

Projektauftrag

VAGS-Projekt «Restfinanzierung Pflege nach EG KVG»

Auftraggebende	RR Thomas Weber, Vorsteher VGD Bianca Maag-Streit, Präsidentin VBLG
Projektleiterin	Gabriele Marty, Leiterin Abt. Alter, Amt für Gesundheit
Autoren	Gabriele Marty, Leiterin Abt. Alter, Amt für Gesundheit
Klassifizierung	Intern / Version 3
Status	30. November 2018/ nach Freigabe Projekt Steuerungsausschuss

Inhaltsverzeichnis

1	Ausgangslage.....	2
2	Ziel	2
3	Rechtsgrundlagen-Analyse.....	2
4	Lösungsbeschreibung	4
5	Strategiebezug und Umsetzung von Vorgaben.....	7
6	Mittelbedarf	6
7	Wirtschaftlichkeit	6
8	Organisation	7
9	Durchführung der Initialisierungsphase.....	8
10	Planung der Konzept- und der Realisierungsphase.....	8
11	Risiken	9
12	Konsequenzen	10

1. Ausgangslage

Die Pflegefinanzierung wurde schweizweit per 1. Januar 2011 eingeführt und sieht vor, dass die Kosten der Pflege mit einem Beitrag der Krankenversicherer und mit einem Anteil der Bewohner finanziert werden. Die "Restfinanzierung" wird von der öffentlichen Hand geleistet - im Kanton Basel-Landschaft durch die Wohngemeinden. Die Kosten der Pflege wurden bisher einheitlich als sogenannte Pflegenormkosten durch den Regierungsrat periodisch festgelegt.

Diese rechtliche und finanzielle Konstellation verletzt das Prinzip der fiskalischen Äquivalenz, welches durch die Erlassgeber herzustellen ist und seit dem 1. Januar 2018 verfassungsmässige Pflicht ist: § 47a Absatz 1 der Kantonsverfassung schreibt u. a. vor, dass die Erlassgeber nach Möglichkeit dem Grundsatz Rechnung zu tragen haben, dass die Zuständigkeit für eine Aufgabe und die dafür notwendigen finanziellen Ressourcen beim gleichen Gemeinwesen liegen (fiskalische Äquivalenz).

Auch die Preisüberwachung regt in Ihrer Stellungnahme vom 2. November 2017 an den Regierungsrat des Kantons Basel-Landschaft an, die Verantwortung für die Pflegerestkostenregelung gemäss KVG Art. 25a, Abs. 5 den Gemeinden zu delegieren, um dem Äquivalenzprinzip gerecht zu werden. Die Restkostenfinanzierung sollte sich nach den heimspezifischen, effektiven Kosten der einzelnen Heime richten. Pauschale Normkosten, welche einheitlich für alle Leistungserbringer festgelegt werden, sind zu diesem Zweck ungeeignet. Auf die Festsetzung von Normkosten sollte deshalb ganz verzichtet werden.

Am 25. Juni hat der VAGS-Prozess-Ausschuss den Projektinitialisierungsauftrag erteilt.

2. Ziel

Die Zuständigkeit zur Festlegung der Restfinanzierung Pflege gemäss Art. 25a Abs. 5 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) soll vom Regierungsrat an die Gemeinden bzw. an die Versorgungsregionen übertragen werden.

3. Rechtsgrundlagen-Analyse

3.1. Bundesebene:

BG-Urteil vom 20. Juli 2018 9C_446/2017 (St. Galler-Urteil)

Generell: Grundsätzlich darf der Kanton Pauschaltarife bzw. Pflegenormkosten (PNK) festlegen. Sie dürfen aber in den Alters- und Pflegeheimen (APH) nicht zu ungedeckten Pflegekosten führen. Wenn die Kosten oberhalb der PNK liegen, muss die öffentliche Hand die Differenz bezahlen (im Kanton BL sind die Gemeinden für die Finanzierung der Restkosten zuständig). De facto hiesse das, dass die PNK beim höchsten Kostensatz aller Heime in BL zu liegen hätten.

Zur Wirtschaftlichkeit: Der Kanton kann aus wirtschaftlichen Gründen allenfalls eine Streichung von der kantonalen Pflegeheimliste vornehmen. – Die Kosten müssen transparent ausgewiesen sein. Eine Arbeitszeitstudie (AZS) kann zum korrekten Kostenteiler führen. Aktuell können im Kanton Basel-Landschaft keine heimindividuelle Pflegekostensätze erlassen werden, weil das EG KVG dies nicht zulässt (siehe 3.2.)

Auswirkungen für BL: Der Kanton Basel-Landschaft muss darauf hinarbeiten, dass die Kosten der APH vergleichbar werden (vgl. aktuelle Arbeiten der Fachgruppe Monitoring APH, Festlegung der Erfassungsmethodik, Umsetzung von § 14 Abs. 5 APG). Die Streichung von

einzelnen APH von der Pflegeheimliste würde in BL zu Umsetzungsproblemen führen, die im St. Galler-Urteil nicht zur Sprache kamen (unmittelbare Gewährleistung der Versorgungssicherheit), da grundsätzlich davon auszugehen ist, dass die vorhandenen Betten einem Bedarf entsprechen.

3.2. Kantonales Recht:

Das Einführungsgesetz vom 25. März 1996 zum Bundesgesetz über die Krankenversicherung (EG KVG, SGS 362) regelt in § 15c die Zuständigkeit des Regierungsrats für die Festlegung der Pflegenormkosten. Die bisher gültige Bestimmung lautet:

§ 15c Anrechenbare Normkosten für Pflegeleistungen

¹ Der Regierungsrat legt periodisch, mindestens alle 4 Jahre, nach Anhörung der Gemeinden und der Leistungserbringer die anrechenbaren Normkosten der Pflegeleistungen pro Leistungskategorie kantonsweit einheitlich fest.

² 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.

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

3.3. Festlegungskompetenz auf Ebene Gemeinden bzw. Versorgungsregion/ Beschwerdemöglichkeit Bewohnerin/ Bewohner:

In der Analyse wurde davon ausgegangen, dass die Versorgungsregionen und nicht die einzelnen Gemeinden die Pflegekosten festlegen sollen, da es keinen Sinn macht, dass ein Heim pro Gemeinde unterschiedliche Pflegekosten hat (wenn mehrere Gemeinden an einem Heim beteiligt sind). Zu beachten ist allerdings, dass die Versorgungsregionen entweder in Zweckverbänden oder in vertraglichen Verbänden organisiert sein müssen (§ 4 Abs. 3 APG i. V. m. § 34 Abs. 1 Bst. c bzw. a GemG).

Das Vorgehen für einen Zweckverband sieht wie folgt aus:

1. Die Gemeindeversammlung oder der Einwohnerrat jeder der Versorgungsregion angeschlossenen Gemeinde muss einer Statutenänderung zustimmen (§§ 34d Abs. 3 und 47 Abs. 1 Ziff. 14^{quater} GemG).
2. Diese Statutenänderung muss besagen, dass die Versorgungsregion, d. h. die Versammlung der Gemeindedelegierten (§ 34e Abs. 1 GemG) für alle Mitgliedergemeinden per Verordnung (§ 34f Abs. 1 GemG) die Pflegekosten festlegt. In den Statuten müsste eine Bandbreite für die Pflegekosten (§ 34f Abs. 2 GemG per analogiam) oder allenfalls die Methode genannt sein, nach welchen Grundsätzen die Pflegekosten festgelegt werden. In den Statuten wird weiter festgelegt werden, welche Mehrheitsverhältnisse (einfaches Mehr, Zwei-Drittel,...) für eine Änderung der Verordnung notwendig sind.
3. Die Versammlung der Gemeindedelegierten erlässt die Verordnung und passt diese periodisch an.
4. Das Heim stellt dem Bewohner aufgrund dieser Verordnung Rechnung. Diese Rechnung stellt eine Verfügung dar.
5. Der/die Bewohner/-in kann gegen diese Verfügung beim Regierungsrat Beschwerde einreichen (§ 34g Abs. 2 GemG i.V.m. den §§ 174 Abs. 1 Ziff. 3 und 167 Abs. 1 GemG).

6. Bei Abweisung dieser Beschwerde kann die Beschwerde ans Kantonsgericht oder Bundesgericht weitergezogen werden.

Das Vorgehen für einen Verbund sieht wie folgt aus:

1. Die Gemeindeversammlung oder der Einwohnerrat jeder der Versorgungsregion angeschlossenen Gemeinde muss einer Änderung des – reglements wesentlichen – Vertrags über die Versorgungsregion zustimmen (§ 47 Abs. 1 Ziff. 14^{bis} GemG).
2. Diese Vertragsänderung muss entweder die Pflegekosten frankenmässig festlegen und für alle beteiligten Gemeinden als verbindlich anwendbar erklären oder die Gemeindeversammlung ermächtigt die Gemeinderäte der beteiligten Gemeinden, in einem separaten, abschliessenden, so genannten «Gemeinderats-Vertrag» die Pflegekosten in einer bestimmten Bandbreite (§ 152 Abs. 3 GemG per analogiam) oder nach einer bestimmten Methode festzulegen und für alle beteiligten Gemeinden als verbindlich anwendbar erklären.
3. Die Gemeinderäte aller beteiligten Gemeinden passen den Gemeinderats-Vertrag periodisch an. Die Anpassung des Gemeinderats-Vertrag ist nur bei Einstimmigkeit möglich.
4. Das Heim stellt dem Bewohner aufgrund des «Gemeinderats-Vertrags» Rechnung. Diese Rechnung stellt eine Verfügung dar.
5. Der/die Bewohner/in kann gegen diese Verfügung beim Regierungsrat Beschwerde einreichen (§ 174 Abs. 1 i.V.m. § 80 GemG).
6. Bei Abweisung dieser Beschwerde kann die Beschwerde ans Kantonsgericht oder Bundesgericht weitergezogen werden.

4. Lösungsbeschreibung

4.1. Stationärer Bereich

- Die Verantwortung zur Ermittlung der Restkosten in der Pflege liegt künftig bei den Gemeinden bzw. Versorgungsregion (anstelle des Kantons). Die Wohngemeinde finanziert für Ihre Bewohnerinnen und Bewohner des jeweiligen Heims, den von der Versorgungsregion ermittelten und festgelegten Restfinanzierungsbeitrag.
- Gemäss Forderung der Preisüberwachung und als Folge des BG-Urteils vom 20. Juli 2018 soll sich die Restkostenfinanzierung künftig nach den heimspezifischen, effektiven Kosten der einzelnen Heime richten. Anzustreben ist jedoch, dass in einer Versorgungsregion für vergleichbare Pflegeleistungen künftig eine einheitliche Restfinanzierung festgelegt wird. Weitere Kriterien, z.B. wie häufig die Restfinanzierung anzupassen ist, ob und in welcher Kadenz eine Zeitmessung durchzuführen ist und wer diese finanziert (Variante 1: Auftraggeber = Gemeinden/ Versorgungsregion; Variante 2: Verpflichtung an die Heime in der LV) sowie weitere Punkte, sollen in der Projektphase ausgearbeitet werden.
- Das Projektteam und der Steuerungsausschuss sprechen sich dafür aus, die besonderen Anforderungen in Langzeitpflegeeinrichtungen, welche für Bewohner/innen mit Demenzerkrankungen und für Gerontopsychiatriepatienten einhergehen, gesondert zu betrachten. Zu prüfen ist im Projekt, ob auf der Betreuungstaxe Zuschläge erhoben werden sollen, wie dies einige Kantone handhaben. Obwohl es sich überwiegend um Betreuung und nicht Pflege im engen Sinn handelt, sollten diesbezügliche Zuschläge im EG KVG bzw. der zugehörigen VO festgehalten werden. Dann liesse sich auch auf allfällige Anpassungen auf Seiten der Pflegebedarfserfassungsinstrumente

besser reagieren (zum Beispiel würde der neue RAI-Index 2016 Demenz in der Pflege statt in der Betreuung erfassen, aktuell klagen aber Krankenversicherer gegen die Anpassung in einigen Kantonen. BL hat daher bisher auf eine Anpassung verzichtet). Die VGD soll beauftragt werden Kriterien festzulegen, unter welchen Bedingungen allfällige Zuschläge auszurichten wären und Vorschläge zu unterbreiten von wem diese finanziert werden sollen: Bewohnerin/Bewohner? Öffentliche Hand?

- Details sind in der Projektphase auszuarbeiten. Die Kriterien, welche im Kanton Aargau bereits verwendet werden (zum Beispiel zum erhöhten Personalbedarf), können als Vorlage dienen.
- Im Zusammenhang mit der Gerontopsychiatrieplanung prüft der Kanton z.Z. in einem Projekt, ob es sich hierbei um ein spezialisiertes, stationäres Langzeitpflegeangebot handelt, welches einer separaten Leistungsvereinbarung bedarf. Die Ergebnisse werden nach Möglichkeit im vorliegenden VAGS-Projekt berücksichtigt.
- Der Kanton plant die Erfassungsmethodik zur Kostenrechnung für alle Heime einheitlich festzulegen (§14, SGS 941, APG). Eine entsprechende Vorlage ist z.Z. noch bis zum 14. Dezember 2018 in der Vernehmlassung bei Gemeinden und APHs.

4.2. Ambulanter Bereich

4.2.1. Ausgangslage und Lösungsfindung für den ambulanten Bereich

Die Lösungsfindung im ambulanten Bereich gestaltet sich schwieriger, da die Ausgangslage in mehreren zentralen Punkten vom stationären Langzeitpflegebereich differiert. Daher muss der ambulante Bereich aufgeteilt werden in die Kategorien mit/ohne Leistungsvereinbarung mit der Gemeinde bzw. der Versorgungsregion. Folgende Faktoren sind hierfür relevant:

- Zwischen der (gemeinnützigen) Spitex-Organisation mit Versorgungsauftrag und der Gemeinde oder mehreren Gemeinden besteht eine 1:1-Beziehung (Kriterium: Leistungsauftrag mit mind. 1 BL-Gemeinde, derzeit gibt es noch keine Leistungsvereinbarung mit einer private Spitex-Organisation.)
- Grund für eine Leistungsvereinbarung ist der Versorgungsauftrag.
- Daher besteht in der Regel keine direkte Auftrags-Beziehung zwischen privaten Spitex-Organisation sowie selbstständigen Pflegefachpersonen und den Gemeinden.
- Der Bund sieht im ambulanten Pflegebereich (im Gegensatz zur Bettenbedarfsplanung im stationären Bereich) keine Beschränkung der Anzahl Anbieter vor, d.h. verfügt eine Spitex über eine Betriebsbewilligung, kann sie zu Lasten des Krankversicherers, des Klienten (limitierte Beteiligung; im Kanton BL max. CHF 8.- pro Tag) und des Restfinanzierers (Gemeinde) abrechnen.
- Das Vorliegen einer ärztlichen Verordnung für KVG-pflichtige Spitex-Leistungen ist eine notwendige Voraussetzung dafür.
- Das Territorialprinzip richtet sich nach dem Wohnsitz der Klientinnen und Klienten, d.h. die Leistungserbringung findet in der Regel bei der Klientin/ dem Klienten mit Wohnsitz im Kanton Basel-Landschaft statt (Ausnahmen sind z.B. Ferienaufenthalte). Die private Spitex-Organisation bzw. die selbstständige Pflegefachperson, welche die Pflegeleistung bei der Klientin/ dem Klienten erbringt, kann jedoch auch ausserkantonally domiziliert sein. Häufig der Fall ist dies aufgrund geografischer Gegebenheiten bei den Nachbarkantonen Basel-Stadt und Solothurn.

- Eine Problematik liegt in der ungenügenden Datengrundlage. Das alleinige Abstützen auf die Spitex-Statistik des Bundesamtes für Statistik (BFS) ist nicht ausreichend, da sie dem Amt für Gesundheit lediglich die wenig relevante Kostenartenstruktur liefert. Die gemeinnützigen Spitex-Organisationen hingegen weisen die tarifrelevanten Kosten- und Leistungsdaten gegenüber den Gemeinden aus, ohne dass das Amt für Gesundheit sie bisher eingefordert hat.
- Die Datenlieferung des BFS, welche auch die Daten der privaten Spitex-Organisationen enthalten, erfolgt ausschliesslich an die Kantone. Hier muss vorab geklärt werden, ob diese an die Gemeinden überhaupt weitergegeben werden dürfen.

4.2.2. Antrag zur Lösungsfindung

Die Projektgruppe stellt Antrag, in der Projektphase vertieft prüfen zu können, ob die Festlegungskompetenz für die Bestimmung der Restfinanzierung in der ambulanten Pflege weiterhin vom Kanton oder neu von den Gemeinden bzw. Versorgungsregionen festgelegt werden soll.

Dazu sind datenschutzrechtliche Fragen zu klären und müssen entsprechende Fachpersonen beigezogen werden. Gegebenenfalls sind auch arbeitsrechtliche Aspekte zu beachten. Hier könnte das KIGA beigezogen werden.

Wichtig ist der Projektgruppe den Zeitplan für den stationären Bereich nicht zu gefährden, damit die Kompetenz zur Festlegung der Restfinanzierung für den stationären Langzeitpflegebereich durch die Versorgungsregionen spätestens per 1. Januar 2022 an diese übertragen werden kann. Gegebenenfalls muss daher der ambulante Bereich gesondert betrachtet werden.

4.2.3. Vorgehen zur Lösungsfindung

Der Steuerungsausschuss unterstützt alle Anträge des Projektteams. Zusätzlich regt er an, die Frage der Notwendigkeit einer Ausschreibung von Leistungen sowohl im ambulanten wie im stationären Langzeitpflegebereich fachlich abklären zu lassen. Hierzu soll Beat Tschudin (BUD) als Experte für das Beschaffungswesen herangezogen werden.

Um den Zeitplan für den stationären Bereich nicht zu gefährden soll mit Zwischen- bzw. Teilzielen gearbeitet werden. Möglich ist eine erste Teilrevision des EG KVG für den stationären Bereich und folgend eine zweite Teilrevision des EG KVG für den ambulanten Bereich. Ein zweites VAGS-Projekt ist aus Sicht des Steuerungsausschusses dafür nicht nötig. Es kann im gleichen Projekt zwei Etappen geben.

4.3. Weiteres Vorgehen:

Das Ziel wird durch Anpassungen der oben erwähnten Bestimmungen des EG KVG erreicht, indem gemäss den folgenden drei Phasen vorzugehen ist:

- **Phase 2: Konzeptphase:** Interne Erarbeitung der entsprechenden Rechtsnormen und deren Erläuterung. - Produkt: Entwurf der Landrats-Vorlage „Teilrevision des EG KVG“ zur Verabschiedung an den Landrat nach durchgeführter Vernehmlassung.
- **Phase 3: Realisierungsphase:** Parlamentarische Beratung und Beschlussfassung des teilrevidierten EG KVG und gegebenenfalls Urnenabstimmung. – Produkt: rechtskräftig revidiertes EG KVG.
- **Phase 4: Umsetzungsphase:** Gemeinden bzw. Versorgungsregionen legen die Restkostenfinanzierung per 1. Januar 2023 neu fest.

5. Strategiebezug und Umsetzung von Vorgaben

Herstellung der fiskalischen Äquivalenz.

Korrekte Ermittlung und Festsetzung der Restfinanzierung Pflege gemäss Art. 25a Abs. 5 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG).

6. Mittelbedarf

Das Projekt wird mit internen personellen Mitteln des Kantons sowie mit eigenfinanzierten personellen Mitteln des VBLG ressourciert.

7. Wirtschaftlichkeit

Die Wirtschaftlichkeit der rechtlichen Neuregelung ist für den Kanton kostenneutral, da die Restkosten der Pflege bereits jetzt von den Gemeinden getragen werden.

8. Organisation

<i>Rolle in der Projektorganisation</i>	<i>Namen</i>	<i>Bemerkungen</i>
Auftraggebende	- RR Thomas Weber - Frau Bianca Maag-Streit	Vorsteher VGD Präsidentin VBLG
Projekt-Steuerungsausschuss	Kanton: - Jürg Sommer - Michael Bammatter VBLG: - Ursula Laager -Erwin Müller	Amt für Gesundheit, VGD Generalsekretär FKD VBLG Vorstandsmitglied, Gemeinderätin Arlesheim Vizepräsident VBLG, Ge- meindepräsident Bubendorf
Projektleiterin	Gabriele Marty	Amt für Gesundheit, VGD
Projektteam	Kanton - Gabriele Marty - Urs Knecht - Egon Müller - Michael Bertschi VBLG: - Cécile Jenzer - Regula Meschberger	Amt für Gesundheit, VGD Amt für Gesundheit, VGD Amt für Gesundheit, VGD Statistisches Amt, FKD VBLG-Vorstandsmitglied, Gemeinderätin Brislach VBLG-Vorstandsmitglied, Gemeinderätin Birsfelden

<i>Rolle in der Projektorganisation</i>	<i>Namen</i>	<i>Bemerkungen</i>
	- René Frei	Bereichsleiter Soziales/ Sicherheit, Liestal
	- Beat Thommen	Gemeindeverwalter Pratteln
Projekt-Controlling	Projekt-Steuerungsausschuss	-

9. Durchführung der Initialisierungsphase

<i>Milestone</i>	<i>Gremium</i>	<i>Zeitpunkt</i>	<i>Tätigkeit</i>
2018			
1	Prozess-Steuerungsausschuss	25. Juni 2018	Freigabe des VAGS-Projekts „Pflegernormkosten EG KVG“ durch Freigabe vorliegenden Projektinitialisierungsauftrags. Arbeitsbeginn auf Wunsch VBLG verschoben auf nach den Sommerferien. 1. Sitzung Projektteam erfolgte am 27. August 2018
	Projektteam	4. Quartal 2018	Erarbeitung Entwurf Projektauftrag Rechtsgrundlagenanalyse und Lösungsbeschreibung
2	Projekt-Steuerungsausschuss	1. Quartal 2019	Freigabe Projektauftrag
Ende Initialisierungsphase (Phase 1)			

10. Planung der Konzept- und der Realisierungsphase

<i>Milestone</i>	<i>Gremium</i>	<i>Zeitpunkt</i>	<i>Tätigkeit</i>
2019/2020			
Beginn Konzeptphase (Phase 2)			
	Projektteam	1.+ 2. Quartal 2019	Erarbeitung Entwürfe EG-KVG-Änderung und Landratsvorlage
3	Projekt-Steuerungsausschuss	3. Quartal 2019	Freigabe Entwürfe EG-KVG-Änderung und Landratsvorlage an Regie-

<i>Milestone</i>	<i>Gremium</i>	<i>Zeitpunkt</i>	<i>Tätigkeit</i>
	ausschuss		rungsrat zuhanden Vernehmlassung
4	Regierungsrat	Beginn 4. Quartal 2019	Beschluss: Durchführung der dreimonatigen Vernehmlassung bei Parteien, Gemeinden und Stakeholdern
	Projektteam	1. Quartal 2020	Auswertung und Verarbeitung der Vernehmlassungen
5	Projekt-Steuerungsausschuss	Ende 1. Quartal 2020	Freigabe der nach der ausgewerteten Vernehmlassung angepassten Entwürfe der EG-KVG-Änderung und Landratsvorlage an Regierungsrat zuhanden Landrat
6	Regierungsrat	2. Quartal 2020	Beschluss: Verabschiedung Entwürfe EG-KVG-Änderung und Landratsvorlage an Landrat
Ende Konzeptphase (Phase 2)		Beginn Realisierungsphase (Phase 3)	
	Landratskommission	3. Quartal 2020	Beratung der Vorlage
	Landratsplenum	4. Quartal 2020	Beratung und Beschlussfassung EG-KVG-Änderung
	Volk	Juni 2021	Urnenabstimmung im Falle obligatorischen Referendums
	Volk	September 2021	Urnenabstimmung im Falle ergriffenen fakultativen Referendums
2022			
		1. Januar 2022	In-Kraft-Treten der EG-KVG-Änderung
Beginn Umsetzungsphase (Phase 4):			

11. Risiken

<i>Nr.</i>	<i>Risikobeschreibung</i>	<i>EW</i>	<i>AG</i>	<i>RZ</i>	<i>Massnahmen</i>	<i>Verantw.</i>	<i>Termin</i>
R1	Landrat lehnt Gesetzesänderung ab	1	3	3	-		

Nr.	Risikobeschreibung	EW	AG	RZ	Massnahmen	Verantw.	Termin
R2	Keine ausreichenden Personalressourcen	2	2	2	Antrag auf externe Unterstützung falls erforderlich.	VGD	laufend
R3	Änderungen auf Bundesebene	2	3	3	Monitoring durch PL	VGD	laufend

Legende: EW=Eintretenswahrscheinlichkeit: 1 Niedrig / 2 Mittel / 3 Hoch;
AG=Auswirkungsgrad: 1 Gering / 2 Mittel / 3 Gross, RZ=Risikozahl

12. Konsequenzen

Die Konsequenz, wenn das Projekt freigegeben wird, ist:

- Für die Gemeinden kann eine Lösung gesucht werden, welchen den Prinzipien der fiskalischen Äquivalenz gerecht wird.
- Der Zeitpunkt der In-Kraft-Setzung der Änderung des EG KVG ist mit der Interimslösung zur Festsetzung der PNK stationär 2019-2022 kompatibel.
- Das Klagerisiko für Kanton und Gemeinden aufgrund nicht korrekt festgelegter Pflegerestfinanzierung wird verringert.

Die Konsequenz, falls das Projekt nicht oder zu einem späteren Zeitpunkt frei gegeben wird, ist:

- Der Status Quo hat weiterhin Bestand.
- Der Regierungsrat müsste nochmals Pflegenormkosten 'stationär' und 'ambulant' nach geltendem Recht festlegen.
- Eine allfällige Neufestsetzung der Pflegenormkosten 'stationär' und 'ambulant' durch die Gemeinden bzw. die Versorgungsregionen kann nicht auf den 1. Januar 2023 erfolgen. Die Prinzipien der fiskalischen Äquivalenz würden im Kanton BL weiterhin verletzt.
- Das Klagerisiko für Kanton und Gemeinden aufgrund nicht korrekt festgelegter Pflegerestfinanzierung wird grösser.

Liestal, 30. November 2018

Die Auftraggebenden:

Für den Kanton:



Regierungsrat Thomas Weber, Vorsteher VGD

Für den VBLG:



Bianca Maag-Streit, Präsidentin VBLG