

Auszug aus dem Protokoll des Regierungsrates des Kantons Zürich

Sitzung vom 8. Juli 2009

1158. Teilrevision des Gesetzes über das Gesundheitswesen und des Gesetzes über die Beitragsleistungen des Staates für Alters- heime sowie Heime, Eingliederungsstätten und Werkstätten für Invalide (Pflegefinanzierung, Konzept)

A. Ausgangslage

1. Neuordnung der Pflegefinanzierung auf Ebene Bund

Mit dem am 13. Juni 2008 von den eidgenössischen Räten verabschiedeten Bundesgesetz über die Neuordnung der Pflegefinanzierung wird die Finanzierung von ambulant durch Institutionen der spitälexternen Kranken- und Gesundheitspflege (nachfolgend Spitex), oder stationär in einem Krankenhaus, einem Alters- und Pflegeheim, einer Pflegetoilette oder einer Pflegeabteilung an einem Akutspital (nachfolgend Pflegeheim) erbrachten Pflegeleistungen neu geregelt. Es handelt sich um einen Sammelerlass, in dem neben dem Bundesgesetz vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10) auch das Bundesgesetz vom 20. Dezember 1946 über die Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHVG; SR 831.10) und das Bundesgesetz vom 6. Oktober 2006 über Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (ELG; SR 831.30) geändert werden.

Im Bereich des KVG hat die Neuordnung zur Folge, dass künftig zwischen «Pflegeleistungen» und «Leistungen der Akut- und Übergangspflege» (Art. 25a) unterschieden wird. Dabei sind unter «Pflegeleistungen» solche Leistungen zu verstehen, die in der Regel längerfristig erbracht werden, ohne dass sie aber mit einer vorgängigen Spitalbehandlung zusammenhängen müssen, wohingegen Leistungen der Akut- und Übergangspflege stets direkt an eine Spitalbehandlung anschliessen und auf 14 Tage befristet sind.

Der Bundesrat hat mit der am 24. Juni 2009 geänderten Verordnung über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) bestimmt, dass das Bundesgesetz über die Neuordnung der Pflegefinanzierung auf den 1. Juli 2010 in Kraft gesetzt werde. Gleichzeitig hat er auch die bis anhin offene Frage geklärt, ob zwischen Pflegeleistungen und Leistungen der Akut- und Übergangspflege ein inhaltlicher Unterschied besteht. Die Leistungen der Pflege werden wie bis anhin in der Verordnung des Eidgenössischen Departements des Innern über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV; SR 832.112.31) geregelt. In seinen Kommentaren dazu hält

der Bundesrat nun fest, dass der Leistungskatalog sowohl für Pflegeleistungen als auch für Leistungen der Akut- und Übergangspflege derselbe ist; es sind dies gemäss Art. 7 KLV Massnahmen der Abklärung und Beratung, der Untersuchung und Behandlung sowie der Grundpflege. Auch die Leistungserbringer sind dieselben, nämlich jene Personen und Institutionen, die in Art. 7 Abs. 1 KLV als Leistungserbringer für Pflegeleistungen aufgeführt sind (Pflegefachpersonen, Spitex-Organisationen und Pflegeheime).

Die Finanzierungsregelungen der Neuordnung der Pflegefinanzierung auf Ebene Bund sind:

Pflegeleistungen

- An Pflegeleistungen entrichtet die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) Beiträge, sofern die Leistungen aufgrund einer ärztlichen Anordnung und eines ausgewiesenen Pflegebedarfs erbracht werden.
- Die Beiträge werden vom Bundesrat differenziert nach dem Pflegebedarf für die ganze Schweiz einheitlich in Franken festgelegt.
- Die nach Abzug dieser Beiträge verbleibenden Pflegekosten dürfen von den Kantonen teilweise auf die Leistungsbezügerinnen und -bezüger überwälzt werden (sogenannter «beschränkter Tarifschutz»). Die Höchstbelastung der Leistungsbezügerinnen und -bezüger wird dabei auf 20% des höchsten vom Bundesrat festgesetzten Pflegebeitrags der OKP beschränkt.
- Die Kantone regeln die Finanzierung der nach Abzug der Beiträge der Sozialversicherer und der Leistungsbezügerinnen und -bezüger verbleibenden ungedeckten Pflegekosten (die sogenannte «Restfinanzierung»; siehe dazu Art. 25a Abs. 5 revKVG).

Leistungen der Akut- und Übergangspflege

- Bei den Leistungen der «Akut- und Übergangspflege» gelangt aufgrund des direkten Zusammenhangs mit einer stationären Akutbehandlung der gleiche Kostenteiler zwischen Krankenversicherern und öffentlicher Hand zur Anwendung wie bei der neuen Spitalfinanzierung (Art. 49a KVG): 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.
- Eine Beteiligung der Leistungsbezügerinnen und -bezüger an den Kosten der Pflegeleistungen ist, abgesehen von Franchise und Selbstbehalt, nicht vorgesehen.

Die Pflegeleistungen und die Leistungen der Akut- und Übergangspflege können sowohl ambulant durch Spitex-Institutionen oder freiberuflich tätige Pflegefachpersonen als auch stationär durch Pflegeheime erbracht werden.

Von den Kosten der Pflegeleistungen und der Leistungen der Akut- und Übergangspflege zu unterscheiden sind zum einen die Kosten für Unterkunft und Verpflegung sowie für Betreuung in den Pflegeheimen und zum anderen die ambulanten hauswirtschaftlichen und betreuerischen Leistungen, deren Finanzierung auf Bundesgesetzebene nicht geregelt wird. Sowohl in der normalen Pflege als auch in der Akut- und Übergangspflege gilt, dass die nichtpflegerischen Leistungen (Hotellerie und Betreuung bzw. Hauswirtschaft) mangels bundesrechtlicher Vorgaben grundsätzlich von den Leistungsbezügerinnen und -bezügern zu tragen sind.

Im Bereich der AHV wird mit der Neuordnung der Pflegefinanzierung für Personen zu Hause eine Hilflosenentschädigung für Hilflosigkeit leichten Grades eingeführt (Art. 43bis 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 Sozialhilfeabhängigkeit begründet wird (Art. 10 revELG).

2. Revision der Finanzierungsbestimmungen für Einrichtungen des Gesundheitswesens auf Ebene Kanton

Am 26. Januar 2005 verabschiedete der Regierungsrat eine Vorlage für ein neues Gesundheitsgesetz zuhanden des Kantonsrates (Vorlage 4236). Die Vorlage orientierte sich hinsichtlich des Regelungsumfangs im Wesentlichen am Gesetz über das Gesundheitswesen vom 4. November 1962 und umfasste somit neben gesundheitspolizeilichen Bestimmungen und Bestimmungen in den Bereichen Gesundheitsförderung und Prävention auch solche im Bereich der Finanzierung der Versorgung.

Im Rahmen der Beratung in der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit (KSSG) zeigte sich indessen, dass die Neuregelung im Finanzierungsbereich noch nicht beschlussreif war, weshalb der Regierungsrat die Vorlage mit RRB Nr. 1351/2006 in diesem Teilbereich zurückzog. Die verbleibenden Bestimmungen der Revisionsvorlage wurden vom Kantonsrat am 2. April 2007 verabschiedet und vom Regierungsrat auf den 1. Juli 2008 in Kraft gesetzt; die Finanzierungsbestimmungen des alten Gesundheitsgesetzes vom 4. November 1962 blieben einstweilen aufrecht.

Inzwischen wurden im Rahmen der Umsetzung der Neugestaltung des Finanzausgleichs und der Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen (NFA) die Bestimmungen über die Spitexversorgung den heutigen Erfordernissen 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 tiefgreifende Umstellung des Spitalfinanzierungssystems auf kantonaler Ebene erforderlich. Dabei ist eine umfassende Regelung der Planung, Steuerung und Finanzierung der Akut- und der Langzeitversorgung anzustreben. Da aber wie erwähnt das Bundesgesetz über die Neuordnung der Pflegefinanzierung bereits auf den 1. Juli 2010 in Kraft tritt, muss auch auf Ebene Kanton die Neuordnung der Pflegefinanzierung der grundsätzlichen Revision der Finanzierungsbestimmungen vorgezogen werden.

Weiter ist auch auf die Auswirkungen der Reform des Zürcher Finanzausgleichs (REFA) auf die Finanzierungsbestimmungen für Einrichtungen des Gesundheitswesens hinzuweisen. Im Rahmen des vom Regierungsrat am 28. Januar 2009 verabschiedeten Entwurfes für ein neues Finanzausgleichsgesetz (FAG; Vorlage 4582) ist vorgesehen, im ambulanten Bereich den Staatsbeitragssatz für Spitex-Leistungen mit der Inkraftsetzung des FAG für alle Spitex-Institutionen auf dem heutigen Minimalsatz von 25% zu nivellieren.

Im Zusammenhang mit der Neuordnung des Finanzausgleichs ist zudem vorgesehen, im stationären Bereich eine vollständige Entflechtung der Finanzierungsaufgaben von Kanton und Gemeinden zu verwirklichen (Modell «Spital 100»).

Das Modell «Spital 100» sieht eine vollständige Finanzierung des Kostenanteils der öffentlichen Hand durch den Kanton bei den stationären Spitalkosten bzw. durch die Gemeinden bei den stationären Pflegekosten vor. Die Umsetzung des Modells und damit der Verzicht auf die heutigen finanzkraftindexierten Staatsbeiträge soll allerdings erst mit der geplanten Inkraftsetzung der revidierten kantonalen Spitalfinanzierungsbestimmungen auf den 1. Januar 2012 erfolgen.

3. Heutige Pflegefinanzierung

a) Spitex-Finanzierung

Die Bestimmungen über die Spitex-Versorgung wurden wie erwähnt bereits im Rahmen der 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 Gesundheitsgesetz vom 4. November 1962). Das von den Gemeinden sicherzustellende Standardangebot an Spitexleistungen ist in den kantonalen Richtlinien über das Leistungsangebot und die Qualität der Leistungserbringung der Spitex-Institutionen, die vom Regierungsrat mit Beschluss Nr. 1826/2007 festgesetzt wurden, festgehalten.

Für Pflegeleistungen gemäss KVG durften den Leistungsbezügerinnen und -bezügern bisher keine Kosten verrechnet werden. Demgegenüber können ihnen für hauswirtschaftliche und betreuerische Spitex-Leistungen, die von Spitex-Einrichtungen mit kommunalem Leistungsauftrag erbracht werden, Eigenleistungen von höchstens 50% in Rechnung gestellt werden (§ 59e Gesundheitsgesetz vom 4. November 1962). Die verbleibende Hälfte ist von Kanton und Gemeinden zu übernehmen. Dabei steht es den einzelnen Gemeinden frei, die von den Leistungsbezügerinnen und -bezügern zu tragende Hälfte der Kosten durch weitere Beiträge zu ermässigen.

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

b) Pflegeheimfinanzierung

Wie eingangs erwähnt fallen unter den Begriff «Pflegeheim» verschiedene Institutionsformen, die allesamt der stationären Langzeitpflegeversorgung dienen; es sind dies Krankenheime, Alters- und Pflegeheime, Pflegeabteilungen in Akutspitälern sowie Pflegewohnungen. Der Kanton beteiligt sich an den Kosten dieser Pflegeheime nach einem historisch gewachsenen, uneinheitlichen System, wobei zwei verschiedene kantonale Gesetze und dazugehörende Verordnungen massgebend sind:

- Für Krankenheime, Pflegeabteilungen an Akutspitälern und an Krankenheime angegliederte Pflegewohnungen kommen die Bestimmungen des Gesundheitsgesetzes vom 4. November 1962 und der Verordnung über die Staatsbeiträge an die Krankenpflege zur Anwendung; die Staatsbeiträge an Investitions- und Betriebskosten betragen je nach Finanzkraft der Trägergemeinden zwischen 3 und 50%.

- Für die Investitionen der Alters- und Pflegeheime sowie selbstständige Pflegewohnungen kommen demgegenüber das Gesetz über die Beitragsleistungen des Staates für Altersheime sowie Heime, Eingliederungsstätten und Werkstätten für Invalide vom 4. März 1973 (Heimbeitragsgesetz; LS 855.1) und die Verordnung zum Gesetz über die Beitragsleistungen des Staates für Altersheime sowie Heime, Eingliederungsstätten und Werkstätten für Invalide vom 3. Dezember 1986 (Heimbeitragsverordnung; LS 855.11) zur Anwendung; die Investitionsbeiträge betragen hier zwischen 10 und 40%. Für die Betriebskosten hingegen gilt auch hier die oben genannte Regelung und somit ein Staatsbeitragsatz zwischen 3 und 50%.

B. Umsetzung der bundesrechtlichen Vorgaben auf Ebene Kanton

1. Anforderungen der kantonalen Anspruchsgruppen an die Neuregelung

Um die Haltung der wichtigsten Anspruchsgruppen an die kantonale Neuregelung der Pflegefinanzierung zu kennen, führte die Gesundheitsdirektion am 5. Februar 2009 ein Hearing durch. Am Hearing nahmen Vertreterinnen und Vertreter des Gemeindepräsidentenverbands des Kantons Zürich, des Gesundheits- und Umweltdepartements der Stadt Zürich (GUD), des Departements Soziales der Stadt Winterthur, des Heimverbandes Curaviva, des Spitex Verband Kanton Zürich, der Betrieblichen Kommission Gesamtleitungen Spitex, der unabhängigen Beschwerdestelle für das Alter, der santésuisse Zürich-Schaffhausen sowie des kantonalen Sozialamtes teil.

Die Teilnehmenden des Hearings stellten an die Neuregelung bezüglich der Versorgung im Wesentlichen folgende Anforderungen:

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

Bezüglich der Finanzierung verlangten die Hearingteilnehmenden im Wesentlichen Folgendes:

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

2. Grundzüge der vorgeschlagenen neuen Regelung

a) Allgemeine Grundsätze

Der bestehende ausdrückliche Versorgungsauftrag der Gemeinden im Bereich der ambulanten Langzeitversorgung soll auch im Bereich der stationären Langzeitversorgung verankert werden. Auch die weiteren im Rahmen der NFA erlassenen Spitex-Regelungen sollen im Grundsatz beibehalten und soweit sinnvoll auf den Pflegeheimbereich übertragen werden. Getreu dem gesundheitspolitischen Grundsatz «ambulant vor stationär» soll allerdings die Pflege zu Hause durch die Spitex gezielt gefördert werden, indem die Aufwendungen für die nichtpflegerischen Spitex-Leistungen (die Kosten für Hauswirtschaft und Betreuung) weiterhin und im bisherigen Umfang von Kanton und Gemeinden subventioniert werden, während die entsprechenden Aufwendungen bei stationärer Pflege (die Kosten für Hotellerie und Betreuung) durch die öffentliche Hand weiterhin nicht mitgetragen werden. Durch die Unterstützung im ambulanten Bereich werden die Spitex-Leistungsbezügerinnen und -bezüger gezielt entlastet, was sich wiederum dämpfend auf die Inanspruchnahme von Zusatzaufwendungen gemäss ELG auswirkt und somit indirekt auch diesen Bereich entlastet.

Zur Sicherstellung der Einhaltung der rechtlichen Vorgaben beispielsweise im Bereich der Finanzierung der pflegerischen Leistungen gemäss Art. 7 KLV muss die nötige Kosten- und Leistungstransparenz vollständig gewährleistet werden. Dies setzt aussagekräftige Kosten- und Leistungsrechnungen aller Leistungserbringer und insbesondere getrennte Rechnungen für die Pflegeleistungen, die Leistungen der Akut- und Übergangspflege und die übrigen (nichtpflegerischen) Leistungsbereiche voraus.

Die Staatsbeiträge an die ambulant und stationär erbrachten Pflegeleistungen und Leistungen der Akut- und Übergangspflege sowie an die ambulanten nichtpflegerischen Leistungen sollen auf der Grundlage der durchschnittlichen ungedeckten Kosten bei wirtschaftlicher Betriebsführung der beitragsberechtigten Institutionen erfolgen; die Kosten werden dazu einem Benchmarking unterzogen. Dabei soll berücksichtigt werden, dass die Kosten der Leistungserbringer ohne kommunalen Leistungsauftrag aufgrund geringerer Vorhalteleistungen gegebenenfalls strukturbedingt tiefer sind, als jene der Leistungserbringer mit kommunalem Auftrag.

Die Kostenanteile der öffentlichen Hand werden sowohl bei Institutionen mit kommunalem Auftrag wie auch bei Leistungserbringern ohne kommunalen Auftrag (freiberufliche Pflegefachpersonen sowie privat-kommerzielle Spitexorganisationen und Pflegeheime) gemäss dem Finanzkraftindex der Wohngemeinde der Leistungsbezügerin oder des Leistungsbezügers bzw. dem sich daraus ergebenden Staatsbeitragssatz zwischen der jeweiligen Gemeinde und dem Kanton aufgeteilt.

b) Konzeptionelle Festlegungen zur neuen Spitex-Finanzierung

Die im Zusammenhang mit der NFA auf den 1. Januar 2008 in Kraft gesetzte neue kantonale Spitex-Finanzierung hat sich bewährt und ist im Grundsatz beizubehalten. Folgende Vorgaben des Bundesgesetzes über die Neuordnung der Pflegefinanzierung müssen jedoch in das kantonale Regelwerk aufgenommen werden:

- Für die Pflegeleistungen gemäss Art. 7 KLV, die von freiberuflichen Pflegefachpersonen und von privaten Spitex-Institutionen ohne Leistungsauftrag der Gemeinden erbracht werden, besteht neu ein Anspruch auf Beiträge der öffentlichen Hand, soweit die durchschnittlichen Kosten den Beitrag der Krankenversicherer und die höchstens möglichen Eigenleistungen der Leistungsbezügerinnen und -bezüger übersteigen.
- Neu dürfen den versicherten Personen die nicht von den Sozialversicherungen gedeckten Kosten der Pflegeleistungen im Umfang von höchstens 20% des höchsten vom Bundesrat festgesetzten Pflegebeitrages belastet werden.

Handlungsspielraum auf kantonaler Ebene besteht nur bezüglich der zweiten Vorgabe. Über die Festlegung der Eigenleistung im Rahmen des beschränkten Tarifschutzes hinaus ist auch die Finanzierung der nichtpflegerischen Leistungen der bisher nicht subventionsberechtigten Leistungserbringer zu regeln. Es sind folgende konzeptionelle Festlegungen vorgesehen:

- Von der Möglichkeit zur Belastung der Leistungsbezügerinnen und -bezüger für die Kosten der Pflegeleistungen ist in vollem Umfang des gesetzlichen Spielraums Gebrauch zu machen.
- Die Mitfinanzierung der hauswirtschaftlichen und betreuerischen Spitex-Leistungen durch die öffentliche Hand ist auch inskünftig auf die Institutionen zu beschränken, die über Leistungsaufträge der Gemeinden verfügen.

c) Konzeptionelle Festlegungen zur neuen Pflegeheimfinanzierung

Wie erwähnt soll die Finanzierung der Pflegeheime möglichst gleich ausgestaltet werden wie die Regelungen, die seit dem 1. Januar 2008 für die Spitex gelten. Entsprechend sollen bei der Ausarbeitung des Gesetzesentwurfs folgende konzeptionellen Festlegungen berücksichtigt werden:

- Die Gemeinden sind zu verpflichten, für eine fachgerechte Pflegeheimversorgung ihrer Wohnbevölkerung zu sorgen, wozu auch die Sicherstellung der notwendigen Pflegekapazitäten gehört; sie können diesen Versorgungsauftrag über eigene Pflegeheime, Mitgliedschaft in Zweckverbänden, Beteiligungen und vertragliche Verpflichtung Dritter erfüllen.

- Von der Möglichkeit zur Belastung der Leistungsbezügerinnen und -bezüger für die Kosten der Pflegeleistungen ist auch im Bereich der stationären Pflegeleistungen in vollem Umfang des gesetzlichen Spielraums Gebrauch zu machen.
- Die ungedeckten Pflegekosten sollen bis zu einer allfälligen Neuregelung im Rahmen des FAG gemeinsam von Gemeinden und Kanton getragen werden, wobei die Kostenaufteilung zwischen Gemeinden und Kanton der bisherigen entsprechen soll; demnach sollen rund 85% der ungedeckten Pflegekosten von den Gemeinden und rund 15% vom Kanton übernommen werden.
- Neu soll der Kanton nur noch Beiträge an die Betriebskosten, nicht aber an die Investitionskosten leisten. Soweit die Anlagekosten nicht von den Gemeinden finanziert werden, werden sie den Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohnern auch künftig als Unterkunftskosten in Rechnung gestellt werden können.

d) Konzeptionelle Festlegungen zur ambulanten und stationären Akut- und Übergangspflege

Mit der Akut- und Übergangspflege gemäss Art. 25a Abs. 2 revKVG wird in der Krankenversicherungsgesetzgebung ein neuer Begriff eingeführt. Wie erwähnt sind jedoch die Leistungen der ambulanten und stationären Akut- und Übergangspflege inhaltlich identisch mit den Pflegeleistungen, wie sie schon bisher in Art. 7 KLV geregelt waren; nur die Finanzierung ist anders geregelt. In diesem Bereich sind folgende konzeptionelle Festlegungen vorgesehen:

- Weil inhaltlich zwischen den Leistungen der Akut- und Übergangspflege und den Pflegeleistungen kein Unterschied besteht, sollen auch 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 aufgeteilt werden; der Anteil zulasten der öffentlichen Hand ist somit im Ergebnis zu rund 85% von den Gemeinden und zu rund 15% vom Kanton zu übernehmen.
- In der Akut- und Übergangspflege der Spitäler sollen die Kosten der notwendigen hauswirtschaftlichen und betreuerischen Leistungen vom Kanton nach dem gleichen Kostenteiler mitfinanziert werden wie in der normalen Spitäler-Pflege; zudem gilt auch hier, dass Staatsbeiträge nur an Institutionen mit kommunalem Leistungsauftrag entrichtet werden.
- In der Akut- und Übergangspflege der Pflegeheime verbleiben die Kosten für Unterkunft und Verpflegung sowie für Betreuung bei den Leistungsbezügerinnen und -bezüger; die öffentliche Hand leistet keine Beiträge.

3. Finanzielle Auswirkungen der vorgeschlagenen Neuregelungen

Die vorgeschlagenen Änderungen führen teilweise zu einer Entlastung, teilweise aber auch zu einer Belastung der öffentlichen Hand. Die Gesamtkosten für pflegerische und nichtpflegerische Leistungen werden sich für die drei Kostenträger «Kanton», «Gemeinden» und «Patientinnen und Patienten» gemäss den überschlagsmässigen Berechnungen wie folgt verändern:

	Kanton	Gemeinden	Spitex Patientinnen/ Patienten	Kanton	Gemeinden	Alters- und Pflegeheim Patientinnen/ Patienten
Kosten vor Anpassungen	22	50	29	12	161	740
Ausschöpfung der max. Eigenbelastung der Patienten	-4	-9	+13	0	-26	+26
Beiträge an KLV-7-Leistungen auch für priv. Leistungserbringer	+5	+16	+5	0	+8	+14
Staatsbeiträge an durchschnittliche ungedeckte Kosten	-	-	-	+8	-8	0
Beiträge an Leistungen der Akut- und Übergangspflege	0	0	-	+1,5	+8	-
Keine Staatsbeiträge an Investitionen	-	-	-	-9	0	+9
Kosten nach Anpassungen	24	58	47	12	143	789

Insgesamt ergibt sich für den Kanton eine Mehrbelastung von 2 Mio. Franken, für die Gemeinde eine Minderbelastung von 10 Mio. Franken und für die Patientinnen und Patienten eine Mehrbelastung von 67 Mio. Franken. Die Kosten für zusätzliche notwendig werdende Ergänzungsleistungen belaufen sich gemäss Hochrechnungen des kantonalen Sozialamtes auf rund 12 Mio. Franken für den Kanton und rund 15 Mio. Franken für die Gemeinden.

C. Weiteres Vorgehen

Der Bund hat wie erwähnt am 24. Juni 2009 die endgültigen Ausführungsbestimmungen zum Bundesgesetz über die Neuordnung der Pflegefinanzierung verabschiedet und den Inkraftsetzungstermin auf den 1. Juli 2010 festgesetzt. Die bis dahin verbleibende Zeit von rund einem Jahr reicht nicht für ein ordentliches Gesetzgebungsverfahren. Es ist zu prüfen, inwieweit auf diesen Termin hin auf dem Verordnungswege eine kantonale Übergangsregelung mit den wichtigsten Bestimmungen in Kraft gesetzt werden kann; gegebenenfalls soll eine Änderung der bestehenden Verordnung über die Staatsbeiträge an die Krankenpflege erfolgen.

Unter diesen Umständen gestaltet sich das weitere Vorgehen mit den wesentlichen Meilensteinen (MS) wie folgt:

MS	Inhalt	Termin
1	Präsentation der konzeptionellen Festlegungen an einem zweiten Hearing mit den wichtigsten externen Partnern	August 2009
2	Ausarbeitung eines Entwurfs für eine Gesetzesvorlage und Unterbreitung beim Regierungsrat; Freigabe für die Vernehmlassung	Oktober 2009
3	Ende der Vernehmlassung	Januar 2010
4	Auswertung der Vernehmlassung und Einarbeitung der Ergebnisse in die definitive Gesetzesvorlage; Verabschiedung zuhanden des Kantonsrates	März 2010
5	Gegebenenfalls Ausarbeitung einer provisorischen Übergangsregelung und Verabschiedung durch Regierungsrat in einer Verordnung, die dem Kantonsrat zur Genehmigung vorzulegen ist	März 2010
6	Inkrafttreten der Übergangsregelung	1. Juli 2010
7	Parlamentarische Beratung der Gesetzesvorlage abgeschlossen; Beschlussfassung; Beginn Referendumsfrist	Dezember 2010

Die Neuordnung der Pflegefinanzierung betrifft neben der Krankenversicherungsgesetzgebung auch die AHV und die Ergänzungsleistungen. Die Anpassung der kantonalen Ausführungsgesetzgebung in den letztgenannten zwei Bereichen fällt in die Zuständigkeit der Sicherheitsdirektion.

Auf Antrag der Gesundheitsdirektion

beschliesst der Regierungsrat:

I. Die Gesundheitsdirektion wird beauftragt, eine Vernehmlassungsvorlage zur Änderung des Gesetzes über das Gesundheitswesen vom 4. November 1962 und des Gesetzes über die Beitragsleistungen des Staates für Altersheime sowie Heime, Eingliederungsstätten und Werkstätten für Invalide vom 4. März 1973 auf der Grundlage des dargelegten Konzeptes zu erarbeiten, mit folgenden wesentlichen Festlegungen:

- a. Die Gemeinden werden verpflichtet, für eine fachgerechte und ausreichende Pflegeversorgung ihrer Wohnbevölkerung zu sorgen.
- b. Die Pflegefinanzierung im Kanton Zürich richtet sich am Versorgungsgrundsatz «ambulant vor stationär» aus.
- c. Die vom Bundesgesetzgeber erlaubte Höchstbelastung der Leistungsbezügerinnen und -bezüger für Pflegeleistungen gemäss Art. 7 der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) von 20% des Höchsttarifs der Krankenversicherer wird ausgeschöpft.
- d. Die Beiträge des Kantons an die Kosten der Langzeitpflege bemessen sich nach den durchschnittlichen ungedeckten Kosten bei wirtschaftlicher Betriebsführung.
- e. An Investitionen werden keine Beiträge ausgerichtet.

- f. 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.
- g. Die Beiträge der öffentlichen Hand an private Leistungserbringer ohne Leistungsauftrag der Gemeinden beschränken sich auf den Bereich der Pflege-Pflichtleistungen und der Leistungen der Akut- und Übergangspflege gemäss Art. 7 KLV; an die nichtpflegerischen Leistungen dieser Leistungserbringer werden keine Beiträge ausgerichtet.

II. Mitteilung an die Direktionen des Regierungsrates und an die Staatskanzlei.

Vor dem Regierungsrat
Der Staatsschreiber:



Husi