

## **Revision der kantonalen Pflegefinanzierung**

**Teilrevision Gesetz über das Gesundheitswesen vom 4. November 1962 und Gesetz über die Beitragsleistungen des Staates für Altersheime sowie Heime, Eingliederungsstätten und Werkstätten für Invalide vom 4. März 1973**

**Entwurf vom 11. November 2009 (am 12. November 2009 in die Vernehmlassung gegeben)**

### **Erläuternder Bericht**

**zu den Änderungen des Gesetzes über das Gesundheitswesen vom 4. November 1962, des Gesetzes über die Beitragsleistungen des Staates für Altersheime sowie Heime, Eingliederungsstätten und Werkstätten für Invalide vom 4. März 1973 sowie der Verordnung über die Staatsbeiträge an die Krankenpflege vom 26. Februar 1968**

---

### **A. Ausgangslage**

#### **1. Anlass für die Gesetzesrevisionen**

Am 13. Juni 2008 wurde von den eidgenössischen Räten das Bundesgesetz über die Neuordnung der Pflegefinanzierung verabschiedet. Es handelt sich dabei um einen Sammelerlass, mit dem nebst dem Bundesgesetz vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG) auch das Bundesgesetz vom 20. Dezember 1946 über die Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHVG) und das Bundesgesetz vom 6. Oktober 2006 über Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (ELG) geändert werden. Neu geregelt werden im Wesentlichen die Finanzierung der Leistungen der Spitex (spitalexterne Kranken- und Gesundheitspflege) und der Leistungen der Pflegeheime (Alters- und Pflegeheime, Pflegezentren, Pflegewohnungen, Ster-

behospize und anderer stationärer Pflegeeinrichtungen im Sinne des KVG). Die neuen bundesrechtlichen Bestimmungen werden auf den 1. Juli 2010 in Kraft gesetzt. Sie erfordern Ausführungsbestimmungen auf kantonaler Ebene. Nicht Gegenstand der Revision sind die geplanten Änderungen der Spitalversorgungs- und Spitalfinanzierungsbestimmungen (vgl. unten A. Ziff. 3).

**Abb.: Regelungsbereich Neuordnung Pflegefinanzierung**

	<b>Akutversorgung</b>	<b>Langzeitversorgung</b>
<b>Ambulant</b>	Private Praxen, Tageskliniken, Spitalambulatorien  (Medizin, Therapie)	Spitex  (Pflege, Betreuung und Hauswirtschaft)
<b>Stationär</b>	Spital  (Medizin, Pflege, Therapie und Hotellerie)	Pflegeheime  (Pflege, Betreuung und Hotellerie)

## **2. Überblick über die Neuordnung der Pflegefinanzierung auf Ebene Bund**

Im Bereich des KVG hat die Neuordnung unter anderem zur Folge, dass künftig zwischen „Pflegeleistungen“ und „Leistungen der Akut- und Übergangspflege“ differenziert und diese Leistungen unterschiedlich finanziert werden müssen (neuArt. 25a KVG). Unter „Pflegeleistungen“ sind solche Leistungen zu verstehen, die in der Regel längerfristig erbracht werden, ohne dass sie mit einer vorgängigen Spitalbehandlung zusammenhängen müssen, wohingegen Leistungen der Akut- und Übergangspflege immer direkt an eine Spitalbehandlung anschliessen und auf 14 Tage befristet sind. Beide Arten von Pflegeleistungen können sowohl ambulant durch Spitex-Institutionen oder freiberuflich tätige Pflegefachpersonen als auch stationär durch Pflegeheime erbracht werden. Die Finanzierung dieser Leistungen ist wie folgt vorgegeben:

### **a) Finanzierung von Pflegeleistungen**

- Die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) entrichtet einen Beitrag an „Pflegeleistungen“. Diese Beiträge werden vom Bund differenziert nach dem Pflegebedarf für die ganze Schweiz einheitlich in Franken festgelegt. Für ambulante Pflegeleistungen beträgt der Beitrag ab Inkrafttreten je nach Art der Leistungen zwischen Fr. 54.60 und Fr. 79.80 pro Stunde. Bei einem Aufenthalt in einem Pflegeheim beträgt der Beitrag nach zeitlichem Pflegebedarf abgestuft zwischen Fr. 9 (bei einem Pflegebedarf bis 20 Minuten) und Fr. 108 (bei einem Pflegebedarf von mehr als 220 Minuten) pro Pflage-tag (neuArt. 7a Krankenpflege-Leistungsverordnung [KLV]).
- Die nach Abzug dieser Beiträge verbleibenden Pflegekosten dürfen teilweise den Leistungsbezügerinnen und -bezüger verrechnet werden. Die Höchstbelastung ist dabei auf 20% des höchsten vom Bundesrat festgesetzten Pflegebeitrags der Krankenversicherer beschränkt (neuArt. 25a KVG).
- Die so genannte „Restfinanzierung“ – die nach Abzug der vorstehenden Beiträge (der Sozialversicherer sowie der Leistungsbezügerinnen und -bezüger) verbleibenden ungedeckten Pflegekosten – ist vom Kanton zu regeln (neuArt. 25a Abs. 5 KVG).

### **b) Finanzierung von Leistungen der Akut- und Übergangspflege**

- Für die Finanzierung der Leistungen der „Akut- und Übergangspflege“ schreibt der Bund aufgrund des Zusammenhangs mit einer stationären Spitalbehandlung denselben Kostenteiler wie bei der neuen Spitalfinanzierung vor: der Kanton übernimmt während längstens zwei Wochen nach dem Spitalaufenthalt grundsätzlich einen Anteil von mindestens 55% der Kosten, während die Versicherer die restlichen maximal 45% zu finanzieren haben (neuArt. 25a Abs. 2 KVG i.V.m. Art. 49a KVG).
- Eine Beteiligung der Leistungsbezügerinnen und -bezüger an den Kosten der Leistungen der Akut- und Übergangspflege ist, abgesehen von Franchise und Selbstbehalt, nicht zulässig.

Von den Kosten der Pflegeleistungen und der Leistungen der Akut- und Übergangspflege zu unterscheiden sind zum einen die Kosten für Unterkunft und Verpflegung (Hotellerie) sowie für nichtpflegerische Betreuungsleistungen in den Pflegeheimen und zum anderen die ambulanten hauswirtschaftlichen und betreuerischen Spitex-Leistungen, deren

Finanzierung wie bisher nicht vom Bundesgesetzgeber geregelt wird. Solche Kosten sind, soweit die Kantone und Gemeinden keine Beiträge leisten, von den pflegebedürftigen Personen selbst zu tragen.

### **c) Anpassungen im Bereich der AHV- und Ergänzungsleistungsgesetzgebung**

Im Bereich der AHV wird mit der Neuordnung der Pflegefinanzierung für Personen zu Hause eine Hilflosenentschädigung für Hilflosigkeit leichten Grades eingeführt (Art. 43<sup>bis</sup> revAHVG). Bei den Ergänzungsleistungen werden die Vermögensfreibeträge für den Anspruch auf Ergänzungsleistungen erhöht (Art. 11 revELG). Zudem haben die Kantone neu dafür zu sorgen, dass durch den Aufenthalt in einem anerkannten Pflegeheim in der Regel keine Sozialhilfe-Abhängigkeit begründet wird (Art. 10 revELG). Die kantonale Umsetzung dieser Vorgaben ist Gegenstand einer separaten Gesetzgebung.

### **3. Überblick über bereits erfolgte und laufende Revisionen der Finanzierungsbestimmungen für Spitäler, Pflegeheime und ambulante Pflegeeinrichtungen auf Ebene Kanton**

Am 2. April 2007 verabschiedete der Kantonsrat ein neues Gesundheitsgesetz, das nebst gesundheitspolizeilichen Bestimmungen sowie Regelungen in den Bereichen Gesundheitsförderung und Prävention auch solche im Bereiche der Finanzierung der Versorgung umfasst. Das neue Gesetz wurde vom Regierungsrat auf den 1. Juli 2008 in Kraft gesetzt. Die Finanzierungsbestimmungen des alten Gesundheitsgesetzes vom 4. November 1962 blieben einstweilen aufrecht. Inzwischen wurden im Rahmen der Umsetzung der Neugestaltung des Finanzausgleichs und der Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen (NFA) die Bestimmungen über die Spitexversorgung angepasst und per 1. Januar 2008 in Kraft gesetzt.

Mit der am 21. Dezember 2007 von den eidgenössischen Räten unter dem Titel „Spitalfinanzierung“ verabschiedeten Revision des Krankenversicherungsgesetzes wird auf den 1. Januar 2012 eine tiefgreifende Umstellung des Spitalfinanzierungssystems auf kantonaler Ebene erforderlich. Dabei ist eine umfassende Regelung der Planung, Steuerung und Finanzierung der Akut- und der Langzeitversorgung anzustreben. Da aber das Bundesgesetz über die Neuordnung der Pflegefinanzierung bereits auf den 1. Juli 2010 in

Kraft tritt, muss auch auf Ebene Kanton die Neuordnung der Pflegefinanzierung der grundsätzlichen Revision der Finanzierungsbestimmungen vorgezogen werden.

Auch die laufende Reform des Zürcher Finanzausgleichs (REFA) hat Auswirkungen auf die Finanzierungsbestimmungen für Einrichtungen des Gesundheitswesens: Im Rahmen des vom Regierungsrat am 28. Januar 2009 verabschiedeten Entwurfes für ein neues Finanzausgleichsgesetz (FAG; Vorlage 4582) ist vorgesehen, im ambulanten Bereich den Staatsbeitragssatz für Spitexleistungen mit der Inkraftsetzung des FAG für alle Spitex-Institutionen auf dem heutigen tiefsten Satz von 25% zu nivellieren. Zudem ist vorgesehen, im stationären Spitalbereich eine Entflechtung der Finanzierungsaufgaben von Kanton und Gemeinden zu realisieren: Mit dem Modell „Spital 100“ ist eine vollständige Finanzierung des Kostenanteils der öffentlichen Hand bei den stationären Spitalkosten durch den Kanton und bei den stationären Pflegekosten durch die Gemeinden vorgesehen. Die Umsetzung des Modells und damit der Verzicht auf die heutigen finanzkraftindexierten Staatsbeiträge soll allerdings erst mit der geplanten Inkraftsetzung der revidierten kantonalen Spitalfinanzierungsbestimmungen per 1. Januar 2012 erfolgen.

#### **4. Heutige Pflegefinanzierung**

##### **a) Spitexfinanzierung**

Die Bestimmungen über die Spitexversorgung wurden bereits im Rahmen der NFA angepasst und auf den 1. Januar 2008 in Kraft gesetzt. Nach diesen Bestimmungen sind die Gemeinden für eine fachgerechte Spitexversorgung ihrer Wohnbevölkerung verantwortlich. Das Spitex-Angebot umfasst neben den Pflegeleistungen auch die dafür nötigen Dienste im hauswirtschaftlichen und betreuerischen Bereich (§ 59a Gesundheitsgesetz vom 4. November 1962). Das von den Gemeinden sicherzustellende Standardangebot an Spitexleistungen ist in den kantonalen Richtlinien über das Leistungsangebot und die Qualität der Leistungserbringung der Spitex-Institutionen festgehalten.

Für Pflegeleistungen gemäss KVG dürfen den Leistungsbezügerinnen und -bezügern derzeit keine Kosten verrechnet werden. Für hauswirtschaftliche und betreuerische Spitex-Leistungen, die von Spitex-Institutionen mit kommunalem Leistungsauftrag erbracht werden, können ihnen hingegen Eigenleistungen von höchstens 50% in Rechnung gestellt werden (§ 59e Gesundheitsgesetz vom 4. November 1962). Die verbleibenden

Kosten sind grundsätzlich von den Gemeinden zu übernehmen. Dabei steht es den einzelnen Gemeinden frei, die von den Leistungsbezügern zu tragenden Kosten durch weitere Beiträge zu ermässigen.

Der Kanton beteiligt sich an den Kosten der Gemeinden für die Spitexleistungen. Die Mitfinanzierung erfolgt über leistungsorientierte Staatsbeiträge, wobei der Kanton sowohl Beiträge an die Pflegeleistungen als auch an die hauswirtschaftlichen und betreuerischen Spitex-Leistungen gewährt. Anrechenbar sind nur die Kosten, die bei einer wirtschaftlichen Betriebsführung anfallen. Die Beiträge sind nach der Finanzkraft der Wohngemeinden der Leistungsbezügerinnen und -bezüger abgestuft; der Staatsbeitragssatz beträgt zwischen 25 und 50% der ungedeckten Kosten (§§ 59b bis 59d Gesundheitsgesetz vom 4. November 1962).

### **b) Pflegeheimfinanzierung**

Zu den im KVG als „Pflegeheime“ bezeichneten Institutionen zählen wie eingangs erwähnt Alters- und Pflegeheime, Pflegezentren, Pflegewohnungen, Sterbehospize und andere stationärer Pflegeeinrichtungen. Der Kanton beteiligt sich an den Kosten gemeinnütziger Pflegeheime nach einem historisch gewachsenen, uneinheitlichen System, das in verschiedenen kantonalen Rechtsgrundlagen verankert ist:

- Gestützt auf § 40 Gesundheitsgesetz vom 4. November 1962 und § 29 Verordnung über die Staatsbeiträge an die Krankenpflege vom 26. Februar 1968 (Beitragsverordnung) werden Krankenheimen und an Spitälern angegliederten Krankenheimabteilungen Staatsbeiträge an Investitions- und Betriebskosten geleistet; sie betragen je nach Finanzkraft der Trägergemeinden zwischen 3 und 50%.
- Für die Investitionen der Alters- und Pflegeheime sowie nicht an Krankenheimen angegliederte Pflegewohnungen kommen demgegenüber das Gesetz über die Beitragsleistungen des Staates für Altersheime sowie Heime, Eingliederungsstätten und Werkstätten für Invalide vom 4. März 1973 (Heimbeitragsgesetz) und die Verordnung über die Staatsbeiträge für Altersheime vom 3. Dezember 1986 (Altersheimbeitragsverordnung) zur Anwendung. Danach werden Investitionsbeiträge zwischen 10 und 40% geleistet. Für die Betriebskosten hingegen gilt auch hier die oben genannte Regelung und somit ein Staatsbeitragssatz zwischen 3 und 50%.

## **B. Umsetzung der neuen bundesrechtlichen Vorgaben auf Ebene Kanton**

### **1. Forderungen der kantonalen Anspruchsgruppen an die Neuregelung; Hearing vom 5. Februar 2009**

Die Gesundheitsdirektion führte am 5. Februar 2009 ein Hearing durch. Daran nahmen Vertreterinnen und Vertreter des Gemeindepräsidentenverbands des Kantons Zürich, des Gesundheits- und Umweltdepartements der Stadt Zürich (GUD), des Departements Soziales der Stadt Winterthur, des Heimverbandes Curaviva, des Spitex Verband Kanton Zürich, der Betrieblichen Kommission Gesamtleitungen Spitex, der unabhängigen Beschwerdestelle für das Alter, der santésuisse Zürich-Schaffhausen sowie des kantonalen Sozialamtes teil.

Die Teilnehmenden des Hearings hatten bezüglich der Versorgung im Wesentlichen folgende Erwartungen:

- Sicherstellung einer qualitativ guten Pflegeversorgung
- Berücksichtigung der gesamten Behandlungskette
- Gleichbehandlung der ambulanten und der stationären Leistungserbringung.

Bezüglich der Finanzierung verlangten die Hearingteilnehmenden im Wesentlichen Folgendes:

- Kosten- und Leistungstransparenz
- Anwendung einheitlicher Kriterien zur Berechnung der Vollkosten
- Klare Regelung für die Restfinanzierung der Kosten
- Keine Mehrbelastung der Gemeinden
- Keine bzw. nur eine geringe Mehrbelastung der Leistungsbezüger
- Übernahme der Kosten der nichtpflegerischen Leistungen während der Akut- und Übergangspflege durch den Kanton.

## **2. Eckwerte Pflegefinanzierungskonzept**

Mit Beschluss vom 8. Juli 2009 (RRB Nr. 1158/2009) legte der Regierungsrat folgende Eckwerte für die neue Pflegefinanzierung fest:

- Die Gemeinden werden verpflichtet, für eine fachgerechte und ausreichende Pflegeversorgung ihrer Wohnbevölkerung zu sorgen.
- Die Pflegefinanzierung im Kanton Zürich richtet sich am Versorgungsgrundsatz „ambulant vor stationär“ aus.
- Die vom Bundesgesetzgeber erlaubte Höchstbelastung der Leistungsbezügerinnen und -bezüger für Pflegeleistungen gemäss Art. 7 KLV von 20% des Höchsttarifs der Krankenversicherer wird ausgeschöpft.
- Die Beiträge des Kantons an die Kosten der Langzeitpflege bemessen sich nach den durchschnittlichen ungedeckten Kosten bei wirtschaftlicher Betriebsführung.
- An Investitionen werden keine Beiträge ausgerichtet.
- Die Beiträge der öffentlichen Hand an die Leistungen der Akut- und Übergangspflege werden zwischen Kanton und Gemeinden nach dem derzeit geltenden Kostenteiler der Pflegefinanzierung aufgeteilt.
- Die Beiträge der öffentlichen Hand an nicht gemeinnützige ambulante Leistungserbringer ohne Leistungsauftrag der Gemeinden beschränken sich auf den Bereich der Pflegeleistungen und der Leistungen der Akut- und Übergangspflege gemäss Art. 7 KLV; an die nichtpflegerischen Leistungen dieser Leistungserbringer werden keine Beiträge ausgerichtet.

## **3. Vorstellung Pflegefinanzierungskonzept; Hearing vom 20. August 2009**

Am 20. August 2009 führte die Gesundheitsdirektion ein weiteres Hearing in derselben Zusammensetzung zu den Eckwerten des vom Regierungsrat verabschiedeten Pflegefinanzierungskonzeptes durch. Dabei wurde die Stossrichtung des Konzeptes von den Teilnehmern ohne grundsätzliche Kritik zur Kenntnis genommen. Die Gemeinden wünschten eine Regelung, mit der die ungedeckten Kosten sowohl für den Kanton als auch für die Gemeinden pauschaliert werden können. Der Spitex Verband Kanton Zürich

beantragte die Streichung des Eigenbeitrags der Leistungsbezügerinnen und -bezüger bei pflegerischen Leistungen im ambulanten Bereich, um den Grundsatz „ambulant vor stationär“ zu stärken. Ausserdem wurde eine Regelung verlangt, die keine Gewinnoptimierung nicht gemeinnütziger Leistungserbringer zu Lasten der öffentlichen Hand ermöglicht. Anlässlich des Hearings stellte es sich zudem heraus, dass unterschiedliche Prognosen zu den künftigen Krankenversicherungsbeiträgen und damit auch zu den bei der öffentlichen Hand verbleibenden Kosten bestehen.

#### **4. Grundzüge der vorgeschlagenen neuen Regelung auf Gesetzesstufe**

##### **a) Allgemeine Grundsätze**

Mit der neuen Regelung sollen die bundesrechtlichen Vorgaben zur Neuordnung der Pflegefinanzierung umgesetzt werden. Dabei soll die auf kantonaler Ebene bei der Spitex verankerte Versorgungsverantwortung der Gemeinden auch für die stationäre Pflegeversorgung festgeschrieben werden, wobei dem gesundheitspolitischen Grundsatz „ambulant vor stationär“ Rechnung zu tragen ist. Weiter soll die im Gesundheitsgesetz für den Bereich der Spitex geltende Regelung (vgl. oben A. Ziff. 4 lit. a) soweit möglich und sinnvoll auf den Pflegeheimbereich übertragen werden. Neu sind für beide Bereiche die nicht von den Sozialversicherungen gedeckten Kosten der Pflegeleistungen im Umfang von 20% des höchsten vom Bundesrat festgesetzten Pflegebeitrages den versicherten Personen zu belasten. Die Kostenanteile der öffentlichen Hand sollen wie bereits für die ambulanten neu auch für die stationären Pflegeleistungen auf Basis des anrechenbaren Aufwandes festgelegt und gemäss Finanzkraftindex der Wohngemeinde der Leistungsbezügerinnen und –bezüger bzw. dem sich daraus ergebenden Staatsbeitragssatz zwischen Wohngemeinde und Kanton aufgeteilt werden. Dabei sollen sowohl für ambulant als auch für stationär erbrachte Pflegeleistungen Kostenanteile an Normdefizite geleistet werden. Die Normdefizite sollen auf Grundlage des anrechenbaren Aufwands aus einer repräsentativen Stichprobe jener beitragsberechtigten Leistungserbringer ermittelt werden, die die Leistungen wirtschaftlich erbringen. Damit wird ein eigentliches Benchmarking eingeführt. Im übrigen soll der Staat seine Beiträge neu nicht mehr den Leistungserbringern, sondern den Wohngemeinden ausrichten.

### **b) Stationäre Pflegeversorgung (Pflegeheime)**

Die Versorgungsverantwortung der Gemeinden für die stationäre Pflegeversorgung wird wie erwähnt ausdrücklich festgeschrieben. Kommt eine Gemeinde diesem Versorgungsauftrag nicht oder nur ungenügend nach, so hat sie bei Einwohnerinnen und Einwohnern, die wegen Kapazitätsmangel im Gemeindeangebot nicht in einem Pflegeheim mit kommunalem Leistungsauftrag gepflegt werden können, allfällige Mehrkosten zu tragen. Die Kosten für Hotellerie und Betreuung sollen bei den Pflegeheimen von der öffentlichen Hand nicht mitfinanziert werden. Schliesslich soll der Staat nur noch Beiträge an die Betriebskosten, nicht aber an die Investitionskosten leisten.

### **c) Ambulante Pflegeversorgung (Spitex)**

Zur Förderung der ambulanten Pflege zuhause durch die Spitex sollen die Aufwendungen für nichtpflegerische Spitex-Leistungen (Kosten für Hauswirtschaft und Betreuung) bei Institutionen mit Leistungsauftrag der Gemeinden wie bisher von Staat und Gemeinden mitfinanziert werden. Damit werden die Spitex-Leistungsbezügerinnen und -bezüger weiterhin gezielt entlastet, was wiederum eine geringere Inanspruchnahme von Ergänzungs- bzw. Zusatzleistungen bewirkt. Die Kostenanteile der öffentlichen Hand für ambulante nichtpflegerische Spitexleistungen beruhen auf Normbeiträgen, die aus dem anrechenbaren Aufwand einer repräsentativen Stichprobe jener beitragsberechtigten Institutionen ermittelt werden, die die Leistungen wirtschaftlich erbringen.

Bei der Ermittlung der oben unter dem Titel „Allgemeine Grundsätze“ beschriebenen Normdefizite soll für den Bereich der Spitex zwischen Leistungserbringern mit kommunalem Auftrag für gemeinwirtschaftliche Leistungen und solchen ohne kommunalen Leistungsauftrag unterschieden werden, um dem zusätzlichen Aufwand für gemeinwirtschaftliche Leistungen (Bereitschaftsdienst, Aufnahmepflicht, spezielle Aufwendungen für die Sicherung der Onkologie-, Psychiatrie- und Kinder-Spitex oder Organisation der Patientenübernahme nach einem Spitalaufenthalt usw.) Rechnung zu tragen.

## **5. Grundzüge der vorgeschlagenen neuen Regelung auf Verordnungsstufe**

Das neue Finanzierungssystem sowie der Ersatz der bisherigen Sammelbezeichnung „Krankenhäuser“ durch die Bezeichnungen „Spital“ und „Pflegeheim“ erfordert Anpassungen der Verordnung über die Staatsbeiträge an die Krankenpflege vom 26. Februar

1968 (Beitragsverordnung). Zudem sind die Regelungen, die neu auf Gesetzesebene verankert werden, aus der Beitragsverordnung zu streichen. Die Änderung bedarf nach § 83 Gesundheitsgesetz vom 4. November 1962 der Genehmigung durch den Kantonsrat.

Gemäss der im Rahmen der NFA per 1. Januar 2008 geänderten Verordnung zum Gesetz über die Beitragsleistungen des Staates für Altersheime sowie Heime, Eingliederungsstätten und Werkstätten für Invalide, die seither den Titel „Verordnung über die Staatsbeiträge für Altersheime“ trägt, werden Staatsbeiträge an Investitionen an Altersheime mit und ohne Pflegebetten ausgerichtet. Da neu weder an Pflegeheime (wozu auch Altersheime mit Pflegebetten gehören) noch an reine Altersheime ohne Pflegebetten Investitionsbeiträge ausgerichtet werden sollen, wird die Heimbeitragsverordnung nach Anpassung des Heimbeitragsgesetzes aufzuheben sein.

## **6. Erläuterungen zu den einzelnen Gesetzesbestimmungen**

### **a) Änderungen des Gesundheitsgesetzes vom 4. November 1962**

#### **Stationäre Pflegeversorgung**

§§ 39 und 40. Aufgaben von Staat und Gemeinden; Beitragsleistungen an Spitäler

Bisher wurden im Gesetz Spitäler und Pflegeheime unter der gemeinsamen Bezeichnung Krankenhäuser geführt. Sie sind aufgrund bundesrechtlicher Bestimmungen, die verschiedene Kategorien von Krankenhäusern unterscheiden, neu unter der spezifizierenden Bezeichnung „Spital“, bzw. „Pflegeheim“ zu führen, weshalb die §§ 39 und 40 entsprechend anzupassen sind.

In § 39 Abs. 5 ist festzuhalten, dass der Regierungsrat den nach der Bundesgesetzgebung über die Krankenversicherung für alle Kantonseinwohner geltenden kantonalen Anteil an den Leistungen der Spitäler sowie der Akut- und Übergangspflege festlegt. Für beide Arten der Leistung beträgt der kantonale Anteil mindestens 55% (Art. 49a Abs. 2 KVG in der Fassung vom 21. Dezember 2007 und neu Art. 25a Abs. 2 KVG in Verbindung mit neu Art. 7b Abs. 1 KLV).

## § 41a. Aufgaben der Gemeinden

Schon bisher waren die Gemeinden verpflichtet, die Pflegeheimversorgung ihrer Wohnbevölkerung sicher zu stellen (§ 39 Abs. 2 in der geltenden Fassung). Auch entspricht es der bisherigen Praxis, dass die Gemeinden diese Aufgabe mit eigenen Pflegeheimen oder durch vertragliche Verpflichtung Dritter wahrgenommen haben. Neu ist hingegen die gesetzliche Vorgabe, für ein bedarfsgerechtes Angebot zu sorgen und das Verhältnis zwischen Gemeinde und zur Bedarfsdeckung beauftragtem Pflegeheim in Form eines Leistungsauftrages zu regeln. Gleichzeitig wird der Umfang des Angebots erläutert und die Möglichkeit geschaffen, kantonale Richtlinien über das Angebot und die Qualität der Leistungserbringung zu erlassen.

## §§ 41b. und 41c. Gliederung der Kosten und Finanzierungsgrundsatz

Im Sinne der Transparenz und der Verständlichkeit der Bestimmungen werden die anfallenden Kosten aufgezeigt bzw. aufgegliedert und die Grundzüge der Finanzierung der Leistungen im Gesetz dargelegt.

## § 41d. Voraussetzungen für Leistungen der Akut- und Übergangspflege

Mit der Akut- und Übergangspflege wird in der Krankenversicherungsgesetzgebung ein neuer Begriff eingeführt. Was indessen darunter zu verstehen ist, wurde vom Bundesgesetzgeber weitgehend offen gelassen. Im Kommentar zu der vom Eidgenössischen Departement des Innern am 24. Juni 2009 geänderten Krankenpflege-Leistungsverordnung wird dazu festgehalten, dass die im Anschluss an einen Spitalaufenthalt erfolgenden Leistungen der Akut- und Übergangspflege nur bei medizinischer Notwendigkeit und im Akutfall durch einen Spitalarzt verschrieben werden dürfe mit dem Ziel der Rückkehr des Versicherten zu jenem Zustand, in dem er sich vor dem Spitaleintritt befand; die Akut- und Übergangspflege stelle einen Abschnitt der Behandlung dar und sei keinesfalls vorgesehen zur Finanzierung allfälliger Wartezeiten im Hinblick auf den Eintritt in eine Rehabilitationsklinik oder in ein Heim. Zwecks Klarstellung sind deshalb - auch wenn es sich bei der Akut- und Übergangspflege um einen bundesrechtlichen Begriff handelt - der wesentliche Gehalt bzw. die Voraussetzungen für die Erbringung solcher Leistungen im Gesetz entsprechend auszuführen. Der Leistungskatalog ist sowohl für „Pflegeleistungen“ als auch für (ambulante und stationäre) „Leistungen der Akut- und Übergangspflege“ derselbe. Es sind dies unverändert die bisher für „Pflegeleistungen“ in Art. 7 Abs. 2

KLV verankerten Massnahmen der Abklärung und Beratung, der Untersuchung und Behandlung sowie der Grundpflege. Auch die Leistungserbringer sind bei beiden Arten von Pflegeleistungen dieselben, nämlich jene Personen und Institutionen, die in revArt. 7 Abs. 1 KLV als Leistungserbringer für Pflegeleistungen aufgeführt sind (Pflegefachpersonen, Spitex-Institutionen und Pflegeheime). Demgegenüber ist wie einleitend dargelegt die Finanzierung der beiden Arten von Pflegeleistungen unterschiedlich. Für die Finanzierung der Leistungen der „Akut- und Übergangspflege“ hat die öffentliche Hand während längstens zwei Wochen nach dem Spitalaufenthalt einen Anteil von mindestens 55% der Kosten zu übernehmen, während die Versicherer die restlichen maximal 45% zu finanzieren haben. Weil inhaltlich zwischen den Leistungen der Akut- und Übergangspflege und den Pflegeleistungen kein Unterschied besteht, sind die von der öffentlichen Hand zu deckenden Kosten der Leistungen der Akut- und Übergangspflege gemäss dem für die Pflegeleistungen geltenden Verteilschlüssel zwischen Kanton und Gemeinden aufzuteilen (§ 41c Abs. 2 mit Verweis auf § 41k für Pflegeheime und § 59a<sup>ter</sup> Abs. 2 mit Verweis auf § 59d für ambulante Pflegeleistungen). An die Kosten für Unterkunft und Verpflegung sowie Betreuung der Leistungsbezüglerinnen und -bezügler werden bei der Akut- und Übergangspflege im Pflegeheim keine Beiträge geleistet.

#### § 41e. Finanzierung bei Kapazitätsmangel im Gemeindeangebot

Da die Gemeinden nach § 41a verpflichtet sind, für eine bedarfsgerechte Pflegeversorgung ihrer Wohnbevölkerung zu sorgen, werden sie bei fehlenden Kapazitäten dazu verpflichtet, diese anderweitig sicher zu stellen bzw. allfällige Mehrkosten zu übernehmen.

#### § 41f. Finanzierung bei Pflegeheimen ohne kommunalen Leistungsauftrag

Hier wird die vom Bund vorgegebene Wahlfreiheit für Pflegeheime ausgeführt. Die Beiträge der öffentlichen Hand werden dabei auf jenen Pflegebeitrag limitiert, der in einem wirtschaftlich geführten innerkantonalen Pflegeheim angefallen wäre.

#### § 41g. Beitrag der Leistungsbezüglerinnen und -bezügler

Der Beitrag der Leistungsbezüglerinnen und -bezügler wird auf dem höchsten gemäss KVG möglichen Anteil festgelegt. Der Beitrag der Krankenversicherer an die Pflegeleistungen bei einem Aufenthalt in einem Pflegeheim beläuft sich auf maximal Fr. 108 pro Pflage-tag (neuArt. 7a KLV). Entsprechend beträgt der Beitrag der Leistungsbezüglerinnen und -bezügler bei einem Aufenthalt im Pflegeheim Fr. 21.60 pro Pflage-tag (20% von

Fr. 108), wobei dieser Beitrag nicht höher sein darf als der Betrag, der nach Abzug des Beitrags der Krankenversicherer von den Kosten verbleibt. Die Kostenbeteiligung der Leistungsbezügerinnen und -bezüger ist vor dem Hintergrund der von der öffentlichen Hand und von der OKP zu übernehmenden Kosten gerechtfertigt.

#### §§ 41h-41k. Staatsbeiträge; Normdefizit; Staatsbeitragssatz

Der Staat entrichtet den Gemeinden Kostenanteile an die von den Pflegeheimen verrechneten Pflage tage pro Pflagebedarfsstufe. Der Beitrag variiert aber nicht gemäss den effektiv angefallenen Kosten; vielmehr wird, um den Anforderungen des KVG nach wirtschaftlicher Leistungserbringung Rechnung zu tragen, ein „Normdefizit“ im Sinne kantonal durchschnittlicher ungedeckter Kosten anerkannt. An dieses Normdefizit werden nach den Finanzkraftindizes der Wohngemeinden der Leistungsbezügerinnen und -bezüger abgestufte Kostenanteile entrichtet, wobei die bisher in der Beitragsverordnung fixierte Spanne des Beitragssatzes von 3 bis 50% übernommen werden soll.

#### § 41l. Rechnungsstellung

Dem Gebot der Transparenz entsprechend und zur Vermeidung unzulässiger Quersubventionen sollen die dargelegten finanziellen Vorgaben auch in der Rechnungsstellung der Pflegeheime abgebildet werden. Entsprechend werden hier die Grundzüge der Rechnungsstellung fixiert und somit ein Vergleich verschiedener Leistungspositionen unter den Pflegeheimen ermöglicht.

#### § 41m. Auszahlung der Beiträge

Bisher wurden die Staatsbeiträge direkt den Pflegeheimen ausgerichtet. Da aber die Gemeinden für die Sicherstellung der Pflegeheimversorgung verantwortlich sind, ist es sachgerecht, dass die Gemeinden den Heimen die gesamten ungedeckten Kosten vergüten und dafür vom Kanton im Umfang des gesetzlich festgelegten Staatsbeitrages entschädigt werden. Die Gemeinden sollen die dabei anfallenden administrativen Aufgaben der Sozialversicherungsanstalt oder einer anderen geeigneten Stelle übertragen können.

#### § 41n. Datenerhebung

Die Bemessung der staatlichen Beitragsleistungen setzt voraus, dass Leistungserbringer und Gemeinden die notwendigen Daten und Unterlagen zur Verfügung stellen. Zudem

sollen auch die Erhebung von Daten zur Überprüfung der Kostenentwicklung und die Veröffentlichung betriebsbezogener Daten in anonymisierter Form ermöglicht werden.

## **Ambulante Pflegeversorgung**

§§ 59a-59f.

Die Regelungen für die ambulante Pflegeversorgung widerspiegeln im Grundsatz das für die Pflegeheime geltende Finanzierungs- und Versorgungssystem. Sie unterscheiden sich lediglich dadurch, dass in der Spitex die Aufwendungen für nichtpflegerische Leistungen (Kosten für Hauswirtschaft und Betreuung) über Normbeiträge finanziert werden, wobei aber Kostenanteile der öffentlichen Hand wie bisher nur an Leistungserbringer mit kommunalem Leistungsauftrag ausgerichtet werden (§ 59a<sup>bis</sup> Abs. 3). Diese Regelung gilt auch dann, wenn nichtpflegerische Spitex-Leistungen im Rahmen der Akut- und Übergangspflege erbracht werden. Der Beitrag der Leistungsbezügerinnen und -bezüger für ambulante Pflegeleistungen beträgt Fr. 15.95 (20% von Fr. 79.80) pro Tag, wobei dieser Beitrag nicht höher sein darf als der Betrag, der nach Abzug des Beitrags der Krankenversicherer von den Kosten verbleibt. Im Zusammenhang mit der Berechnung der Staatsbeiträge ist schliesslich klarzustellen, dass gemäss geltender Regelung in § 59b mit „geleisteten Leistungsstunden“ die Anzahl der für die Leistungsbezügerinnen und -bezüger erbrachten und diesen tatsächlich auch verrechneten Leistungsstunden gemeint ist, nicht aber die von den Spitex-Institutionen insgesamt aufgewendeten Arbeitsstunden.

## **Übergangsbestimmungen**

Da noch nicht alle Leistungserbringer über die zur Festlegung der Normdefizite und Normbeiträge notwendigen Kostenrechnungen verfügen, ist in der Übergangsbestimmung die Möglichkeit zu schaffen, für eine beschränkte Zeit auf nachvollziehbare Kostenrechnungsdaten einer eingeschränkten Zahl von Leistungserbringern abzustellen. Schliesslich ist in den Übergangsbestimmungen festzuhalten, dass Kostenanteile des Staates an Investitionen nur noch an baureife Projekte geleistet werden, welche noch vor Inkrafttreten dieses Gesetzes bei der Direktion des Gesundheitswesens eingereicht wurden.

## **b) Änderungen des Heimbeitragsgesetzes vom 4. März 1973**

Da der Staat wie erwähnt keine Beiträge mehr an Investitionskosten der Altersheime sowie der Alters- und Pflegeheime leisten soll, sind die entsprechenden Bestimmungen aufzuheben.

## **7. Finanzielle Auswirkungen der vorgeschlagenen Neuregelungen**

In nachstehender Tabelle sind die finanziellen Auswirkungen der Neuregelungen auf die Kostenträger dargestellt. Der Vergleich beruht auf den Zahlen 2008. Bei einer Extrapolation auf das Jahr 2010 muss einerseits mit jährlichen Mengenentwicklungen im ambulanten Bereich von ca. 8% und im stationären Bereich von ca. + 1% und andererseits mit jährlichen Kostenentwicklungen von gut 2% gerechnet werden.

Die Inkraftsetzung der Neuregelung auf Ebene Bund erfolgt wie erwähnt auf den 1. Juli 2010. Die Kostenprognose ist aus folgenden Gründen mit Unsicherheiten behaftet:

- Der Inkraftsetzungstermin wurde vom Bund derart kurzfristig angesetzt, dass eine zeitgleiche Umsetzung der Bundesvorgaben auf kantonaler Gesetzesebene nicht garantiert werden kann. Entsprechend ist für die öffentliche Hand und insbesondere für den Kanton bis zur Inkraftsetzung der definitiven kantonalen Gesetze mit mehr oder minder grossen Zusatzkosten zu rechnen.
- Gemäss Übergangsbestimmungen zur Änderung des KVG vom 13. Juni 2008 soll das bisherige Total der Beiträge der Krankenversicherer an die Langzeitpflege kostenneutral in die neuen Pflégetarife umgesetzt werden; zudem sollen inskünftig schweizweit einheitliche Pflégetarife gelten. Da die Pflégetarife im Kanton Zürich bisher über dem schweizerischen Durchschnitt lagen, ist hier inskünftig mit tieferen Krankenkassenbeiträgen zu rechnen.
- Bei den vom Bund festgelegten neuen Tarifen für die Pflegeleistungen im Pflegeheim wird neu auf ein 12-stufiges System abgestellt, bei dem die Beiträge der Krankenversicherer nach zeitlichem Pflegebedarf abgestuft werden. Die Abstufung erfolgt mittels einer 20-Minuten-Skala. Da die bestehenden Pflegebedarfsabklärungssysteme (BESA, RAI-RUG und Plaisir) nicht mit dem neuen System kompatibel sind, müssen sie angepasst werden. So lange die Anpassung noch aussteht, kann kein abschlies-

sender Vergleich zwischen heutigen und künftigen Krankenversicherungsbeiträgen vorgenommen werden, was eine Hochrechnung der Restkosten für die öffentliche Hand zusätzlich erschwert.

- Gemäss oben erwähnten Übergangsbestimmungen ist die Kantonsregierung verpflichtet, die heute geltenden Pflēgetarife und Tarifverträge innert drei Jahren nach Inkraftsetzung der Neuordnung der Pflegefinanzierung an die neuen, vom Bundesrat festgesetzten Beiträge an die Pflegeleistungen anzupassen. Da santésuisse die Tarifverträge mit den Pflegeheimen per 31. Dezember 2009 gekündigt hat, sind die von 1. Januar 2010 bis 30. Juni 2010 zur Anwendung kommenden Tarife noch offen; die Modalitäten der Überführung von der alten zur neuen Tarifstruktur vom Regierungsrat können noch nicht festgelegt werden.

Die vorgeschlagenen Änderungen in der Pflegefinanzierung im Kanton Zürich führen bei den verschiedenen Kostenträgern zu Verschiebungen und Veränderungen der finanziellen Belastung:

- Bei den bereits bisher subventionierten gemeinnützigen Leistungserbringern werden die Patientinnen und Patienten durch ihre Beteiligung an den Pflegekosten zusätzlich mit 38 Mio. Franken belastet, während die öffentliche Hand im gleichen Umfang entlastet wird.
- Die neu vorgeschriebene Mitfinanzierung der Pflegeleistungen gemäss Art. 7 KLV durch die öffentliche Hand auch bei nicht gemeinnützigen Leistungserbringern führt bei der Spitex zu einer Mehrbelastung des Kantons und der Gemeinden von insgesamt 17 Mio. Franken. Gleichzeitig werden auch die Patientinnen und Patienten aufgrund ihrer Beteiligung an den Pflegekosten mit 3 Mio. Franken zusätzlich belastet. Bei den Versicherern hingegen ändert sich in diesem Bereich nichts, weil sie bereits heute ihren Beitrag an die Pflegeleistungen gemäss KLV der nicht gemeinnützigen Leistungserbringer entrichten.

Bei den Pflegeheimen führt die obligatorische Mitfinanzierung von nicht gemeinnützigen Leistungserbringern durch die öffentliche Hand zu einer Mehrbelastung der Gemeinden von 5 Mio. Franken, während sich die Belastung des Kantons aufgrund der ohnehin geringen kantonalen Kostenbeteiligung nur marginal erhöht. Auch hier werden die Patientinnen und Patienten aufgrund ihrer Beteiligung an den Pflegekosten mit 12 Mio. zusätzlich belastet.

Die Mehrerträge der nicht gemeinnützigen Leistungserbringer bei den Pflegeleistungen dürften mittelfristig zu konkurrenzbedingten Preissenkungen insbesondere bei den nichtpflegerischen Leistungen zugunsten der Leistungsbezüglerinnen und -bezügler führen.

- Die Umstellung der Staatsbeiträge an Pflegeheime vom heutigen niedrigen Pauschalbeitrag auf Beiträge an durchschnittliche Normdefizite wird zu einer Verschiebung der finanziellen Belastung von den Gemeinden zum Kanton im Umfang von 5 Mio. Franken führen.
- Die Einführung der Akut- und Übergangspflege hat bei der Spitex nur geringe Auswirkungen, da hier nicht mit einer Ausweitung der Leistungsmenge zu rechnen ist, weil sich die Kriterien für die Verordnung der Leistungen und ihre Inanspruchnahme kaum ändern.

Bei den Pflegeheimen hingegen ist generell zu erwarten, dass ein rascherer Übertritt der Patientinnen und Patienten vom Spital ins Pflegeheim erfolgen wird. Dies bedeutet, dass die Patientinnen und Patienten in der Regel beim Übertritt in das Pflegeheim eine höhere Pflegebedürftigkeit aufweisen. Mit ein Grund für eine frühere Verlegung ist die Regelung, dass die Gemeinden bei Kapazitätsmangel im Pflegeheimbereich die Mehrkosten des Spitalaufenthaltes in Vergleich zum Pflegeheimaufenthalt übernehmen müssen. Sie werden daher genügend Pflegeheimplätze zur Verfügung stellen, um eine rechtzeitige Übernahme der Patientinnen und Patienten nach einer Spitalbehandlung zu ermöglichen. Dieser Effekt dürfte sich ab 2012 mit der Einführung von Fallpauschalen im Spitalbereich noch verstärken. Die finanziellen Auswirkungen sind aufgrund fehlender Erfahrungswerte nur schwierig einschätzbar. Dem Mehraufwand im Pflegeheimbereich steht jedoch eine Verminderung der vergleichsweise teureren Pflagetage in den Akutspitälern gegenüber.

Die Kosten der Akut- und Übergangspflege werden nach den Vorgaben für die Spitalfinanzierung zwischen den Versicherern (höchstens 45 Prozent) und der öffentlichen Hand (mindestens 55 Prozent) aufgeteilt. Vom Anteil der öffentlichen Hand tragen die Gemeinden gleich wie bei den übrigen Pflegeleistungen 85 Prozent und der Kanton 15 Prozent.

Soweit sich für die Patientinnen und Patienten Mehrkosten ergeben, die nicht über marktbedingte Preissenkungen ausgeglichen werden, wird eine teilweise Kompensation

durch zusätzliche Ergänzungsleistungen erfolgen. Die dafür bei der öffentlichen Hand anfallenden Kosten belaufen sich gemäss Hochrechnungen des kantonalen Sozialamtes auf bis zu 12 Mio. Franken für den Kanton und bis zu 15 Mio. Franken für die Gemeinden.

ID-Nr. 1098-2009

**Tab.: Auswirkungen der Neuregelungen auf die Kosten je Träger**

Beträge in Mio. Franken	Spitex				Alters- und Pflegeheime				Total
	Kanton	Gemeinden	Patienten	Krankenversicherung	Kanton	Gemeinden	Patienten	Krankenversicherung	
<i>Kostenbasis 2008</i>									
<b>Kosten vor Neuregelungen</b>	<b>22</b>	<b>50</b>	<b>29</b>	<b>86</b>	<b>12</b>	<b>161</b>	<b>740</b>	<b>252</b>	<b>1'352</b>
Neuregelung 1: Ausschöpfung der max. Eigenbelastung der Patienten an gemeinnützige Leistungserbringer	- 3	- 7	+ 10 <sup>1</sup>	0	0	- 28	+ 28 <sup>1</sup>	0	(0)
Neuregelung 2: Beiträge an KLV-7-Leistungen an nicht gemeinnützige Leistungserbringer	+ 4 <sup>2</sup>	+ 13 <sup>2</sup>	+ 3 <sup>1+2</sup>	0	+ 0.3 <sup>2</sup>	+ 5 <sup>2</sup>	+ 12 <sup>1+2</sup>	0	(+ 37) <sup>2</sup>
Neuregelung 3: Staatsbeiträge an Normdefizite (Heimbereich)	-	-	-	-	+ 5	- 5	0	0	(0)
Neuregelung 4: Beiträge an Leistungen der Akut- und Übergangspflege	+ 0.5	+ 0.2	0	- 0.7	+ 1 <sup>3</sup>	+ 5 <sup>3</sup>	0	+ 5 <sup>3</sup>	(+11) <sup>3</sup>
Neuregelung 5: Keine Staatsbeiträge an Investitionen	-	-	-	-	- 9	0	+ 9	0	(0)
<b>Kosten nach Neuregelungen</b>	<b>24</b>	<b>56</b>	<b>42</b>	<b>85</b>	<b>+ 9</b>	<b>138</b>	<b>789</b>	<b>257</b>	<b>1'400</b>
Differenz	+ 2	+ 6	+ 13	- 1	- 3	- 23	+ 49	+ 5	+ 48

<sup>1</sup> Mehrbelastung der Patientinnen und Patienten wird teilweise durch zusätzliche Ergänzungsleistungen kompensiert.

<sup>2</sup> Kompensation durch marktbedingte Preissenkungen im nichtpflegerischen Bereich zugunsten der Leistungsbezüger/innen zu erwarten.

<sup>3</sup> Dem Mehraufwand bei den Pflegeheimen steht eine Verminderung der vergleichsweise teureren Pflegetage in den Akutspitälern gegenüber.