

## **Grundlagen Umsetzung Pflegefinanzierung im Jahr 2020 in Zürcher Alters- und Pflegeheimen**

### **Vorbemerkungen**

Seit dem Jahr 2011 ist die Finanzierung der Pflegeleistungen neu geordnet. Die Pflegeleistungen sind gesetzlich eingeschränkt auf Untersuchungen, Behandlungen und Pflegemassnahmen, die aufgrund einer Bedarfsabklärung und auf ärztliche Anordnung hin oder im ärztlichen Auftrag erbracht werden. Die Finanzierung der Pflege ist seither auf drei Träger verteilt:

- Die **Krankenversicherungen**: mit einem fixen Beitrag pro Pflegestufe oder pro Pflegestunde
- Die **Pflegebedürftigen**: mit max. 20 % des höchsten Beitrags der Krankenkassen.
- Die **öffentliche Hand**: mit der ‚Restfinanzierung‘ = Pflegebeitrag der öffentlichen Hand.

### **Pflegefinanzierung im Kanton Zürich**

Die Pflegefinanzierung ist im Kanton Zürich im Pflegegesetz geregelt. Grundsätzlich sind die Pflegeleistungen nach Abzug der Beiträge der Krankenversicherungen und dem Eigenanteil der pflegebedürftigen Personen nach §9 Abs. 4 des Pflegegesetzes vollumfänglich durch die Gemeinden zu übernehmen.

Die vollumfängliche Übernahme der Pflegekosten gilt gemäss Pflegegesetz jedoch nur für Gemeindebetriebe und Betriebe mit einer Leistungsvereinbarung mit der betreffenden Gemeinde. Allerdings müssen diese Betriebe das Kostendeckungsprinzip einhalten und die ‚Gebühren‘ für die Pflegeleistungen wie auch für die Hotellerie- und Betreuungsleistungen mittels Plankostenrechnung (inkl. die seit der letzten Kostenrechnung eingetretene sowie die voraussehbare Entwicklung) ermitteln und entsprechende Taxen festlegen.

Für die übrigen Heime bilden die von der Gesundheitsdirektion kommunizierten Normkosten (bzw. aus Sicht der Restfinanzierer: das Normdefizit) die Begrenzung. Die Begrenzung bilden die Pflegekosten des Pflegeheims im 50sten Perzentil des im Vorvorjahr entstandenen Pflegeaufwands. Gemäss neuester Rechtsprechung ist zwar eine solche Begrenzung bundesrechtswidrig, aber die Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich ist der Meinung, dass die Zürcher Regelung Bestand hat.

### **Beiträge der Krankenversicherungen**

Der Bundesrat hat die seit 2011 geltenden Beiträge der Krankenversicherungen an die Pflegeleistungen auf die kostenneutrale Umsetzung überprüft und ist zum Schluss gekommen, dass die Beiträge an die Pflegeheime um 6.7 % erhöht und diejenigen der Pflege zu Hause um 3.6 % gesenkt werden. Die inzwischen eingetretene Kostenentwicklung ist dabei nicht berücksichtigt.

Somit steigen erstmals seit Einführung der Pflegefinanzierung im Jahr 2011 die Beiträge der Krankenversicherung an die Pflegeleistungen im Pflegeheim per 1. Januar 2020 von CHF 9.00 pro Stufe auf CHF 9.60 pro Stufe.

## **Eigenanteil der pflegebedürftigen Personen**

Mit der Erhöhung der Krankenversicherungsbeiträge erhöht sich auch der maximale Eigenanteil der Bewohnerinnen und Bewohner von CHF 21.60 pro Tag auf neu CHF 23.00 pro Tag (20% von CHF 115.20 pro Tag).

## **Normkosten bzw. Normdefizite für das Jahr 2020**

Mit Schreiben vom 13. August 2019 hat die Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich die Vorgaben zu Normdefiziten und Rechnungslegung für das Jahr 2020 bestimmt. Auf Basis der Pflegekosten 2018 steigen die Normkosten für 2020 um 0.1 % auf neu CHF 1.4855 pro Pflegeminute.

## **Bedarfsermittlung**

Zur Ermittlung des Bedarfs sind im Kanton Zürich die Bedarfsermittlungssysteme BESA und RAI/RUG in den kalibrierten Versionen zu verwenden. Zugelassen sind gemäss Regierungsratsbeschluss vom 15. August 2012 weiterhin BESA LK2005 (kalibrierte Version mit 3.00 Minuten pro Punkt), BESA LK2010 (kalibrierte Version mit Minutenresultat um 8.45% reduziert), RAI/RUG CH-Index (kalibrierte Version mit Minutenresultat um 9.00% erhöht).

## **MiGeL**

Das Bundesverwaltungsgericht hat in zwei Urteilen entschieden, dass die von den Pflegeheimen verwendeten, sogenannten Mittel und Gegenstände (MiGeL) zu den Pflegekosten gehören und nicht zusätzlich von den Krankenversicherungen zu vergüten sind. Diese MiGeL-Materialien wie z.B. Inkontinenzmaterial, Verbandmaterial, Sauerstofftherapien etc. sind gemäss Bundesverwaltungsgericht zusätzlich durch die Restfinanzierer zu übernehmen.

Die Krankenversicherungen zahlen seit 1. Januar 2018 keine MiGeL-Materialien mehr, welches durch Fachpersonal angewendet wird. Einige Krankenversicherungen (vertreten durch tarifsuisse) fordern die ausgerichteten MiGeL-Leistungen von den Pflegeheimen zurück.

CURAVIVA Kanton Zürich hat mit dem Gemeindepräsidentenverband des Kantons Zürich (GPV) eine Lösung für die Jahre 2018/2019 gefunden, um die Finanzierungslücke bei den MiGeL-Materialien zu decken. Um den Verwaltungsaufwand für die Gemeinden und die Alters- und Pflegeheime in Grenzen zu halten, wurde eine Finanzierung mit Tagespauschalen pro Pflegestufe vereinbart. Näheres kann dem «Factsheet MiGeL» entnommen werden. Diese Regelung wird für das Jahr 2020 ein letztes Mal verlängert.

Wichtig ist, dass die Betriebe Aufwände und Erträge für die MiGeL-Materialien auch im Jahr 2020 weiterhin wie gewohnt verbuchen. Die Hoffnung besteht, dass ab dem Jahr 2021 wieder eine MiGeL-Vergütung auch für durch Fachpersonal angewendetes Material besteht. Nach dem Nationalrat hat am 20. Juni 2019 auch der Ständerat eine entsprechende Motion klar angenommen.

## **Nebenleistungen**

Im Bereich der Nebenleistungen (ärztliche und therapeutische Leistungen, Medikamente) hat das Bundesverwaltungsgericht am 2. Juli 2015 entschieden, dass die Pflegeheime weiterhin Nebenleistungen selbst zulasten der obligatorischen Krankenversicherung erbringen und abrechnen können. Aber die im Kanton Zürich seit 2011 geltende Tariffestsetzung wurde aufgehoben. Die unklare rechtliche Situation im MiGeL-Bereich verhinderte lange die

Verhandlungen mit den Krankenversicherungen. Im März 2019 hat nun tarifsuisse eine rückwirkende Tariffestsetzung ab 2011 für ärztliche und therapeutische Leistungen der Zürcher Alters- und Pflegeheime verlangt. CURAVIVA Kanton Zürich hat den betroffenen Institutionen bereits vorher empfohlen, eigene ärztliche und therapeutische Organisationen zu gründen, um künftigen Auseinandersetzungen mit tarifsuisse zu entgehen.

### **Akut- und Übergangspflege**

Die Verhandlungen mit den Krankenversicherungen für Tarife ab 1. Januar 2019 im Rahmen der Akut- und Übergangspflege in den Zürcher Alters- und Pflegeheimen waren erfolglos. Deshalb laufen gegenwärtig drei Tariffestsetzungsverfahren mit den Krankenversicherungen (mit tarifsuisse, HSK sowie CSS). Gegenwärtig (Stand 12.08.2019) ist für die Versicherungen bei tarifsuisse für die Dauer des Verfahrens ein provisorischer Tarif in der Höhe von CHF 168.00 pro Tag von der Regierung festgesetzt. CURAVIVA Kanton Zürich wird die Mitglieder zu den wichtigen Entwicklungen der drei Verfahren informieren.

### **Rechnungslegung und Kostendeckung**

Nebst den bisherigen Bestimmungen zur Rechnungslegung hat die Gesundheitsdirektion neu die Kostenrechnungsvorgaben von CURAVIVA Schweiz (Handbuch Kostenrechnung und Leistungsstatistik für Alters- und Pflegeheime, Version 2018) als verbindlich erklärt.

Von Gemeinden betriebene oder beauftragte Leistungserbringer müssen im Rahmen des Nachweises der Einhaltung des Kostendeckungsprinzips einen Ausweis erstellen.

14. August 2019/cz

Die Rechnungsstellung der Pflegekosten ist abhängig von den betrieblichen Begebenheiten. Auf Basis der Vorgaben für 2020 sehen die **Normkosten**, der **Beitrag der Krankenversicherung**, der **Eigenanteil** der Pflegebedürftigen und das **Normdefizit** je Pflgetag wie folgt aus:

Wert: CHF 1.4855 pro Pflegeminute

Stufe	Pflegeminuten gem. KLV 7a	Basis Minuten	BESA-Punkte LK 2005 <sup>*)</sup>	Original RUG	Normkosten	MiGeL-Pauschale pro Tag	Normkosten inkl. MiGeL-Pauschale	KK-Beitrag	Eigenanteil	Normdefizit exkl. MiGeL	Normdefizit inkl. MiGeL
1	bis 20	10.5	1–6	PA0	15.60	0.00	15.60	9.60	6.00	0.00	0.00
2	21–40	30.5	7–13	PA1	45.30	0.15	45.45	19.20	23.00	3.10	3.25
3	41–60	50.5	14–20	BA1, PA2	75.00	0.50	75.50	28.80	23.00	23.20	23.70
4	61–80	70.5	21–26	IA1, BA2, PB1, PB2	104.75	0.95	105.70	38.40	23.00	43.35	44.30
5	81–100	90.5	27–33	BB1, CA1, IB1, PC1	134.45	1.55	136.00	48.00	23.00	63.45	65.00
6	101–120	110.5	34–40	BB2, PC2, IA2	164.15	2.30	166.45	57.60	23.00	83.55	85.85
7	121–140	130.5	41–46	IB2, CA2, PD1	193.85	3.20	197.05	67.20	23.00	103.65	106.85
8	141–160	150.5	47–53	PD2, CB1, RMA, RLA, CB2, SSA	223.55	4.30	227.85	76.80	23.00	123.75	128.05
9	161–180	170.5	54–60	RMB, CC1, SSB, PE1, RLB, CC2	253.30	5.50	258.80	86.40	23.00	143.90	149.40
10	181–200	190.5	61–66	SE1, PE2	283.00	6.90	289.90	96.00	23.00	164.00	170.90
11	201–220	210.5	67–73	SSC	312.70	8.40	321.10	105.60	23.00	184.10	192.50
12	221 +	230.5	74 +	RMC, SE2, SE3	342.40	10.10	352.50	115.20	23.00	204.20	214.30

<sup>\*)</sup> im LK2010 von BESA resultieren Minuten (zur Anwendung gelangt die kalibrierte Version)

Für die in Tages- und Nachtstrukturen erbrachten Pflegeleistungen gelangen dieselben Beträge pro Tag oder Nacht zur Anwendung.

( Tabelle mit Korr. vom 30.08.2019 bei 'Normkosten' und 'Normkosten inkl. MiGeL' in den Stufen 4 und 9, Nachversand Gesundheitsdirektion vom 30.08.2019)