

## 2. Finanzierung der ambulanten Pflegeleistungen (Spitex)

### 2.1 Rechnungsformular und Merkblatt zur Restkostenfinanzierung in der ambulanten Pflege:

Das Amt für Gesundheit hat für die Gemeinden und die Leistungserbringer ein Rechnungsformular und ein Merkblatt zur Restkostenfinanzierung im ambulanten Pflegebereich nach KVG zusammengestellt (Stand 1. Januar 2020):

→ [Merkblatt zur Restkostenfinanzierung im ambulanten Pflegebereich nach KVG](#)

→ [Rechnungsformular V3.0 Dezember 2019](#)

### 2.2 Tarife der ambulanten Pflegeleistungen ab 2020 im Kanton Basel-Landschaft:

Träger der Kosten für die ambulante Pflege (1. Stunde) [CHF]	Pflegenormkosten	Krankenversicherer	Beitrag Klient	Restkosten
a. Abklärung und Beratung	93.80	76.90	7.65	9.25
b. Untersuchung und Behandlung	90.40	63.00	7.65	19.75
c. Grundpflege	79.60	52.60	7.65	19.35

Träger der Kosten für die ambulante Pflege (ab 2. Stunde) [CHF]	Pflegenormkosten	Krankenversicherer	Beitrag Klient	Restkosten
a. Abklärung und Beratung	86.15	76.90	-	9.25
b. Untersuchung und Behandlung	82.75	63.00	-	19.75
c. Grundpflege	71.95	52.60	-	19.35

### 2.3 Erläuterungen der Tabelle:

#### 2.3.1 Der Krankenversicherer als Kostenträger:

Die Krankenversicherer übernehmen einen Beitrag an die ambulanten Pflegekosten (gemäss obiger Tabelle grüner Hintergrund). Die Vergütung der Beiträge erfolgt in Zeiteinheiten von 5 Minuten, jedoch mindestens 10 Minuten (gemäss Art. 7a, Abs. 2 KLV). Die Beiträge sind vom Bund auf den 1. Januar 2020 neu festgelegt (gesenkt) worden.

#### 2.3.2 Die Klientin / Der Klient als Kostenträger:

- a. bis 15 Minuten anrechenbare Pflegeleistungen: CHF 1.95
- b. bis 30 Minuten anrechenbare Pflegeleistungen: CHF 3.85
- c. bis 45 Minuten anrechenbare Pflegeleistungen: CHF 5.75
- d. über 45 Minuten anrechenbare Pflegeleistungen: CHF 7.65

Gemäss § 15, Abs. 3 EG KVG darf bei Kindern bis zum vollendeten 18. Lebensjahr kein Kostenanteil erhoben werden. Dieser geht zulasten der Gemeinde.

#### 2.3.3 Die Baselbieter Gemeinden als Kostenträger:

Im Kanton Basel-Landschaft übernehmen die Gemeinden die sogenannten „Restkosten“. Sie ergeben sich aus der Gleichung:

$$\text{Restkosten} = \text{Pflegenormkosten} - (\text{Beitrag Krankenversicherer} + \text{Beitrag Klient})$$

Die Restkosten pro Stunde betragen demzufolge für die Gemeinden immer

(a) CHF 9.25 | (b) CHF 19.75 | (c) CHF 19.35. (gemäss obiger Tabelle, violetter Hintergrund).

Die Baselbieter Gemeinden haben mit ihren gemeinnützigen Spitex-Organisationen Leistungsvereinbarungen getroffen. Sie enthalten in der Regel einen Leistungskatalog, der das KVG-Spektrum auch unter speziellen Bedingungen abdeckt. Die Non-Profit-Spitex ist verpflichtet, die Kontinuität der Leistungen unter allen Umständen und jederzeit sicherzustellen. Dafür werden sie über den Betrag der Pflegenormkosten hinaus vergütet.

Da die ambulante Pflegefinanzierung sowohl variable Zeitkosten wie sprungfixe Tageskosten enthält, müssen in der Rechnungsstellung die erbrachten Leistungen täglich ausgewiesen werden.

### 2.3.4 Weitere Restriktionen:

Die Erbringer von ambulanten Pflegeleistungen müssen sicherstellen, dass der versicherten Person pro Tag nicht mehr wie die Beiträge in § 2 der Verordnung über die Finanzierung von Pflegeleistungen in Rechnung gestellt werden (siehe Fall 1 zu Beispiel).

Wird einer versicherten Person weniger als die in § 2 der Verordnung über die Finanzierung von Pflegeleistungen aufgeführten Beiträge in Rechnung gestellt, dürfen die Mindereinnahmen nicht der Gemeinde in Rechnung gestellt werden, wobei die Mindereinnahmen sich aus dem Patientenbeitrag gemäss § 2 der Verordnung über die Finanzierung von Pflegeleistungen abzüglich dem effektiv in Rechnung gestellten Beitrag ergeben (siehe Fall 2 zu Beispiel).

**Beispiel:** Einer versicherten Person werden am Tag 1 während einer Viertelstunde die Vitalzeichen gemessen (das sind «B-Massnahmen» gemäss Art. 7, Abs. 2 Bst. b, Ziff. 1 KLV). Gemäss § 2 der Verordnung über die Finanzierung von Pflegeleistungen können diese Leistungen grundsätzlich wie folgt abgerechnet werden:

Tag	KVG-Pflegeleistungen [Minuten]			Gesamt-anspruch	Beitrag Krankenversicherer			Patientenbeitrag	Restfinanzierung
	A	B	C		A	B	C		
1		15		22.64	-	15.75	-	1.95	4.94

**Fall 1:** Hat die SPO X der versicherten Person am Tag 1 für die Leistungen der Grundpflege im Umfang von 1 Std. bereits Rechnung gestellt und der versicherten Person die CHF 7.65 verrechnet, darf die SPO A keine weiteren Patientenbeiträge bei der versicherten Person geltend machen, da dieser pro Tag maximal CHF 7.65 pro Tag für ambulant erbrachte Pflegeleistungen in Rechnung gestellt werden dürfen. Auch darf sie die CHF 1.95 nicht der Gemeinde in Rechnung stellen. – Vielmehr müssten sich die Leistungserbringer, die am selben Tag bei derselben versicherten Person Pflegeleistungen erbringen, sich über die Aufteilung des Patientenbeitrages einigen.

**Fall 2:** Wenn die SPO A der versicherten Person bloss CHF 1.90 verrechnet, darf sie die 5 Rappen nicht der Gemeinde zusätzlich in Rechnung stellen. Sie verzichtet in diesem Fall auf 5 Rappen Einnahmen.