

Antrag des Regierungsrates vom 28. April 2010

4693

Pflegegesetz

(vom.....)

Antrag des Regierungsrates vom 28. April 2010

4693

A. Pflegegesetz

(vom)

Der Kantonsrat,

nach Einsichtnahme in den Antrag des Regierungsrates vom 28. April 2010,

beschliesst:

I. Es wird folgendes Gesetz erlassen:

1. Abschnitt: Allgemeines

§ 1. ¹ Dieses Gesetz bezweckt die Sicherstellung der Versorgung mit Pflegeleistungen sowie mit Leistungen der Akut- und Übergangspflege in Pflegeheimen und durch spitalexterne Krankenpflege (Spitex). Gegenstand und Geltungsbereich

² Für Einrichtungen im Sinne des Gesetzes über die Invalideneinrichtungen für erwachsene Personen vom 1. Oktober 2007 (IEG), die gleichzeitig auf der Pflegeheimliste geführt werden, finden ausschliesslich die Vorschriften des IEG Anwendung. Der Anspruch der versicherten Person auf Vergütung von Pflichtleistungen durch die Sozialversicherer bleibt davon unberührt.

§ 2. ¹ Direktion im Sinne dieses Gesetzes ist die für das Gesundheitswesen zuständige Direktion des Regierungsrates. Direktion, Gemeinde

² Gemeinde im Sinne dieses Gesetzes ist die Gemeinde, in der die Leistungsbezügerin oder der Leistungsbezüger ihren oder seinen zivilrechtlichen Wohnsitz hat. § 9 Abs. 4 bleibt vorbehalten.

§ 3. Der Regierungsrat legt den nach dem Bundesgesetz vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG) für alle Kantoneinwohnerinnen und -einwohner geltenden Anteil der öffentlichen Hand an den Vergütungen für Leistungen der Akut- und Übergangspflege fest. KVG-Finanzierungsanteil der öffentlichen Hand

§ 4. ¹ Der Regierungsrat erlässt gestützt auf das KVG eine Pflegeheimliste. Pflegeheimliste

² Er kann die Zuständigkeit zur Aktualisierung der Liste an die Direktion delegieren.

2. Abschnitt: Angebot

Im Allgemeinen § 5. ¹ Die Gemeinden sorgen für eine bedarfs- und fachgerechte stationäre und ambulante Pflegeversorgung ihrer Einwohnerinnen und Einwohner. Sie betreiben zu diesem Zweck eigene Einrichtungen oder beauftragen von Dritten betriebene Pflegeheime, Spitex-Institutionen oder selbstständig tätige Pflegefachpersonen.

² Sie stellen sicher:

- a. Pflegeleistungen gemäss der Sozialversicherungsgesetzgebung des Bundes,
- b. Leistungen der Akut- und Übergangspflege gemäss KVG,
- c. notwendige Leistungen für Unterkunft, Verpflegung und Betreuung in Pflegeheimen,
- d. notwendige Leistungen im hauswirtschaftlichen und betreuenden Bereich für Personen, die wegen Krankheit, Mutterschaft, Unfall oder Behinderung nicht in der Lage sind, ihren Haushalt selbstständig zu führen (nichtpflegerische Spitex-Leistungen).

³ Die Direktion kann nach Anhörung der Gemeinden und der Fachverbände der Leistungserbringer Vorschriften über das Angebot und die Qualität der Leistungserbringung erlassen. Sie kann entsprechende Verbandsrichtlinien verbindlich erklären.

Vermittlung von Ersatzangeboten § 6. Kann eine pflegebedürftige Person nicht durch einen Leistungserbringer gemäss § 5 Abs. 1 versorgt werden, vermittelt die Gemeinde auf Verlangen dieser Person innert angemessener Frist einen anderen Leistungserbringer.

Information durch Gemeinde § 7. Die Gemeinde bezeichnet eine Stelle, die Auskunft über das Angebot der Leistungserbringer gemäss § 5 Abs. 1 erteilt.

Planung der Pflegeheimplätze § 8. Die Gemeinde plant ihr Angebot an Pflegeheimplätzen nach anerkannten Methoden. Die Direktion kann dazu Vorschriften erlassen oder eine Methode verbindlich erklären.

3. Abschnitt: Finanzierung

A. Im Allgemeinen

Pflegeleistungen § 9. ¹ Die Kosten der Pflegeleistungen gehen im von der Bundesgesetzgebung über die Sozialversicherung vorgeschriebenen Umfang zulasten der Versicherten.

² Die verbleibenden Kosten werden im gemäss Art. 25 a Abs. 5 KVG höchstzulässigen Umfang den Leistungsbezügerinnen und -bezügeren überbunden. Die Gemeinden können diese Kostenbeteiligung ganz oder teilweise übernehmen.

³ Die restlichen Kosten sind bei Leistungserbringern gemäss § 5 Abs. 1 von der Gemeinde zu tragen. Der Kanton leistet daran pauschalierte Kostenanteile gemäss §§ 16 und 17.

⁴ Bei Pflegeleistungen von Pflegeheimen sind die Gemeindebeiträge von der Gemeinde zu leisten, in der die pflegebedürftige Person vor dem Eintritt in das Pflegeheim ihren zivilrechtlichen Wohnsitz hatte. Der Aufenthalt in einem Pflegeheim begründet keine neue Zuständigkeit.

§ 10. ¹ Die gemäss KVG zu vergütenden Pauschalen für Leistungen der Akut- und Übergangspflege werden anteilmässig nach § 3 vom Krankenversicherer und der öffentlichen Hand übernommen.

Akut- und
Übergangspflege

² Die Gemeinde entrichtet den gesamten Anteil der öffentlichen Hand direkt dem Leistungserbringer.

³ Der Kanton leistet den Gemeinden Kostenanteile an ihre Beiträge nach Massgabe der Staatsbeitragsätze gemäss § 19.

§ 11. Die Kosten weiterer Pflichtleistungen gehen im von der Bundesgesetzgebung über die Sozialversicherung vorgeschriebenen Umfang zulasten der Versicherer.

Weitere Pflichtleistungen

§ 12. ¹ Die Kosten für andere Leistungen des Pflegeheims wie Unterkunft, Verpflegung und Betreuung gehen zulasten der Leistungsbezügerin oder des Leistungsbezügers. Die Gemeinden können diese Kosten ganz oder teilweise übernehmen.

Andere Leistungen des Pflegeheims

² Pflegeheime, die gemäss § 5 Abs. 1 von einer oder mehreren Gemeinden betrieben werden oder beauftragt sind, verrechnen bei Einwohnerinnen und Einwohnern dieser Gemeinden für Unterkunft, Verpflegung und Betreuung höchstens kostendeckende Taxen. Sie weisen die Einhaltung dieser Vorgabe in der Jahresrechnung aus.

§ 13. ¹ Die ambulanten Leistungserbringer gemäss § 5 Abs. 1 verrechnen den Leistungsbezügerinnen und -bezügeren insgesamt höchstens die Hälfte des anrechenbaren Aufwandes ihrer Organisation für nichtpflegerische Spitex-Leistungen gemäss § 5 Abs. 2 lit. d. Sie weisen die Einhaltung dieser Vorgabe in der Jahresrechnung aus.

Nichtpflegerische Spitex-Leistungen

² Die Gemeinden können die Kostenbeteiligung der Leistungsbezügerinnen und -bezüger nach Massgabe deren wirtschaftlicher Leistungsfähigkeit ganz oder teilweise übernehmen.

³ Die restlichen Kosten gehen zulasten der Gemeinde. Der Kanton leistet den Gemeinden pauschalierte Kostenanteile gemäss § 18 Abs. 1.

⁴ Nichtpflegerische Spitex-Leistungen, die nicht von Leistungserbringern gemäss § 5 Abs. 1 erbracht werden, gehen vollumfänglich zulasten der Leistungsbezüglichen und -bezüglichen.

B. Besondere Fälle

Kapazitätsmangel im Angebot der Gemeinde

§ 14. Im Rahmen von Ersatzangeboten nach § 6 übernimmt die Gemeinde neben den ordentlichen Beiträgen für Leistungen gemäss § 5 Abs. 2 auch die Mehrkosten.

Wahl eines nicht von der Gemeinde betriebenen oder beauftragten Leistungserbringers

§ 15. ¹ Wählt eine Person ein nicht von der Gemeinde betriebenes oder beauftragtes Pflegeheim, das auf einer kantonalen Pflegeheimliste aufgeführt ist, leistet die Gemeinde einen pro Tag und Pflegebedarfsstufe pauschalierten Beitrag an die ungedeckten Kosten der Pflegeleistungen.

² Wählt eine Person einen nicht von der Gemeinde betriebenen oder beauftragten ambulanten Leistungserbringer, leistet die Gemeinde einen pro Pflegestunde pauschalierten Beitrag an die ungedeckten Kosten der Pflegeleistungen.

³ Die Beiträge entsprechen dem Anteil der öffentlichen Hand an den Pflegekosten des gewählten Leistungserbringers, höchstens aber dem gemäss §§ 16 und 17 festgelegten Normdefizit für innerkantonale Leistungserbringer.

⁴ Der Kanton leistet den Gemeinden Kostenanteile an ihre Beiträge nach Massgabe der Staatsbeitragssätze gemäss § 19.

C. Staatsbeiträge

Kostenanteile
a. Pflegeleistungen von Pflegeheimen

§ 16. ¹ Die Höhe der pauschalierten Kostenanteile des Kantons für die Pflegeleistungen eines Pflegeheimes ergibt sich aus der Multiplikation folgender Faktoren:

- a. Zahl der im Beitragsjahr vom Pflegeheim verrechneten Pflegetage pro Pflegebedarfsstufe,
- b. Normdefizit pro Pflegetag, unterschieden nach Pflegebedarfsstufen,
- c. Staatsbeitragssatz gemäss § 19 Abs. 1 lit. a.

² Das Normdefizit entspricht dem anrechenbaren Aufwand bei wirtschaftlicher Leistungserbringung, abzüglich der Beiträge der Sozialversicherer sowie der Leistungsbezüglichen und -bezüglichen im Bereich der Pflegeleistungen gemäss § 9 Abs. 1 und 2.

³ Die Direktion kann Vorschriften über die Anrechnung von Aufwendungen und Erträgen sowie die wirtschaftliche Leistungserbringung erlassen. Als wirtschaftliche Leistungserbringung gilt der Aufwand des teuersten jener Pflegeheime, die zusammen 40% aller Pflegeleistungen am kostengünstigsten erbringen.

⁴ Die Direktion kann zur Ermittlung des Normdefizits eine repräsentative Stichprobe von Pflegeheimen heranziehen. Das Normdefizit wird jährlich für das kommende Beitragsjahr auf der Grundlage des vorangehenden Rechnungsjahres festgelegt.

§ 17. ¹ Die Höhe der pauschalierten Kostenanteile des Kantons für Pflegeleistungen eines ambulanten Leistungserbringers ergibt sich aus der Multiplikation folgender Faktoren:

- a. Zahl der im Beitragsjahr vom ambulanten Leistungserbringer verrechneten Leistungsstunden pro Leistungsbereich,
- b. Normdefizit pro Leistungsstunde, unterschieden nach Leistungsbereich,
- c. Staatsbeitragsatz gemäss § 19 Abs. 1 lit. b.

² § 16 Abs. 2–4 gelten sinngemäss.

³ Die Direktion legt den anrechenbaren Aufwand für ambulante Leistungserbringer differenziert nach den Leistungsbereichen gemäss Krankenpflege-Leistungsverordnung vom 29. September 1995 (KLV) separat fest für:

- a. Spitex-Institutionen gemäss § 5 Abs. 1,
- b. andere nach Krankenversicherungsgesetz zugelassene Spitex-Institutionen,
- c. selbstständig tätige Pflegefachpersonen.

§ 18. ¹ Die Höhe der pauschalierten Kostenanteile des Kantons für nichtpflegerische Spitex-Leistungen von Spitex-Institutionen gemäss § 5 Abs. 1 ergibt sich aus der Multiplikation folgender Faktoren:

- a. Zahl der im Beitragsjahr verrechneten Leistungsstunden,
- b. Normbeitrag pro Leistungsstunde,
- c. Staatsbeitragsatz gemäss § 19 Abs. 1 lit. b.

² Der Normbeitrag entspricht dem anrechenbaren Aufwand bei wirtschaftlicher Leistungserbringung, abzüglich der höchstzulässigen durchschnittlichen Kostenbeteiligung der Leistungsbezügerinnen und -bezüger gemäss § 13 Abs. 1.

³ § 16 Abs. 3 und 4 gelten sinngemäss.

b. Pflegeleistungen von ambulanten Leistungserbringern

c. Nichtpflegerische Spitex-Leistungen

Staatsbeitrags-
satz

§ 19. ¹ Der Staatsbeitragsatz ist nach den Finanzkraftindizes der Gemeinden abgestuft und beträgt

- a. für Pflegeleistungen von Pflegeheimen zwischen 3 und 50%,
- b. für Leistungen von ambulanten Leistungserbringern zwischen 25 und 50%.

² Er wird vom Regierungsrat in einer Verordnung festgesetzt.

4. Abschnitt: Weitere Bestimmungen

Rechnungs-
stellung

§ 20. ¹ Die Pflegeheime weisen in den Leistungsabrechnungen für die Leistungsbezügerinnen und -bezüger aus:

- a. Kosten für Pflegeleistungen und Leistungen der Akut- und Übergangspflege gemäss § 5 Abs. 2 lit. a und b unter Angabe der Pflegebedarfsstufe und unterteilt nach den Anteilen zulasten der Versicherer, der Leistungsbezügerin oder des -bezügers und der Gemeinde,
- b. Kosten für weitere Pflichtleistungen nach § 11,
- c. Kosten für andere Leistungen nach § 12, unterteilt nach den Kosten für Unterkunft und Verpflegung, für Betreuungsleistungen und für Leistungen für weitere persönliche Bedürfnisse.

² Für die ambulanten Leistungserbringer von Pflegeleistungen gilt Abs. 1 lit. a sinngemäss.

³ Für nichtpflegerische Spitex-Leistungen weisen die ambulanten Leistungserbringer gemäss § 5 Abs. 1 in den Leistungsabrechnungen für die Leistungsbezügerinnen und -bezüger die Kostenanteile der Leistungsbezügerinnen und -bezüger und der Gemeinde aus.

Auszahlung der
Beiträge

§ 21. ¹ Die Gemeinde entrichtet ihre Beiträge direkt dem Leistungserbringer.

² Sie kann die Administration und Zahlungsabwicklung der Sozialversicherungsanstalt mittels Anschlussvereinbarung oder einer anderen geeigneten Stelle übertragen.

Rechnungs-
legung

§ 22. ¹ Die Leistungserbringer führen eine Kostenrechnung. Diese richtet sich für Pflegeheime nach der Verordnung vom 3. Juli 2002 über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime in der Krankenversicherung (VKL).

² Die Direktion kann für Pflegeheime ergänzend zur VKL und für ambulante Leistungserbringer Vorschriften zur einheitlichen Rechnungslegung erlassen oder Verbandsrichtlinien verbindlich erklären.

§ 23. ¹ Regierungsrat, Direktion und Gemeinden sind berechtigt, Personendaten, einschliesslich besonderer Personendaten, und Betriebsprofile zu bearbeiten oder durch beauftragte Dritte bearbeiten zu lassen, die sie benötigen, um die ihnen nach diesem Gesetz und der Sozialversicherungsgesetzgebung des Bundes übertragenen Aufgaben zu erfüllen, nämlich

Datenerhebung
und
-bearbeitung
a. Zweck der
Bearbeitung
von Personen-
daten

- a. zur Erhebung des Versorgungsbedarfes und Festlegung des Versorgungsangebotes,
- b. zur Ausrichtung der Staatsbeiträge,
- c. zur Erteilung und Kontrolle von Aufträgen,
- d. zur Überprüfung der Kostenentwicklung, Wirksamkeit, Wirtschaftlichkeit, Qualität, Angemessenheit und Zweckmässigkeit der Leistungserbringung,
- e. zur Entrichtung ihrer finanziellen Beiträge an die Akut- und Übergangspflege, an die ambulanten und stationären Pflegeleistungen und die nichtpflegerischen Spitex-Leistungen,
- f. zur Ermittlung von Normdefiziten, Normbeiträgen und Benchmarkwerten,
- g. für Tarifgenehmigungs- und -festsetzungsverfahren,
- h. zur Festsetzung der Pflegeheimliste,
- i. für Planungsaufgaben,
- j. zur Vermittlung eines für den Behandlungs- und Pflegebedarf geeigneten Angebotes.

² Soweit die Direktion mit der Vorbereitung und Durchführung regierungsrätlicher Aufgaben beauftragt ist, ist sie in gleicher Weise zur Datenbearbeitung berechtigt wie der Regierungsrat.

³ Direktion und Gemeinden bestimmen, welche Stelle oder welche Stellen innerhalb der Verwaltung die ihnen übertragenen Aufgaben zu erfüllen haben.

§ 24. Bei den für die Aufgabenerfüllung notwendigen Personendaten handelt es sich um folgende Daten:

b. Bearbeitete
Daten

- a. Personalien der Leistungsbezügerinnen und -züger und ihrer Vertreterinnen und Vertreter,
- b. AHV-Nummer der Leistungsbezügerinnen und -züger,
- c. Rechnungsdaten der Leistungserbringer, soweit die Daten für die Berechnung der finanziellen Beiträge erforderlich sind, insbesondere Angaben zu Art, Menge und Dauer der erbrachten Leistungen,
- d. Daten über Beiträge nach diesem Gesetz, aufgeschlüsselt nach Beitragsgeber und -empfänger sowie Art, Menge und Dauer der erbrachten Leistungen,

- e. Gesundheitsdaten von Leistungsbezügerinnen und -bezügern, soweit dies für die Vermittlung eines geeigneten Angebots und zur Kontrolle der finanziellen Beiträge erforderlich ist,
- f. Verträge zwischen Gemeinden und Leistungserbringern,
- g. Geschäftsbücher, Finanzbuchhaltung und Kostenrechnung der Leistungserbringer (Kostenarten-, Kostenträger- und Kostenstellenrechnung sowie Leistungserfassung) einschliesslich Anlagebuchhaltung,
- h. Leistungsstatistiken der Leistungserbringer,
- i. Qualitätsberichte der Leistungserbringer,
- j. Daten der Leistungserbringer nach Art. 22 a KVG.

c. Datenquellen

§ 25. ¹ Regierungsrat, Direktion und Gemeinden erheben und beziehen die zur Aufgabenerfüllung erforderlichen Daten insbesondere bei den Leistungsbezügerinnen und -bezügern oder ihren Vertreterinnen und Vertretern, den Leistungserbringern, dem Bund sowie bei weiteren mit der Durchführung und Kontrolle der Sozialversicherungsgesetzgebung des Bundes betrauten Organen.

² Regierungsrat, Direktion und Gemeinden sind zu gegenseitigem Datenaustausch berechtigt.

³ Patientenbezogene Daten sind vorgängig zu anonymisieren, soweit sie nicht für die Rechnungskontrolle oder die Leistungsstatistik benötigt werden.

⁴ Die Datenerhebung kann durch Einsichtnahme vor Ort erfolgen.

⁵ Erheben die Gemeinden bei den Leistungserbringern nicht anonymisierte Gesundheitsdaten, so sind sie zur nachträglichen Information der betroffenen Personen über den Zweck der Erhebung verpflichtet, soweit die Daten über die auf den Rechnungen der Leistungserbringer enthaltenen Angaben hinausgehen.

⁶ Die Leistungserbringer sind zur Bekanntgabe der Daten verpflichtet, soweit der Regierungsrat, die Direktion und die Gemeinden diese für die Erfüllung ihrer Aufgaben nach diesem Gesetz benötigen. Gegenüber den Gemeinden sind die Daten ungeachtet der beruflichen Schweigepflicht bekannt zu geben.

⁷ Die Daten sind kostenlos zur Verfügung zu stellen.

d. Vorschriften zur Datenerhebung

§ 26. Die Direktion kann Vorschriften zu Inhalt, Form und Zeitpunkt der Datenerhebung und -lieferung erlassen oder Verbandsrichtlinien verbindlich erklären.

§ 27. ¹ Regierungsrat, Direktion und Gemeinden geben anderen öffentlichen Organen auf Anfrage die für die Erfüllung der diesen obliegenden gesetzlichen Aufgaben notwendigen Daten bekannt, insbesondere an

c. Daten-
bekanntgabe

- a. kantonale und kommunale Verwaltungsbehörden zur Erfüllung ihrer Aufgaben nach der Gesundheits-, Sozialversicherungs-, Staatsbeitrags-, Vormundschafts-, Sozialhilfe-, Steuer- und Gemeindegesetzgebung,
- b. Bundesbehörden zur Erfüllung ihrer Aufgaben nach der Sozialversicherungs- und Bundesstatistikgesetzgebung.

² Der Datenempfänger informiert bei der Bekanntgabe besonderer Personendaten die betroffenen Personen anschliessend über den Zweck der Erhebung.

³ Regierungsrat, Direktion und Gemeinden können betriebsbezogene Daten der Leistungserbringer in nicht anonymisierter Form veröffentlichen.

§ 28. Die Gemeinden sorgen dafür, dass die mit der Aufgabenerfüllung betrauten Stellen soweit technisch möglich über einen direkten Zugriff auf die elektronischen Personendaten der Einwohnerkontrolle verfügen, um die Personalien, die AHV-Nummer und den Wohnsitz der Leistungsbezüglerinnen und -bezügler abzuklären.

f. Zugriff auf
Personendaten
im Abruf-
verfahren

§ 29. ¹ Die nach diesem Gesetz erhobenen Daten werden in Papierform und in elektronischen Informationssystemen verwaltet.

g. Informations-
bestände

² Direktion und Gemeinden regeln die Zugriffsberechtigungen in einem Reglement.

³ Direktion und Gemeinden sorgen dafür, dass Gesundheits- und Rechnungsdaten soweit als möglich getrennt aufbewahrt werden.

§ 30. Bei der Übermittlung der Daten wird ihrer jeweiligen Schutzwürdigkeit Rechnung getragen.

h. Datenüber-
mittlung

§ 31. Die Aufbewahrungsdauer von Informationen richtet sich nach dem Gesetz über die Information und den Datenschutz vom 12. Februar 2007.

i. Aufbewah-
rung

5. Abschnitt: Schlussbestimmungen

Änderung bis-
herigen Rechts

§ 32. Die nachstehenden Gesetze werden wie folgt geändert:

a. **Gesundheitsgesetz** vom 2. April 2007:

Titel vor § 41:

2. Abschnitt: Spitalplanung

Spitallisten

§ 41. ¹ Der Regierungsrat erstellt eine bedarfsgerechte Planung, die als Grundlage für die von ihm zu erlassenden Spitallisten gemäss dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung dient. Die Planung umfasst die Bereiche Untersuchung, Behandlung und Pflege von Kranken einschliesslich medizinischer Prävention, Rehabilitation und eine auch Sterbebegleitung umfassende Palliation.

² Die Direktion kann die Leistungsaufträge der Spitallisten in Vereinbarungen mit den Leistungserbringern spezifizieren und quantifizieren. Kommt keine Einigung zustande, setzt die Direktion die Detaillierung der Leistungsaufträge in einer anfechtbaren Verfügung fest.

Abs. 3 unverändert.

Datenerhebung

§ 42. Die Direktion kann bei Institutionen der Spitallisten Daten erheben und Unterlagen einsehen, soweit dies für den Vollzug der Gesetzgebung erforderlich ist.

Aufhebung

§ 64. Die Bestimmungen des Gesetzes über das Gesundheitswesen vom 4. November 1962 werden mit Ausnahme der §§ 17, 39, 40, 40 a, 59 sowie 83 lit. a und b aufgehoben.

b. **Gesetz über das Gesundheitswesen** vom 4. November 1962:

Aufgaben von
Kanton und
Gemeinden

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

² Die Errichtung und der Betrieb anderer Spitäler ist Sache der Gemeinde.

³ Die 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.

⁴ Der Regierungsrat kann für die Umsetzung der bedarfsge- rechten Planung der Spitalversorgung nach Massgabe der Bestim- mungen über die Krankenversicherung einzelne Gemeinden zur Zusammenarbeit verpflichten.

⁵ Der Regierungsrat legt den nach der Bundesgesetzgebung über die Krankenversicherung für alle Kantonseinwohner gelten- den Anteil der öffentlichen Hand an den Vergütungen der Leistun- gen der Spitäler fest.

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

Beitragsleistun-
gen an Spitäler

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

² Der Kanton richtet den Gemeinden Kostenanteile an ihre Leistungen nach § 39 Abs. 3 aus. Die Höhe des Kostenanteils rich- tet sich nach dem Finanzkraftindex der Wohngemeinde und dem für sie anwendbaren Staatsbeitragssatz für kommunale und regio- nale Spitäler.

§ 59. An akut Kranke, die wegen Platzmangels in den allge- meinen Abteilungen des Universitätsspitals, des Kantonsspitals Winterthur oder der kantonalen psychiatrischen Kliniken in Spitäl- ern mit höheren Taxen eingewiesen werden müssen, kann der Kan- ton einen angemessenen Beitrag an die Mehrkosten ausrichten.

Staatsbeiträge
an akut Kranke
bei Platzmangel

§§ 59 a–59 f werden aufgehoben.

c. **Gesetz über die Zusatzleistungen zur eidgenössischen Alters-, Hinterlassenen und Invalidenversicherung** vom 7. Februar 1971:

§ 19 a. ¹ Für Personen, die dauernd oder längere Zeit in einem Heim oder Spital gemäss ELG leben und deren Ergänzungsleistun- gen und Beihilfen nicht ausreichen, wird der fehlende Bedarf durch Zuschüsse gedeckt, sofern die Vermögensfreibeträge nach Art. 11 Abs. 1 lit. c und Art. 11 Abs. 1^{bis} ELG nicht überschritten werden.

Zuschüsse

Abs. 2 und 3 unverändert.

Aufhebung bis-
herigen Rechts

§ 33. Das Gesetz über die Beitragsleistungen des Staates für Altersheime sowie Heime, Eingliederungsstätten und Werkstätten für Invalide vom 4. März 1973 wird aufgehoben.

II. Dieses Gesetz wird nach Art. 37 der Kantonsverfassung als dringlich erklärt und untersteht dem fakultativen Referendum. Es tritt auf den 1. Januar 2011 in Kraft.

III. Mitteilung an den Regierungsrat.

**B. Beschluss des Kantonsrates
über die Genehmigung der Verordnung über die
Staatsbeiträge an die Krankenpflege**

(Genehmigung vom)

Der Kantonsrat,

nach Einsichtnahme in den Antrag des Regierungsrates vom 28. April 2010,

beschliesst:

I. Die Änderung vom 28. April der Verordnung über die Staatsbeiträge an die Krankenpflege vom 26. Februar 1968 wird genehmigt.

II. Mitteilung an den Regierungsrat.

Weisung

1. Ausgangslage

1.1 Anlass für die Neuregelung

Mit dem am 13. Juni 2008 von den eidgenössischen Räten verabschiedeten Bundesgesetz über die Neuordnung der Pflegefinanzierung wird die Finanzierung der Pflegekosten durch verschiedene Kostenträger im ambulanten und stationären Bereich neu geregelt. Die Neuregelung betrifft die Finanzierung der Leistungen der Spitex (spitalexterne Kranken- und Gesundheitspflege) und der Leistungen der Pflegeheime (Alters- und Pflegeheime, Pflegezentren, Pflegewohnungen, Sterbehospize und anderer stationärer Pflegeeinrichtungen im Sinne des KVG). Es handelt sich um einen Sammelerlass, in dem neben 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. Die neuen bundesrechtlichen Bestimmungen werden am 1. Januar 2011 in Kraft treten. Sie erfordern Ausführungsbestimmungen auf kantonaler Ebene. Nicht Gegenstand der Neuregelung sind die Spitalversorgungs- und Spitalfinanzierungsbestimmungen. Diese werden in einer gesonderten Vorlage auf den 1. Januar 2012 revidiert (vgl. dazu auch die Ausführungen unter Ziff. 1.3).

Tabelle 1: Regelungsbereich Neuordnung Pflegefinanzierung

	Unverändert Akutversorgung	Verändert Langzeitversorgung
ambulant	private Praxen, Tageskliniken, Spitalambulatorien (Medizin, Therapie)	Spitex (Pflege und Hauswirtschaft)
stationär	Spitäler (Medizin, Pflege, Therapie und Hotellerie)	Pflegeheime (Pflege, Betreuung und Hotellerie)

1.2 Heutige Pflegefinanzierung

1.2.1 Spitex-Finanzierung

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

Für Pflegeleistungen gemäss KVG werden den Leistungsbezüglerinnen und -bezügler derzeit keine Kosten verrechnet. Für hauswirtschaftliche und betreuerische Spitex-Leistungen, die von Spitex-Institutionen mit Auftrag der Gemeinde erbracht werden, kann ihnen hingegen eine Kostenbeteiligung 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 Leistungsbezüglerinnen und -bezügler zu tragenden Kosten nach Massgabe der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit dieser Personen durch weitere Beiträge zu ermässigen.

Der Kanton beteiligt sich an den Kosten der Gemeinden für die Spitex-Leistungen. 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 Leistungsbezüglerinnen und -bezügler abgestuft; der Staatsbeitragsatz beträgt zwischen 25 und 50% der ungedeckten Kosten (§§ 59b bis 59d Gesundheitsgesetz vom 4. November 1962).

1.2.2 Pflegeheimfinanzierung

Zu den im KVG als «Pflegeheime» bezeichneten Institutionen zählen Alters- und Pflegeheime, Pflegezentren, Pflegewohnungen, Sterbe-

hospize und andere stationäre 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 des Gesundheitsgesetzes vom 4. November 1962 und § 29 der 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 Staatsbeitragsatz zwischen 3 und 50%.

1.3 Überblick über bereits erfolgte und laufende Revisionen der Finanzierungsbestimmungen für Spitäler, Pflegeheime und Spitex-Institutionen auf kantonaler Ebene

Am 2. April 2007 verabschiedete der Kantonsrat ein neues Gesundheitsgesetz, das neben gesundheitspolizeilichen Bestimmungen sowie Regelungen in den Bereichen Gesundheitsförderung und Prävention auch solche im Bereich 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 NFA die Bestimmungen über die Spitex-Finanzierung angepasst und auf den 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 tief greifende Umstellung des Spitalfinanzierungssystems auf kantonaler Ebene erforderlich. Dabei wäre grundsätzlich eine umfassende Regelung der Planung, Steuerung und Finanzierung der Spital- und Pflegeversorgung anzustreben. Da aber das Bundesgesetz über die Neuord-

nung der Pflegefinanzierung bereits auf den 1. Januar 2011 in Kraft tritt, muss auf kantonaler Ebene die Neuordnung der Pflegefinanzierung mit dem vorliegend zu schaffenden Pflegegesetz vorgezogen werden. Mit der auf den 1. Januar 2012 zu regelnden Spitalfinanzierung wird dann insbesondere der endgültige Finanzierungsschlüssel zwischen Kanton und Gemeinden für die Spital- und Pflegefinanzierung festzulegen sein.

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 Entwurfs für ein neues Finanzausgleichsgesetz (FAG; Vorlage 4582) ist im Wesentlichen ein Verzicht auf finanzkraftindexierte Staatsbeiträge im Gesundheitsbereich vorgesehen. Da das neue Pflegegesetz vor dem FAG in Kraft treten wird, hat die Finanzierung im Pflegegesetz nach den heute geltenden Staatsbeitragsgrundsätzen zu erfolgen. Sie wird dann im Lichte von REFA und wie erwähnt auch im Zusammenhang mit der Neuordnung der Spitalfinanzierung zu überprüfen sein.

2. Überblick über die Neuordnung der Pflegefinanzierung auf Ebene Bund

Die Neuordnung der Pflegefinanzierung sieht vor, dass die Beiträge der obligatorischen Krankenpflegeversicherung an die Pflegeleistungen künftig vom Bund für die ganze Schweiz einheitlich festgelegt werden. Neu können auch die Patientinnen und Patienten in begrenztem Umfang an den Pflegekosten beteiligt werden. Die Restfinanzierung ist von den Kantonen zu regeln. Im Bereich des KVG hat die Neuordnung im Weiteren zur Folge, dass künftig zwischen «Pflegeleistungen» und «Leistungen der Akut- und Übergangspflege» differenziert und diese Leistungen unterschiedlich finanziert werden müssen (neuArt. 25a KVG vom 13. Juni 2008). 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:

2.1 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 Pflorgetag (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 sogenannte «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).

2.2 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 zweier Wochen nach dem Spitalaufenthalt grundsätzlich einen Anteil von mindestens 55% der Kosten, während die Versicherer die restlichen höchstens 45% zu finanzieren haben (neuArt. 25a Abs. 2 KVG in Verbindung mit 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 Betreuungsleistungen in den Pflegeheimen (nichtpflegerische Heimleistungen) und zum andern die Kosten der ambulanten hauswirtschaftlichen und betreuenden Spitex-Leistungen (nichtpflegerische Spitex-Leistungen), deren

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

2.3 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^{bis} 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).

3. Umsetzung der neuen bundesrechtlichen Vorgaben auf Ebene Kanton

3.1 Konzeptionelle Festlegungen

Die Gesundheitsdirektion führte am 5. Februar 2009 ein erstes Hearing mit Vertreterinnen und Vertretern verschiedener Anspruchsgruppen durch, um deren Erwartungen an die künftige Regelung der Pflegefinanzierung zu erfassen. In der Folge legte der Regierungsrat mit Beschluss vom 8. Juli 2009 (RRB Nr. 1158/2009) 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 Auftrag der Gemeinden beschränken sich auf den Bereich der Pflegeleistungen und der Leistungen der Akut und Übergangspflege gemäss Art. 7 KLV; an die nicht-pflegerischen Leistungen dieser Leistungserbringer werden keine Beiträge ausgerichtet.

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 Teilnehmerinnen und 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 der Kostenbeteiligung der Leistungsbezüglerinnen und -bezügler bei pflegerischen Leistungen im ambulanten Bereich, um den Grundsatz «ambulant vor stationär» zu stärken. Ausserdem wurde eine Regelung verlangt, die eine Gewinnoptimierung nicht gemeinnütziger Leistungserbringer zulasten der öffentlichen Hand verhindert. 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.

3.2 Ergebnisse des Vernehmlassungsverfahrens

Der auf der Grundlage der Eckwerte des Pflegefinanzierungskonzeptes vom 8. Juli 2009 und des Hearings vom 20. August 2009 erarbeitete Entwurf für eine revidierte Pflegefinanzierung wurde im November 2009 bis Ende Januar 2010 in die Vernehmlassung gegeben. Die grundsätzliche Regelung, wonach die Versorgungsverantwortung der Gemeinden wie bereits für die ambulante Langzeitpflege neu auch ausdrücklich für die stationäre Pflegeversorgung festgeschrieben wird, wurde positiv aufgenommen. Auf Kritik stiess allerdings die damit verbundene Verpflichtung der Gemeinden zur Bedarfsplanung und zum Abschluss von Leistungsvereinbarungen mit den Pflegeheimen. Dabei kam die Besorgnis zum Ausdruck, dass einerseits diese Regelung zu Überkapazitäten führen und andererseits die Wahlfreiheit der Leistungsbezüglerinnen und -bezügler eingeschränkt werden könnte. Dass

die vom KVG zugelassene Kostenbeteiligung der Leistungsbezüglerinnen und -bezügler auf dem rechtlich zulässigen Höchstmass festgesetzt werden soll, wurde grossmehrheitlich akzeptiert; eine Minderheit regte an, dass zur Förderung des ambulanten Bereichs für Spitex-Pflegeleistungen eine verminderte Kostenbeteiligung oder sogar ein völliger Verzicht darauf zu erwägen sei – unter Inkaufnahme einer entsprechenden Mehrbelastung der öffentlichen Hand. Die Übernahme von Mehrkosten bei unzureichenden Kapazitäten im kommunalen Angebot wurde von den Gemeinden mehrheitlich abgelehnt; wie ein in gemeindefremden Pflegeheimen üblicherweise verrechneter Auswärtigenzuschlag ausgeglichen werden soll, wurde indessen nicht aufgezeigt. Einverstanden erklärten sich die meisten Vernehmlassungsteilnehmenden mit der Bemessung der Staatsbeiträge für Pflegeleistungen auf der Grundlage eines Normdefizits. Die Einführung eines harten Kostenbenchmarks bei der Berechnung der Normdefizite wurde nicht von allen Teilnehmenden befürwortet, da eine Gefährdung der Pflegequalität befürchtet wird; die Einführung eines massvollen Benchmarks wurde jedoch mehrheitlich akzeptiert. Keine Einwände wurden gegen die Belastung der Leistungsbezüglerinnen und -bezügler für nichtpflegerische Leistungen im stationären Bereich (Unterkunft, Verpflegung und Betreuung) erhoben. Im ambulanten Bereich wurde hauptsächlich vom Gemeindepräsidentenverband vorgeschlagen, die nichtpflegerischen Spitex-Leistungen in Abweichung von der heutigen Regelung vollumfänglich den Leistungsbezüglerinnen und -bezügler zu belasten. Die Beibehaltung der bisherigen Staatsbeitragsätze für Pflegeleistungen der ambulanten und stationären Langzeitpflege wurde grossmehrheitlich akzeptiert, für Leistungen der Akut- und Übergangspflege wurde indessen vorwiegend vom Gemeindepräsidentenverband und den Gemeinden ein Staatsbeitragsatz analog der heutigen Finanzierung der Akutspitäler gefordert. Aufgrund der unklaren finanziellen Auswirkungen der Änderungen auf die Gesamtbelastung der Gemeinden stimmten vor allem die Gemeinden dem Entwurf nur unter Vorbehalt der Klärung der finanziellen Auswirkungen zu. Ferner wurde seitens des Datenschutzbeauftragten eine Überarbeitung und Präzisierung der Bestimmungen über die Datenerhebung und -bearbeitung verlangt.

Die schwierige Ausgangslage bei der Prognose der finanziellen Auswirkungen – in erster Linie eine Folge der unklaren heutigen Belastungen und verschiedener, auf Bundesebene noch nicht gekläarter Rahmenbedingungen – veranlasste die Gesundheitsdirektion bereits während der laufenden Vernehmlassung, eine spezialisierte Beratungsfirma mit der Erhebung der Ist-Kosten sowie der Erstellung einer Gesamtkostenprognose auf der Grundlage des Gesetzesentwurfs zu beauftragen. Die Ausgangsdaten, die Methodik und die für die Aus-

wertung zu treffenden Annahmen wurden in einer Arbeitsgruppe mit Vertreterinnen und Vertretern von Kanton, Gemeinden und Leistungserbringern diskutiert, und der Schlussbericht zu den finanziellen Auswirkungen wurde im Wesentlichen einvernehmlich am 22. März 2010 verabschiedet. Unterschiedliche Einschätzungen verblieben in Bezug auf die in der vorliegenden Gesamtkostenprognose nicht enthaltene Vorhersage möglicher künftiger Verhaltensänderungen von Leistungserbringern aufgrund der neuen rechtlichen Rahmenbedingungen. Die Ergebnisse der Gesamtkostenprognose liegen den Berechnungen zu den finanziellen Auswirkungen gemäss Ziff. 3.6 und 3.7 dieser Weisung zugrunde.

3.3 Grundzüge der neuen Regelung auf Gesetzesstufe

3.3.1 Gemeinsame Regelungen für die stationäre und ambulante Versorgung

Mit der neuen kantonalen Regelung werden die bundesrechtlichen Vorgaben zur Neuordnung der Pflegefinanzierung umgesetzt. Dabei wird die auf kantonaler Ebene bei der Spitex verankerte Versorgungsverantwortung der Gemeinden auch für die stationäre Pflegeversorgung festgeschrieben, wobei dem gesundheitspolitischen Grundsatz «ambulant vor stationär» Rechnung getragen wird. Den Gemeinden steht es frei, eigene Einrichtungen zu betreiben oder von Dritten betriebene Pflegeheime, Spitex-Institutionen oder selbstständig tätige Pflegefachpersonen mit der Leistungserbringung zu beauftragen (§ 5). Kommt eine Gemeinde ihrem Versorgungsauftrag nicht oder nur ungenügend nach, muss sie auf Verlangen einer pflegebedürftigen Einwohnerin oder eines pflegebedürftigen Einwohners, die oder der wegen Kapazitätsmangel nicht von einem gemeindeeigenen oder einem von der Gemeinde beauftragten Leistungserbringer versorgt werden kann, innert angemessener Frist ein Ersatzangebot vermitteln (§ 6) und die Mehrkosten tragen (§ 14). Mit dieser Regelung wird insbesondere eine rechtsgleiche Behandlung von Steuern zahlenden Gemeindegewohnerinnen und -einwohnern, die vorübergehend keinen Platz in einem Pflegeheim mit kommunalem Auftrag finden, gegenüber solchen, die vom Beginn der Pflegeheimbedürftigkeit an in ein Pflegeheim mit kommunalem Auftrag eintreten können, sichergestellt. Zur Vermeidung von Kapazitätsengpässen steht es den Gemeinden aber offen, mit andern Gemeinden oder Pflegeheimen bzw. Spitex-Institutionen allgemeine oder auch Ad-hoc-Vereinbarungen zur vorübergehenden (gegenseitigen) Übernahme von Pflegebedürftigen zu schliessen oder beispielsweise auch (über-)regionale Pools zum Ausgleich

von Auslastungsspitzen zu schaffen. Damit haben die Gemeinden den notwendigen Handlungsspielraum, das eigene Versorgungsangebot und die damit verbundenen Vorhaltekosten unter Einbezug der finanziellen oder vertraglichen Regelung eventueller gemeindeexterner Platzierungen zu optimieren, ohne dass damit die Versorgungssicherheit oder die Wahlfreiheit der Einwohnerinnen und Einwohner beeinträchtigt würde. Neu wird den Leistungsbezügerinnen und -bürgern sowohl für stationäre als auch für ambulante KVG-Pflegeleistungen ein Beitrag von 20% des höchsten vom Bundesrat festgesetzten Pflegebeitrages an die nicht von den Krankenversicherern gedeckten Kosten der Pflegeleistungen belastet. Die Kostenanteile der öffentlichen Hand werden wie bereits für die ambulanten neu auch für die stationären Pflegeleistungen auf der Grundlage des anrechenbaren Aufwandes festgelegt und gemäss Finanzkraftindex der Wohngemeinde der Leistungsbezügerinnen und -bezügler bzw. dem sich daraus ergebenden Staatsbeitragssatz zwischen Wohngemeinde und Kanton aufgeteilt. Dabei leistet der Kanton sowohl für ambulant als auch für stationär erbrachte Pflegeleistungen Kostenanteile an Normdefizite. Die Normdefizite werden auf der Grundlage des anrechenbaren Aufwands aus einer repräsentativen Stichprobe jener Leistungserbringer ermittelt, welche die Leistungen wirtschaftlich erbringen. Damit wird ein Benchmarking eingeführt. Dieses beruht auf der Normierung der Kosten auf der Grundlage von zeitbezogenen Leistungseinheiten.

Zur Abgeltung der Leistungen der Akut- und Übergangspflege werden Pauschalen zwischen Leistungserbringern und Krankenversicherern vereinbart oder vom Regierungsrat festgesetzt. Die öffentliche Hand hat dabei den gesetzlichen Mindestanteil an den Pauschalen von 55% zu übernehmen. Weil inhaltlich zwischen den Leistungen der Akut- und Übergangspflege und den übrigen Pflegeleistungen kein Unterschied besteht, wird der Anteil der öffentlichen Hand an den Pauschalen zwischen Kanton und Gemeinden nach dem derzeit geltenden Kostenteiler der Pflegefinanzierung aufgeteilt (§§ 10 und 19).

Der Kanton richtet seine Beiträge neu nicht mehr den Leistungserbringern, sondern den Wohngemeinden der Leistungsbezügerinnen und -bezügler aus.

Entgegen dem in die Vernehmlassung gegebenen Entwurf für eine Revision der kantonalen Pflegefinanzierung, mit der gesetzestechnisch im Wesentlichen eine Änderung der teilweise mit § 64 des Gesundheitsgesetzes vom 2. April 2007 aufgehobenen Bestimmungen des Gesundheitsgesetzes vom 4. November 1962 geplant war, ist die neue Pflegeversorgung aus Gründen der besseren Übersichtlichkeit bzw. Lesbarkeit sowie der Koordination mit den künftigen Bestimmungen zur Spitalfinanzierung in einem gesonderten Gesetz unter dem Titel «Pflegegesetz» zu erlassen.

Abbildung 1: Finanzierung der Pflegeleistungen

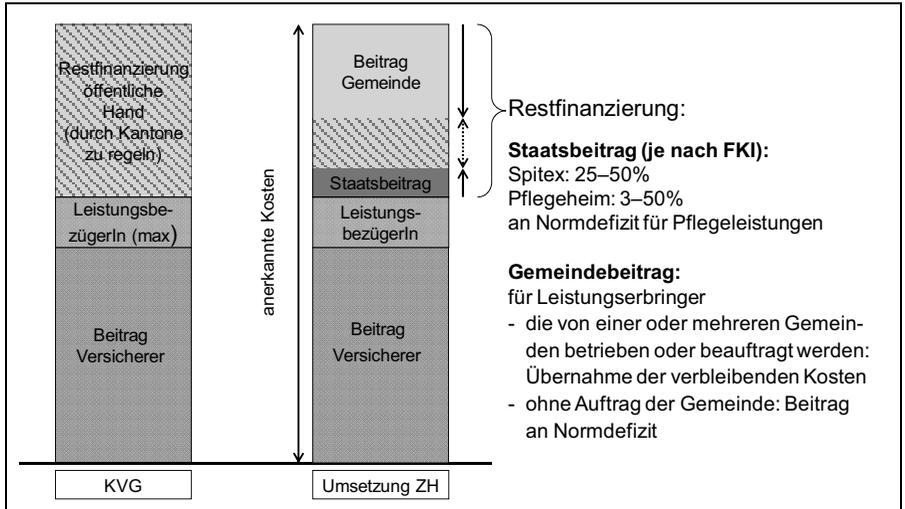
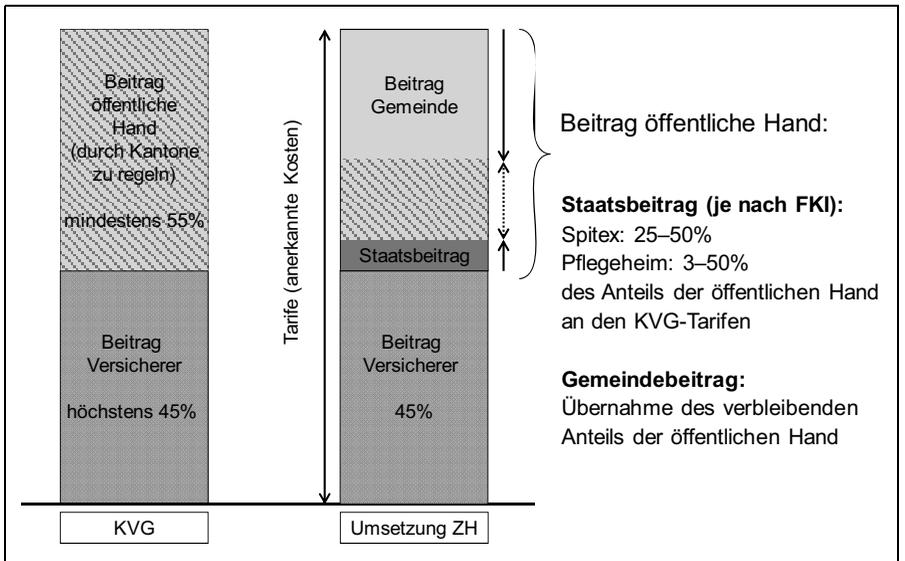


Abbildung 2: Finanzierung der Leistungen der Akut- und Übergangspflege



3.3.2 Besondere Regelungen für die stationäre Pflegeversorgung (Pflegeheime)

Die Versorgungsverantwortung der Gemeinden für die stationäre Pflegeversorgung wird wie erwähnt neu – zusammen mit der Versorgungsverantwortung für die Spitex – ausdrücklich festgeschrieben (§ 5 Abs. 1). Die Kosten für Unterkunft, Verpflegung und Betreuung im Pflegeheim gehen zulasten der pflegebedürftigen Person; sie werden – mit Ausnahme der Mehrkosten bei Kapazitätsengpässen (§ 14) – von der öffentlichen Hand grundsätzlich nicht mitfinanziert, können aber von den Gemeinden freiwillig mitgetragen werden (§ 12). Schliesslich leistet der Kanton neu nur noch Beiträge an die Kosten der Pflegeleistungen einschliesslich der damit zusammenhängenden Anlage- und Nutzungskosten. Es werden jedoch keine Objektbeiträge an die Investitionen der Pflegeheime mehr ausgerichtet.

3.3.3 Besondere Regelungen für die ambulante Pflegeversorgung (Spitex)

Die Regelungen für die ambulante Pflegeversorgung unterscheiden sich im Wesentlichen lediglich dadurch von jenen für Pflegeheime, dass in der Spitex die Aufwendungen für notwendige nichtpflegerische Spitex-Leistungen wie bisher von Kanton und Gemeinden mitfinanziert werden, wobei aber die Kostenanteile der öffentlichen Hand wie bisher nur an von den Gemeinden betriebene oder beauftragte Leistungserbringer ausgerichtet werden. Diese Regelung gilt auch dann, wenn nichtpflegerische Spitex-Leistungen im Rahmen der Akut- und Übergangspflege erbracht werden. Neu sind die Gemeinden frei, die Höhe der Kostenbeteiligung der Leistungsbezügerinnen und -bezüger selbst festzulegen, wobei aber die Belastung dieser Personen insgesamt höchstens die Hälfte des anrechenbaren Aufwands der konkreten Organisation für nichtpflegerische Spitex-Leistungen betragen darf (§ 13). Die Kostenanteile der öffentlichen Hand für ambulante nichtpflegerische Spitex-Leistungen beruhen auf Normbeiträgen, die aus dem anrechenbaren Aufwand einer repräsentativen Stichprobe jener beitragsberechtigten Institutionen ermittelt werden, welche die Leistungen wirtschaftlich erbringen (§ 18). Damit werden die Spitex-Leistungsbezügerinnen und -bezüger weiterhin gezielt entlastet, was eine geringere Inanspruchnahme von Ergänzungs- bzw. Zusatzleistungen bewirkt.

Bei der Ermittlung der Normdefizite für Pflegeleistungen wird für den Bereich der Spitex zwischen verschiedenen Kategorien von Leistungserbringern unterschieden (§ 17 Abs. 3), weil bei solchen mit

kommunalem Auftrag erfahrungsgemäss auch Vorhalteleistungen oder besonders ressourcenintensive Leistungen (Bereitschaftsdienst, Aufnahmepflicht, Kurzeinsätze, Abend- und Wochenenddienst, besondere Aufwendungen für die Sicherstellung der Onkologie-, Psychiatrie- und Kinder-Spitex oder Organisation der Patientenübernahme nach einem Spitalaufenthalt usw.) erbracht werden.

3.3.4 Anpassungen an die revidierte AHV- und Ergänzungsleistungsgesetzgebung

Nach Art. 11 revELG werden bei den Ergänzungsleistungen die Vermögensfreibeträge für den Anspruch auf Ergänzungsleistungen erhöht: Mit Inkrafttreten der Neuordnung der Pflegefinanzierung wird der Vermögensfreibetrag für Alleinstehende von Fr. 25 000 auf Fr. 37 500 und für Ehepaare von Fr. 40 000 auf Fr. 60 000 erhöht werden. Gleichzeitig wird der zusätzliche Freibetrag für Liegenschafteneigentümer von selbstbewohntem Wohneigentum von Fr. 75 000 auf Fr. 112 500 angehoben. Eine Sonderregelung gilt neu für diejenigen Ehepaare, bei denen der eine Partner im Heim, der andere jedoch in der eigenen Liegenschaft lebt: Die Vermögensfreigrenze wird hier auf Fr. 300 000 erhöht. Um zu präzisieren, dass diese Sonderregelung auch für kantonale Zuschüsse gilt, wird die bisherige Verweisung in § 19a Abs. 1 Gesetz über die Zusatzleistungen zur eidgenössischen Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung vom 7. Februar 1971 (ZLG) entsprechend ergänzt.

Weiter 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). Dies soll mit einer Anpassung der Anspruchsberechtigung für Zuschüsse umgesetzt werden. Die entsprechende Anpassung der Zusatzleistungsverordnung wird durch einen gesonderten Beschluss des Regierungsrates erfolgen.

Im Bereich der AHV wird wie eingangs erwähnt für Personen zu Hause neu eine Hilflosenentschädigung für Hilflosigkeit leichten Grades eingeführt (Art. 43^{bis} revAHVG). Die Umsetzung dieser Bundesvorgabe erfolgt gestützt auf das Bundesgesetz über die Alters- und Hinterlassenenversicherung vom 20. Dezember 1946 (AHVG) direkt durch die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich (SVA), die bereits heute Hilflosenentschädigungen ausrichtet. Die neue Hilflosenentschädigung ist bei der Berechnung des Anspruchs auf Zusatzleistungen zu berücksichtigen, wofür jedoch keine Anpassung des ZLG erforderlich ist.

3.3.5 Aufhebung des Heimbeitragsgesetzes

Aufgrund der Neuregelung im Pflegegesetz, wonach unter anderem keine Beiträge mehr an die Kosten für die Unterkunft der pflegebedürftigen Personen, sondern nur noch an Pflegeleistungen ausgerichtet werden, können die damit zusammenhängenden Bestimmungen des Heimbeitragsgesetzes (§§ 1, 2, 3, 14 Satz 2 und 16) aufgehoben werden. Die verbleibenden Bestimmungen würden somit lediglich noch Regelungen zu Staatsbeiträgen an die Investitionen und den Betrieb von Heimen, Eingliederungsstätten und Werkstätten für Invalide (§§ 6 und 7), zu Beiträgen an ausserkantonale Einrichtungen (§ 10) sowie zur Aufsicht über die nach diesem Gesetz subventionierten Heime (§ 13a) beschlagen. Die Ausrichtung von Beiträgen des Kantons an die Einrichtungen für erwachsene invalide Menschen erfolgt seit dem 1. Januar 2008 – dem Inkrafttreten der NFA – gestützt auf § 16 des Gesetzes über die Invalideneinrichtungen für erwachsene Personen vom 1. Oktober 2007 (IEG). Damit können auch die §§ 6 und 7 des Heimbeitragsgesetzes aufgehoben werden. Das IEG regelt zudem die Aufsicht über die Einrichtungen (§ 12) und die interkantonale Zusammenarbeit (§ 20), weshalb auch die übrigen Bestimmungen des Heimbeitragsgesetzes hinfällig geworden sind. Das Heimbeitragsgesetz ist somit aufzuheben. Die Aufhebung der dazugehörigen Altersheimbeitragsverordnung wird durch einen gesonderten Beschluss des Regierungsrates erfolgen.

3.4 Grundzüge der Regelung auf Verordnungsstufe

Das neue Finanzierungssystem und der Ersatz der bisherigen Sammelbezeichnung «Krankenhäuser» durch die Bezeichnungen «Spital» und «Pflegeheim» erfordert im Wesentlichen formale Anpassungen der Verordnung über die Staatsbeiträge an die Krankenpflege vom 26. Februar 1968 (Beitragsverordnung). Zudem sind jene Regelungen, die neu auf Gesetzesstufe verankert werden, aus der Beitragsverordnung zu entfernen. Schliesslich wird mit der vorliegenden Revision die erstinstanzliche Entscheidungsbefugnis des Regierungsrates zur Abordnung von Bauverbindungsleuten (§ 16 Beitragsverordnung) im Zusammenhang mit der laufenden Verwaltungsverfahrensreform zur Anpassung des kantonalen Rechts an die Rechtsweggarantie und an das Bundesgerichtsgesetz vom 17. Juni 2005 auf die Gesundheitsdirektion und die Baudirektion übertragen. Die Änderungen der Beitragsverordnung bedürfen nach § 83 des Gesundheitsgesetzes vom 4. November 1962 der Genehmigung durch den Kantonsrat.

3.5 Bemerkungen zu den einzelnen Bestimmungen

3.5.1 Pflegegesetz

1. Abschnitt: Allgemeines

§ 1. Gegenstand und Geltungsbereich

Das Pflegegesetz bezweckt die Sicherstellung der Versorgung mit Pflegeleistungen sowie mit Leistungen der Akut- und Übergangspflege in Pflegeheimen und durch spitalexterne Krankenpflege (Spitex). Es umfasst auch die Regelung der Restfinanzierung für Pflegeleistungen gemäss KVG. Mit Abs. 2 wird klargestellt, dass bei Einrichtungen im Sinne des IEG, die gleichzeitig auf der Pflegeheimliste geführt werden und somit auch Beiträge der Krankenversicherer erhalten, die Vorschriften des IEG zur Anwendung kommen und die Gemeinden somit keine (Rest-)Finanzierung nach den Bestimmungen des neuen Pflegegesetzes übernehmen müssen.

§ 2. Direktion, Gemeinde

Zuständige Direktion für den Vollzug des Pflegegesetzes ist die für das Gesundheitswesen zuständige Direktion des Regierungsrates (Abs. 1).

In Abs. 2 wird festgehalten, dass mit Gemeinde im Sinne des Gesetzes die Gemeinde gemeint ist, in der die leistungsbeziehende Person ihren zivilrechtlichen Wohnsitz gemäss Art. 23 ff. ZGB hat. Vorbehalten bleibt dabei § 9 Abs. 4, wonach bei Pflegeleistungen von Pflegeheimen die Gemeindebeiträge von derjenigen Gemeinde zu leisten sind, in der die pflegebedürftige Person vor dem Eintritt in das Pflegeheim ihren zivilrechtlichen Wohnsitz hatte.

§ 3. KVG-Finanzierungsanteil der öffentlichen Hand

Mit dieser Bestimmung wird festgehalten, dass der Regierungsrat den nach der Bundesgesetzgebung über die Krankenversicherung für alle Kantonseinwohnerinnen und -einwohner geltenden Anteil der öffentlichen Hand an den Vergütungen für Leistungen der Akut- und Übergangspflege festlegt, der gemäss neuArt. 25a Abs. 2 KVG in Verbindung mit neuArt. 7b Abs. 1 KLV mindestens 55% betragen muss. Da der kantonale Anteil jeweils für das Kalenderjahr spätestens neun Monate vor dessen Beginn festzusetzen ist, hat der Regierungsrat den kantonalen Anteil mit Wirkung ab 1. Januar 2011 auf 55% festgesetzt (RRB Nrn. 1543/2009 und 370/2010).

§ 4. Pflegeheimliste

In Art. 39 KVG verpflichtet der Bund die Kantone zur Planung einer bedarfsgerechten Pflegeheimversorgung und zum Erlass einer darauf abgestützten Pflegeheimliste. Mit der Aufnahme einer Institution auf die Pflegeheimliste erhält diese die Berechtigung, Pflegeleistungen (einschliesslich Leistungen der Akut- und Übergangspflege) zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung abzurechnen. Die Zuständigkeit zum Erlass der Pflegeheim- wie auch der Spitallisten ist heute in § 41 des Gesundheitsgesetzes vom 2. April 2007 geregelt. Sie ist für die Pflegeheimliste neu im Pflegegesetz festzulegen. In Übereinstimmung mit Art. 53 KVG wird deshalb vorliegend festgehalten, dass der Regierungsrat für die Festsetzung der Pflegeheimliste zuständig ist (Abs. 1), wobei er die Kompetenz zur Aktualisierung der Pflegeheimliste an die Direktion delegieren kann (Abs. 2). Damit wird an der bisherigen Zuständigkeitsordnung festgehalten.

Die Ende 1997 vom Regierungsrat erstmals erlassene Pflegeheimliste wurde zwischenzeitlich von der Gesundheitsdirektion nach den Vorgaben des Regierungsrates weitergeführt. Die auf der Liste aufgeführten Pflegeheime verfügen über einen allgemeinen Leistungsauftrag für alle Pflegebedarfsstufen, damit eine patientenbezogene, nach dem jeweiligen Grad der Pflegebedürftigkeit festzulegende Behandlung in ein und demselben Heim gewährleistet ist und körperlich wie seelisch belastende Verlegungen von Pflegebedürftigen vermieden werden können. Die Auslastung der rund 240 Betriebe der Langzeitpflege liegt im Durchschnitt bei über 95% (Stand 2008). Die Fortschreibung der Zürcher Pflegeheimliste, insbesondere die Aufnahme von Behindertenheimen, wird seit rund drei Jahren durch Rechtsmittel blockiert. Vor der Fortführung der Pflegeheimplanung und der Pflegeheimliste wird daher die rechtskräftige Erledigung dieser Verfahren abzuwarten sein.

2. Abschnitt: Angebot

§ 5. Im Allgemeinen

Schon bisher waren die Gemeinden verpflichtet, die Pflegeheimversorgung ihrer Einwohnerinnen und Einwohner sicherzustellen (§ 39 Abs. 2 Gesundheitsgesetz vom 4. November 1962). Auch entspricht es der bisherigen Praxis, dass die Gemeinden diese Aufgabe über eigene oder von Dritten betriebene Pflegeheime wahrgenommen haben. Es wird daher ausdrücklich festgehalten, dass die Gemeinden sowohl im stationären wie bereits bisher im ambulanten Bereich für eine bedarfs- und fachgerechte Pflegeversorgung zu sorgen haben. Da-

bei steht es ihnen frei, eigene Einrichtungen zu betreiben oder von Dritten betriebene Pflegeheime, Spitex-Institutionen oder selbstständig tätige Pflegefachpersonen zu beauftragen (Abs. 1). Es steht ihnen offen, diese Aufgabe alleine oder im Verbund mit anderen Gemeinden wahrzunehmen.

In Abs. 2 wird der Umfang des Angebots festgehalten. Insbesondere ist von den Gemeinden auch das gemäss KVG mit Leistungen der Akut- und Übergangspflege bezeichnete Angebot sicherzustellen (Abs. 2 lit. b): Mit dieser Bezeichnung wird in der Krankenversicherungsgesetzgebung ein neuer Begriff eingeführt. Was indessen darunter zu verstehen ist, wurde vom Bundesgesetzgeber weitgehend offengelassen. 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 eine Spitalärztin oder einen Spitalarzt verschrieben werden dürfen mit dem Ziel der Rückkehr der Versicherten zu jenem Grad an Pflegebedürftigkeit, den sie vor dem Spitaleintritt aufwiesen; die Akut- und Übergangspflege stelle einen Abschnitt der Behandlung dar und sei keinesfalls vorgesehen zur Finanzierung von Wartezeiten im Hinblick auf den Eintritt in eine Rehabilitationsklinik oder in ein Heim. Daraus lässt sich zusammenfassend schliessen, dass als Leistungen der Akut- und Übergangspflege nur solche gelten, die im Anschluss an einen Spitalaufenthalt während längstens zweier Wochen für krankenversicherte Personen erbracht werden, bei denen vorübergehend ein erhöhter Pflegebedarf besteht. Klar ist aber, dass der Leistungskatalog sowohl für Pflegeleistungen als auch für (ambulante und stationäre) Leistungen der Akut- und Übergangspflege derselbe ist. 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 Art. 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 zweier Wochen nach dem Spitalaufenthalt einen Anteil von mindestens 55% der Kosten zu übernehmen, während die Versicherer die restlichen höchstens 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 (§ 10 mit Verweisung auf § 19). An die Kosten für Unterkunft und Verpflegung sowie Betreuung der Leistungsbezügerinnen und -bezüger werden bei der Akut- und Übergangspflege im Pflegeheim keine Beiträge geleistet.

Gegenüber der bisher nur für den Spitex-Bereich geltenden Regelung wird die Direktion in Abs. 3 neu auch für den Bereich der Pflegeheime ermächtigt, nach Anhörung der Gemeinden und der Fachverbände der Leistungserbringer Vorschriften über das Angebot und die Qualität der Leistungserbringung zu erlassen oder entsprechende Verbandsrichtlinien verbindlich zu erklären.

§ 6. Vermittlung von Ersatzangeboten

Entsprechend ihrem Versorgungsauftrag hat die Wohngemeinde auf Verlangen einer pflegebedürftigen Person, die nicht durch einen Leistungserbringer gemäss § 5 Abs. 1 versorgt werden kann, innert angemessener Frist ein Ersatzangebot zu vermitteln (vgl. dazu auch die Ausführungen unter Ziff. 3.3.1 und § 14). Die Unterbringung kann auch von einer Vertreterin oder einem Vertreter der pflegebedürftigen Person oder notfalls von einer Bezugsperson im Sinne von § 2 Abs. 1 und 2 des Patientinnen- und Patientengesetzes vom 5. April 2004 verlangt werden.

§ 7. Information durch Gemeinde

Neu haben alle Gemeinden eine Stelle zu bezeichnen, die Auskunft über das Angebot der von ihnen betriebenen oder beauftragten Leistungserbringer gemäss § 5 Abs. 1 erteilt. Dabei sind die Gemeinden frei, die Informationsstelle alleine oder im Verbund mit andern Gemeinden zu betreiben; auch steht es ihnen offen, die Stelle bei der Gemeinde, bei einem Pflegeheim, einer Spitex-Institution oder sonst wo anzugliedern.

§ 8. Planung der Pflegeheimplätze

Nach § 5 Abs. 1 werden die Gemeinden verpflichtet, für eine bedarfsgerechte Pflegeversorgung ihrer Einwohnerinnen und Einwohner zu sorgen. Sie haben den entsprechenden Bedarf nach anerkannten Methoden zu ermitteln und die Institutionen zu bezeichnen, die zur Deckung dieses Bedarfes voraussichtlich benötigt werden. Bei der Ermittlung des Bedarfes ist – analog zur Ermittlung des Bedarfes im Spitalbereich – zu berücksichtigen, dass sich ein Teil der pflegebedürftigen Personen in privaten Einrichtungen ohne kommunalen Auftrag pflegen lässt. Bei der Bedarfssicherung steht es den Gemeinden frei, zur Vermeidung von Kapazitätsengpässen ihre Planung mit jener an-

derer Gemeinden zu koordinieren und mit anderen Gemeinden oder Pflegeheimen allgemein oder im Einzelfall Vereinbarungen zur vorübergehenden Übernahme von Pflegebedürftigen zu schliessen oder Versorgungspools zum Ausgleich von Auslastungsspitzen zu schaffen. Die Wahlfreiheit der Leistungsbezügerinnen und -bezüger bleibt davon unberührt.

3. Abschnitt: Finanzierung

A. Im Allgemeinen

§ 9. Pflegeleistungen

Hier wird festgehalten, durch wen und in welcher Reihenfolge die Kosten der Pflegeleistungen zu tragen sind. In Abs. 1 wird für die Kosten der Pflegeleistungen zunächst aufgezeigt, dass diese im von der Bundesgesetzgebung über die Sozialversicherung vorgeschriebenen Umfang zulasten der Versicherer gehen.

Die verbleibenden Kosten gehen im gemäss neuArt. 25a Abs. 5 KVG höchstzulässigen Umfang zulasten der Leistungsbezügerinnen und -bezüger (Abs. 2). Nach dieser KVG-Bestimmung dürfen der versicherten Person von den nicht von Sozialversicherungen gedeckten Pflegekosten höchstens 20% des höchsten vom Bundesrat festgesetzten Pflegebeitrages überwältzt werden. In diesem Zusammenhang ist festzuhalten, dass unter dem Begriff Sozialversicherungen im Wesentlichen die Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu verstehen sind. Nicht darunter fallen gemäss Kommentar des Bundesrates zur Änderung der KVV vom 24. Juni 2009 die Ergänzungsleistungen und – da sie keine zweckgebundene Geldleistung darstellt – auch die Hilflosenentschädigung. Diese dient der Deckung derjenigen Kosten, die wegen des Zustandes der Hilflosigkeit entstehen, indem Dritte der versicherten Person für Verrichtungen des täglichen Lebens Hilfe leisten müssen. Die Hilflosenentschädigung wird als Pauschalentschädigung nach dem Grad der Hilflosigkeit abgestuft und der anspruchsberechtigten Person ausbezahlt. Diese kann die Entschädigung unter anderem zur Deckung ihres Kostenanteils an den Pflegeleistungen oder von nicht von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu übernehmenden Kosten verwenden, wie beispielsweise für vom Pflegeheimpersonal tatsächlich erbrachte individuelle Betreuungs- und Dienstleistungen (Unterstützung bei der Pflege sozialer/familiärer Beziehungen, Begleitungen bei der Erledigung von persönlichen Angelegenheiten und Spaziergängen usw.).

Die Kostenbeteiligung der Leistungsbezügerinnen und -bezüger an den Pflegeleistungen wird wie erwähnt auf den höchsten gemäss KVG zulässigen Anteil festgelegt. Der Beitrag der Krankenversicherer an die Pflegeleistungen bei einem Aufenthalt in einem Pflegeheim beläuft sich auf höchstens Fr. 108 pro Pfl egetag (neuArt. 7a Abs. 3 KLV). Entsprechend beträgt der Beitrag der Leistungsbezügerinnen und -bezüger bei einem Aufenthalt im Pflegeheim Fr. 21.60 pro Pfl egetag (20% von Fr. 108). Bei Pflegeleistungen von ambulanten Leistungserbringern liegt der Beitrag der Krankenversicherer bei höchstens Fr. 79.80 pro Stunde (neuArt. 7a Abs. 1 KLV). Entsprechend beträgt die Kostenbeteiligung der Leistungsbezügerinnen und -bezüger höchstens Fr. 15.95 (20% von Fr. 79.80) pro Tag. In jedem Falle darf die Kostenbeteiligung der Leistungsbezügerinnen und -bezüger nicht höher sein als die nach Abzug des Beitrags der Krankenversicherer tatsächlich noch verbleibenden Kosten; sind diese tiefer als Fr. 21.60 bzw. Fr. 15.95, darf nur der Fehlbetrag verrechnet werden. Die Kostenbeteiligung der Leistungsbezügerinnen und -bezüger ist vor dem Hintergrund der von der öffentlichen Hand und von der OKP zu tragenden finanziellen Lasten gerechtfertigt.

Die gemäss neuArt. 25a Abs. 5 KVG zulässige Kostenbeteiligung der Leistungsbezügerinnen und -bezüger darf schliesslich nur für KVG-Pflegeleistungen im Sinne von neuArt. 25a KVG (ohne Leistungen der Akut- und Übergangspflege nach neuArt. 25a Abs. 2 KVG) erfolgen, nicht aber für Pflegepflichtleistungen anderer Sozialversicherer wie Unfallversicherer.

In Abs. 3 wird festgehalten, dass die restlichen Kosten für Pflegeleistungen bei Leistungserbringern gemäss § 5 Abs. 1 von der Wohngemeinde zu tragen sind und der Kanton daran pauschalierte Kostenanteile leistet. Es steht den Gemeinden offen, zur Schaffung von Anreizen für eine wirtschaftliche Leistungserbringung durch die Pflegeheime auch ihren Beitrag an die Restkosten zu pauschalieren. Eine Über- oder Unterdeckung verbleibt in diesem Fall beim Träger des Pflegeheimes.

Mit Abs. 4 wird für den stationären Bereich klargestellt, dass die Gemeindebeiträge bei Pflegeleistungen von Pflegeheimen von derjenigen Gemeinde zu leisten sind, in der die pflegebedürftige Person vor dem Eintritt in das Pflegeheim ihren zivilrechtlichen Wohnsitz hatte. Der Aufenthalt in einem Pflegeheim begründet keine neue Zuständigkeit.

§ 10. Akut- und Übergangspflege

Zur Abgeltung der Leistungen der Akut- und Übergangspflege im Sinne von neuArt. 25a Abs. 2 KVG werden Pauschalen zwischen Leis-

tungserbringern und Krankenversicherern vereinbart (Art. 46 KVG) oder, falls keine Einigung zustande kommt, vom Regierungsrat gestützt auf Art. 47 KVG hoheitlich festgesetzt. Die Pauschalen werden anteilmässig nach § 3 vom Krankenversicherer und der öffentlichen Hand übernommen. Letztere hat dabei den gesetzlichen Mindestanteil von 55% zu übernehmen (vgl. dazu auch die Ausführungen unter § 3). Der gesamte von der öffentlichen Hand zu deckende Anteil ist von der Wohngemeinde zu übernehmen, während im Gegenzug der Kanton den Gemeinden Kostenanteile nach Massgabe der Staatsbeitragsätze gemäss § 19 leistet. Wie erwähnt, ist eine Beteiligung der Leistungsbezüglerinnen bzw. -bezügler an den Kosten der Leistungen für Akut- und Übergangspflege nicht zulässig. Eine Über- oder Unterdeckung geht zulasten der Trägerschaft.

§ 11. Weitere Pflichtleistungen

Die Kosten weiterer Pflichtleistungen der Sozialversicherer, wie ärztliche Behandlung, Arznei, Therapie- und Pflegematerial, gehen im von der Bundesgesetzgebung über die Sozialversicherung vorgeschriebenen Umfang zulasten der Versicherer.

§ 12. Andere Leistungen des Pflegeheims

Die Kosten für andere Leistungen des Pflegeheims bzw. Nichtpflichtleistungen wie Unterkunft, Verpflegung und Betreuung gehen zulasten der Leistungsbezüglerin oder des Leistungsbezügers, wobei die Gemeinden diese Kosten ganz oder teilweise übernehmen können.

Gemäss Abs. 2 dürfen bei Pflegeheimen, die gemäss § 5 Abs. 1 von einer oder mehreren Gemeinden betrieben werden oder beauftragt sind, für Einwohnerinnen und Einwohner dieser Gemeinden für Unterkunft, Verpflegung und Betreuung höchstens kostendeckende Taxen in Rechnung gestellt werden. Die Einhaltung dieser Vorgabe ist von den Pflegeheimen in ihren Jahresrechnungen auszuweisen. Mit dieser Regelung wird sichergestellt, dass der Restfinanzierungsanteil der Gemeinde an den Pflegeleistungen nicht durch überhöhte Hotellerie- und Betreuungstaxen ausgeglichen wird. Damit wird dem von der Preisüberwachung am 9. Februar 2010 gegenüber den Kantonen geäusserten Anliegen, der Einhaltung des nach Art. 44 Abs. 1 KVG vorgegebenen Tarifschutzes Nachachtung zu verschaffen, Rechnung getragen.

§ 13. Nichtpflegerische Spitex-Leistungen

Mit der bisherigen Regelung von § 59e des Gesundheitsgesetzes vom 4. November 1962 dürfen den Leistungsbezüglerinnen und -bezügern für nichtpflegerische Spitex-Leistungen höchstens die Hälfte des kantonsweit durchschnittlich anrechenbaren Aufwands pro Leistungs-

stunde in Rechnung gestellt werden. Zahlreiche Vernehmlassungsteilnehmende regten an, die Möglichkeit zu schaffen, die Kostenbeteiligung der Leistungsbezügerinnen und -bezüger je nach wirtschaftlicher Leistungsfähigkeit auch über der Hälfte des kantonsweit durchschnittlich anrechenbaren Aufwands festlegen zu können. Diesem Anliegen wird mit der neuen Regelung wie folgt Rechnung getragen: Neu dürfen die Gemeinden die Kostenbeteiligung der Leistungsbezügerinnen und -bezüger frei festlegen, wobei aber die Belastung dieser Personen insgesamt höchstens die Hälfte des anrechenbaren Aufwands der betroffenen Organisation für nichtpflegerische Spitex-Leistungen betragen darf. Die Einhaltung dieser Vorgabe ist in der Jahresrechnung auszuweisen (Abs. 1).

Nach Abs. 2 steht es den Gemeinden offen, die Kostenbeteiligung der Leistungsbezügerinnen und -bezüger nach Massgabe der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit dieser Personen ganz oder teilweise zu übernehmen.

Die restlichen Kosten gehen zulasten der Wohngemeinde. Der Kanton leistet den Gemeinden pauschalierte Kostenanteile gemäss § 18 Abs. 1 (Abs. 3).

In Abs. 4 wird klargestellt, dass nichtpflegerische Spitex-Leistungen, die nicht von Leistungserbringern gemäss § 5 Abs. 1 erbracht werden, vollumfänglich zulasten der Leistungsbezügerinnen und -bezüger gehen.

B. Besondere Fälle

§ 14. Kapazitätsmangel im Angebot der Gemeinde

Erfolgt die Pflege von pflegebedürftigen Personen wegen Kapazitätsmangels im Angebot der Wohngemeinde im Rahmen eines Ersatzangebots nach § 6, hat die für die Versorgungssicherheit verantwortliche Wohngemeinde neben den ordentlichen Beiträgen für Leistungen gemäss § 5 Abs. 2 auch anfallende Mehrkosten zu tragen. Im Pflegeheim hat sie somit nicht nur die pflegerischen, sondern auch die Mehrkosten der notwendigen Leistungen für Unterkunft, Verpflegung und Betreuung zu übernehmen. Wie erwähnt, hat diese Regelung insbesondere im Pflegeheimbereich zum Ziel, die rechtsgleiche Behandlung von Steuern zahlenden Gemeindeeinwohnerinnen und -einwohnern, die vorübergehend keine Aufnahme in einem Pflegeheim mit kommunalem Auftrag finden, gegenüber solchen, die von Beginn der Pflegebedürftigkeit an in ein Pflegeheim mit kommunalem Auftrag aufgenommen werden, sicherzustellen (vgl. dazu auch die Ausführungen unter Ziff. 3.3.1 und § 6).

§ 15. Wahl eines nicht von der Gemeinde betriebenen oder beauftragten Leistungserbringers

Hier wird die vom Bund vorgegebene Wahlfreiheit für Pflegeheime ausgeführt. Die Beiträge der öffentlichen Hand an die ungedeckten Pflegekosten von nicht von der Gemeinde betriebenen oder beauftragten Pflegeheimen werden auf jenen Beitrag begrenzt, der in einem wirtschaftlich geführten Zürcher Pflegeheim angefallen wäre (Abs. 1 und 3). Dies gilt auch für nicht von der Gemeinde betriebene oder beauftragte ambulante Leistungserbringer (Abs. 2). Entsprechend werden an Leistungserbringer ohne kommunalen Auftrag höchstens Beiträge im Umfang des Normdefizits für Zürcher Leistungserbringer geleistet (Abs. 3 und 4). Unterdeckungen sind somit bei Leistungserbringern ohne kommunalen Auftrag von deren Rechtsträger zu übernehmen.

C. Staatsbeiträge

§ 16. Kostenanteile: a. Pflegeleistungen von Pflegeheimen

Der Kanton entrichtet den Gemeinden Kostenanteile an die von den Pflegeheimen verrechneten Pflegetage, unterschieden nach Pflegebedarfsstufe. Der Beitrag des Kantons bemisst sich nicht an den tatsächlich pro Heim ausgewiesenen Restkosten, sondern an einem sogenannten «Normdefizit». Das Normdefizit entspricht dem anrechenbaren Aufwand bei wirtschaftlicher Leistungserbringung abzüglich der Beiträge der Sozialversicherer sowie der Leistungsbezügerinnen und -bezüger. Für die Ermittlung der wirtschaftlichen Leistungserbringung wird ein Benchmarking-Verfahren durchgeführt:

- Zunächst werden aus allen Pflegeheimen jene Heime bestimmt, die, auf die Pflegeminute gerechnet, am kostengünstigsten arbeiten und zusammen 40% aller Leistungen erbringen.
- Sodann wird jenes Pflegeheim ermittelt, das in dieser Gruppe der kostengünstigsten Heime das teuerste ist. Dieses Pflegeheim ist der Benchmark. Sein anrechenbarer Aufwand pro Pflegeminute, hochgerechnet für jede Pflegebedarfsstufe entsprechend der durchschnittlichen Anzahl Pflegeminuten, dient als Grundlage für die Ermittlung des Normdefizits.

Mit diesem Benchmarking-Verfahren wird den Anforderungen des KVG nach wirtschaftlicher Leistungserbringung Rechnung getragen. Das Verfahren wird seit vielen Jahren erfolgreich bei der Festlegung der Staatsbeiträge an die Akutspitäler angewandt.

§ 17. b. Pflegeleistungen von ambulanten Leistungserbringern

Für die Staatsbeiträge an die Restkosten der Spitex-Institutionen wird ein analoges Benchmarking-Verfahren durchgeführt, wobei nicht pro Pflegeminute, hochgerechnet auf Pflegebedarfsstufen, gebenchmarkt wird, sondern pro Stunde und Leistungsbereich (gemäss Art. 7 KLV wird unterschieden nach Massnahmen der Abklärung und Beratung, der Untersuchung und Behandlung sowie der Grundpflege).

Zudem wird bei der Festlegung des anrechenbaren Aufwandes und damit des Normdefizits nach Spitex-Institutionen mit und ohne kommunalem Auftrag sowie freiberuflich tätigen Pflegefachpersonen unterschieden, da diese drei Kategorien von Leistungserbringern aufgrund unterschiedlicher Rahmenbedingungen (insbesondere im Bereich der gemeinwirtschaftlichen Vorhalteleistungen) strukturell bedingte Kostenunterschiede aufweisen.

Im Zusammenhang mit der Berechnung der Staatsbeiträge für ambulante Leistungserbringer ist klarzustellen, dass gemäss geltender Regelung in § 59b des Gesundheitsgesetzes vom 4. November 1962 mit «geleisteten Leistungsstunden» die Anzahl der für die Leistungsbezügerinnen und -bezüger erbrachten und diesen verrechneten Leistungsstunden gemeint ist, nicht aber die von den Spitex-Institutionen insgesamt aufgewendeten Arbeitsstunden. Entsprechend wird in den §§ 17 und 18 der Begriff «verrechnete Leistungsstunden» verwendet.

§ 18. c. Nichtpflegerische Spitex-Leistungen

Im Gegensatz zu den nichtpflegerischen Leistungen der Pflegeheime, deren Restkosten den Leistungsbezügerinnen und -bezügern vollumfänglich in Rechnung gestellt werden können und für die der Kanton deshalb keine Kostenanteile ausrichtet, gehen die ungedeckten Kosten der notwendigen nichtpflegerischen Spitex-Leistungen, soweit sie von Institutionen mit kommunalem Auftrag erbracht wurden, wie bis anhin mindestens zur Hälfte zulasten der Gemeinden (vgl. § 13). Der Kanton unterstützt die Gemeinden mit Kostenanteilen, die ebenfalls auf Restkosten bemessen werden, die aufgrund eines kantonalen Benchmarks ermittelt werden.

An die ungedeckten Kosten der nichtpflegerischen Spitex-Leistungen von Institutionen ohne kommunalen Auftrag werden keine Staatsbeiträge entrichtet.

§ 19. Staatsbeitragssatz

Wie bis anhin sind die Staatsbeitragssätze nach der Finanzkraft der Gemeinden abgestuft; auch die Skalen für die Beiträge im Bereich der stationären und der ambulanten Leistungserbringung bleiben gleich.

4. Abschnitt: Weitere Bestimmungen

§ 20. Rechnungsstellung

Dem Gebot der Transparenz entsprechend sind die von den stationären und ambulanten Leistungserbringern erbrachten Leistungen in der Rechnungsstellung gegenüber den Leistungsbezügerinnen und -bezügern abzubilden. Entsprechend werden die Grundzüge der Rechnungsstellung festgelegt. Damit wird allgemein auch ein Vergleich verschiedener Leistungspositionen zwischen verschiedenen Leistungserbringern und somit auch eine Überprüfung der Einhaltung des von Art. 44 Abs. 1 KVG vorgegebenen Tarifschutzes für Pflegeleistungen ermöglicht (vgl. dazu auch die Ausführungen unter § 12).

§ 21. Auszahlung der Beiträge

Bisher wurden die Staatsbeiträge vom Kanton direkt den Pflegeheimen und Spitex-Institutionen ausgerichtet. Da aber die Wohngemeinden für die Sicherstellung der Pflegeversorgung verantwortlich sind, ist es sachgerecht, dass sie den Leistungserbringern die gesamten Beiträge der öffentlichen Hand vergüten. Im Gegenzug vergütet der Kanton den Gemeinden seinen Anteil an diesen Beiträgen in Form eines Staatsbeitrags. Die Gemeinde kann die dabei anfallenden administrativen Aufgaben und die Zahlungsabwicklung der Sozialversicherungsanstalt in einer Anschlussvereinbarung oder einer anderen geeigneten Stelle übertragen.

§ 22. Rechnungslegung

Für die Rechnungslegung (Kostenrechnung) der Pflegeheime gelten zunächst die Vorschriften gemäss der Verordnung des Bundes über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime in der Krankenversicherung (VKL). Ergänzend kann die Gesundheitsdirektion weitere Richtlinien erlassen. Im Bereich der ambulanten Leistungserbringung erlässt die Gesundheitsdirektion die entsprechenden Vorschriften. In beiden Fällen können auch Verbandsrichtlinien für verbindlich erklärt werden. Zu berücksichtigen sind im Weiteren auch die Vorgaben gemäss §§ 12 Abs. 2 und 13 Abs. 1.

§§ 23–31 Datenerhebung und -bearbeitung

Das Gesetz über die Information und den Datenschutz (IDG) ist am 1. Oktober 2008 in Kraft getreten. Dieses Gesetz bezweckt, das Handeln der öffentlichen Organe transparent zu gestalten, die Kontrolle des staatlichen Handelns zu erleichtern und die Grundrechte von Personen zu schützen, über welche die öffentlichen Organe Daten bearbeiten. Es sieht vor, dass das öffentliche Organ Personendaten be-

arbeiten darf, soweit dies zur Erfüllung seiner gesetzlichen Aufgaben geeignet und erforderlich ist. Das Bearbeiten besonderer Personendaten, insbesondere von Daten über die Gesundheit, bedarf einer hinreichend bestimmten Regelung in einem formellen Gesetz. Weiter ist das Zweckbindungsgebot zu beachten, wonach das öffentliche Organ Personendaten nur zu dem Zweck bearbeiten darf, zu dem sie erhoben worden sind, soweit nicht eine rechtliche Bestimmung ausdrücklich eine weitere Verwendung vorsieht oder die betroffene Person im Einzelfall einwilligt. Die Beschaffung von Personendaten und der Zweck ihrer Bearbeitung müssen für die betroffene Person erkennbar sein. Bei der Beschaffung besonderer Personendaten sind die betroffenen Personen über den Zweck der Bearbeitung zu informieren.

Die für den Vollzug des vorliegenden Gesetzes zuständigen Organe, der Regierungsrat, die Direktion und die Gemeinden, haben bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben Personendaten, einschliesslich besonderer Personendaten, und Betriebsprofile zu bearbeiten. Neu ist insbesondere, dass die Gemeinden aufgrund ihrer Beitragspflicht für pflegerische und nichtpflegerische Leistungen Gesundheitsdaten ihrer Gemeindeeinwohnerinnen und -einwohner bearbeiten müssen, wodurch sie zumindest von der Tatsache der Pflegebedürftigkeit und des konkreten Pflegebedarfs Kenntnis erhalten. Der Umgang mit diesen Gesundheitsdaten, bei dem regelmässig eine besondere Gefahr der Persönlichkeitsverletzung besteht, ist deshalb klar zu regeln.

In § 23 Abs. 1 werden zur Umschreibung des Zwecks der Datenbearbeitung die einzelnen Aufgaben des Regierungsrates, der Direktion und der Gemeinden nochmals aufgeführt, wobei es sich teilweise um überschneidende oder parallele Aufgaben handelt. Ebenfalls aufgeführt werden weitere Aufgaben des Regierungsrates gemäss der Sozialversicherungsgesetzgebung (insbesondere Tarifgenehmigungs- und Tariffestsetzungsverfahren, Planungsaufgaben, Erteilung und Kontrolle von Leistungsaufträgen), sodass der Regierungsrat berechtigt wird, die im Rahmen des Vollzuges des vorliegenden Gesetzes erhaltenen Daten im Sinne einer Zweckänderung auch für diese weiteren Aufgaben zu verwenden. Im Weiteren wird festgehalten, dass die Datenbearbeitung auch an Dritte übertragen werden kann. Wird von dieser Möglichkeit Gebrauch gemacht, sind die Bestimmungen zur Bearbeitung im Auftrag gemäss § 6 IDG sowie § 25 der Verordnung über die Information und den Datenschutz (IDV) zu beachten. In Abs. 2 wird festgelegt, dass die Direktion in gleicher Weise zur Datenbearbeitung berechtigt ist wie der Regierungsrat, soweit sie mit der Vorbereitung und Durchführung von Aufgaben des Regierungsrates betraut wird. Gemäss Abs. 3 haben die Direktion und die Gemeinden genau zu bestimmen, welche Stellen innerhalb ihrer Verwaltung die übertragenen Aufgaben zu erfüllen haben. Damit wird sichergestellt, dass die teilweise

personenbezogenen Daten der Leistungsbezügerinnen und -bezüger (Gesundheitsdaten) sowie der Leistungserbringer (Betriebsprofile, Geschäftsbücher usw.) nur in den konkret benannten Stellen bearbeitet werden. Damit soll insbesondere gewährleistet werden, dass Gesundheitsdaten der Leistungsbezügerinnen und -bezüger direkt bei der zuständigen Stelle und nicht bei der allgemeinen Verwaltung der Wohngemeinde eingehen.

In § 24 wird aufgeführt, welche Personendaten für die Aufgabenerfüllung notwendigerweise bearbeitet werden müssen. Dabei handelt es sich um eine nicht abschliessende Aufzählung, zumal nicht nur besondere Personendaten, sondern im Sinne der Transparenz auch weitere Personendaten aufgeführt werden, deren Bearbeitung auch ohne ausdrückliche Erwähnung zur Erfüllung der gesetzlich umschriebenen Aufgaben gemäss § 8 Abs. 1 IDG zulässig wäre. Bei den in lit. a, b, c und e aufgeführten Daten handelt es sich um die Daten der Leistungsbezügerinnen und -bezüger, welche die Gemeindestellen für die Feststellung der Leistungspflicht und Leistungshöhe durch Abklären des Wohnsitzes und Berechnung der Beitragsleistung benötigt. In diesem Zusammenhang ist zu erwähnen, dass die Gemeindestellen zur Ausrichtung ihrer Beitragsleistungen im Regelfall lediglich die Personalien der Leistungsbezügerinnen und -bezüger, deren AHV-Nummer, Angaben über Art, Menge und Dauer der erbrachten beitragsberechtigten Leistungen sowie eine Aufschlüsselung der Kostenanteile der Versicherer, der Leistungsbezügerinnen und -bezüger und der Wohngemeinde benötigen. Stellen die Leistungserbringer den Gemeinden direkt Rechnung, haben sie dies bei der Gliederung der Rechnung zu berücksichtigen. In lit. a werden ergänzend die Personalien der Vertreterinnen und Vertreter der Leistungsbezügerinnen und -bezüger aufgeführt, damit die Gemeinden – soweit erforderlich – die Vertretungsverhältnisse im Bereich Personensorge, Vermögenssorge und Rechtsverkehr erfassen dürfen, sofern die Leistungsbezügerinnen und -bezüger von Gesetzes wegen (z. B. im Falle der Urteils- und/oder Handlungsunfähigkeit) oder durch beauftragte Personen vertreten werden. Mit lit. h und j sind insbesondere die Daten der Statistik der sozialmedizinischen Institutionen (SOMED) für den Kanton Zürich sowie weitere von der Direktion verlangte Zusatzdaten zur SOMED gemeint.

In § 25 werden die hauptsächlichen Datenquellen geregelt, indem festgelegt wird, bei wem die Personendaten im Normalfall erhoben bzw. von wem sie übermittelt werden und ob eine Pflicht zur Bekanntgabe besteht oder nicht. Gemäss Abs. 2 sind der Regierungsrat, die Direktion und die Gemeinden zu gegenseitigem Datenaustausch berechtigt, wobei patientenbezogene Daten gemäss Abs. 3 vorgängig zu anonymisieren sind, soweit sie nicht für die Rechnungskontrolle oder

die Leistungsstatistik benötigt werden. Durch diese Regelung wird sichergestellt, dass dem Regierungsrat und der Direktion nur anonymisierte Patientendaten übermittelt werden, zumal sie zur Erfüllung ihrer Aufgaben, insbesondere zur Ausrichtung der Staatsbeiträge, keine namentlichen Patientendaten benötigen. In Bezug auf Abs. 5 ist festzuhalten, dass die Gemeindestellen gemäss § 24 lit. d berechtigt sind, im Rahmen von stichprobeweise durchgeführten Rechnungskontrollen auch in Gesundheitsdaten, insbesondere in Patientendokumentationen und Bedarfsabklärungsunterlagen Einsicht zu nehmen. Machen sie von dieser Möglichkeit Gebrauch, sind sie verpflichtet, die betroffenen Personen nachträglich über den Zweck der Datenerhebung zu informieren. In Abs. 6 wird schliesslich festgehalten, dass die Leistungserbringer zur Bekanntgabe der Daten verpflichtet sind, soweit der Regierungsrat, die Direktion oder die Gemeinden sie zur Aufgabenerfüllung benötigen. In Bezug auf die Datenbekanntgabe gegenüber den Gemeindestellen wird ausdrücklich festgehalten, dass die berufliche Schweigepflicht im erforderlichen Umfang aufgehoben ist. In Abs. 7 wird die Kostenlosigkeit der Datenbekanntgabe festgesetzt, zumal die Bereitstellung einer kohärenten Datenbasis für alle im vorliegenden Gesetz erwähnten Aufgaben der öffentlichen Organe nicht nur eine obligatorische, sondern auch eine kostenlose Auskunftspflicht der Leistungserbringer voraussetzt.

In § 26 wird die Direktion ermächtigt, die für die Aufgabenerfüllung erforderlichen Datenerhebungen bei den Leistungserbringern und den Gemeinden in Bezug auf Inhalt, Form und Zeitpunkt näher zu regeln.

Die regelmässige Amtshilfe bzw. die regelmässige Bekanntgabe von Personendaten an andere öffentliche Organe erfordern eine gesetzliche Grundlage. In Nachachtung dieses Grundsatzes wird in § 27 umschrieben, gegenüber welchen öffentlichen Organen zu welchen Zwecken auf Anfrage hin Personendaten bekannt gegeben werden dürfen. Dabei ist insbesondere auf die Datenbekanntgabe an Sozialhilfe- sowie an Sozialversicherungsbehörden zu verweisen. So benötigt beispielsweise die Sicherheitsdirektion Daten. Die Bekanntgabe von besonderen Personendaten zieht gemäss Abs. 2 eine Informationspflicht der Datenempfänger gegenüber den betroffenen Personen nach sich. Gemäss Abs. 3 werden der Regierungsrat, die Direktion und die Gemeinden berechtigt, betriebsbezogene Daten der Leistungserbringer in nicht anonymisierter Form zu veröffentlichen. Schon heute werden zahlreiche Daten der Leistungserbringer veröffentlicht. So ist beispielsweise auf das Kenndatenbuch Langzeitversorgung hinzuweisen, das von der Direktion jährlich herausgegeben wird. Das Kenndatenbuch beruht im Wesentlichen auf den Daten der SOMED und enthält allgemeine Angaben zu den Langzeitpflegeinstitutionen im

Kanton Zürich (Anzahl Betriebe, Bettenbestand und Betriebsgrösse nach Standortbezirk), zur Wohnbevölkerung des Kantons (gegliedert nach Altersgruppen und Bezirken), zu den Klientinnen und Klienten der Langzeitpflegeinstitutionen (Aufenthaltsdauer, Wohnsitz), zum Personal (Einsatzbereich, Ausbildung, Stellenzahl), zu den Finanzen (Nettobetriebskosten, Betriebsertrag) und zu den Spitex-Organisationen (Entwicklung, Anzahl Stellen und Personal, Dienstleistungen, Aufwand und Ertrag). Aufgrund der vorliegenden Bestimmung sollen auch weitere Veröffentlichungen von Daten von allgemeinem Interesse möglich sein, insbesondere der Kosten- und Leistungsvergleich zwischen den verschiedenen Leistungserbringern (Benchmark). Es ist zu erwarten, dass auch die Gemeinden betriebsbezogene Daten von Leistungserbringern veröffentlichen werden, insbesondere zur Darstellung des kommunalen Leistungsangebotes.

Mit der Regelung in § 28 soll die Aufgabenerfüllung der zuständigen Gemeindestellen vereinfacht und sichergestellt werden, dass die Abklärung des für die Leistungspflicht erforderlichen Wohnsitzes der Leistungsbezüglerinnen und -bezügler ohne Einzelabfragen bei der Einwohnerkontrolle möglich ist.

§ 29 hält in allgemeiner Form die bei den Gemeindestellen und der Direktion zu führenden Informationsbestände fest. Gemäss Abs. 2 haben die Direktion und die Gemeinden zum Schutz der bearbeiteten Daten vor unbefugtem Zugriff die internen Zugriffsberechtigungen schriftlich zu regeln. Nach Abs. 3 ist die Datenhaltung, soweit möglich, so zu gestalten, dass Gesundheits- und Rechnungsdaten getrennt aufbewahrt werden. Weitere Datenschutzmassnahmen, die von der Direktion und den Gemeinden zu berücksichtigen sind, ergeben sich direkt aus dem IDG. So sieht § 11 IDG beispielsweise vor, dass Personendaten gelöscht, anonymisiert oder pseudonymisiert werden müssen, sobald und soweit dies möglich ist.

§ 30 legt fest, dass bei jeder Übermittlung von Personendaten vorweg ihre Schutzwürdigkeit geprüft und eine dieser Schutzwürdigkeit entsprechende Übermittlungsform gewählt werden muss. Eine ungesicherte oder unverschlüsselte elektronische Übermittlung von nicht anonymisierten, heiklen Gesundheitsdaten ist beispielsweise grundsätzlich zu unterlassen.

5. Abschnitt: Schlussbestimmungen

§ 32. Änderung bisherigen Rechts

Das Gesundheitsgesetz vom 2. April 2007 regelt in §§ 41 und 42 die Zuständigkeit von Regierungsrat und Gesundheitsdirektion im Zu-

sammenhang mit der Festsetzung der Spital- und Pflegeheimlisten sowie die Ermächtigung zur Datenerhebung bei Institutionen der Spital- und Pflegeheimlisten. Da die entsprechenden Rechtsgrundlagen für Pflegeheime neu im Pflegegesetz verankert werden (§§ 4, 8 und 23–31), sollen die eingangs erwähnten Bestimmungen ausschliesslich im Zusammenhang mit der Planung und Festsetzung der Spitallisten zur Anwendung gelangen, weshalb das Gesundheitsgesetz vom 2. April 2007 entsprechend anzupassen ist. In § 64 ist festzulegen, welche Bestimmungen des Gesundheitsgesetzes vom 4. November 1962 mit dem neuen Pflegegesetz weiterhin Geltung haben.

Bisher wurden die Spitäler und Pflegeheime im Gesundheitsgesetz vom 4. November 1962 unter der gemeinsamen Bezeichnung Krankenhäuser geführt. Da die entsprechenden Rechtsgrundlagen für Pflegeheime neu im Pflegegesetz verankert werden, ist der Geltungsbereich der §§ 39 und 40 auf Spitäler zu beschränken, wobei der bisherige materielle Gehalt für die Spitäler beizubehalten ist. In § 39 Abs. 5 ist indessen (analog zu § 3 der Gesetzesvorlage) neu festzuhalten, dass der Regierungsrat den nach der Bundesgesetzgebung über die Krankenversicherung für alle Kantonseinwohnerinnen und -einwohner geltenden kantonalen Anteil an den Leistungen der Spitäler festlegt. Der kantonale Anteil beträgt mindestens 55% (Art. 49a Abs. 2 KVG in der Fassung vom 21. Dezember 2007). Weiter ist in §§ 39 und 40 sowie auch in § 59 die Bezeichnung «Staat» durch «Kanton» zu ersetzen, da der Begriff «Staat» in einem weiten Sinne auch die kommunale Ebene umfasst; gemeint ist aber der Kanton Zürich, der als öffentlich-rechtliche Körperschaft Aufgaben oder Kostenanteile übernimmt. Die bisherige Regelung der Spitex-Institutionen in §§ 59a–59f schliesslich ist mit deren Neuregelung im Pflegegesetz aufzuheben.

In § 19a ZLG erfolgt schliesslich eine Präzisierung für den Bezug von Zuschüssen wegen der vom Bund im ELG neu vorgesehenen Vermögensfreibeträge.

§ 33. Aufhebung bisherigen Rechts

Entsprechend den Ausführungen unter Ziff. 3.3.5 ist das Heimbeitragsgesetz aufzuheben.

3.5.2 Verordnung über die Staatsbeiträge an die Krankenpflege

Neben dem Ersatz der bisherigen Sammelbezeichnung «Krankenhaus» durch die Bezeichnungen «Spital» oder «Pflegeheim» sowie der Anpassung von Gliederungstiteln sind im Wesentlichen redaktionelle Anpassungen der Beitragsverordnung erforderlich.

In § 1 wird der Begriff «Staat» in Übereinstimmung mit der redaktionellen Anpassung in § 59 des Gesundheitsgesetzes vom 4. November 1962 durch «Kanton» ersetzt. Zudem wird in § 1 Ziff. 2 nicht mehr der materielle Gehalt von § 59 des Gesundheitsgesetzes vom 4. November 1962 erwähnt, sondern direkt auf diese Bestimmung verwiesen. In § 1 Ziff. 3 wird – wie bisher sinngemäss in Ziff. 5 und entsprechend der neuen Terminologie des Pflegegesetzes – die grundsätzliche Beitragsberechtigung der Gemeinden für die stationäre und ambulante Pflegeversorgung festgehalten. Weiter werden in § 1 Ziff. 4 (bisher Ziff. 3), im Titel vor § 40 sowie in den §§ 40 und 52 der überholte Begriff «Schulen für Krankenpflege- und Krankenhauspersonal» durch «Schulen für nicht-ärztliches Gesundheitspersonal» ersetzt. Die bisher in § 1 Ziff. 4 erwähnte Möglichkeit zur Leistung von Staatsbeiträgen an die Anschaffung von Wagen für den Transport von Kranken und Verunfallten ist, nachdem die entsprechenden Ausführungsbestimmungen in §§ 42–46 bereits auf Ende 1990 aufgehoben wurden, im Sinne einer redaktionellen Bereinigung aufzuheben bzw. nicht mehr in der Beitragsverordnung aufzuführen.

In § 2 Ziff. 1 wird die Wendung «Spitäler für die kurzfristige Kranken- und Unfallbehandlung und Geburtshilfe» durch «Spitäler für die stationär akute Kranken- und Unfallbehandlung und Geburtshilfe» ersetzt. Die bisherige Ziff. 2, die verschiedene Arten von Pflegeheimen umschreibt, wird in einen geänderten Abs. 2 übergeführt, unter gleichzeitiger Anpassung an die in § 35 lit. b des Gesundheitsgesetzes vom 2. April 2007 verwendeten Begriffe zur Umschreibung von Pflegeheimen. Die bisher in § 2 Ziff. 3–5 umschriebenen Spitalkategorien werden – unter gleichzeitiger redaktioneller Anpassung der bisherigen Begriffe – in Ziff. 2 und 3 übergeführt. Mit dem geänderten Abs. 2 wird der bisherige Abs. 2, wonach die Gesundheitsdirektion einerseits die Krankenheimabteilungen in den Spitälern und die Pflegeheimabteilungen in den Altersheimen zu bezeichnen und andererseits die anrechenbare Zahl Betten je Krankenhaus und Pflegeabteilung festzulegen hat, «überschrieben» bzw. aufgehoben. Diese Regelungen sind, nachdem bei den genannten Pflegeeinrichtungen die Pflegebedarfsstufen der pflegebedürftigen Personen für die Bemessung der Staatsbeiträge massgebend sind, hinfällig geworden.

Mit der Änderung des Titels vor § 3 gelten die §§ 3–24 über die Voraussetzungen und die Gewährung von Kostenanteilen an Investitionen (Neu-, Erweiterungs- und Umbauten sowie ihrer Ausstattung), an Anschaffungen und Unterhaltsarbeiten sowie an den Betrieb nur noch für Spitäler, nicht aber für Pflegeheime. Die Grundsätze für die Ausrichtung von Kostenanteilen an Gemeinden für Pflegeleistungen der Pflegeheime sind neu im Pflegegesetz (§§ 16–19) geregelt.

In § 16 Abs. 1 wird die erstinstanzliche Entscheidbefugnis zur Abordnung von Bauverbindungsleuten im Sinne der Zielsetzungen der laufenden Verwaltungsverfahrensreform zur Anpassung des kantonalen Rechts an die Rechtsweggarantie und an das Bundesgerichtsgesetz (erstinstanzliche Entscheidbefugnis auf Stufe Amt, bei Wichtigkeit einer Anordnung ausnahmsweise erstinstanzliche Zuständigkeit einer Direktion) vom Regierungsrat auf die Gesundheitsdirektion und die Baudirektion übertragen.

§ 6 hält fest, dass die Gesundheitsdirektion den Spitälern nach Voranzeige Patientinnen und Patienten zuweisen kann, die andernorts nicht untergebracht werden können oder deren Krankheit eine Verlegung als geboten erscheinen lässt, wobei dadurch die Aufnahmebereitschaft des Spitals für Kranke seines eigenen Einzugsbereichs nicht beeinträchtigt werden darf. Im eingeschobenen neuen § 25a wird festgehalten, dass diese Zuweisungskompetenz ergänzend zu den Bestimmungen des Pflegegesetzes sinngemäss auch für Pflegeheime gilt.

In § 26 wird wie bisher festgehalten, dass als kommunale und regionale Spitäler solche mit örtlich begrenztem Einzugsbereich gelten, insbesondere auch die Stadt- und Landspitäler. Neu werden aber die im bisherigen § 26 aufgeführten Krankenhäuser nicht mehr erwähnt, da diese Unterteilung für Pflegeheime keine Bedeutung mehr hat.

In § 29 Abs. 1 wird mit der Neuformulierung des Ingresses klargestellt, dass die unmittelbar nachfolgenden Werte nur noch für Spitäler, nicht aber für Pflegeheime gelten, wobei die nach Finanzkraft abgestuften Staatsbeitragsätze unverändert bleiben. Abs. 2 ist mit dem Wechsel zur neuen leistungsbezogenen Finanzierung der Pflegeheime hinfällig geworden und wird deshalb aufgehoben. Der bisherige Abs. 3, wonach bei unterschiedlichen Kostenanteilen die Zweckbestimmungen der jeweiligen Aufwendungen massgebend sind, hat weiterhin für Spitäler Geltung und wird zu Abs. 2. Im nachfolgenden neuen Abs. 3 werden die nach Finanzkraft der Wohngemeinden abgestuften Staatsbeitragsätze für Pflegeleistungen der Pflegeheime festgelegt, wobei die Abstufung der Beiträge entsprechend der bisherigen Beitragsskala für Pflegeeinrichtungen (= letzte Spalte des bisherigen Abs. 2) erfolgt. Abs. 4 wird aufgehoben, da wie erwähnt keine Beiträge mehr an die Kosten der Unterkunft für pflegebedürftige Personen ausgerichtet werden und da das Heimbeitragsgesetz aufgehoben wird.

In § 41 Abs. 2 wird im Sinne einer redaktionellen Bereinigung klar gestellt, dass die Subventionen an Schulen für nichtärztliches Gesundheitspersonal nach wie vor an die Bedingung geknüpft sind, dass diese den zürcherischen Spitälern und Pflegeheimen in angemessenem Umfang Personal zur Verfügung stellen.

Da die Bandbreite der Staatsbeitragssätze neu im Pflegegesetz geregelt wird, ist der Ingress von § 49 entsprechend anzupassen. Die bisherige Staatsbeitragsskala bleibt unverändert.

In § 53 Abs. 1 wird der Begriff «Krankenhäuser» durch «Spitäler und Pflegeheime» ersetzt. Abs. 2 und 3 bleiben unverändert.

Bei § 57 mit der Marginalie «Ausnahmeregelungen durch den Regierungsrat» bleibt Abs. 1 unverändert. Der bisherige Abs. 2, mit dem auch Beiträge an Pflegeanstalten ausgerichtet werden können, die nicht bzw. nur teilweise als Spitäler oder Pflegeheime im Sinne von § 2 gelten, aber zur Aufnahme von Kranken geeignet sind und die Krankenhäuser entlasten, kam, da heute ein ausgebautes Versorgungsnetz an Spitälern und Pflegeheimen besteht, während der letzten Jahre nicht mehr zur Anwendung und ist deshalb aufzuheben. Im geltenden Abs. 3 wird festgehalten, dass an Gemeinden an der Kantonsgrenze, die ihren Einwohnerinnen und Einwohnern Beiträge an die Kosten der stationären Behandlung in benachbarten ausserkantonalen Krankenhäusern entrichten, Staatsbeiträge an diese Auslagen entrichtet werden können. Die Ausrichtung von Beiträgen an ausserkantonale Hospitalisationen erfolgt heute gestützt auf § 6 des Einführungsgesetzes zum Krankenversicherungsgesetz vom 13. Juni 1999, weshalb § 57 Abs. 3 aufzuheben ist.

3.6 Finanzielle Auswirkungen der vorgeschlagenen Neuregelungen

3.6.1 Ausgangslage

Das Bundesgesetz über die Neuordnung der Pflegefinanzierung tritt auf den 1. Januar 2011 in Kraft. Mit der Neuordnung sind wie dargelegt wesentliche Veränderungen bei der Pflegeversorgung und deren Finanzierung (Einführung der Akut- und Übergangspflege; Wechsel auf ein neues zwölfstufiges Pflegebedarfssystem in der stationären Versorgung, Beiträge der öffentlichen Hand auch an privat-kommerzielle Institutionen sowie freiberufliche Pflegefachpersonen, national einheitliche Tarife, Kostenbeiträge der Leistungsbezügerinnen und -bezüger; Finanzierung der Restkosten durch die Gemeinden, unterstützt durch den Kanton) verbunden.

Hochrechnungen über die Auswirkungen der Neuregelung sind naturgemäss mit Unsicherheiten behaftet. Um diese Unsicherheiten so weit wie möglich zu vermindern und um für alle Betroffenen grösstmögliche Transparenz über die Auswirkungen zu schaffen, beauftragte die Gesundheitsdirektion eine auf die Beratung der öffentlichen Hand in Finanzierungs-, Subventions- und Organisationsfragen spezialisierte

Firma, die heutige Belastung der Finanzierer und die voraussichtlichen Veränderungen aus der Neuordnung der Pflegefinanzierung zu analysieren. Die Arbeiten der externen Experten wurden durch eine Arbeitsgruppe begleitet, in der neben dem Gemeindepräsidentenverband und den Städten Zürich und Winterthur auch die Verbände der öffentlichen und privat-gemeinnützigen Leistungserbringer und das Kantonale Sozialamt vertreten waren. Die Berechnungen beruhen auf einer repräsentativen Stichprobe von Leistungserbringern, für die detaillierte Leistungs- und Kostendaten des Pflegeheim-Verbandes Curaviva und der Gesundheitsdirektion (Spitex-Statistik) zur Verfügung standen. Für die Kosten der privaten gewinnorientierten ambulanten und stationären Institutionen sowie der freiberuflich tätigen Pflegefachpersonen, von denen keine Daten zur Verfügung standen, wurden plausible Annahmen getroffen. Damit war zum einen eine verlässliche Berechnung der heutigen Kosten möglich, und zum andern konnten verschiedene für die Kostenprognose massgebliche Faktoren quantifiziert werden.

Aufgrund der spezifischen Rahmenbedingungen bleiben zum heutigen Zeitpunkt aber einzelne Prognoseunsicherheiten bestehen:

- Bei den vom Bund bereits festgelegten Tarifen der Krankenversicherer für die Entgeltung der Pflegeleistungen von Pflegeheimen wird auf ein neues zwölfstufiges Pflegebedarfssystem abgestellt. Die Abstufung erfolgt in Schritten von je 20 Minuten. Da die heute in den Heimen eingesetzten Pflegebedarfsabklärungssysteme BESA, RAI-RUG und Plaisir nicht mit dem neuen System kompatibel sind, wurde eine nationale Arbeitsgruppe mit der Ausarbeitung von Richtlinien für die Überführung der heutigen Einstufungen auf das neue zwölfstufige System beauftragt. Mit den entsprechenden Festlegungen ist frühestens per Ende 2010 zu rechnen; ohne sie kann kein abschliessender Vergleich zwischen heutigen und künftigen Krankenversicherungsbeiträgen vorgenommen werden.
- Gemäss den Übergangsbestimmungen zur KVG-Änderung vom 13. Juni 2008 ist die Kantonsregierung verpflichtet, die heute geltenden Pflgetarife und Tarifverträge innert dreier Jahre nach Inkraftsetzung der Neuordnung der Pflegefinanzierung an die neuen, vom Bundesrat festgesetzten Beiträge an die Pflegeleistungen anzupassen. Der Regierungsrat hat entschieden, die Tarife der ambulanten und stationären Leistungserbringer im ersten Jahr der Übergangsfrist – also bis Ende 2011 – unverändert zu lassen. Die weiteren Schritte zur Überführung werden zu einem späteren Zeitpunkt festgelegt. *santésuisse* hat allerdings die Tarifverträge mit den Pflegeheimen bereits auf 31. Dezember 2009 gekündigt. Die Tarife des bisherigen RAI-RUG-Vertrags sind bis 31. Dezember

2010 verlängert worden, jene des BESA-Vertrages sind noch bis 30. Juni 2010 gültig. Es ist noch offen, welche Tarife bis zur endgültigen Einführung des Tarifsystems und der neuen Tarife zur Anwendung kommen werden.

3.6.2 Pflegekosten

Die nachfolgenden Kostenprognosen beruhen auf den Kosten- und Leistungsdaten für das Jahr 2008. Die Pflegekosten setzen sich zu rund 90% aus direkten Kosten (vor allem Personalkosten) und zu rund 10% aus Umlagen (Gebäude, Verwaltung, Hausdienst usw.) zusammen.

Mit der Neuordnung der Pflegefinanzierung wird die neue Leistungskategorie der Akut- und Übergangspflege eingeführt; für diese Leistungskategorie gelten bezüglich Kostenteiler zwischen Versicherern, Leistungsbezügerinnen und -bezügern und öffentlicher Hand die Regeln der Spitalfinanzierung. Aufgrund von Informationen aus den Betriebsstatistiken der Spitäler wurden jene Leistungen abgeschätzt, die nach Einführung der Neuordnung der Pflegefinanzierung als Akut- und Übergangspflege verordnet werden könnten und die somit anderen Finanzierungsregelungen unterliegen als die Pflegeleistungen.

Im stationären Bereich fielen 2008 rund 564 Mio. Franken Pflegekosten an. Künftig werden davon voraussichtlich rund 10 Mio. Franken auf die Akut- und Übergangspflege entfallen.

Die Kosten im ambulanten Bereich betragen 2008 rund 121 Mio. Franken bei den Spitex-Institutionen und rund 3 Mio. Franken bei freiberuflichen Pflegefachpersonen. Künftig werden davon etwa 8 Mio. Franken auf die Akut- und Übergangspflege entfallen.

In der Summe betragen 2008 die Kosten aller ambulanten und stationären Pflegeleistungen rund 688 Mio. Franken; davon entfielen etwa 18 Mio. Franken auf Leistungen, die inskünftig der Akut- und Übergangspflege zuzuordnen sind.

Tabelle 2: Pflegekosten 2008 (in Mio. Franken)

	Pflegeheime	Spitex	FPFP ¹	Total
Pflegeleistungen	554	113	3	670
Leistungen, die inskünftig der Akut- und Übergangspflege zugeordnet sind	10	8	0	18
Total	564	121	3	688

¹ Freiberufliche Pflegefachpersonen

3.6.3 Umsetzung der Gesetzesänderungen in zwei Etappen

Die Neuordnung der Pflegefinanzierung wird in zwei Etappen vollzogen:

In *Etappe I* werden auf den 1. Januar 2011 folgende wesentlichen Elemente der Neuordnung in Kraft treten:

- Kostenbeteiligung der Leistungsbezüglerinnen und -bezügler im Bereich der Pflegeleistungen,
- Restfinanzierung durch die Gemeinden,
- Bemessung der Staatsbeiträge an die ambulanten und stationären Pflegeleistungen auf der Grundlage von Normdefiziten,
- Kostenanteile der öffentlichen Hand an die Kosten der Pflegeleistungen und der Leistungen der Akut- und Übergangspflege der privaten gewinnorientierten Institutionen und der freiberuflich tätigen Pflegefachpersonen.

In *Etappe II* werden spätestens auf den 1. Januar 2014 die kantonalen Tarife der Krankenversicherer an die neuen, vom Bundesrat festgelegten national einheitlichen Beiträge angepasst. Die Anpassung kann in einem oder in mehreren Schritten erfolgen.

Die Auswirkungen auf die Kostenträger werden nachfolgend jeweils nach diesen beiden Etappen aufgegliedert. Dabei werden die Auswirkungen des Systemwechsels dargestellt. Zusätzliche kostenverändernde Wirkungen wie Mengenentwicklung und Teuerung werden ausgeblendet, um die Auswirkungen des Systemwechsels nicht mit anderen Einflussfaktoren zu überlagern. Den Zahlen ist ein Kostenbenchmarking auf das 40. Perzentil gemäss § 16 Abs. 3 der Neuregelung zugrunde gelegt.

3.6.4 Auswirkungen bei den Kosten der Pflegeleistungen

Obligatorische Krankenpflegeversicherung

2008 beliefen sich die Beiträge der OKP an die ambulante und stationäre Pflege auf rund 346 Mio. Franken. Dies entspricht rund der Hälfte der unter Ziff. 3.6.2 erwähnten Gesamtkosten von 688 Mio. Franken. Die Änderungen gemäss Etappe I werden die OKP weder be- noch entlasten. Die Anpassung der kantonalen Tarife an die neuen national einheitlichen Pfelegetarife hingegen wird bei den Krankenversicherern im Kanton Zürich in Etappe II zu einer Senkung der Belastung um rund 37 Mio. Franken führen.

Leistungsbezügerinnen und -bezüger

Die wesentliche Veränderung aus Sicht der Leistungsbezügerinnen und -bezüger ist die Einführung der Kostenbeteiligung bei den Kosten der Pflegeleistungen ab 1. Januar 2011. Dies wird sie zunächst um rund 30 Mio. Franken zusätzlich belasten. Mit der Senkung der Versichererbeiträge bis spätestens 2014 kommen weitere rund 3 Mio. Franken dazu; die Mehrbelastung aus der Neuordnung der Pflegefinanzierung beläuft sich für die Leistungsbezügerinnen und -bezüger somit auf insgesamt rund 33 Mio. Franken.

Gemeinden

Die Kosten der Gemeinden aus der stationären und ambulanten Langzeitpflege beliefen sich 2008 auf insgesamt 194 Mio. Franken. Die kumulierten Änderungen gemäss Etappe I führen vorübergehend zu einer Entlastung der Gemeinden um rund 6 Mio. Franken aufgrund der Kostenbeteiligung der Leistungsbezügerinnen und -bezüger sowie der höheren Beiträge des Kantons; diese temporäre Abnahme wird sich bis 2014 jedoch in eine Zunahme um 23 Mio. Franken gegenüber 2008 wandeln, da die Senkung der Versichererbeiträge nur zu einem sehr kleinen Teil von den Leistungsbezügerinnen und -bezügern zu übernehmen ist; sie muss vielmehr fast vollständig durch die öffentliche Hand (Gemeinden und Kanton) getragen werden. Die Gesamtbelastung der Gemeinden aus der Pflegeversorgung wird sich dannzumal auf rund 217 Mio. Franken belaufen.

Kanton

Die ungedeckten Kosten aus der Pflegeversorgung sind wie erwähnt von den Gemeinden zu übernehmen. Der Kanton entrichtet Kostenanteile an die Leistungen der Gemeinden; diese bemessen sich an nach Aufwand abgestuften Normdefiziten für den stationären und den ambulanten Leistungsbereich, ermittelt durch ein Benchmark auf das 40. Perzentil (§ 16 Abs. 3). Die Kostenanteile führen in Etappe I zu einer Belastung des Kantons von rund 39 Mio. Franken, was einer Zunahme um 14 Mio. Franken entspricht. Mit der nationalen Vereinheitlichung der Versicherertarife in Etappe II kommen weitere 5 Mio. Franken dazu, entsprechend einer Gesamtbelastung von dannzumal rund 44 Mio. Franken bzw. einer Zunahme gegenüber 2008 um insgesamt 19 Mio. Franken.

Bei der Zuordnung der Kosten der stationären Pflegeleistungen auf die verschiedenen Kostenträger blieb sodann ein Unschärfebereich von rund 6% bzw. 37 Mio. Franken des Gesamtaufwandes bestehen, der auf der Grundlage der vorhandenen Daten nicht weiter aufgeschlüsselt werden konnte.

Tabelle 3: Aufteilung der Pflegekosten auf die Kostenträger
(in Mio. Franken)

	2008 ¹			Etappe I ²			Etappe II ²			Total ³
	Stat.	Amb.	Total	Stat.	Amb.	Total	Stat.	Amb.	Total	
OKP	269	77	346	269	77	346	230	79	309	-37
Leistungsbezüger/innen	85	0	85	85	30	115	88	30	118	+33
Kanton	11	14	25	36	3	39	42	2	44	+19
Gemeinden	162	32	194	174	14	188	204	13	217	+23
Alle Finanzierungsträger (unklare Zuteilung)	37		37			0			0	-37
Total			687			688			688	

¹ Ausgewiesene Kosten

² Vollkosten

³ Veränderung durch Systemwechsel insgesamt (rundungsbedingte Abweichungen von ±1)

3.6.5 Auswirkungen bei den Kosten der nichtpflegerischen Leistungen

Obligatorische Krankenpflegeversicherung

Da die OKP keine Kostenbeiträge an nichtpflegerische Leistungen erbringt, haben die Neuregelungen keine Auswirkungen auf sie.

Leistungsbezügerinnen und -bezüger und öffentliche Hand

Eine vollständige Überwälzung der nichtpflegerischen Leistungen im Bereich der stationären Versorgung würde zu einer deutlichen Mehrbelastung der Leistungsbezügerinnen und -bezüger führen. Den Gemeinden ist es aber freigestellt, die Leistungen gegenüber den Bezügerinnen und Bezügeren zu vergünstigen, und es ist davon auszugehen, dass dies auch der Fall sein wird. Das Ausmass dieser Vergünstigungen wird sich erst in der Praxis weisen; Prognosen zu den Auswirkungen im Sinne von Mehr- oder Minderbelastungen der Leistungsbezügerinnen und -bezüger einerseits und der öffentlichen Hand andererseits sind deshalb nicht möglich.

Dasselbe gilt im Prinzip auch für die nichtpflegerischen Leistungen im ambulanten Bereich: Gemäss der heutigen Regelung darf die einzelne Leistungsbezügerin oder der einzelne Leistungsbezüger mit höchstens 50% der kantonalen Normkosten belastet werden. Nach der künftigen Regelung wird das gesamte Patientenkollektiv einer Spitex-Institution nicht mehr als 50% der Vollkosten dieser Institution über-

nehmen müssen. Für einzelne Leistungsbezügerinnen und -bezüger kann dies bedeuten, dass sie auch mehr als 50% der Kosten ihrer nicht-pflegerischen Leistungen übernehmen müssen, wenn ihre finanzielle Situation es zulässt. Insgesamt ist davon auszugehen, dass die Leistungsbezügerinnen und -bezüger aufgrund der Neuordnung eine etwas höhere Belastung erfahren werden als heute. Wie hoch diese Mehrbelastung ist, ist allerdings von der Ausgestaltung der kommunalen Tarifreglemente abhängig. Deren Festsetzung liegt in der Hoheit der Gemeinden und kann für die Kostenprognose nicht vorhergesagt werden. Für den Kanton wird das Verhalten der Gemeinden in diesem Bereich keine Auswirkungen haben, da er heute wie in Zukunft nicht mehr als den gemeindespezifischen Staatsbeitrag an den kantonalen Normbeitrag entrichtet.

3.6.6 Kostenauswirkungen im Bereich der Zusatzleistungen zur AHV/IV

Kostenbeteiligung an den Pflegekosten

Die Mehrbelastung der Leistungsbezügerinnen und -bezüger aus der Kostenbeteiligung an den Pflegekosten führt einerseits zu einer stärkeren Belastung heutiger Bezügerinnen und Bezüger von Zusatzleistungen. Andererseits beantragen Personen neu Zusatzleistungen zur AHV/IV, da sie die neue Kostenbeteiligung nicht mehr vollständig aus eigenen Mitteln zu tragen vermögen. Zusatzleistungen werden zu 56% durch die Gemeinden und zu 44% durch den Kanton getragen. An die ausgerichteten Ergänzungsleistungen zur AHV/IV erhält der Kanton einen Bundesbeitrag.

Da keine genügend detaillierten statistischen Daten über die Bezügerinnen und Bezüger von Zusatzleistungen vorlagen, musste für die Kostenprognosen in diesem Bereich auf folgende Informationen und Annahmen abgestellt werden:

- Im Bereich der stationären Pflegeversorgung wird davon ausgegangen, dass etwa die Hälfte der Leistungsbezügerinnen und -bezüger Zusatzleistungen erhalten. Die Kostenbeteiligung aus der Neuordnung der Pflegefinanzierung wird bei diesen Personen vollumfänglich durch Zusatzleistungen kompensiert. Zusätzlich wird davon ausgegangen, dass durch neue Fälle die Zusatzleistungen um weitere 20% steigen.
- Im Bereich der ambulanten Pflege wird von einem niedrigeren Anteil der Zusatzleistungs-Bezügerinnen und -Bezüger als im Heimbereich ausgegangen. Für die Schätzung wird bei heutigen Bezügerinnen und Bezügern mit einem Sechstel der höheren Kos-

tenbeteiligung in Form höherer Zusatzleistungen gerechnet. Zusätzlich wird auch hier davon ausgegangen, dass durch neue Fälle die Zusatzleistungen um weitere 20% steigen.

Beruhend auf den Annahmen aus der Kostenermittlung für die Pflege ergeben sich somit folgende Auswirkungen auf die Zusatzleistungen:

- Die neue Kostenbeteiligung der Leistungsbezügerinnen und -bezüger an den Kosten der ambulanten und stationären Pflege von insgesamt 33 Mio. Franken führt zu geschätzten höheren Zusatzleistungen zur AHV/IV von rund 6,5 Mio. Franken; diese gehen mit rund 3,6 Mio. Franken zulasten der Gemeinden und mit rund 2,9 Mio. Franken zulasten des Kantons.
- Zusätzlich entstehen neue Ansprüche auf Zusatzleistungen von geschätzten 1,3 Mio. Franken, wovon rund 0,7 Mio. Franken von den Gemeinden und rund 0,5 Mio. Franken vom Kanton zu tragen sind (0,1 Mio. Franken entfallen auf den Bund).

Die verhältnismässig tiefe zusätzliche Belastung ergibt sich aus dem Umstand, dass die höhere Kostenbeteiligung beinahe ausschliesslich bei der ambulanten Pflege anfällt.

Auswirkungen bei den Kosten der nichtpflegerischen Leistungen

Wie dargelegt, hängt es von der Praxis der Gemeinden ab, ob und in welchem Ausmass sie die nichtpflegerischen ambulanten und stationären Leistungen auch inskünftig vergünstigen werden. Je höher die Vergünstigungen der Gemeinden, desto geringer die Mehrbelastung der Leistungsbezügerinnen und -bezüger und desto geringer auch die Ansprüche auf Zusatzleistungen, und umgekehrt.

Weitere Auswirkungen bei den Zusatzleistungen

Die neue Hilflosenentschädigung leichten Grades für Betagte wird in den Fällen zu einer Entlastung führen, wo sie für eine Leistung ausgerichtet wird, die heute mittels Krankheits- und Behinderungskosten der Ergänzungsleistungen gedeckt wird. Schätzungen gehen von rund 3,5 Mio. Franken aus, die im Kanton Zürich neu als Hilflosenentschädigungen leichten Grades ausgerichtet werden. Deren Finanzierung obliegt alleine dem Bund. Die Entlastung bei den Zusatzleistungen lässt sich nicht beziffern, sie dürfte jedoch gering sein und fällt beim Kanton und den Gemeinden an.

Im Rahmen der Neuordnung der Pflegefinanzierung werden auch die Vermögensfreigrenzen erhöht. Dies führt zu einer Zunahme bei den Ansprüchen auf Zusatzleistungen. Das Bundesamt für Sozialversicherungen schätzt die Mehrkosten bei den Ergänzungsleistungen gesamtschweizerisch auf 66 Mio. Franken; auf Anspruchsberechtigte im

Kanton Zürich dürften etwa 11 Mio. Franken entfallen. Dies führt zu einer Mehrbelastung der Gemeinden von etwa 6 Mio. Franken, des Kantons von 2 Mio. Franken und des Bundes von 3 Mio. Franken.

Des Weiteren wird im Rahmen der Neuordnung der Pflegefinanzierung eine Bestimmung eingeführt, wonach die Sozialhilfeabhängigkeit bei einem Aufenthalt im Pflegeheim nach Möglichkeit vermieden werden soll. Diese Anforderung soll mit einer Ausweitung der Anspruchsberechtigung für Zuschüsse umgesetzt werden. Die finanziellen Auswirkungen sind schwierig abschätzbar, dürften jedoch auch hier gering sein, da nur von einer geringen Anzahl Fälle ausgegangen werden muss.

3.6.7 Auswirkungen unterschiedlicher Überführungsmodalitäten bei den Pflegetarifen

Das Bundesgesetz über die Neuordnung der Pflegefinanzierung beauftragt die Kantone mit der Festlegung der Modalitäten für die Überführung der bisherigen kantonalen Pflegetarife auf die neuen, national einheitlichen Tarife. Die Mehrbelastung aus den national einheitlichen Tarifen beläuft sich bei den Leistungsbezügerinnen und -bezüger auf rund 3 Mio. Franken, beim Kanton auf rund 5 Mio. Franken und bei den Gemeinden auf rund 29 Mio. Franken. Bei einer – allenfalls auch gestaffelten – Anpassung der Pflegetarife vor dem 1. Januar 2014 fallen auch die erwähnten Mehrbelastungen von Kanton und Gemeinden entsprechend früher an.

3.7 Finanzielle Auswirkungen, falls die Gesetzesänderung nicht bis zum Inkrafttreten der Neuordnung der Pflegefinanzierung in Kraft tritt

Tritt die hier vorgesehene Gesetzesänderung bis zur Einführung der Neuordnung der Pflegefinanzierung am 1. Januar 2011 nicht in Kraft, können die Leistungsbezügerinnen und -bezüger mangels Rechtsgrundlage nicht an den Pflegekosten beteiligt werden. Unter Berücksichtigung des Tarifschutzes gemäss KVG würde sich somit der bisherige Restfinanzierungsanteil der öffentlichen Hand für Pflegeleistungen von rund 220 Mio. Franken um bis zu 115 Mio. Franken erhöhen. Insgesamt würden entsprechend den für Pflegeheime bzw. für ambulante Leistungserbringer geltenden Staatsbeitragsätzen zusätzlich rund 90 Mio. Franken zulasten der Gemeinden und rund 25 Mio. Franken zulasten des Kantons anfallen.

3.8 Inkrafttreten

Die neuen bundesrechtlichen Bestimmungen treten auf den 1. Januar 2011 in Kraft. Eine zeitgleiche und geordnete Umsetzung der Vorgaben des Bundes auf Kantonsebene erfordert, dass das dem fakultativen Referendum unterstehende Pflegegesetz im Sinne von Art. 37 der Kantonsverfassung (KV) für dringlich erklärt und auf den 1. Januar 2011 in Kraft gesetzt wird. Wird das Referendum ergriffen, ist innert sechs Monaten nach Inkrafttreten des Gesetzes eine Volksabstimmung durchzuführen; wird das Gesetz in der Volksabstimmung abgelehnt, so tritt es unmittelbar danach ausser Kraft (Art. 37 Abs. 2 und 3 KV).

Im Namen des Regierungsrates

Die Präsidentin:	Der Staatsschreiber:
Aeppli	Husi

Anhang

Verordnung über die Staatsbeiträge an die Krankenpflege

(Änderung 28. April 2010)

Der Regierungsrat beschliesst:

1. Die **Verordnung über die Staatsbeiträge an die Krankenpflege** vom 26. Februar 1968 wird wie folgt geändert:

Ersatz von Bezeichnungen

In § 3 Abs. 1 und 3, § 4 Abs. 1–3, § 5, § 6 Abs. 1 und 2, § 8, § 13 Abs. 1 Ziff. 3, § 20, § 23 Abs. 1, § 24, § 27 Abs. 1 und 2, § 32 Abs. 1, § 33, § 34 Abs. 1 und 2, § 35 Abs. 2, § 36, § 37, § 38 Abs. 1 und 2 sowie § 39 Abs. 1 werden die Ausdrücke «Krankenhaus», «Krankenhäuser» bzw. «Krankenhausbetrieb» durch «Spital», «Spitäler» bzw. «Spitalbetrieb» ersetzt.

§ 1. Der Kanton 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 akut Kranke bei Platzmangel gemäss § 59 des Gesetzes über das Gesundheitswesen vom 4. November 1962;
3. an Gemeinden für die stationäre und ambulante Pflegeversorgung;
4. an Schulen für nichtärztliches Gesundheitspersonal.

Ziff. 5 wird aufgehoben.

Beitragsberechtigte Krankenpflege

I. Spitäler und Pflegeheime

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

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

Ziff. 4 und 5 werden aufgehoben.

² Als Pflegeheime im Sinne dieser Verordnung gelten Alters- und Pflegeheime, Pflegezentren, Pflegewohnungen, Sterbehospize und andere stationäre Pflegeeinrichtungen im Sinne des KVG.

Titel vor § 3

A. Spitäler mit Taxen im Rahmen der Taxordnung für kantonale Spitäler

Bauverbin-
dungsleute

§ 16. ¹ Die Gesundheitsdirektion und die Baudirektion können zur Überwachung der Bauausführung ständige Verbindungsleute ab-
ordnen.

Abs. 2 und 3 unverändert.

B. Pflegeheime

Ergänzende
Bestimmung

§ 25 a. Ergänzend zu den Bestimmungen des Pflegegesetzes vom . . . gilt die Zuweisungskompetenz nach § 6 sinngemäss auch für Pfl-
geheime.

C. Höhe der Kostenanteile für Spitäler und Pflegeheime

1. Pflegeheime sowie kommunale und regionale Spitäler

Umschreibung

§ 26. Als kommunale und regionale Spitäler gelten solche mit örtlich begrenztem Einzugsbereich, insbesondere die Stadt- und Land-
spitäler.

Kosten-
anteilsatze

§ 29. ¹ Die Kostenanteile für Spitäler betragen:

Die letzte Spalte der Tabelle in Abs. 1 wird aufgehoben.

Der Tabellenkopf lautet wie folgt:

Finanzkraftindex	Investitionen	übrige Kostenanteile
------------------	---------------	-----------------------

Werte der Tabelle für die verbleibenden drei Spalten unverändert.

Abs. 2 wird aufgehoben.

Abs. 3 wird zu Abs. 2.

³ Die Kostenanteile für Pflegeleistungen der Pflegeheime betragen:

Finanzkraftindex der Wohngemeinde	Staatsbeitragssatz %
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

Abs. 4 wird aufgehoben.

Titel vor § 33:

2. Überregionale Spitäler

Titel vor § 37:

D. Subventionen für weitere Spitäler

III. Schulen für nichtärztliches Gesundheitspersonal

§ 40. ¹ Gemeinnützige 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. Subventions-
berechtigung

Abs. 2 unverändert.

§ 41. Abs. 1 unverändert.

² Die Subventionen sind an die Bedingung geknüpft, dass die Schule den zürcherischen Spitälern und Pflegeheimen in angemessenem Umfang Personal zur Verfügung stellt. Subventions-
bemessung und
-bedingung

Titel vor § 47:

V. Ambulante Pflegeversorgung

§ 48 wird aufgehoben.

Staats-
beitragsatz

§ 49. Die Staatsbeitragsätze gemäss § 19 Abs. 1 lit. b des Pflegegesetzes vom . . . betragen:

Nachfolgende Tabelle mit Werten zu Finanzkraftindex und Staatsbeitragsatz unverändert.

VII. Schlussbestimmungen

Vollzugsauftrag

§ 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 Ausführungsbestimmungen erlassen.

Kontrolle,
Grenzen der
Beitrags-
berechtigung

§ 53. ¹ Die 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.

Ausnahme-
regelung durch
den Regierung-
rat

§ 57. Abs. 1 unverändert.

Abs. 2 und 3 werden aufgehoben.

II. Diese Verordnungsänderung tritt gleichzeitig mit dem Pflegegesetz vom . . . in Kraft.

Im Namen des Regierungsrates

Die Präsidentin:

Aeppli

Der Staatschreiber:

Husi

Inhaltsverzeichnis zur Weisung

1.	Ausgangslage	13
1.1	Anlass für die Neuregelung	13
1.2	Heutige Pflegefinanzierung	14
	1.2.1 Spitex-Finanzierung	14
	1.2.2 Pflegeheimfinanzierung	14
1.3	Überblick über bereits erfolgte und laufende Revisionen der Finanzierungsbestimmungen für Spitäler, Pflegeheime und Spitex-Institutionen auf Ebene Kanton	15
2.	Überblick über die Neuordnung der Pflegefinanzierung auf Ebene Bund	16
2.1	Finanzierung von Pflegeleistungen	17
2.2	Finanzierung von Leistungen der Akut- und Übergangspflege	17
2.3	Anpassungen im Bereich der AHV- und Ergänzungsleistungsgesetzgebung	18
3.	Umsetzung der neuen bundesrechtlichen Vorgaben auf Ebene Kanton	18
3.1	Konzeptionelle Festlegungen	18
3.2	Ergebnisse des Vernehmlassungsverfahrens	19
3.3	Grundzüge der neuen Regelung auf Gesetzesstufe	21
	3.3.1 Gemeinsame Regelungen für die stationäre und ambulante Versorgung	21
	3.3.2 Spezielle Regelungen für die stationäre Pflegeversorgung (Pflegeheime)	24
	3.3.3 Spezielle Regelungen für die ambulante Pflegeversorgung (Spitex)	24
	3.3.4 Anpassungen an die revidierte AHV- und Ergänzungsleistungsgesetzgebung	25
	3.3.5 Aufhebung Heimbeitragsgesetz	26
3.4	Grundzüge der Regelung auf Verordnungsstufe	26
3.5	Bemerkungen zu den einzelnen Bestimmungen	27
	3.5.1 Pflegegesetz	27
	3.5.2 Verordnung über die Staatsbeiträge an die Krankenpflege	42
3.6	Finanzielle Auswirkungen der vorgeschlagenen Neuregelungen	45
	3.6.1 Ausgangslage	45

3.6.2	Pflegekosten	47
3.6.3	Umsetzung der Gesetzesänderungen in zwei Etappen	48
3.6.4	Auswirkungen bei den Kosten der Pflegeleistungen	48
3.6.5	Auswirkungen bei den Kosten der nichtpflegerischen Leistungen	50
3.6.6	Kostenauswirkungen im Bereich der Zusatzleistungen der AHV/IV	51
3.6.7	Auswirkungen unterschiedlicher Überführungsmodalitäten bei den Pfegetarifen	53
3.7	Finanzielle Auswirkungen, falls die Gesetzesänderung nicht bis zum Inkrafttreten der Neuordnung der Pflegefinanzierung in Kraft tritt	53
3.8	Inkrafttreten	54

