



## Finanzierung der Tages- und Nachtstrukturen ab 1. Januar 2024

Der Regierungsrat hat gestützt auf das Gesundheitsgesetz (GG; bGS 811.1) und das Gesetz über die Pflegefinanzierung (PFG; bGS 833.15) in Art. 10 Abs. 1 der Verordnung über die Pflegefinanzierung (PVF; bGS 833.151) die Höchstansätze für die von Tages- und Nachtstrukturen erbrachten Pflegeleistungen erlassen:

### A. Höchstansätze der Pflegekosten in Tages- und Nachtstrukturen<sup>1</sup>

Pflegestufen	Pflegeminuten je Tag	Höchstansätze <sup>2</sup> für Pflegekosten (maximale Pflegetarife)	Kranken- versicherung <sup>3</sup>	Versicherte Person <sup>4</sup>	Gemeinde (maximale Restkosten)
1	1 - 20	13.70	9.60	Institutions- spezifisch, je nach Pflegetarif; maximal 11.50	0.00
2	21 - 40	39.70	19.20		9.00
3	41 - 60	65.70	28.80		25.40
4	61 - 80	91.70	38.40		41.80
5	81 - 100	117.70	48.00		58.20
6	101 - 120	143.70	57.60		74.60
7	121 - 140	169.70	67.20		91.00
8	141 - 160	195.70	76.80		107.40
9	161 - 180	221.70	86.40		123.80
10	181 - 200	247.70	96.00		140.20
11	201 - 220	273.70	105.60		156.60
12	221 +	299.70	115.20		173.00

<sup>1</sup> **Tages- und Nachtstrukturen:** Gemäss der Bundesgesetzgebung leistet die Obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) auch Beiträge für Pflegeleistungen, die in Tages- oder Nachtstrukturen erbracht werden. Die Beiträge der OKP gelten je Tag oder je Nacht und entsprechen jenen, die Pflegeheimen ausgerichtet werden (Art. 7a Abs. 4 KLV). Für die Kostenübernahme, die anrechenbaren Pflegekosten sowie die Geltendmachung der Restfinanzierung gelten dieselben Regelungsmechanismen wie in Pflegeheimen. Voraussetzung: Betriebsbewilligung und Zulassung des Departements Gesundheit und Soziales.

<sup>2</sup> **Höchstansätze:** Die Leistungserbringer legen im Rahmen des festgelegten Kostendachs (Bandbreite bis Höchstansatz) ihre Pflegetarife aufgrund ihrer Kostenrechnung und des Budgets fest.

<sup>3</sup> **Beiträge der OKP:** gemäss Verordnung der Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung vom 29. September 1995 (KLV; SR 832.112.31), Stand 1. Januar 2020.

<sup>4</sup> **Beitrag der versicherten Personen:** Den versicherten Personen dürfen nach Art. 25a Abs. 5 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG; 832.10) von den nicht durch die OKP gedeckten Pflegekosten maximal 20 Prozent des höchsten vom Bund festgelegten Pflegebeitrags überwältzt werden. Gemäss Art. 3 Abs. 1 lit. b PFG leistet die versicherte Person bei ambulant erbrachten Pflegeleistungen, auch in Tages- und Nachtstrukturen, die Hälfte des nach Bundesrecht zulässigen Maximums je Tag. Dies entspricht derzeit einer maximalen Kostenbeteiligung der versicherten Personen von Fr. 11.50 je Pfl egetag.