

## Einführungsgesetz zum Bundesgesetz über die Krankenversicherung (EG KVG)

Änderung vom 9. Dezember 2010<sup>1</sup>

GS 37.§

Der Landrat des Kantons Basel-Landschaft beschliesst:

### I.

Das Einführungsgesetz vom 25. März 1996<sup>2</sup> zum Bundesgesetz über die Krankenversicherung (EG KVG) wird wie folgt geändert:

#### Untertitel nach § 15

D<sup>bis</sup>. Finanzierung von Pflegeleistungen

#### § 15a Finanzierung von Pflegeleistungen durch die Gemeinde

<sup>1</sup> Bei Pflegeleistungen nach der Krankenversicherungsgesetzgebung, ausgenommen bei Leistungen der Akut- und Übergangspflege, übernimmt die Wohngemeinde die Differenz zwischen den anrechenbaren Kosten der Pflegeleistungen und dem Beitrag der obligatorischen Krankenversicherung abzüglich des Anteils der versicherten Person.

<sup>2</sup> Die Beiträge der Gemeinde werden an den Leistungserbringer ausgerichtet und können pauschaliert werden.

#### § 15b Finanzierte Leistungen

<sup>1</sup> Die Beiträge der Gemeinde nach § 15a erstrecken sich auf ambulante und stationäre Pflegeleistungen, welche zur Deckung des Bedarfs der Bevölkerung erforderlich sind.

<sup>2</sup> Die Gemeinde finanziert die Pflegeleistungen von:

- a. Spitex-Organisationen und Pflegefachpersonen, mit welchen die Gemeinde eine Leistungsvereinbarung abgeschlossen hat oder die im Einzelfall mit Einwilligung der Gemeinde beigezogen wurden;

<sup>1</sup> Vom Landrat mit Vierfünftelmehr beschlossen. Referendumsfrist unbenutzt abgelaufen am §.

<sup>2</sup> GS 32.474, SGS 362

- b. Pflegeheimen und Spitälern, die auf der Pflegeheimliste des Kantons aufgeführt sind;
- c. anderen Pflegeheimen und Spitälern, jedoch höchstens mit demjenigen Betrag, den die Gemeinde bei einem Aufenthalt in einem Pflegeheim oder Spital, welches auf der Pflegeheimliste des Kantons aufgeführt ist, ausrichten würde.

#### § 15c Anrechenbare Normkosten der Pflegeleistungen

<sup>1</sup> Der Regierungsrat legt periodisch, mindestens alle vier Jahre, nach Anhörung der Gemeinden und der Leistungserbringer die anrechenbaren Normkosten der Pflegeleistungen pro Leistungskategorie kantonsweit einheitlich fest.

<sup>2</sup> Die anrechenbaren Normkosten decken die Kosten der Pflegeleistungen, an welche die obligatorische Krankenpflegeversicherung nach der Bundesgesetzgebung einen Beitrag leistet, unter Berücksichtigung einer wirksamen, zweckmässigen und wirtschaftlichen Leistungserbringung.

<sup>3</sup> Die zuständige Direktion kann zum Zweck der Ermittlung der anrechenbaren Normkosten bei den Leistungserbringern Daten erheben und Betriebsvergleiche durchführen.

#### § 15d Kostenanteil der versicherten Person

<sup>1</sup> Der Kostenanteil der versicherten Person entspricht

- a. bei stationären Pflegeleistungen dem höchsten Anteil nach der Bundesgesetzgebung;
- b. bei ambulanten Pflegeleistungen der Hälfte des höchsten Anteils nach der Bundesgesetzgebung.

<sup>2</sup> Der Kostenanteil der versicherten Person darf im Einzelfall die anrechenbaren Normkosten abzüglich des Beitrags der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nicht übersteigen.

<sup>3</sup> Bei Kindern bis zum vollendeten 18. Altersjahr wird kein Kostenanteil erhoben.

#### § 15e Leistungen der Akut- und Übergangspflege

<sup>1</sup> Die Leistungen der Akut- und Übergangspflege erfolgen im Anschluss an einen Akutspitalaufenthalt während längstens zwei Wochen unter folgenden Voraussetzungen:

- a. medizinische Notwendigkeit begründet durch einen vorübergehend erhöhten Pflegebedarf;
- b. keine Notwendigkeit eines Aufenthalts in einer Rehabilitationsklinik oder einer geriatrischen Abteilung eines Spitals;
- c. Überweisung durch einen Spitalarzt mit einem Zeugnis, aus dem der Pflegebedarf und die erforderlichen Pflegemassnahmen hervorgehen.

<sup>2</sup> Der Kanton stellt das Angebot für Leistungen der ambulanten und stationären Akut- und Übergangspflege sicher und übernimmt die daraus entstehenden Kosten anteilmässig nach der Krankenversicherungsgesetzgebung. Er kann mit entsprechenden Leistungserbringern Leistungsvereinbarungen abschliessen.

**§ 17b Übergangsbestimmung betreffend Kostenanteil der versicherten Person**

Der Regierungsrat kann während längstens drei Jahren ab Inkrafttreten dieser Bestimmung den Kostenanteil der versicherten Person abweichend zu § 15d festlegen, soweit dies zur Angleichung der Tarife gemäss Absatz 2 der Übergangsbestimmung zur Änderung vom 13. Juni 2008<sup>1</sup> des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung erforderlich ist.

**II.**

Das Ergänzungsleistungsgesetz vom 15. Februar 1973<sup>2</sup> zur AHV und IV wird wie folgt geändert:

**§ 2a Absatz 2**

<sup>2</sup> Er orientiert sich dabei an den Taxen der gemeinnützigen Alters- und Pflegeheime sowie der kantonalen Krankenhäuser für Unterbringung und Betreuung sowie am Kostenanteil der versicherten Person für Pflegeleistungen.

**III.**

Diese Änderung tritt rückwirkend auf den 1. Januar 2011 in Kraft.

Liestal, 9. Dezember 2010

Im Namen des Landrates  
die Präsidentin: Fuchs  
der Landschreiber: Mundschin

<sup>1</sup> SR 832.10

<sup>2</sup> GS 25.130, SGS 833