

Grundlagen Umsetzung Pflegefinanzierung im Jahr 2021 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 (per 1. Januar 2020, im Jahr 2021 unverändert)

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 ab 1. Januar 2020 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.

Damit sind 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 gestiegen. Im Jahr 2021 bleiben die Beiträge unverändert.

Eigenanteil der pflegebedürftigen Personen (im Jahr 2021 grundsätzlich unverändert)

Mit der Erhöhung der Krankenversicherungsbeiträge per 1. Januar 2020 hat 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) erhöht. Der maximale Eigenanteil bleibt im Jahr 2021 unverändert.

Zu beachten gilt, dass die Versicherten sich zusätzlich im Rahmen der Krankenversicherung mit der Franchise (Mindestfranchise CHF 300.00 pro Jahr für Erwachsene ab 19 Jahren) und dem Selbstbehalt von 10% (maximal CHF 700.00 pro Jahr (für Erwachsene) an den Kosten beteiligen müssen.

Normkosten bzw. Normdefizite für das Jahr 2021

Mit Schreiben vom 31. August 2020 hat die Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich die Vorgaben zu Normdefiziten und Rechnungslegung für das Jahr 2021 bestimmt. Auf Wunsch der Gemeinden sind neu die MiGeL-Kosten als Bestandteil der Pflegekosten in die Normkosten bzw. Normdefizite mit eingerechnet. Die Gesundheitsdirektion weist den Anteil der MiGeL-Kosten an den Normkosten weiterhin aus.

Basierend auf den Kostenrechnungsdaten 2019 wurde das 50ste Perzentil der Pflegekosten ermittelt. Bei den Pflegekosten inkl. MiGeL wurde ein Wert von CHF 1.5344 pro Pflegeminute ermittelt, bei den Pflegekosten exkl. MiGeL ein Wert von CHF 1.4985 pro Pflegeminute. Die Differenz von CHF 0.0359 pro Pflegeminute stellt den Anteil an MiGeL-Kosten dar.

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). Die Vorstösse von CURAVIVA Zürich zur Anpassung an die veränderten Instrumente von BESA und RAI sind bisher von der Gesundheitsdirektion abgelehnt worden.

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. Die 97 Verfahren vor dem Schiedsgericht in Sozialversicherungsstreitigkeiten sind vorläufig sistiert. Im Kanton Bern hat der Restfinanzierer (Kanton) einen Vergleich mit tarifsuisse geschlossen, in einigen weiteren Kantonen laufen Vergleichsverhandlungen mit den Restfinanzierern, im Kanton Zürich nicht.

CURAVIVA Zürich hat mit dem Gemeindepräsidentenverband des Kantons Zürich (GPV) eine Lösung für die Jahre 2018 - 2020 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. Ab dem Jahr 2021 werden auf Wunsch der Gemeinden die MiGeL-Kosten in die Pflegekosten mit eingerechnet.

Wichtig ist, dass die Betriebe Aufwände und Erträge für die MiGeL-Materialien auch in den Jahren 2020 und 2021 weiterhin in den Kostenrechnungen ausweisen. Der Bundesrat hat Anfang Jahr dem Parlament eine Botschaft mit der Gesetzesänderung vorgelegt, nach welcher künftig wieder eine MiGeL-Vergütung auch für durch Fachpersonal angewendetes Material durch die Krankenversicherungen besteht. Falls die Räte dem Gesetz zustimmen, müssen auch noch Anpassungen in den Verordnungen vorgenommen werden. Deshalb ist eine Vergütung durch die Krankenversicherungen nicht vor dem Jahr 2022 zu erwarten.

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 Zürich hat mit tarifsuisse einen Vertrag ab 2020 abgeschlossen, der die Vergangenheit ebenfalls regelt (der Vertrag muss noch genehmigt werden). Allerdings haben die meisten betroffenen Institutionen auf Empfehlung von CURAVIVA Zürich bereits vorher eigene ärztliche und therapeutische Organisationen gegründet.

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). Der Regierungsrat hat mit Beschlüssen vom 23. Oktober 2019 die Verträge für das Jahr 2019 verlängert und für den vertragslosen Zustand ab dem Jahr 2020 einen provisorischen Tarif in der bisherigen Höhe von CHF 168.00 pro Tag (tarifsuisse und CSS) bzw. CHF 178.00 pro Tag (HSK) festgelegt.

Rechnungslegung und Kostendeckung

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

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

3. September 2020/cz

Die Rechnungsstellung der Pflegekosten ist abhängig von den betrieblichen Begebenheiten. Auf Basis der Vorgaben für 2021 sehen die **Normkosten**, der **Beitrag der Krankenversicherung**, der **Eigenanteil** der Pflegebedürftigen und das **Normdefizit** je Pflage-tag wie folgt aus:

Wert: CHF 1.5344 pro Pflegeminute, inkl. MiGeL

Stufe	Pflegeminuten gem. KLV 7a	Basis Minuten	BESA-Punkte LK 2005 ^{*)}	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	15.73	0.38	16.10	9.60	6.50	0.00	0.00
2	21–40	30.5	7–13	PA1	45.70	1.09	46.80	19.20	23.00	3.50	4.60
3	41–60	50.5	14–20	BA1, PA2	75.67	1.81	77.50	28.80	23.00	23.85	25.70
4	61–80	70.5	21–26	IA1, BA2, PB1, PB2	105.64	2.53	108.20	38.40	23.00	44.25	46.80
5	81–100	90.5	27–33	BB1, CA1, IB1, PC1	135.61	3.25	138.85	48.00	23.00	64.60	67.85
6	101–120	110.5	34–40	BB2, PC2, IA2	165.58	3.97	169.55	57.60	23.00	85.00	88.95
7	121–140	130.5	41–46	IB2, CA2, PD1	195.55	4.68	200.25	67.20	23.00	105.35	110.05
8	141–160	150.5	47–53	PD2, CB1, RMA, RLA, CB2, SSA	225.52	5.40	230.95	76.80	23.00	125.70	131.15
9	161–180	170.5	54–60	RMB, CC1, SSB, PE1, RLB, CC2	255.49	6.12	261.60	86.40	23.00	146.10	152.20
10	181–200	190.5	61–66	SE1, PE2	285.46	6.84	292.30	96.00	23.00	166.45	173.30
11	201–220	210.5	67–73	SSC	315.43	7.56	323.00	105.60	23.00	186.85	194.40
12	221 +	230.5	74 +	RMC, SE2, SE3	345.40	8.27	353.70	115.20	23.00	207.20	215.50

^{*)} 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.

3. September 2020/cz