

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)

Vernehmlassung

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

810.1/855.1

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

(Änderung vom; Pflegefinanzierung [Anpassung an KVG])

Der Kantonsrat,

nach Einsichtnahme in den Antrag des Regierungsrates vom und der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit vom

beschliesst:

I. Das Gesetz über das Gesundheitswesen vom 4. November 1962 (LS 810.1 Anhang) wird wie folgt geändert:

Aufgaben von Staat und Gemeinden § 39. ¹Der Staat errichtet und betreibt Spitäler, deren Einzugsgebiet sich über den ganzen Kanton oder grosse Teile davon erstreckt (überregionale Spitäler).

²Die Errichtung und der Betrieb anderer Spitäler sowie die Sicherstellung der stationären und ambulanten Pflegeversorgung sind Sache der Gemeinde.

³Die Wohngemeinde des Versicherten trägt den vom Bundesrecht vorgeschriebenen Anteil der öffentlichen Hand an der Finanzierung der stationären Spitalbehandlung von obligatorisch Krankenversicherten mit Wohnsitz im Kanton Zürich in den Halbprivat-

und Privatabteilungen der Spitäler.

Abs. 4 unverändert.

⁵Der Regierungsrat legt den nach der Bundesgesetzgebung über die Krankenversicherung für alle Kantonseinwohner geltenden Anteil der öffentlichen Hand an den Leistungen der Spitäler sowie der Akut- und Übergangspflege fest.

Beitragsleistungen an
Spitäler

§ 40. ¹Der Staat leistet Kostenanteile an die Investitionen und den Betrieb der den Bedürfnissen der Bevölkerung dienenden Spitäler. Die Kostenanteile richten sich nach der finanziellen Leistungsfähigkeit der Gesuchsteller. Sie betragen:

- a. bis zu 90% der beitragsberechtigten Ausgaben der Gemeinden für kommunale und regionale Spitäler,
- b. bis zu 100% der beitragsberechtigten Ausgaben für überregionale öffentliche und gemeinnützige private Spitäler.

Abs. 2 unverändert.

Stationäre Pflegever-
sorgung
a. Aufgaben der Ge-
meinden

§ 41a. ¹Die Gemeinden sorgen für eine bedarfs- und fachgerechte stationäre Pflegeversorgung ihrer Wohnbevölkerung. Sie erteilen zu diesem Zweck Leistungsaufträge an eigene oder von Dritten betriebene Pflegeheime.

²Das Versorgungsangebot umfasst den Leistungsbereich der Pflegeleistungen der Sozialversicherungsgesetzgebung einschliesslich die Leistungen der Akut- und Übergangspflege sowie die notwendigen Leistungen für Unterkunft, Verpflegung und Betreuung.

³Der Regierungsrat kann nach Anhörung der Gemeinden und der Fachverbände der Pflegeheime Bestimmungen über das Angebot und die Qualität der Leistungserbringung erlassen. Er kann entsprechende Verbandsrichtlinien verbindlich erklären.

⁴Die Gemeinde erhebt den Bedarf an Pflegeheimplätzen nach anerkannten Methoden. Die Gesundheitsdirektion kann dazu Richtlinien erlassen oder eine Methode verbindlich erklären.

⁵Die Gemeinde bezeichnet eine Stelle, die Auskunft über das Angebot an Pflegeplätzen gemäss Abs. 1 erteilt.

⁶Kann eine pflegebedürftige Person nicht in Pflegeheimen nach Abs. 1 untergebracht werden, ist die Wohngemeinde auf Verlangen verpflichtet, eine Unterbringung in einem anderen geeigneten Pflegeheim zu vermitteln.

b. Gliederung der
Kosten

§ 41b. Die Kosten für die von einem Pflegeheim erbrachten Leistungen gliedern sich in

- a) Kosten für Pflegeleistungen und Leistungen der Akut- und Übergangspflege,
- b) Kosten für weitere Pflichtleistungen der Sozialversicherer wie ärztliche Behandlung, Arznei, Therapien, Therapie- und Pflegematerial,

- c) Kosten für Unterkunft und Verpflegung (Hotellerie),
- d) Kosten für Betreuung,
- e) Kosten für andere Leistungen.

c. Finanzierung;
Grundsatz

§ 41c. ¹Die Kosten der Pflegeleistungen gemäss § 41b lit. a gehen im von der Bundesgesetzgebung über die Kranken- und Unfallversicherung vorgeschriebenen Umfang zu Lasten der Versicherer. Verbleibende Kosten gehen im Umfang des von der Bundesgesetzgebung über die Krankenversicherung festgelegten Beitrags gemäss § 41g Abs. 1 zu Lasten der Leistungsbezügerinnen und -bezüger, soweit die Gemeinden diese Eigenleistungen nicht verbilligen. Die restlichen Kosten für Pflegeleistungen werden bei Pflegeheimen mit kommunalem Leistungsauftrag von den Gemeinden übernommen. Der Staat leistet den Gemeinden gemäss § 41h Kostenanteile an das Normdefizit. Die Gemeinden regeln die Finanzierung der von ihnen beauftragten Pflegeheime in Leistungsvereinbarungen.

²Die gemäss Bundesgesetzgebung über die Krankenversicherung zu vergütenden Pauschalen für Leistungen der Akut- und Übergangspflege gemäss § 41b lit. a werden anteilmässig vom Krankenversicherer und der öffentlichen Hand gemäss § 39 Abs. 5 übernommen. Die Wohngemeinde entrichtet den Anteil der öffentlichen Hand direkt dem Leistungserbringer. Der Staat leistet den Gemeinden Kostenanteile an ihre Beiträge nach Massgabe der Staatsbeitragssätze gemäss § 41k.

³Die Kosten der weiteren Pflichtleistungen der Sozialversicherer gemäss § 41b lit. b gehen im von der Bundesgesetzgebung über die Kranken- und Unfallversicherung vorgeschriebenen Umfang zu Lasten der Versicherer.

⁴Die Kosten der Leistungen für Unterkunft, Verpflegung und Betreuung sowie für andere Leistungen gemäss § 41b lit. c bis e gehen in vollem Umfang zu Lasten der Leistungsbezügerinnen und -bezüger, soweit sie nicht von den Gemeinden verbilligt werden.

d. Voraussetzungen
für Leistungen der
Akut- und Übergangspflege

§ 41d. Die Leistungen der Akut- und Übergangspflege erfolgen im Anschluss an einen Spitalaufenthalt während längstens zwei Wochen unter folgenden Voraussetzungen:

- a. medizinische Notwendigkeit begründet durch einen vorübergehend erhöhten Pflegebedarf und
- b. Überweisung durch einen Spitalarzt mit einem Zeugnis, aus dem der Pflegebedarf und die erforderlichen Pflegemassnahmen hervorgehen.

e. Finanzierung in
Spezialfällen

§ 41e. Die Wohngemeinde übernimmt bei Personen, die wegen Kapazitätsmangel vorübergehend

- aa) bei Kapazitätsmangel im Gemeindeangebot
- a) nicht in einem Pflegeheim mit kommunalem Leistungsauftrag untergebracht werden können, allfällige Mehrkosten des Aufenthalts in einem anderen Pflegeheim für Leistungen gemäss § 41b lit. a bis d,
- b) in einem Spital auf die Übernahme durch ein Pflegeheim mit kommunalem Leistungsauftrag warten müssen, die Mehrkosten des Spitalaufenthalts.
- bb) bei Pflegeheimen ohne kommunalen Leistungsauftrag
- § 41f. ¹Für pflegebedürftige Personen, die ein anderes als ein unter § 41a Abs. 1 fallendes, auf einer kantonalen Pflegeheimliste geführtes inner- oder ausserkantonales Pflegeheim wählen, leistet die Wohngemeinde einen pro Pflege-tag pauschalier-ten Beitrag an die ungedeckten Kosten der Pflegeleistungen. Der Beitrag entspricht höchstens dem gemäss § 41i festgelegten Normdefizit für innerkantonal auf der Pflegeheimliste geführte Pflegeheime.
- f. Beitrag der Leistungsbezügerinnen und -bezüger
- § 41g. ¹Der Beitrag der Leistungsbezügerinnen und -bezüger an die Kosten der Pflegeleistungen gemäss § 41c Abs. 1 entspricht dem höchsten Anteil gemäss Art. 25a Abs. 5 KVG, höchstens aber den nach Abzug des Beitrags der Krankenversicherer verbleibenden Kosten.
- ²Bei Pflegeheimen mit kommunalem Leistungsauftrag dürfen bei Einwohnerinnen und Einwohnern der Wohngemeinde für Leistungen nach § 41b lit. c und d im mehrjäh-rigen Mittel höchstens kostendeckende Taxen verrechnet werden. Die Rechnungsle-gung ist so zu gestalten, dass den Leistungsbezügerinnen und -bezügern auf Verlangen jederzeit die Einhaltung dieser Vorgabe nachgewiesen werden kann.
- g. Staatsbeiträge
- § 41h. ¹Der Staat entrichtet den Gemeinden pauschalierte Kostenanteile an das Normdefizit gemäss § 41i für Pflegeleistungen.
- ²Die Höhe der Kostenanteile ergibt sich aus der Multiplikation folgender Faktoren:
- a. Zahl der im Pflegeheim verrechneten Pflege-tage pro Pflegebedarfsstufe,
- b. Normdefizit pro Pflege-tag nach Pflegebedarfsstufen gemäss § 41i,
- c. Staatsbeitragssatz gemäss § 41k.
- h. Normdefizit
- § 41i. ¹Das Normdefizit entspricht dem anrechenbaren Aufwand pro Tag und Pflegebedarfsstufe abzüglich
- a. der Beiträge der Sozialversicherer im Bereich der Pflegeleistungen,
- b. des Beitrags der Leistungsbezügerinnen und -bezüger gemäss § 41g.
- ²Die Direktion des Gesundheitswesens ermittelt den anrechenbaren Aufwand pro Pflege-tag und Pflegebedarfsstufe aus einer repräsentativen Stichprobe. Das Normdefi-zit wird jährlich für das laufende Beitragsjahr auf Basis des vorausgehenden Rech-nungsjahres festgelegt. Die Direktion des Gesundheitswesens kann Bestimmungen

über die Rechnungsführung und Rechnungslegung, die Anrechnung von Aufwendungen und Erträgen sowie die wirtschaftliche Leistungserbringung erlassen.

i. Staatsbeitragssatz § 41k. ¹Der Staatsbeitragssatz gemäss § 41h Abs. 2 lit. c ist nach den Finanzkraftindizes der Wohngemeinden der Leistungsbezügerinnen und -bezüger abgestuft und beträgt zwischen 3 und 50%.

²Er wird vom Regierungsrat in der Verordnung festgesetzt.

k. Rechnungsstellung § 41l. ¹Das Pflegeheim gliedert seine Rechnungen nach folgenden Positionen:

- a. Beiträge für Pflegeleistungen unter Angabe der Pflegebedarfsstufe zu Lasten
 - 1. der Versicherer,
 - 2. der Leistungsbezügerin oder des -bezügers (Beitrag gemäss § 41g Abs. 1), ausgenommen bei Akut- und Übergangspflege,
 - 3. der Wohngemeinde.
- b. Taxen für weitere Pflichtleistungen der Sozialversicherer,
- c. Taxen für Unterkunft (inkl. Benutzung Heiminfrastruktur und Wohnnebenkosten) und Verpflegung
- d. Taxen für Betreuungsleistungen,
- e. Taxen für andere Leistungen.

²Für Leistungen gemäss Abs. 1 lit. a und b gilt der Tarifschutz gemäss Art. 44 Abs. 1 KVG.

l. Auszahlung der Beiträge § 41m. ¹Die Wohngemeinde entrichtet ihre Beiträge direkt dem Leistungserbringer. Sie kann die Aufgabe der Sozialversicherungsanstalt oder einer anderen geeigneten Stelle übertragen.

m. Datenerhebung § 41n. ¹Die Direktion des Gesundheitswesens kann bei den Pflegeheimen und den Gemeinden sämtliche betriebs- und patientenbezogenen Daten und Unterlagen einsehen, erheben und bearbeiten, die für den Vollzug der Gesetzgebung benötigt werden. Sie kann insbesondere Daten zur Überprüfung der Kostenentwicklung, der Wirtschaftlichkeit sowie der Qualität, Angemessenheit und Zweckmässigkeit der Leistungen erheben. Sie kann Dritte damit beauftragen.

²Die Daten sind durch die Leistungserbringer kostenlos zur Verfügung zu stellen.

³Sie ist ermächtigt, Daten zu veröffentlichen. Betriebsbezogene Daten können in nicht anonymisierter Form veröffentlicht werden.

Ambulante Pflegeversorgung § 59a. ¹Die Gemeinden sorgen für eine bedarfs- und fachgerechte ambulante Pflegeversorgung ihrer Wohnbevölkerung. Sie erteilen zu diesem Zweck Leistungsauf-

a. Aufgaben der Gemeinden träge an eigene oder von Dritten betriebene Spitex-Institutionen oder an auf eigenen Namen tätiger Pflegefachpersonen. Sie erteilen zu diesem Zweck Leistungsaufträge an eigene oder von Dritten betriebene Spitex-Institutionen oder an auf eigenen Namen tätige Pflegefachpersonen.

²Das Versorgungsangebot umfasst den Leistungsbereich der Pflegeleistungen der Sozialversicherungsgesetzgebung einschliesslich die Leistungen der Akut- und Übergangspflege sowie die notwendigen Dienste im hauswirtschaftlichen und betreuerischen Bereich für Personen, die wegen Krankheit, Mutterschaft, Unfall oder Behinderung nicht in der Lage sind, ihren Haushalt selbständig zu führen (nichtpflegerische Spitex-Leistungen).

³Der Regierungsrat erlässt nach Anhörung der Gemeinden und der Fachverbände der ambulanten Leistungserbringer gemäss Abs. 1 Bestimmungen über das Angebot und die Qualität der Leistungserbringung. Er kann entsprechende Verbandsrichtlinien verbindlich erklären.

⁴Die Gemeinde bezeichnet eine Stelle, die Auskunft über das Angebot an ambulanten Leistungserbringern gemäss Abs. 1 erteilt.

⁵Können die Leistungen gemäss Abs. 2 nicht durch Leistungserbringer gemäss Abs. 1 erbracht werden, ist die Wohngemeinde auf Verlangen verpflichtet, einen anderen geeigneten Leistungserbringer zu vermitteln.

b. Gliederung der Kosten § 59a^{bis}. Die Kosten für ambulante Leistungen gliedern sich in

- a) Kosten für Pflegeleistungen und Leistungen der Akut- und Übergangspflege,
- b) Kosten für nichtpflegerische Spitex-Leistungen.

c. Finanzierung; Grundsatz § 59a^{ter}. ¹Die Kosten der Pflegeleistungen gemäss § 59a^{bis} lit. a gehen im von der Bundesgesetzgebung über die Kranken- und Unfallversicherung vorgeschriebenen Umfang zu Lasten der Versicherer. Verbleibende Kosten gehen im Umfang des von der Bundesgesetzgebung über die Krankenversicherung festgelegten Beitrags gemäss § 59a^{septies} Abs. 1 zu Lasten der Leistungsbezügerinnen und -bezüger, soweit die Gemeinden diese Eigenleistungen nicht verbilligen. Die restlichen Kosten für Pflegeleistungen werden bei den ambulanten Leistungserbringern mit kommunalem Leistungsauftrag von den Gemeinden übernommen. Der Staat leistet den Gemeinden gemäss § 59b Kostenanteile an das Normdefizit. Die Gemeinden regeln die Finanzierung der von ihnen beauftragten ambulanten Leistungserbringer in Leistungsvereinbarungen.

²Die gemäss Bundesgesetzgebung über die Krankenversicherung zu vergütenden Pauschalen für Leistungen der Akut- und Übergangspflege gemäss § 59a^{bis} lit. a werden anteilmässig vom Krankenversicherer und der öffentlichen Hand gemäss § 39 Abs. 5 übernommen. Die Wohngemeinde entrichtet den Anteil der öffentlichen Hand direkt dem Leistungserbringer. Der Staat leistet den Gemeinden Kostenanteile an ihre Beiträge nach Massgabe der Staatsbeitragssätze gemäss § 59d.

³Die Kosten für nichtpflegerische Spitex-Leistungen gemäss § 59a^{bis} lit. b gehen grundsätzlich zu Lasten der Leistungsbezügerinnen und -bezüger. An die Leistungserbringer mit kommunalem Leistungsauftrag leistet die Gemeinde Normbeiträge gemäss § 59c Abs 3. Der Staat entrichtet den Gemeinden gemäss § 59b Kostenanteile an den Normbeitrag. Die Gemeinden können die nichtpflegerischen Spitex-Leistungen zusätzlich verbilligen.

d. Voraussetzungen für Leistungen der Akut- und Übergangspflege	§ 59a ^{quater} .	Die Leistungen der Akut- und Übergangspflege erfolgen im Anschluss an einen Spitalaufenthalt während längstens zwei Wochen unter folgenden Voraussetzungen:
	a.	medizinische Notwendigkeit begründet durch einen vorübergehend erhöhten Pflegebedarf und
	b.	Überweisung durch einen Spitalarzt mit einem Zeugnis, aus dem der Pflegebedarf und die erforderlichen Pflegemassnahmen hervorgehen.
e. Finanzierung in Spezialfällen	§ 59a ^{quinquies} .	Die Wohngemeinde übernimmt bei Personen, die wegen Kapazitätsmangel vorübergehend
aa) bei Kapazitätsmangel im Gemeindeangebot	a)	nicht von einem ambulanten Leistungserbringer mit kommunalem Leistungsauftrag gepflegt werden können, allfällige Mehrkosten eines andern Leistungserbringers für Leistungen gemäss § 59a ^{bis} ,
	b)	in einem Spital auf eine Übernahme durch einen ambulanten Leistungserbringer mit kommunalem Leistungsauftrag warten müssen, die Mehrkosten des Spitalaufenthalts.
bb) bei ambulanten Leistungserbringern ohne kommunalen Leistungsauftrag	§ 59a ^{sexies} .	Für pflegebedürftige Personen, die einen ambulanten Leistungserbringer ohne kommunalen Leistungsauftrag wählen, leistet die Wohngemeinde einen pro Pflegestunde pauschalierten Beitrag an die ungedeckten Kosten der Pflegeleistungen gemäss § 59a ^{bis} lit. a. Der Beitrag entspricht höchstens dem gemäss § 59c Abs. 1 und 2 festgelegten Normdefizit für Pflegeleistungen.
f. Beitrag der Leistungsbezügerinnen und -bezüger	§ 59a ^{septies} .	¹ Der Beitrag der Leistungsbezügerinnen und -bezüger an die Kosten der Pflegeleistungen gemäss § 59a ^{bis} lit. a entspricht dem höchsten Anteil gemäss Art. 25a Abs. 5 KVG, höchstens aber den nach Abzug des Beitrags der Krankenkversicherer verbleibenden Kosten.
		² Für nichtpflegerische Spitex-Leistungen, die von Leistungserbringern mit kommunalem Leistungsauftrag erbracht werden, gilt die Beitragsregelung gemäss § 59e. Nichtpflegerische Spitex-Leistungen, die von anderen Leistungserbringern erbracht werden, gehen vollumfänglich zu Lasten der Leistungsbezügerinnen und -bezüger.
g. Staatsbeiträge	§ 59b.	¹ Der Staat entrichtet den Gemeinden pauschalierte Kostenanteile an das

Normdefizit gemäss § 59c Abs. 1 und 2 und an den Normbeitrag gemäss § 59c Abs. 3

- a) der zugelassenen ambulanten Leistungserbringer für Pflegeleistungen,
- b) der von den Gemeinden betriebenen oder beauftragten Spitex-Institutionen für nichtpflegerische Spitex-Leistungen nach § 59a Abs. 2.

²Die Höhe der Kostenanteile ergibt sich aus der Multiplikation folgender Faktoren:

- a. Zahl der von den ambulanten Leistungserbringern verrechneten Leistungsstunden pro Leistungsbereich,
- b. Normdefizit pro Leistungsstunde für Pflegeleistungen und Normbeitrag für nichtpflegerische Spitex-Leistungen,
- c. Staatsbeitragssatz gemäss § 59d.

Abs. 3 und 4 gestrichen.

h. Normdefizit und
Normbeitrag

§ 59c. ¹Das Normdefizit im Bereich der Pflegeleistungen entspricht dem anrechenbaren Aufwand pro Leistungsstunde abzüglich

- a. der Beiträge der Sozialversicherer im Bereich der Pflegeleistungen,
- b. des Beitrags der Leistungsbezügerinnen und -bezüger gemäss § 59a^{septies}.

²Die Direktion des Gesundheitswesens legt den anrechenbaren Aufwand unter Berücksichtigung von gemeinwirtschaftlichen Leistungen, die aufgrund kommunaler Leistungsaufträge erbracht werden, separat fest für

- a. Spitex-Institutionen mit kommunalem Leistungsauftrag,
- b. andere zugelassene Spitex-Institutionen,
- c. auf eigenen Namen tätige Pflegefachpersonen.

³Der Normbeitrag im Bereich der nichtpflegerischen Spitex-Leistungen entspricht dem anrechenbaren Aufwand pro Leistungsstunde abzüglich der höchstzulässigen Eigenleistungen der Leistungsbezügerinnen und -bezüger gemäss § 59e.

⁴Die Direktion des Gesundheitswesens ermittelt den anrechenbaren Aufwand pro Leistungsstunde zur Berechnung des Normdefizits und des Normbeitrags aus einer repräsentativen Stichprobe. Das Normdefizit und der Normbeitrag werden jährlich für das laufende Beitragsjahr auf Basis des vorausgehenden Rechnungsjahres festgelegt. Die Direktion des Gesundheitswesens kann Bestimmungen über die Rechnungsführung und Rechnungslegung, die Anrechnung von Aufwendungen und Erträgen sowie die wirtschaftliche Leistungserbringung erlassen.

Marginal zu § 59d:

§ 59d. unverändert.

i. Staatsbeitragssatz

k. Belastung der Leistungsbezügerinnen und -bezüger für nichtpflegerische Spitex-Leistungen

§ 59e. Für nichtpflegerische Spitex-Leistungen von ambulanten Leistungserbringern mit kommunalem Leistungsauftrag dürfen den Leistungsbezügerinnen und -bezügern Eigenleistungen von höchstens 50% des durchschnittlich anrechenbaren Aufwands pro Leistungsstunde in Rechnung gestellt werden.

l. Rechnungsstellung

§ 59e^{bis} ¹Die ambulanten Leistungserbringer gliedern ihre Rechnungen nach folgenden Positionen:

- a. Beiträge für Pflegeleistungen unter Angabe des Leistungsbereichs
 - 1. der Versicherer,
 - 2. der Leistungsbezügerin oder des -bezügers (Beitrag gemäss § 59a^{septies} Abs. 1), ausgenommen bei Akut- und Übergangspflege,
 - 3. der Wohngemeinde.
- b. Taxen oder Beiträge für nichtpflegerische Spitexleistungen unter Angabe der Leistungen
 - 1. der Leistungsbezügerin oder des -bezügers gemäss § 59e,
 - 2. der Wohngemeinde.

²Für Leistungen gemäss Abs. 1 lit. a gilt der Tarfschutz gemäss Art. 44 Abs. 1 KVG.

m. Auszahlung der Beiträge

§ 59e^{ter}. Die Wohngemeinde entrichtet ihre Beiträge direkt dem Leistungserbringer. Sie kann die Aufgabe der Sozialversicherungsanstalt oder einer anderen geeigneten Stelle übertragen.

n. Datenerhebung

§ 59f. ¹Die Direktion des Gesundheitswesens kann bei den ambulanten Leistungserbringern und den Gemeinden sämtliche betriebs- und patientenbezogenen Daten und Unterlagen einsehen, erheben und bearbeiten, die für den Vollzug der Gesetzgebung benötigt werden. Sie kann insbesondere Daten zur Überprüfung der Kostenentwicklung, der Wirtschaftlichkeit sowie der Qualität, Angemessenheit und Zweckmässigkeit der Leistungen erheben. Sie kann Dritte damit beauftragen.

²Die Daten sind durch die Leistungserbringer kostenlos zur Verfügung zu stellen.

³Sie ist ermächtigt, Daten zu veröffentlichen. Betriebsbezogene Daten können in nicht anonymisierter Form veröffentlicht werden.

Nach § 83

Übergangsbestimmung zur Änderung vom 2010

¹Solange nicht alle Leistungserbringer über die zur Festlegung der Normdefizite und Normbeiträge notwendigen Kostenrechnungen verfügen, längstens aber bis zur Festlegung für das Jahr 2013, kann die Direktion des Gesundheitswesens auf nachvoll-

ziehbare Kostenrechnungsdaten einer eingeschränkten Zahl von Pflegeheimen und ambulanten Leistungserbringern abstellen.

²Kostenanteile des Staates an Investitionen werden nur noch an baureife Projekte geleistet, welche noch vor Inkrafttreten dieses Gesetzes bei der Direktion des Gesundheitswesens eingereicht wurden.

II. Das Gesetz über die Beitragsleistungen des Staates für Altersheime sowie Heime, Eingliederungsstätten und Werkstätten für Invalide vom 4. März 1973 (LS 855.1) wird wie folgt geändert:

Titel

Gesetz über die Beitragsleistungen des Staates für Heime, Eingliederungsstätten und Werkstätten für Invalide vom 4. März 1973

§§ 1, 2, 3, 14 Satz 2 und 16 werden aufgehoben.

III. Diese Gesetzesänderung untersteht dem fakultativen Referendum.

813.21

**B. Verordnung über die Staatsbeiträge an die Krankenpflege
(Genehmigung vom ...)**

Der Kantonsrat,

nach Einsichtnahme in den Antrag des Regierungsrates vom und der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit vom

beschliesst:

- I. Die Änderung der Verordnung über die Staatsbeiträge an die Krankenpflege vom 26. Februar 1968 wird genehmigt.
- II. Mitteilung an den Regierungsrat.

Anhang

Verordnung über die Staatsbeiträge an die Krankenpflege (Änderung vom)

Der Regierungsrat beschliesst:

Die Verordnung über die Staatsbeiträge an die Krankenpflege vom 26. Februar 1968 (LS 813.21) wird wie folgt geändert:

Ersatz von Bezeichnungen

In den §§ 3-6, 8, 13, 20, 23, 24, 32-39 samt dazugehöriger Gliederungstitel und Marginalien der Verordnung werden die Ausdrücke „Krankenhaus“, „Krankenhäuser“ bzw. „Krankenhausbetrieb“ durch „Spital“, „Spitäler“ bzw. „Spitalbetrieb“ ersetzt.

Beitragsberechtigte
Krankenpflege

§ 1. Der Staat gewährt nach den Bestimmungen dieser Verordnung Staatsbeiträge:

1. an öffentliche und private Spitäler gemeinnützigen Charakters, die den Bedürfnissen der Bevölkerung des Kantons Zürich dienen;
2. an Akutkranke, die wegen Platzmangels in den kantonalen Spitälern in Spitäler mit höheren Taxen eingewiesen werden müssen;
3. an Gemeinden, die Pflegebeiträge an Pflegeheime leisten;
4. an Schulen für nichtärztliches Gesundheitspersonal;
5. an die Anschaffung von Wagen für den Transport von Kranken und Verunfallten;
6. an Gemeinden, die Beiträge an die Gemeindekranken- und Hauspflege leisten.

Umschreibung

I. Spitäler und Pflegeheime

§ 2. ¹Als Spitäler im Sinne dieser Verordnung gelten insbesondere:

1. Spitäler für die stationär akute Kranken- und Unfallbehandlung und die Geburtshilfe;
2. Kliniken für die Durchführung der stationären medizinischen Rehabilitation;
3. Psychiatrische Kliniken für die stationäre Behandlung akut Psychischkranker sowie Suchkranke.
4. Akuteinrichtungen für Suchtkranke.

²Als Pflegeheime im Sinne dieser Verordnung gelten Alters- und Pflegeheime sowie Pflegeheime, einschliesslich Pflegezentren, Pflegewohnungen, Sterbehospize und andere stationäre Pflegeeinrichtung im Sinne des KVG;

³Die Gesundheitsdirektion legt die Anzahl der Betten je Betrieb fest.

Kostenanteile; ergänzende Voraussetzungen

B. Pflegeheime

§ 25a. Ergänzend zu den Bestimmungen des Gesetzes über das Gesundheitswesen vom 4. November 1962 über die stationäre Pflegeversorgung gelten die Voraussetzungen gemäss §§ 6 und 24 für die Gewährung von Kostenanteilen an Spitäler sinngemäss auch für Pflegeheime.

Umschreibung

3. Höhe der Kostenanteile

a. Kommunale und regionale Spitäler und Pflegeheime

§ 26. Als kommunale und regionale Spitäler und Pflegeheime gelten solche mit örtlich begrenztem Einzugsbereich.

Abstufung der Kostenanteile

§ 27. ¹Die Kostenanteile für kommunale und regionale Spitäler werden nach dem Finanzkraftindex der zum Einzugsbereich gehörenden Gemeinden abgestuft.

²Die Gesundheitsdirektion bestimmt die Einzugsbereiche nach der Lage der Gemeinden und der Herkunft der Patienten in dem betreffenden Spital. Sie hört zuvor die Aufsichtsorgane der einzelnen Spitäler an.

³Die Kostenanteile an Gemeinden, die Pflegebeiträge an Pflegeheime leisten, werden nach dem Finanzkraftindex der Wohngemeinde des Patienten abgestuft.

Kostenanteilsätze

§ 29. ¹Die Kostenanteile für Spitäler betragen:

Finanzkraftindex	Spitäler (Investitionen)	Spitäler (übrige Kostenanteile)
	%	%
Bis 105	81	73
106–107	73	65
108–109	69	61
110–113	64	56
114–117	60	52
118–121	56	48
122–125	51	43
126–129	40	32
130 und mehr	37	29

²Die Kostenanteile für Pflegeheime betragen:

Finanzkraftindex	Pflegeheime
	%
Bis 105	50
106–107	42
108–109	34
110–113	27
114–117	20
118–121	15
122–125	10
126–129	6
130 und mehr	3

Subventionsberechti-
gung

III. Schulen für nichtärztliches Gesundheitspersonal

§ 40. ¹Gemeinnützige Schulen, die nichtärztliches Gesundheitspersonal ausbilden, können vom Regierungsrat mit Subventionen unterstützt werden, sofern sie eine ausreichende Ausbildung gewährleisten und einem Bedürfnis des Kantons Zürich dienen.

Abs. 2 unverändert.

Subventionsbemes-
sung und -bedingung

§ 41. Abs. 1 unverändert.

²Die Subventionen sind an die Bedingung geknüpft, dass die Fachschule den zürcherischen Spitälern und Pflegeheimen in angemessenem Umfang Personal zur Verfügung stellt.

Titel vor § 47

V. Ambulante Pflegeversorgung

§ 48. wird aufgehoben.

Vollzugsauftrag

VII. Schlussbestimmungen

§ 52. Soweit diese Verordnung nicht den Regierungsrat als zuständig erklärt, obliegt ihr Vollzug der Gesundheitsdirektion und bei Schulen für nichtärztliches Gesundheitspersonal der Bildungsdirektion. Die Direktionen können Ausführungsbestim-

mungen erlassen.

Kontrolle, Grenzen der Beitragsberechtigung § 53. ¹Die zuständigen Direktionen sind befugt, zur Überprüfung der Voraussetzungen und zur Berechnung der Beiträge Inspektionen durchzuführen und die Betriebsführung der Spitäler und Pflegeheime und der anderen beitragsberechtigten Einrichtungen zu kontrollieren.

Abs. 2 und 3 unverändert.

Ausnahmeregelung durch den Regierungsrat § 57. Abs. 1 unverändert.

²Er kann auch Beiträge an Institutionen ausrichten, welche die in § 2 für Spitäler und Pflegeheime erwähnten Voraussetzungen nur teilweise erfüllen, aber zur Aufnahme von Patientinnen und Patienten geeignet sind und die Spitäler und Pflegeheime entlasten.

Abs. 3 gestrichen.