

Nr. 867a

Verordnung zum Pflegefinanzierungsgesetz (Pflegefinanzierungsverordnung)

vom 30. November 2010* (Stand 1. Januar 2011)

Der Regierungsrat des Kantons Luzern,

gestützt auf die §§ 4, 7 Absatz 2 und 11 des Pflegefinanzierungsgesetzes vom 13. September 2010¹,

auf Antrag des Gesundheits- und Sozialdepartementes,

beschliesst:

I. Rechnungstellung

§ 1 *Grundsätze*

¹ Die Leistungserbringer stellen der anspruchsberechtigten Person eine detaillierte und verständliche Rechnung zu. Diese hat alle Angaben zu enthalten, die benötigt werden, um die Berechnung der Vergütung der Leistung überprüfen zu können.

² Bei Vorliegen einer Vollmacht der anspruchsberechtigten Person können die Leistungserbringer der Wohnsitzgemeinde für den Beitrag an die Pflegekosten direkt Rechnung stellen. Der anspruchsberechtigten Person ist auf Verlangen eine Kopie der Rechnung zuzustellen. Die Leistungserbringer können der Wohnsitzgemeinde für mehrere anspruchsberechtigte Personen mit Sammelrechnung Rechnung stellen.

§ 2 *Rechnungen*

¹ Die Leistungserbringer weisen auf ihren Rechnungen die Kosten der Pflegeleistungen und jene der übrigen Leistungen getrennt aus.

² Sie gliedern die Kosten der Pflegeleistungen wie folgt:

* G 2010 308; Abkürzung PFV

¹ SRL Nr. 867 (G 2010 276)

- a. Beitrag des Krankenversicherers,
- b. Beitrag der anspruchsberechtigten Person,
- c. Beitrag der Wohnsitzgemeinde.

³ Sie schlüsseln die Kosten der Pflegeleistungen bei der ambulanten Krankenpflege zusätzlich nach der Art der Leistung gemäss Artikel 7 Absatz 2 der Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung vom 29. September 1995 (KLV)² auf, bei der Krankenpflege im Pflegeheim nach dem Pflegebedarf gemäss Artikel 7a Absatz 3 KLV.

⁴ Die Wohnsitzgemeinden können mit den Leistungserbringern, insbesondere für Sammelrechnungen, eine abweichende Gliederung und Aufschlüsselung der Rechnung vereinbaren. Die Leistungserbringer haben der Wohnsitzgemeinde auf deren Verlangen jederzeit eine Rechnung gemäss den Absätzen 1 bis 3 zuzustellen.

⁵ Kosten für medizinische, therapeutische oder psychosoziale Betreuung oder Behandlung und für Pension, die zusätzlich zu den Pflegeleistungen anfallen, sind der anspruchsberechtigten Person oder dem Versicherer separat in Rechnung zu stellen.

§ 3 *Auszahlungen*

¹ Die Wohnsitzgemeinde entrichtet den Restfinanzierungsbeitrag für die ambulante Krankenpflege oder für die Krankenpflege im Pflegeheim der anspruchsberechtigten Person. Sofern die Leistungserbringer der Wohnsitzgemeinde für den Restfinanzierungsbeitrag gemäss § 1 Absatz 2 direkt Rechnung stellen, erfolgt die Auszahlung direkt an die Leistungserbringer.

² Die Wohnsitzgemeinde entrichtet ihren Beitrag an die Kosten der Akut- und Übergangspflege in jedem Fall den Leistungserbringern.

³ Die Auszahlung der Beiträge durch die Gemeinden erfolgt monatlich und in der Regel innert 30 Tagen seit Rechnungstellung.

II. Kostenübernahme

1. Krankenpflege ambulant oder im Pflegeheim

§ 4 *Bestimmung des Restfinanzierungsbeitrages*

¹ Grundlage für die Bestimmung des Restfinanzierungsbeitrages ist der Ausweis der Kosten der Leistungserbringer mittels Kostenrechnung. Die Anforderungen an die Kostenrechnung richten sich

² SR 832.112.31. Auf diese Verordnung wird im Folgenden nicht mehr hingewiesen.

- a. bei der ambulanten Krankenpflege nach dem Finanzmanual des Spitex-Verbandes Schweiz,
- b. bei der Krankenpflege im Pflegeheim nach der Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime in der Krankenversicherung vom 3. Juli 2002³.

²Die Gemeinden berücksichtigen die notwendigen Leistungen der Leistungserbringer und deren Kosten, insbesondere die Kosten der Ausbildung des Pflegepersonals.

³Der Restfinanzierungsbeitrag, den die Gemeinden mit den Leistungserbringern vereinbaren, ist in der Vereinbarung bei der ambulanten Krankenpflege nach der Art der Leistung gemäss Artikel 7 Absatz 2 KLV und bei der Krankenpflege im Pflegeheim nach den Pflegebedarfsstufen gemäss Artikel 7a Absatz 3 KLV abzustufen.

⁴Die Gemeinden können in begründeten Fällen, insbesondere wenn die Führung einer Kostenrechnung gemäss Absatz 1 für den Leistungserbringer mit einem unverhältnismässigen Aufwand verbunden ist, geringere Anforderungen an den Ausweis der Kosten stellen.

⁵Für die Erfassung des Pflegebedarfs bei der Krankenpflege im Pflegeheim können die Leistungserbringer unter folgenden Systemen wählen:

- a. BESA 99 mit Leistungskatalog 2005: Die Umrechnung erfolgt mit 3,06 Minuten pro BESA-Punkt,
- b. BESA Version 4.0 mit Leistungskatalog 2010,
- c. RAI/RUG in der Version CH-Index 2011 (gemäss Anhang).⁴

2. Akut- und Übergangspflege

§ 5 *Kriterien für die Bedarfsabklärung*

¹Der Bedarf an Akut- und Übergangspflege wird durch die Spitäler anhand der folgenden Kriterien abgeklärt:

- a. Die akuten gesundheitlichen Probleme der anspruchsberechtigten Person sind bekannt und stabilisiert. Diagnostische, therapeutische und pflegerische Leistungen in einem Akutspital sind nicht mehr notwendig.
- b. Die anspruchsberechtigte Person benötigt vorübergehend eine qualifizierte fachliche Betreuung, insbesondere durch Pflegepersonal.
- c. Ein Aufenthalt in einer Rehabilitationsklinik oder in einer geriatrischen Abteilung eines Spitals ist aus medizinischer Sicht nicht erforderlich.

³ SR 832.104

⁴ Eingefügt durch Änderung vom 1. Februar 2011, rückwirkend in Kraft seit dem 1. Januar 2011 (G 2011 76).

- d. Die Akut- und Übergangspflege erhöht die Selbstpflegekompetenz der anspruchsberechtigten Person, sodass sie die vor dem Spitalaufenthalt vorhandenen Fähigkeiten und Möglichkeiten wieder in der gewohnten Umgebung nutzen kann.
- e. Es liegt ein Pflegeplan mit den Massnahmen zur Erreichung der Ziele nach Absatz 1d vor.

²Die Spitäler verordnen die Akut- und Übergangspflege nur, wenn alle Kriterien gemäss Absatz 1 erfüllt sind. Sie verordnen keine Akut- und Übergangspflege für Personen, die von einem Pflegeheim ins Spital eingetreten sind und denen die ihren Bedürfnissen entsprechende Pflege im betreffenden Pflegeheim selber angeboten werden kann. Sie sprechen sich vor der Anordnung der Akut- und Übergangspflege mit dem in Frage kommenden Leistungserbringer rechtzeitig über dessen verfügbare Kapazitäten ab.

³Die Spitäler und die Leistungserbringer der stationären Akut- und Übergangspflege regeln die Modalitäten der Überweisung und der Zusammenarbeit durch Vereinbarung.

⁴Das Gesundheits- und Sozialdepartement kann den Spitälern für die Abklärung des Bedarfs an Akut- und Übergangspflege ein einheitliches Formular vorschreiben.

III. Schlussbestimmungen

§ 6

Die Verordnung tritt am 1. Januar 2011 in Kraft. Sie ist zu veröffentlichen.

Luzern, 30. November 2010

Im Namen des Regierungsrates
Der Präsident: Anton Schwingruber
Der Staatsschreiber: Markus Hodel

CH-Index 2011 (§ 4 Abs. 5c)

Pflegestufe	Pflegeaufwand in Minuten pro Tag	Index PF	Original-RUGs
1	bis 20	0.095	PA0
2	21–40	0.285	PA1
3	41–60	0.476	BA1, PA2
4	61–80	0.666	IA1, BA2
5	81–100	0.857	PB1, PB2, BB1
6	101–120	1.046	CA1, IB1, PC1, BB2, PC2
7	121–140	1.237	IA2, IB2, CA2
8	141–160	1.427	PD1, PD2, CB1, RMA, RLA
9	161–180	1.617	CB2, SSA, RMB, CC1
10	181–200	1.807	SSB, PE1, RLB, CC2, PE2
11	201–220	1.998	SSC, SE1
12	ab 221	2.188	RMC, SE2, SE3

⁵ Eingefügt durch Änderung vom 1. Februar 2011, rückwirkend in Kraft seit dem 1. Januar 2011 (G 2011 76).