäss dem Auftrag der KGS im Grundsatz plausibel erscheint.

Das Modell beinhaltet folgende Eckpunkte:

Bereich Spitalfinanzierung

- Finanzierung der Fallpauschalen durch den Kanton
- Finanzierung der gemeinwirtschaftlichen Leistungen durch den Kanton
- Defizit zulasten des Rechtsträgers

Bereich Finanzierung stationäre Pflege und Betreuung

- Finanzierung der Investitionen durch den Rechtsträger.
- Vollkostenorientierte Abgeltung der Pensions- und Betreuungsleistungen durch die Leistungsbezüger (eventuell verbunden mit einer allfälligen Rückführung von Restwerten von in der Vergangenheit gewährten Investitionsbeiträgen an den Kanton und an die Gemeinden).
- Indirekte Steuerung der Betreuungs- und Pensionskosten über die Begrenzung der EL-Beiträge.
- Falls durch die indirekte Steuerung der Betreuungs- und Pensionskosten ein zu starker Anstieg der Sozialhilfeleistungen über die Begrenzung der EL-Beiträge eintritt, sollte die Möglichkeit von Tarifverhandlungen zwischen Gemeinden und Institutionen für die Pensions- und Betreuungstaxen geprüft werden. Im Falle einer Nichteinigung könnte ein Festsetzungsverfahren durch den Kanton vorgesehen werden.
- Finanzierung der Restkosten der Pflege durch die Gemeinden.
- Vereinbarung der Höhe der Pflegerestkosten zwischen den Gemeinden und den Leistungserbringern. Bei Nichteinigung über die Höhe der Pflegerestkosten erfolgt die Festlegung der Höhe durch die Regierung.
- Festlegung der Pflege-Normkosten durch den Kanton für Leistungserbringer, mit denen die Gemeinden keine Leistungsvereinbarung abgeschlossen haben (die Finanzierung der Restkosten obliegt auch in diesen

Fällen der Wohnsitzgemeinde [bzw. den Wohnsitzgemeinden der letzten 10 Jahre] der Bewohnerinnen und Bewohner).

- Defizit zu Lasten des Rechtsträgers.
- Rückführung der Restwerte der Investitionsbeiträge an den Kanton und die Gemeinden.

Bereich Finanzierung ambulante Pflege und Betreuung

- Die Finanzierung der ambulanten Pflege und Betreuung erfolgt analog der Regelung im Bereich der stationären Pflege und Betreuung.
- Bei Spitex-Organisationen ohne kommunalen Leistungsauftrag und bei freiberuflichen Pflegefachpersonen ist zu klären, ob die Höhe der Pflegekosten einheitlich über das ganze Kantonsgebiet durch den Kanton oder zum Beispiel bei Vorhandensein regionaler Versorgungsstrukturen/ Gesundheitszentren dezentral durch die Gemeinden verhandelt und regional einheitlich tarifiert werden soll.

13.2. Voraussetzungen der Trennung

Nachfolgend werden die Voraussetzungen aufgelistet, die aus Sicht der Regierung für eine Trennung der Zuständigkeiten für die Spital- und die Pflegefinanzierung erfüllt sein müssen.

- *Aufbau von Wissen bei den Gemeinden*
Bei den Gemeinden ist Wissen bezüglich der Vereinbarung von Leistungsaufträgen, Tarifverhandlungen oder im Durchführen von Benchmarkanalysen im Langzeit- und im Spitex-Bereich aufzubauen. Der Aufbau und die Pflege des notwendigen Wissens sind angesichts des damit verbundenen administrativen Aufwands erst dann zielführend, wenn sich die Anzahl der Gemeinden entsprechend der strategischen Zielsetzung der Regierung und des Grossen Rates zur Gebietsreform auf unter 50 Gemeinden reduziert hat (B 2013–2014 S. 769).
- *Einigung aller Beteiligten auf eine gemeinsame Grundlage für die Bemessung der Tarife der stationären und der ambulanten Pflege und Betreuung*
Die Alters- und Pflegeheime, die Spitex-Organisationen (mit und ohne kommunalen Leistungsauftrag), die Gemeinden und der Kanton müssen sich auf eine gemeinsame Basis zur Bemessung der Tarife einigen. Das Gutachten empfiehlt für die stationäre Pflege und Betreuung die bereits im Einsatz stehende Curaviva-Kostenrechnung (inkl. Anlagebuchhaltung, Finanzbuchhaltung nach Swiss GAAP FER). Damit die Vergleichbarkeit gesichert ist, sind die für alle Bündner Alters- und Pflegeheime

geltenden Regeln zu prüfen und im Bereich der Ermittlung der Betreuungskosten und im Bereich der Anlagebuchhaltung zu verfeinern. Für die ambulante Pflege und Betreuung empfiehlt das Gutachten die bereits im Einsatz stehende Lösung des Finanzmanuals gemäss Spitex Verband Schweiz (inkl. Finanzbuchhaltung nach Swiss GAAP FER, vorab bei grösseren Organisationen).

- *Kantonal einheitliche Regelung für die Rückzahlung beziehungsweise den Ausgleich der von der öffentlichen Hand geleisteten Investitionsbeiträge*
Die Gebäulichkeiten der Alters- und Pflegeheime sind zu unterschiedlichen Zeiten erstellt oder saniert worden. Der bauliche Zustand der Gebäulichkeiten und damit der Sanierungsbedarf und der Sanierungsumfang sind entsprechend unterschiedlich. Eine Trennung der Spital- und Pflegefinanzierung mit gleichen Wettbewerbsbedingungen für alle Alters- und Pflegeheime bedingt, dass die Restwerte der Investitionsbeiträge des Kantons und der Gemeinden nach einer für alle Alters- und Pflegeheime einheitlichen Regelung ausgeglichen werden. Geschieht dies nicht, haben Heime mit älteren Gebäulichkeiten und einem erhöhten Sanierungsbedarf einen Wettbewerbsnachteil, weil sie wesentlich höhere Tarife von den Bewohnerinnen und Bewohner erheben müssen als Heime, deren Gebäulichkeiten sich in einem guten den aktuellen Bedürfnissen entsprechenden baulichen Zustand befinden.

13.3. Folgen der Trennung

Bei einem Systemwechsel sind aus Sicht der Regierung folgende Auswirkungen für den Kanton, die Gemeinden, die Leistungserbringer und die Bewohnerinnen und Bewohner der Alters- und Pflegeheime sowie die Spitex-Klienten zu erwarten oder zumindest nicht auszuschliessen:

Folgen für den Kanton und die Gemeinden

	Kanton	Gemeinden
Kurzfristige finanzielle Auswirkungen	<ul style="list-style-type: none"> • Belastung gemäss Finanzplan in der Grössenordnung von 3 Mio. Franken pro Jahr • Ausserordentlicher Ertrag durch Rückführung der Restwerte der kantonalen Investitionsbeiträge (Der an den Kanton zurückzuerstattende Betrag beträgt per Stichtag 1. Januar 2016 ca. 120 Mio. Franken) 	<ul style="list-style-type: none"> • Entlastung gemäss Finanzplan in der Grössenordnung von total 3 Mio. Franken pro Jahr (je nach Heimregion unterschiedlich) • Ausserordentlicher Ertrag durch Rückführung der Restwerte der kommunalen Investitionsbeiträge (nur für Gemeinden welche auch tatsächlich Investitionsbeiträge geleistet haben).
Langfristige finanzielle Auswirkungen	<ul style="list-style-type: none"> • Die langfristige Entwicklung der finanziellen Auswirkungen ist schwer abschätzbar, da die zukünftige Entwicklung im Langzeit- und Spitex-Bereich und im Spitalbereich nur beschränkt voraussehbar ist. 	<ul style="list-style-type: none"> • Die langfristige Entwicklung der finanziellen Auswirkungen ist schwer abschätzbar, da die zukünftige Entwicklung im Langzeit- und Spitexbereich und im Spitalbereich nur beschränkt voraussehbar ist. • Bei steigenden Kosten im Langzeitbereich und in der Spitex aufgrund des Anstiegs der Kosten pro durchschnittliche Pflegeminute und der demographischen Entwicklung erhöhen sich die Gemeindebeiträge an die Pflegekosten, wodurch die Entlastung der Gemeinden durch die Entflechtung sich verringert oder entfällt.
Folgen für die EL	<ul style="list-style-type: none"> • Zunahme der EL-Leistungen im Falle der Erhöhung der EL-Maximalbeiträge bei steigenden Kosten im Langzeitbereich (Betreuung, Pension). 	
Folgen bei der Sozialhilfe		<ul style="list-style-type: none"> • Je nach Festlegung der EL-Maximalbeitragsgrenze erfolgt aufgrund höherer Pensionstaxen eine zusätzliche Inanspruchnahme der Sozialhilfe.
«Defizitfinanzierung»		<ul style="list-style-type: none"> • Im Falle von existenzbedrohenden Defiziten sind die Gemeinden aus Gründen der Versorgungssicherheit in der Verantwortung, die Institutionen mit der notwendigen Kapitalbasis auszustatten.

Tabelle 12: Zusammenstellung der Folgen einer Trennung der Spital- und der Pflegefinanzierung für den Kanton und die Gemeinden

Folgen für die Leistungserbringer

- Verhandlung der Höhe der anerkannten Pflegerestkosten mit den Gemeinden anstelle der heutigen Festlegung der maximal anerkannten Pflegekosten durch den Kanton.
- Mehr Gestaltungsfreiraum bei der Bereitstellung eines auf die regionalen Bedürfnisse ausgerichteten Angebots.
- Je nach Verhalten der Gemeinden kann ein finanzieller Druck auf die Leistungserbringer entstehen. Vor allem bei Leistungserbringern mit unterdurchschnittlicher Pflegeproduktivität könnte dieser Druck Auswirkungen auf die Qualität haben.
- Rückführung der Restwerte der Investitionsbeiträge an Kanton und Gemeinden.

Folgen für Bewohnerinnen und Bewohner der Alter- und Pflegeheime

- Risiko steigender Pensions- und Betreuungstaxen.
Gestützt auf die Tarife für das Jahr 2015 hätte eine Bewohnerin oder ein Bewohner eines Pflegeheimes mit Investitionskosten von 320000 Franken pro Pflegebett unter Anwendung der von Curaviva CH empfohlenen Abschreibungs- und Verzinsungsrichtlinien kalkulatorische Anlagenutzungskosten von 42 Franken pro Tag statt wie heute 38 Franken pro Tag zu tragen. In Pflegeheimen mit höheren Investitionskosten als 320000 Franken pro Pflegeplatz fällt die Mehrbelastung entsprechend höher aus. Höhere Pensionskosten können auch durch die Rückzahlung der Restwerte der Investitionsbeiträge an den Kanton und die Gemeinden bedingt sein.
- Risiko vermehrter Sozialhilfeabhängigkeit.
Die Pensions- und Betreuungskosten können die von der EL maximal geleisteten Beträge übersteigen. In diesen Fällen werden die Bewohnerinnen und Bewohner der Pflegeheime, sofern sie EL-berechtigt sind, vermehrt Sozialhilfe in Anspruch nehmen müssen.
- Qualität der Pflege und Betreuung.
Mit einer Verschlechterung der Qualität im Langzeitbereich ist nicht zu rechnen, vorausgesetzt die bestehenden Qualitätsvorgaben des Kantons werden nicht geändert.

Folgen für Spitex-Klienten

- Taxen für betreuerische und hauswirtschaftliche Leistungen.
Die Klienten der Spitex haben keine grösseren Veränderungen bezüglich Angebot oder Qualität der Leistungen zu gewärtigen. Es muss aber davon ausgegangen werden, dass heute teure Organisationen versuchen werden, die Kostenbeteiligungen der Klientinnen und Klienten bei den hauswirtschaftlichen Leistungen und beim Mahlzeitendienst zu erhöhen.

- Qualität der Pflege und Betreuung.
Mit einer Verschlechterung der Qualität im Spitex-Bereich ist nicht zu rechnen, vorausgesetzt die bestehenden Qualitätsvorgaben des Kantons werden nicht geändert.

14. Bewertung der Varianten der Spital- und Pflegeheimfinanzierung durch die Regierung

In der nachfolgenden Tabelle werden die Stärken und Schwächen der beiden Varianten gemischte Finanzierung und getrennte Finanzierung der Spitäler und der Alters- und Pflegeheime für die Leistungserbringer, den Kanton und die Gemeinden, die Spitalpatienten, die Bewohnerinnen und Bewohner der Alters- und Pflegeheime und die Spitex-Klienten gemäss Beurteilung der Regierung aufgelistet:

Stärken und Schwächen		
Leistungserbringer		
	Variante gemischte Spital- und Pflegefinanzierung	Variante getrennte Spital- und Pflegefinanzierung
Unternehmerische Freiheit	durch Maximaltarife des Kantons begrenzt, (<i>Schwäche</i>) aber für alle Heime identisch (<i>Stärke</i>)	grosser Freiheitsgrad; grundsätzlich vollkostenorientierte Tarifierung; Begrenzung durch Tarifvereinbarung mit Gemeinden unter Beachtung der Wirtschaftlichkeitsvorgaben des KVG (Art. 49ff, 56) (<i>Stärke</i>) Je nach Verhalten der Gemeinde sehr unterschiedlicher Spielraum der Trägerschaften (<i>Schwäche</i>)
Investitionsbeiträge des Kantons und der Gemeinden		Fremdfinanzierung der Rückzahlung der Restwerte der Investitionsbeiträge (<i>Schwäche</i>)
Kanton/Gemeinden		
Einfluss auf die Entwicklung der Leistungserstellungskosten (Heim, Spitex)	Einflussmöglichkeiten der Gemeinden begrenzt (<i>Schwäche</i>)	Gemeinden können über Tarifverhandlung/Leistungsvereinbarung mehr Einfluss ausüben (<i>Stärke</i>) Das dazu notwendige Know-how muss von den Gemeinden extern eingekauft oder aufgebaut werden (<i>Schwäche</i>)

Stärken und Schwächen		
Leistungserbringer		
	Variante gemischte Spital- und Pflegefinanzierung	Variante getrennte Spital- und Pflegefinanzierung
Einhaltung der finanzpolitischen Richtwerte	Einhaltung gegeben (<i>Stärke</i>)	Einhaltung nicht gegeben, Mehrbelastung des Kantons (<i>Schwäche</i>)
Qualität (Mindestanforderungen)	analog IST-Modell, wird nicht verändert	analog IST-Modell, wird nicht verändert
Ergänzungsleistungen	EL-Maximalbeiträge und anerkannte Kosten sind aufeinander abgestimmt (<i>Stärke</i>)	Zunahme der Ergänzungsleistungen im Falle der Erhöhung der EL-Maximalbeiträge bei steigenden Tarifen im Langzeitbereich (Betreuung, Pension) (<i>Schwäche</i>)
Sozialhilfe	Keine zusätzliche Inanspruchnahme der Sozialhilfe (<i>Stärke</i>)	je nach Festlegung der EL-Maximalbeitragsgrenze erfolgt aufgrund höherer Pensionstaxen eine zusätzliche Inanspruchnahme der Sozialhilfe (<i>Schwäche</i>)
Administrativer Aufwand		Mehraufwand der Gemeinden durch Abschluss von Leistungsvereinbarungen mit den Pflegeheimen und Tarifverhandlungen mit den Pflegeheimen/Spitex Diensten (<i>Schwäche</i>) Mehraufwand des Kantons durch Tariffestsetzung bei Nichteinigung zwischen Gemeinden und Leistungserbringern (<i>Schwäche</i>)
Bewohnerinnen und Bewohner der Alters- und Pflegeheime / Spitex-Klienten		
Wahlfreiheit	Uneingeschränkte Wahlfreiheit im Kanton (<i>Stärke</i>)	Einschränkung der Wahlfreiheit von Pflegeheimen ohne Leistungsauftrag der Gemeinden für EL Bezüger (EL Bezüger können nur dann in ein Heim ohne Leistungsauftrag der Wohnsitzgemeinde eintreten, wenn dieses Heim Tarife aufweist, die nicht zu einer Sozialhilfeabhängigkeit führen.) (<i>Schwäche</i>)

Table 13: Stärken und Schwächen der Varianten gemischte Spital- und Pflegefinanzierung und getrennte Spital- und Pflegefinanzierung

Einhaltung der finanzpolitischen Richtwerte

Gemäss den im Bericht über das Regierungsprogramm und den Finanzplan für die Jahre 2017–2020 (B 2015–2016 S. 887) formulierten finanzpolitischen Richtwerten sollen unter anderem Lastenverschiebungen zwischen dem Kanton und den Gemeinden vermieden werden (Richtwert 7). Entstehen im Bereich von Verbundaufgaben zwischen Kanton und Gemeinden durch Bundes- oder Kantonsvorlagen Mehrkosten, sind diese im bisherigen Finanzierungsverhältnis aufzuteilen. Der Grosse Rat hat am 17. Februar 2016 den finanzpolitischen Richtwerten zugestimmt.

Von einer Trennung der Spital- und Pflegefinanzierung betroffene Kantons- und Gemeindebeiträge									
Spitäler		2012	2013	2014	Budget 2015 ³⁾	Budget 2016	Finanzplan 2017	Finanzplan 2018	Finanzplan 2019
Beiträge an Spitäler für medizinische Leistungen	Gemeinden 10% ¹⁾	16'932'412	17'205'522	18'786'362	18'900'000	16'850'000	17'250'000	17'650'000	18'050'000
Beiträge an Spitäler für das Rettungswesen	Gemeinden 10% ²⁾	432'000	455'469	451'000	343'100	343'100	343'100	343'100	343'100
Beiträge an öffentliche Spitäler für GWL	Gemeinden 10% ²⁾	851'000	2'156'639	2'182'208	2'189'021	2'150'000	2'150'000	2'150'000	2'150'000
Alters- und Pflegeheime		2012	2013	2014	Budget 2015	Budget 2016	Finanzplan 2017	Finanzplan 2018	Finanzplan 2019
Beiträge an Alters- und Pflegeheime	Kanton 25% ¹⁾	5'208'292	5'001'430	5'994'053	8'100'000	8'100'000	8'200'000	8'300'000	8'400'000
Spitex-Organisationen		2012	2013	2014	Budget 2015	Budget 2016	Finanzplan 2017	Finanzplan 2018	Finanzplan 2019
Beitrag an häusliche Krankenpflege	Kanton 55% ¹⁾	6'931'415	7'602'622	8'309'209	8'200'000	8'000'000	8'300'000	8'600'000	8'900'000
Spitäler, APH, Spitex		2012	2013	2014	Budget 2015	Budget 2016	Finanzplan 2017	Finanzplan 2018	Finanzplan 2019
Kanton		12'139'707	12'604'052	14'303'262	16'300'000	16'100'000	16'500'000	16'900'000	17'300'000
Gemeinden		18'215'412	19'817'630	21'419'570	21'432'121	19'343'100	19'743'100	20'143'100	20'543'100
Belastung Kanton / Entlastung Gemeinden		6'075'705	7'213'578	7'116'308	5'132'121	3'243'100	3'243'100	3'243'100	3'243'100

¹⁾ Gemäss Staatsrechnung

²⁾ Gemäss RB's über die Verteilung der Gesamtkredite gemäss Art. 18c–e KPG an die Spitäler

³⁾ Beiträge an Spitäler für das Rettungswesen und Beiträge an öffentliche Spitäler für GWL gemäss RB über die Verteilung der Gesamtkredite gemäss Art. 18c–e KPG

Tabelle 14: Von einer Trennung der Spital- und Pflegefinanzierung betroffene Kantons- und Gemeindebeiträge

Eine Trennung der Spital- und der Pflegefinanzierung hat für den Kanton eine Belastung gemäss Finanzplan in der Grössenordnung von 3 Millionen Franken zur Folge. Für die Gemeinden resultiert in Summe eine entsprechende Entlastung. Die Berechnung der Höhe der Belastung beziehungsweise Entlastung ist eine Momentaufnahme. Die längerfristigen Auswirkungen der Trennung der Spital- und Pflegefinanzierung auf die Gemeinden und den Kanton hängen von der Inanspruchnahme der Leistungen in der ambulanten und stationären Pflege einerseits und im Spitalbereich andererseits ab. Bei steigenden Kosten der Pflege im Langzeitbereich und in der Spitex aufgrund des Anstiegs der Kosten pro durchschnittliche Pflegeminute und der demographischen Entwicklung dürfte der Entlastungseffekt der Gemeinden durch die Trennung der Spital- und Pflegefinanzierung längerfristig entfallen.

Um die vom Grossen Rat beschlossene Beibehaltung der Lastenverteilung zu erreichen, müsste bei einer Trennung der Zuständigkeiten des Kantons und der Gemeinden für die Spital- und Pflegefinanzierung eine Kompensation in einem anderen Bereich erfolgen.

Administrativer Aufwand

Im Kommissionsauftrag wird geltend gemacht, die gemeinsame Finanzierung der Spitäler und Pflegeeinrichtungen verursache einen grossen administrativen Aufwand für die Leistungserbringer, den Kanton und die Gemeinden. Diese Annahme ist unzutreffend. Zwar erfordert die Abrechnung mit zwei Finanzierern einen gewissen Mehraufwand. Dem stehen aber für die Abrechnung mit allen Leistungserbringern identische anerkannte Kosten gegenüber.

Eine Trennung der Spital- und Pflegefinanzierung gemäss Gutachten führt zu keiner Reduktion des administrativen Aufwands auf Seiten des Kantons. Nach wie vor muss der Kanton die Normkosten für alle Leistungskategorien (Pension, Betreuung und Pflege) festlegen. Die Normkosten für die Pension und Betreuung begrenzen die EL für Heimbewohnerinnen und Heimbewohner und die Beteiligung einer Gemeinde an den Pflegekosten beim Aufenthalt einer Bewohnerin oder eines Bewohners in einem Heim ohne Leistungsauftrag der Wohnsitzgemeinde. Zudem hat der Kanton in allen Fällen, wo keine Einigung zwischen den Gemeinden und den Leistungserbringern erfolgt, ein Tariffestsetzungsverfahren durchzuführen. Wie aus dem stationären Spitalbereich bekannt, sind solche Festsetzungsverfahren für alle Beteiligten (Kanton, Gemeinden und Leistungserbringer) mit grossem Aufwand verbunden. Es muss entsprechend davon ausgegangen werden, dass sich der administrative Aufwand auf Seiten Kanton erhöht.

Bei den Gemeinden erhöht sich der administrative Aufwand bei einer Trennung der Spital- und Pflegefinanzierung beträchtlich. Es müssen mit allen Leistungserbringern Tarifverhandlungen durchgeführt werden. Das

Durchführen von Tarifverhandlungen erfordert Fachwissen, das bei den Gemeinden nicht vorhanden ist und aufwändig aufgebaut werden muss. Eine Trennung der Spital- und Pflegefinanzierung kann zudem dazu führen, dass jedes Pflegeheim und jede Spitexorganisation mit unterschiedlichen Tarifen abrechnet, was bei den Gemeinden einen erheblichen Mehraufwand bei der Rechnungskontrolle mit sich bringt.

Die Rückführung der Restwerte der durch den Kanton und die Gemeinden geleisteten Investitionsbeiträge könnte dazu führen, dass die Vollkosten dieser Heime derart hoch zu liegen kommen, dass sie nicht mehr ausreichend Bewohnerinnen und Bewohner finden.

Wahlfreiheit der Personen mit Bedarf an stationärer Pflege und Betreuung

Die Variante getrennte Finanzierung bedeutet bezüglich der Wahlfreiheit für Personen mit Bedarf an stationärer Pflege und Betreuung eine Verschlechterung, weil für Bewohnerinnen und Bewohner von Pflegeheimen, mit denen die Wohnsitzgemeinde keine Leistungsvereinbarung hat, bei einer Pflegefinanzierung durch die Gemeinden maximal der Normkostentarif zur Anwendung kommt. Konkret bedeutet dies, dass für EL-Bezüger die Wahlfreiheit auf diejenigen Pflegeheime beschränkt ist, welche maximal den Normkostentarif anwenden. Werden vom gewählten Heim Tarife über dem Normkostentarif erhoben, werden die Bewohnerinnen und Bewohner gezwungen sein, das Heim zu wechseln, wenn die Herkunftsgemeinde nicht bereit ist, die Restkosten über die Sozialhilfe zu übernehmen.

15. Empfehlung der Regierung

Gestützt auf die formulierten Voraussetzungen für eine Trennung der Zuständigkeiten für die Spital- und die Pflegefinanzierung (Ziffer 13.2), die Folgen einer Trennung (Ziffer 13.3) und die Bewertung der Stärken und Schwächen der beiden Varianten (Ziffer 14) beantragt die Regierung, die bestehende gemischte Finanzierung im Spitalbereich und im Bereich der ambulanten und stationären Pflege und Betreuung beizubehalten.

Der Variantenantrag der Regierung zum Finanzierungssystem weicht von der Beurteilung des Gutachters (S. 80 ff. des Gutachtens) ab. Die Regierung begründet ihren vom Gutachter abweichenden Variantenantrag wie folgt:

- Die für die Vereinbarung von Leistungsaufträgen und die Durchführung von Tarifverhandlungen mit den Verantwortlichen der Alters- und Pflegeheime und der Spitex-Dienste sowie für die Vornahme der dazu erforderlichen Benchmarkanalysen notwendigen Kenntnisse und die ent-

sprechende Erfahrung sind bei den Gemeinden derzeit nicht vorhanden. Es lässt sich nur mit erheblichem personellem und finanziellem Aufwand aufbauen und erhalten.

- Gleiche Wettbewerbsbedingungen für alle Alters- und Pflegeheime im Kanton setzen voraus, dass die Restwerte der Investitionsbeiträge des Kantons und der Gemeinden nach einer für alle Heime einheitlichen Regelung ausgeglichen werden. Die Regierung beurteilt die Chancen, hierfür eine mehrheitsfähige Regelung zu erreichen, mindestens als schwierig.
- Das Gutachten lässt ausser Acht, dass der Kanton auch bei einer alleinigen Zuständigkeit der Gemeinden für die Finanzierung des Pflegeheim- und Spitexbereichs über die Ergänzungsleistungen die Kosten des Pflegeheimaufenthalts mitfinanziert. Entsprechend resultiert aus einer Trennung der Zuständigkeiten für die Spital- und Pflegefinanzierung keine umfassende Trennung der Gesamtfinanzierung der Pflegekosten.
- Für EL-Bezüger wird die Wahlfreiheit auf Pflegeheime, die über einen Leistungsauftrag der Wohnsitzgemeinde verfügen oder über tiefere Tarife verfügen als die Heime, mit denen die Wohnsitzgemeinde einen Leistungsauftrag erteilt hat, eingeschränkt.
- Der Wegfall der Festlegung der Maximaltarife durch die Regierung kann dazu führen, dass die Alters- und Pflegeheime den Bewohnerinnen und Bewohnern gegenüber heute höhere Pensions- und Betreuungstaxen in Rechnung stellen. Gegebenenfalls zeitigt dies Auswirkungen auf die EL-Leistungen des Kantons und die Unterstützungsleistungen der Gemeinden.
- Damit die Regionalspitäler, Pflegeheime und Spitex-Dienste den stetig steigenden wirtschaftlichen und qualitativen Anforderungen gerecht werden können, sieht das Regierungsprogramm für die Jahre 2017–2020 beim Entwicklungsschwerpunkt «Herausforderungen im Gesundheitsbereich» als Massnahme vor, dass die Spital-, die Spitex- und die Alters- und Pflegeheimregionen gebietsmässig deckungsgleich als Gesundheitsversorgungsregionen ausgestaltet werden sollen und dass die heute den Gemeinden obliegenden Aufgaben der Gesundheitsversorgung den Gesundheitsversorgungsregionen zugewiesen werden sollen (B 2015–2016 S. 843, 848). Eine Trennung der Zuständigkeiten für die Spital- und die Pflegefinanzierung würde die Umsetzung dieser beiden Massnahmen und die damit verbundene Bildung von Gesundheitszentren erschweren. Bei bereits bestehenden Gesundheitszentren könnte deren Weiterbestehen gefährdet sein.

In Kapitel 11 hat die Regierung dargelegt, dass die geltende Regelung der Pflegefinanzierung einige Mängel aufweist. Sie hat in diesem Kapitel weiter die von ihr in Aussicht genommenen Massnahmen zur Behebung dieser Mängel aufgelistet. Spricht sich der Grosse Rat für die Weiterführung der geltenden Regelung der Spital- und Pflegefinanzierung aus, wird das zuständige Departement die Umsetzung der in Aussicht genommenen Massnahmen an die Hand nehmen. Dazu gehört insbesondere die Erarbeitung der Vernehmlassungsunterlagen für eine Teilrevision des Krankenpflegegesetzes.

16. Anträge

Die Regierung beantragt Ihnen:

1. auf die Vorlage einzutreten;
2. vom vorliegenden Bericht Kenntnis zu nehmen;
3. sich für die Weiterführung der geltenden Regelung der Spital- und Pflegefinanzierung auszusprechen;
4. den von der Regierung in Kapitel 11 in Aussicht genommenen sechs Massnahmen zur Behebung der Mängel der bestehenden Regelung der Pflegefinanzierung im Grundsatz zuzustimmen;
5. den Kommissionsauftrag KGS betreffend Aufgaben- und Finanzentflechtung in der Krankenpflege vom 14. Juni 2011 abzuschreiben.

Genehmigen Sie, sehr geehrter Herr Landespräsident, sehr geehrte Damen und Herren, den Ausdruck unserer vorzüglichen Hochachtung.

Namens der Regierung
Der Präsident: *Rathgeb*
Der Kanzleidirektor: *Riesen*

Abkürzungsverzeichnis

BESA-LK	Bewohner/-innen-Einstufungs- und Abrechnungssystem-Leistungskatalog
BSV	Bundesamt für Sozialversicherungen
EL	Ergänzungsleistungen
ELG	Bundesgesetz über Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (SR 831.30)
GAAP FER	Generally accepted accounting principles – Fachempfehlungen zur Rechnungslegung
GDK-Ost	Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren der Ostschweizer Kantone und des Fürstentums Lichtenstein
KELG	Gesetz über kantonale Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (BR 544.300)
KJP	Kinder- und Jugendpsychiatrie (Graubünden)
KLV	Verordnung des Eidgenössischen Departementes des Innern über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (SR 832.112.31)
KPG	Gesetz über die Förderung der Krankenpflege und der Betreuung von betagten und pflegebedürftigen Personen (Krankenpflegegesetz, BR 506.000)
KSGR	Kantonsspital Graubünden
KVG	Bundesgesetz über die Krankenversicherung (SR 832.10)
LK	Leistungskategorie
OKP	obligatorische Krankenpflegeversicherung
PDGR	Psychiatrische Dienste Graubünden
SOMED-Statistik	Sozialmedizinische Statistik
VzGG	Verordnung zum Gesundheitsgesetz (BR 500.010)
VzKPG	Verordnung zum Krankenpflegegesetz (BR 506.060)