



## Kreisschreiben

An die politischen Gemeinden  
des Kantons Zürich sowie  
die betroffenen Verbände der  
Leistungserbringer

14. Oktober 2011

## Vorgaben der Gesundheitsdirektion zu Normdefiziten und Rechnungslegung im Jahr 2012 gemäss §§ 16 bis 18 sowie 22 des Pflegegesetzes

### 1. Einleitung

Mit Kreisschreiben vom 15. November 2010 hat die Gesundheitsdirektion (GD) im Hinblick auf die Einführung des Pflegegesetzes am 1. Januar 2011 die Beiträge von Kanton und Gemeinden sowie die notwendigen Mindestvorschriften für die Rechnungslegung und die Zahlungsflüsse für das Jahr 2011 festgelegt.

Mit diesem Kreisschreiben passt die GD auf Basis der Erfahrungen mit den Vorgaben 2011 die Bestimmungen wo sinnvoll an und legt die Vorgaben für das Jahr 2012 fest.

### 2. Schlussrechnung der kantonalen Kostenanteile an die Gemeinden für das Jahr 2011

Die Gesundheitsdirektion leistet ihre Kostenanteile für das Jahr 2011 an die Beiträge der Gemeinden auf Basis einer Aufstellung jeder Gemeinde über die im Jahr 2011 effektiv für Personen mit zivilrechtlichem Wohnsitz im Kanton Zürich erbrachten stationären und ambulanten Pflegeleistungen.

Die Abrechnungsformulare für die Rechnungsstellung der Gemeinden an den Kanton sind ab Ende Oktober 2011 in der definitiven Version auf der Homepage der Gesundheitsdirektion vorhanden und können von dort heruntergeladen werden ([www.gd.zh.ch/pflegefin](http://www.gd.zh.ch/pflegefin)).

Wir bitten alle Gemeinden des Kantons Zürich, die für die kantonalen Schlussabrechnungen des Jahres 2011 benötigten Informationen bis **spätestens 30. April 2012** an die Gesundheitsdirektion per E-Mail ([finanzentarife@gd.zh.ch](mailto:finanzentarife@gd.zh.ch)) einzureichen. Die per 30. Juni 2011 von der GD an die Gemeinden geleisteten Akontozahlungen werden bei der Schlussabrechnung 2011 in Abzug gebracht. Die Schlusszahlungen bzw. Rückforderungen der Gesundheitsdirektion an die Gemeinden erfolgen dann bis Mitte 2012.

### **3. Vergütungen des Kantons ab dem Jahr 2012**

Aufgrund des neuen Spitalplanungs- und -finanzierungsgesetzes (SPFG), welches per 1. Januar 2012 in Kraft tritt, beteiligt sich der Kanton nicht mehr an der Finanzierung der ambulanten und stationären Pflegekosten. Gemäss § 9 Absatz 4 und § 10 Absatz 1 Pflegegesetz sind ab diesem Zeitpunkt die Gemeinden allein zuständig für die Vergütungen der öffentlichen Hand an die ambulanten und stationären Pflegeleistungen. Dafür übernimmt der Kanton vollumfänglich die Finanzierung der Akutspitäler. Der Kanton ist gemäss § 16 Absatz 4 und § 17 Absatz 3 Pflegegesetz nur noch zuständig für die Festlegung der Normdefizite.

### **4. Festlegung der Normdefizite 2012 je Pflageetag für Pflegeheime**

#### **4.1. Ausgangslage**

Für die Berechnung des anrechenbaren Aufwandes und der Normdefizite von Pflegeheimen des Jahres 2011 wurde auf die Kostendaten 2008 abgestellt, die im Rahmen der „Studie Nabholz“ für die Erarbeitung der Gesetzesvorlage ausgewertet und berechnet worden waren. Gemäss § 16 Absatz 4 Pflegegesetz sollte das Normdefizit jährlich für das kommende Beitragsjahr auf der Grundlage des vorangehenden Rechnungsjahres festgelegt werden. Für die Berechnung der Normkosten und Normdefizite des Jahres 2012 würde somit auf die Kostendaten des Jahres 2010 abgestellt. Da die notwendigen Daten des Jahres 2010 jedoch nicht in der erforderlichen Qualität vorliegen, müssen die Normkosten für das Jahr 2012 auf Basis der Normkosten 2011 unter Anrechnung eines Teuerungszuschlags weitergeschrieben und daraus gemäss § 16 Absatz 2 Pflegegesetz die Normdefizite für das Jahr 2012 berechnet werden.

#### **4.2. Normdefizite je Pflageetag**

Nach Abzug der vom Regierungsrat für 2012 festgesetzten Beiträge der Sozialversicherer sowie der voraussichtlichen durchschnittlichen Beiträge der Leistungsbezüglerinnen und -bezügler an die oben genannten Normkosten 2012 ergeben sich je Pflegebedarfsstufe folgende Normdefizite pro Pflageetag:

- BESA 4-stufig:
  - BESA-Stufe 1: Fr. 0
  - BESA-Stufe 2: Fr. 12.40
  - BESA-Stufe 3: Fr. 50.65
  - BESA-Stufe 4: Fr. 119.95
  
- Tagesheime: Fr. 8.65

- RAI / RUG 12-stufig:

- RAI-RUG-Stufe 01:	Fr.	0
- RAI-RUG-Stufe 02:	Fr.	13.65
- RAI-RUG-Stufe 03:	Fr.	27.40
- RAI-RUG-Stufe 04:	Fr.	36.20
- RAI-RUG-Stufe 05:	Fr.	46.05
- RAI-RUG-Stufe 06:	Fr.	62.70
- RAI-RUG-Stufe 07:	Fr.	76.35
- RAI-RUG-Stufe 08:	Fr.	91.05
- RAI-RUG-Stufe 09:	Fr.	100.85
- RAI-RUG-Stufe 10:	Fr.	115.60
- RAI-RUG-Stufe 11:	Fr.	145.95
- RAI-RUG-Stufe 12:	Fr.	166.80

Diese anrechenbaren Normdefizite je Pflegebedarfsstufe gelten für das gesamte Leistungsspektrum der Pflegeheime einschliesslich Leistungen an Personen mit demenziellen Erkrankungen, psychiatrischen Diagnosen sowie für die palliative Pflegeversorgung.

#### **4.3. Akut- und Übergangspflege**

Die Leistungserbringer und Versicherer konnten sich nicht auf einen Tarif für die Leistungen der Pflegeheime in der Akut- und Übergangspflege einigen. Aus diesem Grund hat der Regierungsrat mit Beschluss Nr. 234 vom 2. März 2011 die Tarife der Akut- und Übergangspflege rückwirkend ab 1. Januar 2011 vorsorglich provisorisch festgesetzt. Von den festgesetzten Tarifen müssen die Gemeinden 55% und die Versicherer 45% übernehmen. Für das Jahr 2012 gelten für die Dauer des Verfahrens provisorisch die nachfolgend aufgeführten Anteile der Versicherer (OKP) und der öffentlichen Hand (Gemeinden) für die Akut- und Übergangspflege. Vorbehalten bleibt die rückwirkende Geltendmachung der Tariffdifferenz durch die Berechtigten, falls im Endentscheid Tarife festgesetzt werden, die von den vorsorglich festgesetzten abweichen.

**provisorische Tarife 2012  
für Akut- und Übergangspflege in Pflegeheimen**

Tarif 100%	Anteil OKP	Anteil öffentliche Hand
------------	------------	-------------------------------

Pflegeintensitätsstufe
------------------------

**BESA:**

Stufe 1	Fr. 28.95	Fr. 13.03	Fr. 15.92
Stufe 2	Fr. 71.75	Fr. 32.29	Fr. 39.46
Stufe 3	Fr. 133.45	Fr. 60.05	Fr. 73.40
Stufe 4	Fr. 216.55	Fr. 97.45	Fr. 119.10

**Tagesheime:**

alle Stufen	Fr. 71.75	Fr. 32.29	Fr. 39.46
-------------	-----------	-----------	-----------

**RAI/RUG:**

Stufe 00	Fr. 0.00	Fr. 0.00	Fr. 0.00
Stufe 01	Fr. 37.75	Fr. 16.99	Fr. 20.76
Stufe 02	Fr. 62.95	Fr. 28.33	Fr. 34.62
Stufe 03	Fr. 88.15	Fr. 39.67	Fr. 48.48
Stufe 04	Fr. 113.30	Fr. 50.99	Fr. 62.32
Stufe 05	Fr. 138.50	Fr. 62.33	Fr. 76.18
Stufe 06	Fr. 163.70	Fr. 73.67	Fr. 90.04
Stufe 07	Fr. 188.85	Fr. 84.98	Fr. 103.87
Stufe 08	Fr. 214.05	Fr. 96.32	Fr. 117.73
Stufe 09	Fr. 239.20	Fr. 107.64	Fr. 131.56
Stufe 10	Fr. 277.00	Fr. 124.65	Fr. 152.35
Stufe 11	Fr. 327.35	Fr. 147.31	Fr. 180.04
Stufe 12	Fr. 428.05	Fr. 192.62	Fr. 235.43



## **5. Festlegung der Normdefizite 2012 je Leistungsstunde für ambulante Pflegeleistungen**

### **5.1 Ausgangslage**

Für die Festlegung des anrechenbaren Aufwandes und der Normdefizite von ambulanten Pflegeleistungen des Jahres 2011 wurde auf die Kostendaten 2008 abgestellt, die im Rahmen der „Studie Nabholz“ für die Erarbeitung der Gesetzesvorlage ausgewertet und berechnet worden waren. Gemäss § 16 Absatz 4 Pflegegesetz sollte das Normdefizit jährlich für das kommende Beitragsjahr auf der Grundlage des vorangehenden Rechnungsjahres festgelegt werden. Für die Berechnung der Normkosten und Normdefizite des Jahres 2012 würde somit auf die Kostendaten des Jahres 2010 abgestellt. Da die notwendigen Daten des Jahres 2010 jedoch nicht in der erforderlichen Qualität vorliegen, müssen die Normkosten für das Jahr 2012 auf Basis der Normkosten 2011 unter Anrechnung eines Teuerungszuschlags weitergeschrieben und daraus gemäss § 16 Absatz 2 Pflegegesetz die Normdefizite für das Jahr 2012 berechnet werden.

### **5.2. Normdefizite je Leistungsstunde**

Gemäss § 17 Absatz 3 Pflegegesetz legt die Direktion den anrechenbaren Aufwand und die Normdefizite 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.

### **5.3. Normdefizite je Leistungsstunde für Spitex-Institutionen gemäss § 5 Abs. 1**

Nach Abzug der vom Regierungsrat für 2012 festgesetzten Beiträge der Sozialversicherer sowie der voraussichtlichen durchschnittlichen Beiträge der Leistungsbezüglerinnen und -bezügler an die oben genannten Normkosten 2012 ergeben sich für Spitex-Institutionen gemäss § 5 Abs. 1 je Leistungsbereich folgende Normdefizite pro Leistungsstunde:

- |                                |           |
|--------------------------------|-----------|
| - Abklärung und Beratung:      | Fr. 29.75 |
| - Untersuchung und Behandlung: | Fr. 19.85 |
| - Grundpflege:                 | Fr. 32.55 |

Diese anrechenbaren Normdefizite je Leistungsstunde gelten für das gesamte Leistungsspektrum der ambulanten Leistungserbringer einschliesslich Leistungen an Personen mit demenziellen Erkrankungen, psychiatrischen Diagnosen etc..

#### **5.4. Normdefizit je ambulante Leistungsstunde für Personen bis zum vollendeten 18. Altersjahr**

Da gemäss § 9 Abs. 2 des Pflegegesetzes für Personen bis zum vollendeten 18. Altersjahr für ambulante Pflegeleistungen keine Kostenbeteiligung erhoben wird, ergeben sich für diese Gruppe von Leistungsbezügerinnen und -bezüger nach Abzug der vom Bundesrat festgesetzten Beiträge der Sozialversicherer für Spitex-Organisationen gemäss § 5 Abs. 1 folgende Normdefizite pro Leistungsstunde:

- Abklärung und Beratung: Fr. 37.75
- Untersuchung und Behandlung: Fr. 43.85
- Grundpflege: Fr. 44.55

#### **5.5. Normdefizit je Leistungsstunde für andere nach Krankenversicherungsgesetz zugelassene Spitex-Institutionen und selbstständig erwerbende Pflegefachpersonen**

Auch für das Jahr 2012 wird mangels Vorliegen von Datengrundlagen auf Basis der normativen Annahmen in der „Studie Nabholz“ davon ausgegangen, dass die privaten und selbstständig erwerbenden Pflegefachpersonen nach Abzug der Beiträge der Sozialversicherer sowie der durchschnittlichen Beiträge der Leistungsbezügerinnen und -bezüger bei allen Leistungsbereichen ein Normdefizit pro Leistungsstunde von Fr. 8.00 aufweisen.

#### **5.6. Akut- und Übergangspflege**

Die Leistungserbringer und die Versicherer haben sich im Frühjahr 2011 auf die Tarife für die ambulanten Leistungen in der Akut- und Übergangspflege geeinigt. Von den vereinbarten Tarifen müssen die Gemeinden 55% und die Versicherer 45% übernehmen. Die nachfolgend aufgeführten Anteile der Versicherer (OKP) und der öffentlichen Hand (Gemeinden) für die Akut- und Übergangspflege für das Jahr 2011 kommen auch im Jahr 2012 zur Anwendung.

- Massnahmen der Abklärung und Beratung: Fr. 121.20/Std. (100%)
  - davon Anteil der Krankenversicherer in Höhe von 45%: Fr. 54.55/Std.
  - davon Anteil Gemeinden in Höhe von 55%: Fr. 66.65/Std.
- Massnahmen der Untersuchung und Behandlung: Fr. 119.25/Std. (100%)
  - davon Anteil der Krankenversicherer in Höhe von 45%: Fr. 53.65/Std.
  - davon Anteil Gemeinden in Höhe von 55%: Fr. 65.60/Std.
- Massnahmen der Grundpflege: Fr. 105.60/Std. (100%)
  - davon Anteil der Krankenversicherer in Höhe von 45%: Fr. 47.50/Std.
  - davon Anteil Gemeinden in Höhe von 55%: Fr. 58.10/Std.

## **6. Festlegung des anrechenbaren Aufwands und Normbeitrags 2012 pro Leistungsstunde für nichtpflegerische Spitex-Leistungen**

Der bisherige § 18 Pflegegesetz wurde ersatzlos gestrichen. Der Kanton leistet somit ab 2012 für die nichtpflegerischen Spitex-Leistungen keine Beiträge mehr. Daher werden durch die Gesundheitsdirektion für diese Leistungen auch keine Normbeiträge mehr berechnet.

Für die kommunalen ambulanten Leistungserbringer und für die Gemeinden gilt § 13 mit den Absätzen 1, 2 und 4 weiterhin unverändert. Gemäss neu § 13 Absatz 3 gehen die restlichen Kosten zulasten der Gemeinden.

## **7. Vorschriften über die Rechnungslegung im Jahr 2012**

### ***a) Pflegeheime:***

Für alle im Kanton Zürich tätigen staatsbeitragsberechtigten stationären Pflegeinstitutionen gelten nebst den Artikeln 9 und 11 VKL (Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime in der Krankenversicherung vom 3. Juli 2002; Stand am 1. Januar 2009) auch die VKL-Vorgaben für Spitäler und Geburtshäuser, insbesondere Artikel 10 Absätze 3 bis 5 und der ganze Artikel 10a. Die Gesundheitsdirektion legt fest, dass alle stationären Leistungserbringer eine Leistungserfassung auf Basis der tatsächlich geleisteten Pflegeminuten führen. Die Kostensätze für die Kostenrechnungen dürfen nicht mit den auf Grund der den Pflegebedarfsstufen hinterlegten Zeiten berechnet werden.

Den Pflegeheimen wird die Anwendung einer Kostenrechnung nach dem „Müller-Modell“ oder ähnlichen Modellen freigestellt, vorausgesetzt, die erwähnten VKL-Vorgaben, im Besonderen die Artikel 10 Absätze 3 bis 5 und Artikel 10a sowie die Einführung einer Minuten genauen Leistungserfassung und deren Anwendung in der Kostenrechnung (z.B. für die Berechnung der Umlageschlüssel), werden eingehalten.

### ***b) ambulante Leistungserbringer:***

Für alle im Kanton Zürich nach § 17 Abs. 3 lit. a bis c tätigen ambulanten Leistungserbringer werden die Richtlinien gemäss „Finanzmanual - Das Handbuch zum Rechnungswesen, 3. überarbeitete Auflage 2011, Spitex Verband Schweiz“ ab dem Rechnungsjahr 2012 für verbindlich erklärt. Die Gesundheitsdirektion legt fest, dass alle ambulanten Leistungserbringer nebst den verrechneten Leistungsstunden auch die tatsächlich geleisteten Pflegestunden erfassen und die Kostensätze (z.B. zur Berechnung der Umlageschlüssel) für die Kostenrechnungen nach den tatsächlich geleisteten Pflegestunden berechnen müssen.



## 8. Kontaktadresse

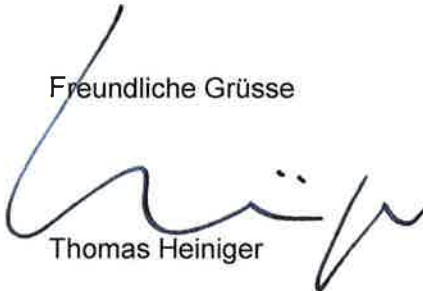
Für weitergehende Erklärungen und zur Beantwortung von Fragen in Bezug auf die Normdefizitberechnungen 2012 und auf die Vorgaben zur Rechnungslegung 2012 wenden Sie sich bitte an:

Urs Preuss

Tel.: 043 259 52 14

E-Mail: [urs.preuss@gd.zh.ch](mailto:urs.preuss@gd.zh.ch)

Freundliche Grüsse



Thomas Heiniger

Kopie an:

- Sozialamt des Kantons Zürich
- Gemeindeamt des Kantons Zürich