

Antworttabelle Konsultation: Verordnung über die sozialen Leistungsangebote (SLV)

Bitte retournieren: - im Word-Format
 - per E-Mail an PolitischeGeschaefte.gsi@be.ch
 - bis **Mittwoch, 30. Juni 2021**

Bitte schreiben Sie Ihre Bemerkungen für jeden Artikel in die Kolonne „Bemerkungen“; allfällige Vorschläge (Änderungen, Verbesserungen) in die Kolonne „Vorschlag“

Verordnung über die sozialen Leistungsangebote (SLV)

Artikel	Bemerkung	Vorschlag
Grundsätzliches		
Artikel 1		
Artikel 2		
Artikel 3		
Artikel 4 Abs. 2 Bst. c	<p>Eigenmittel dürfen keinen Vorrang vor Beiträgen des Kantons haben.</p> <p>Es bedarf für alle Leistungserbringer eine Finanzierungssystematik, welche laufende Kosten deckt und nicht früher erwirtschaftete Eigenmittel der Leistungserbringer abschöpft. Die Eigenmittel bzw. das Eigenkapital bedarf es zur Deckung von betrieblichen Risiken und zur Finanzierung der Weiterentwicklungen/Innovation.</p> <p>Ambulante Pflege: Die Versorgung der Bevölkerung mit ambulanter Pflege ist eine Pflicht, die der Kanton zu gewährleisten hat und</p>	streichen

Artikel	Bemerkung	Vorschlag
	als Auftrag an professionelle Leistungserbringer delegiert wird.	
<p>Artikel 5 Abs. 2 Bst. a</p> <p>Artikel 5 Abs. 2 Bst. b</p> <p>Artikel 5 Abs. 2 Bst. c</p>	<p>Die Erträge aus den durch den Kanton finanzierten Tätigkeitsbereichen sollen gemäss Buchstabe a berücksichtigt werden.</p> <p>Eine Organisation muss die Möglichkeit haben, weitere Tätigkeiten selbständig und selbstfinanziert zu realisieren. Dabei kann es einen thematischen Zusammenhang zwischen subventionierten und selbständigen Aktivitäten geben. Erträge aus anderen Tätigkeitsbereichen einer Organisation, auch wenn diese thematisch verknüpft sind, dürfen deshalb nicht zu einer Beitragsminderung der subventionierten Tätigkeiten führen.</p> <p>Ferner muss gemäss Staatsbeitragsgesetz unterschieden werden zwischen Finanzhilfen und finanziellen Abgeltungen. Letztere unterliegen anderen Regelungen betreffend die erzielten Erträge.</p> <p>Drittmittel, die zweckgebunden für andere als in einer Leistungsvereinbarung definierten Tätigkeiten beschafft werden, müssen den Leistungserbringern zur Verfügung stehen. Sonst hemmt dies, wie im Vortrag zu Artikel 4 (Subsidiarität) treffend beschrieben, die Innovation. In der ersten Lesung des SLG hat die vorberatende Kommission dies mit ihrem unbestrittenen Ergänzungsantrag zu Art. 8 Abs. 2 unmissverständlich klargestellt.</p> <p>Wenn nun im Vortrag zu lesen ist, dass dies nur für zweckgebundene Spenden und Legate gelten soll, «wenn sie keinerlei Bezug zur eingekauften Leistung haben», ist dies eine Uminterpretation der ursprünglichen Absicht, denn es ist davon auszugehen, dass innerhalb jeder Organisation eines</p>	<p>streichen</p> <p>Der Vortrag ist im Sinne der vorberatenden Kommission und des Grossratsbeschlusses anzupassen.</p> <p>Es soll sichergestellt werden, dass bei der Umsetzung des SLG dem Willen des Gesetzgebers Rechnung getragen wird. Sonst besteht die reale Gefahr, dass bei den Leistungserbringern jegliche Innovation und Motivation zur Beschaffung von Drittmitteln abgewürgt wird. Dies kann und darf nicht im Sinne des Kantons sein.</p>

Artikel	Bemerkung	Vorschlag
	<p>Leistungserbringers immer verschiedene Bezüge personeller oder organisatorischer Art bestehen. Dass gemäss Vortrag sogar Mitgliederbeiträge an den Kanton fliessen sollen, zeigt, dass die GSI die Absicht des Grossen Rates viel zu eng interpretiert.</p>	
Artikel 6	<p>Abs. 1: Normkosten bieten ein grosses Mass an Fehlanreizen und sind entgegen dem angestrebten Ziel nicht vorausschauend. Mit Normkosten wird ein vergangenheitsbezogener Kostendeckungsbedarf abgedeckt und kein aktueller oder prospektiver. So werden Entwicklungen und Innovationen gehemmt. Zudem werden heterogene Situationen (Stadt / Land, Spitalnähe etc.) in den Normkosten nicht berücksichtigt. Weiter hemmt es Organisationen, die unterhalb der Normkosten operieren, weitere Kostenoptimierungen vorzunehmen, insbesondere in Kombination mit den Regelungen in Artikel 5.</p> <p>Abs. 3: Eine Kostenobergrenze steht im Gegensatz zum Prinzip gem. Abs. 1. Es muss die effektive Leistungsmenge abgegolten werden, insbesondere bei Spitex-Leistungen, bei denen die Leistungsmenge auf Basis eines ärztlichen Auftrages nach nationalen Standards evaluiert wird und die Krankenversicherer eine Kontrollaufgabe wahrnehmen.</p>	
Artikel 7		
Artikel 8		
Artikel 9		
Artikel 10		

Artikel	Bemerkung	Vorschlag
Artikel 11	Es fehlt eine Bestimmung für Leistungserbringer ohne «Investitionspauschale».	Auch für Leistungserbringer ohne Investitionspauschale sind Ausnahmen für Investitionsbeiträge vorzusehen.
Artikel 12		
Artikel 13		
Artikel 14		
Artikel 15	<p>Abs. 2: Es ist zu prüfen, ob diese Formulierung so mit der neuen Regelung zur Verordnungspflicht bei Grundpflegeleistungen (KLV) noch konform ist.</p> <p>Abs 3: Zu den Gruppen mit spezifischen Anliegen gehören neben Menschen in besonderen Lebensphasen und mit spezifischen Gesundheitsproblemen auch Menschen aus sozial benachteiligten Gruppen. Bei all diesen Gruppen haben präventive Massnahmen eine grosse Wirkung.</p>	Abs 3: ...spezifische Anliegen von Kindern, älteren, chronisch kranken und sterbenden Menschen sowie von sozial stark benachteiligten Personen.
Artikel 16		
Artikel 17 Abs. 2 Bst. d	Die Institutionen verfügen nach unserem Wissensstand nicht über die entsprechenden Daten.	streichen
Artikel 18		
Artikel 19		
Artikel 20		
Artikel 21	Die Perimeter haben sich in den vergangenen Jahren verändert und sind flächenmässig und einwohnermässig sehr unterschiedlich. Wir begrüssen, dass die Aufteilung in geeignete Perimeter vorgenommen wird. Die neuen Perimeter sollen gemeinsam mit den	<p>Abs. 1: «teilt das Gesundheitsamt, unter Mitwirkung der Leistungserbringer, in...»</p> <p>Abs 3: Änderungen am Perimeter werden allen involvierten Stellen mind. 2 Jahre vor der Umsetzung kommuniziert.</p>

Artikel	Bemerkung	Vorschlag
	<p>Leistungserbringern definiert werden. Zudem sind ausreichend lange Übergangsfristen zu definieren.</p> <p>Neben den spezifischen Gegebenheiten der Regionen sind die Bevölkerungsstruktur, Angebotsstrukturen wie auch die zu erwartende Entwicklung zu berücksichtigen.</p>	
<p>Artikel 22 Abs. 2 und Abs. 3</p>	<p>Die Definitionen von Angebots- und Versorgungsdichte sind für uns nicht plausibel.</p>	<p>2 Die Angebotsdichte bildet die Anzahl der versorgten Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfänger pro Leistungserbringer Vollzeitäquivalent in der ambulanten Pflege ab.</p> <p>3 Die Versorgungsdichte bildet die Vollzeitäquivalente in der ambulanten Pflege pro 100 Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfänger Einwohnerinnen und Einwohner ab.</p>
<p>Artikel 23</p>	<p>Es ist für uns nicht zielführend, sich am schweizerischen Durchschnitt zu orientieren. Wir fordern, dass der Kanton Bern die ambulante Pflege fördert und ausbaut, weil dies dem Wunsch der breiten Bevölkerung entspricht und weil die ambulante Versorgung bis zu einem mittleren Pflegebedarf auch kostengünstiger ist.</p>	<p>Abs. 1 streichen</p> <p>Abs. 2: Das Gesundheitsamt entscheidet unter Berücksichtigung der Angebotsdichte, der Versorgungsdichte, statistischer Kennzahlen und interkantonalen Vergleiche, ob die Versorgung als sichergestellt gelten kann.</p>
<p>Artikel 24</p>	<p>Hier muss die KVG-Änderung zur Zulassung zur OKP, welche am 1.1.2022 in Kraft tritt, berücksichtigt werden.</p>	
<p>Artikel 25 Abs. 2 Abs. 4</p>	<p>In jedem Perimeter muss mindestens ein Leistungserbringer eine Aufnahmepflicht erfüllen. Von der Kann-Formulierung ist deshalb abzusehen.</p> <p>Die Gewinnverwendung ist als weiteres Kriterium aufzunehmen.</p>	<p>2 Zur Sicherstellung der Versorgung schliesst das Gesundheitsamt mit einem oder mit mehreren Leistungserbringern pro Perimeter Leistungsverträge mit einer Aufnahmepflicht ab.</p> <p>f ob allfällige Gewinne in der Organisation reinvestiert oder ausgeschüttet werden.</p>

Artikel	Bemerkung	Vorschlag
Abs. 5	Auf öffentliche Ausschreibungen ist zu verzichten. Sie bedeuten sehr viel Aufwand für die Verwaltung und die bisherigen Erfahrungen in anderen Kantonen zeigen, dass sie nicht bessere Versorgungslösungen hervorbringen.	5 streichen
Artikel 26	Diese Überversorgung bzw. die Reduktion der Anzahl Leistungserbringer muss den Leistungserbringern frühzeitig – 2 Jahre vor in Kraftsetzung – gemeldet werden.	
Artikel 27	In Abs. 1 fehlen die Betreuungsleistungen, die in Abs. 2 dann doch erwähnt sind. Betreuungsleistungen sind für den Verbleib im angestammten Zuhause von zentraler Bedeutung.	1 Die Leistungsvertragspartner müssen in ihrem Perimeter alle Pflegeleistungen nach Artikel 7 [...] sowie Betreuungsleistungen anbieten.
Artikel 28		
Artikel 29	Es ist wichtig, dass die Spezialleistungen (Palliative Care, Onkologie, Pflegeleistungen für Kinder, für Menschen mit Demenz etc.) ausreichend finanziert werden. In Abs. 3 sind die Leistungserbringerkategorie und Leistungsart nicht ausreichend, um dem heterogenen Kostendeckungsbedarf in den verschiedenen Perimetern Rechnung zu tragen.	Abs. 3 ergänzen: c Spezialisierte Pflegeleistungen wie beispielsweise Palliative Care, Demenz, Onkologie, Kinderspitex. Es bedarf zusätzlich einer Differenzierung, die Rahmenbedingungen wie Topografie, Versorgungsangebot, Einsatzmix, Lohn-/Mietkosten etc. berücksichtigt. Innerhalb der Leistungserbringerkategorien sollen Subkategorien gebildet werden, um dem effektiven Kostendeckungsbedarf im Sinne der effektiven Restkostenfinanzierung gerecht zu werden.
Artikel 30	Auch die Betreuungsleistungen sind mitzufinanzieren, so dass die Leistungsempfänger*innen sie zu sozialverträglichen Tarifen beziehen können.	Abs. 1 ergänzen: [...], die sich aus dem Leistungsvertrag ergeben. Für Betreuungsleistungen erhalten die Leistungsvertragspartner Beiträge, damit die Tarife für die Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfänger sozialverträglich ausgestaltet werden können.
Artikel 31	Wir bedauern sehr, dass Menschen über 65 – unabhängig von ihren finanziellen Möglichkeiten – die	Die Kostenbeteiligung von Menschen über 65 ist aufzuheben.

Artikel	Bemerkung	Vorschlag
	maximal zulässigen Anteile der Pflegekosten übernehmen müssen. Diese Kostenbeteiligung führt insbesondere bei chronisch kranken Menschen mit tiefem Einkommen dazu, dass sie auf wichtige medizinische Unterstützung verzichten.	
Artikel 32 Abs. 2 Bst. d	Die Institutionen verfügen nach unserem Wissensstand nicht über die entsprechenden Daten.	streichen
Artikel 33		
Artikel 34		
Artikel 35		
Artikel 36		
Artikel 37		
Artikel 38		
Artikel 39 Abs. 1 Bst. c	Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit sollten nicht Voraussetzungen für die Bewilligung sein. Sie kommen bei der Finanzierung, z.B. nach KVG, zum Tragen.	streichen
Artikel 40		
Artikel 41		
Artikel 42		
Artikel 43 Abs. 4	Datenschutz und fachgerechte Lagerung und Anwendung von Arzneimitteln und Medizinprodukten sind auch durch die Heime und privaten Haushalte zu berücksichtigen.	4 Der Datenschutz, die fachgerechte Lagerung und Anwendung von Arzneimitteln und Medizinprodukten sowie der Unterhalt von Behandlungsräumlichkeiten und -einrichtungen sind zu berücksichtigen.
Artikel 44		
Artikel 45		
Artikel 46		

Artikel	Bemerkung	Vorschlag
Artikel 47		
Artikel 48		
Artikel 49 Abs. 1 Bst. b	Es braucht eine Präzisierung, was die geforderte Berufserfahrung ist. Entgegen dem Art. 47 ist dazu im Vortrag keine Präzisierung ersichtlich.	Abs. 1 Bst. b: Eine Berufserfahrung von mind. fünf Jahren wird als sinnvoll erachtet.
Artikel 50		
Artikel 51		
Artikel 52		
Artikel 53		
Artikel 54		
Artikel 55		
Artikel 56	Es bedarf der klaren Regelung, dass der Prozess der Gesuchstellung für neue Bewilligungen gilt. Bestehende Bewilligungen behalten ihre Gültigkeit und es bedarf keiner neuen Gesuchstellung.	
Artikel 57		
Artikel 58		
Artikel 59		
Artikel 60		
Artikel 61		
Artikel 62		
Artikel 63		
Artikel 64		
Artikel 65		

Artikel	Bemerkung	Vorschlag
Artikel 66		
Artikel 67		
Artikel 68	Wir sind mit den Vorgaben einverstanden. Den Institutionen ist aber genügend Zeit einzuräumen, ihre Rechnungslegung und Kostenrechnung anzupassen.	Es ist eine Übergangsfrist von zwei Jahren vorzusehen, während welcher die Institutionen Zeit für die Umstellung haben.
Artikel 69	Wir sind mit den Vorgaben einverstanden. Den Spitex-Organisationen ist aber genügend Zeit einzuräumen, ihre Rechnungslegung und Kostenrechnung anzupassen.	Es ist eine Übergangsfrist von zwei Jahren vorzusehen, während welcher die Spitex-Organisationen Zeit für die Umstellung haben.
Artikel 70		
Artikel 71		
Artikel 72		
Artikel 73		
Artikel 74		
Artikel 75		
Artikel 76		
Artikel 77		
Artikel 78		
Artikel 79		
Artikel 80		
Artikel 81		
Artikel 82		
Artikel 83		
Artikel 84		
Artikel 85		

Artikel	Bemerkung	Vorschlag
Artikel 86		
Artikel 87		
Artikel 88		
Artikel 89		
Artikel 90		
Anhang 1		
Indirekte Änderungen		
Artikel 6a GesV		
Artikel 1 EV ELG		
Artikel 15 EV ELG		
Artikel 34 EV ELG		
Artikel 8h SHV		
Artikel 8h1 SHV		
Artikel 8h2 SHV		
Artikel 8l SHV		
Artikel 8o SHV		
Artikel 10a SHV		
Artikel 10b SHV		
Artikel 10c SHV		
Artikel 10d SHV		

Artikel	Bemerkung	Vorschlag
Artikel 11c1 SHV		
Artikel 14 SHV		
Artikel 23d SHV		
Artikel 24 SHV		
Artikel 35 a - d SHV		
Artikel 31 a - i SHV		
Artikel 41 SHV		