Kanton Zürich
Gesundheitsdirektion
Amt für Gesundheit

Jörg Gruber
Amtschef

Kontakt:
Tobias Elbel
Versorgungsplanung
Stampfenbachstrasse 30
8090 Zürich
Telefon +41 43 259 58 25
langzeitversorgung@gd.zh.ch

An die politischen Gemeinden des
Kantons Zürich sowie die betroffe-
nen Verbände gemäss Verteiler

26. August 2026

Normdefizite 2027 und Rechnungslegung

Sehr geehrte Damen und Herren

Wir bedanken uns bei den Leistungserbringern für ihre Datenlieferungen im Rahmen der Statistikerhebungen für das Jahr 2025. Dies ermöglicht uns, Sie über die Entwicklung der Normkosten für Pflegeleistungen und die sich daraus ergebenden Normdefizite für das Jahr 2027 zu informieren. Sie finden diese Angaben nachfolgend in den Beilagen 1 bis 3. Die Normkosten 2025 haben sich im Vergleich zu den Normkosten 2024 wie folgt entwickelt:

Pflegeheime: Die Normkosten 2025 pro Leistungsminute betragen Fr. 1.5930 (-1.9%).

Spitex: Veränderung Normkosten gegenüber Vorjahr	**Beauftragte** Spitex-Institutionen	**Nicht beauftragte** Spitex-Institutionen
a) Abklärung & Beratung	-2.2%	-7.0%
b) Untersuchung & Behandlung	+0.3%	-0.1%
c) Grundpflege	-1.2%	-7.2%
c) Grundpflege pflegende Angehörige	+1.4%	

Selbstständig erwerbende Pflegefachpersonen (SPFP): Nach Rücksprache mit den Gemeindeverbänden und alliance care werden die Normkosten für SPFP analog den letzten Jahren auf dem Stand 2019 weitergeführt, vorerst für die Normdefizitjahre 2027 und 2028.

Nachfolgend informieren wir Sie über weitere Themenbereiche und bitten Sie um spezielle Beachtung:

a) Nationale Anpassung betr. Finanzierung Spezialisierte Palliative Care

Infolge bundesrechtlicher Anpassungen sind ab dem 1. Januar 2027 höhere Krankenversicherungsbeiträge und höhere Patientenbeteiligungen bei neu definierten Leistungen im Bereich der spezialisierten Palliative Care vorgesehen. Im Kanton Zürich vergüten die Gemeinden bei spezialisierten Leistungserbringern, vor allem im ambulanten Bereich, seit Jahren kostendeckende Beiträge in Ergänzung zur Krankenversicherung. Das AFG steht mit den Gemeindeverbänden und spezialisierten Leistungserbringern daher im Austausch

und analysiert die konkreten Auswirkungen derzeit. Falls Anpassungen an Leistungsvereinbarungen notwendig sind, werden die Gemeindeverbände oder die Leistungserbringer sich bei den Gemeinden melden.

Die nationalen Anpassungen bedürfen jedoch auch einer Abbildung in der Normdefizitregelung. Die Normdefizitregelung (§§15f. Pflegegesetz) kommt zur Anwendung, wenn eine Person freiwillig einen nicht von der Gemeinde betriebenen oder beauftragten Leistungserbringer wählt. Bei Leistungen der spezialisierten Palliative Care (Art. 7 Abs. 2 a^{bis} und b^{bis} KLV) vergüten die Krankenversicherungen höhere Beiträge und eine höhere Patientenbeteiligung kann verrechnet werden (Art. 7a und 7c KLV). Diese Beiträge sind bei der Rechnungsstellung an die Gemeinden auszuweisen und in Abzug zu bringen. Die von den Gemeinden maximal zu finanzierenden Restkosten (Normdefizit) verringern sich entsprechend. Diese Regelung wurde in den Normdefizittabellen mit einer Fussnote vermerkt (vgl. Beilagen 1 bis 2).

b) Vorschriften über die Rechnungslegung

Wie auch aus Beilage 4 zu entnehmen ist, gelten für alle im Kanton Zürich tätigen Betriebe (stationäre und ambulante Pflege), die zu Lasten des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) abrechnen, seit mehreren Jahren Vorschriften über die Rechnungslegung.

Wir bitten die Leistungserbringerverbände, dieses Kreisschreiben an die Mitgliedsorganisationen weiterzuleiten.

Freundliche Grüsse

Jörg Gruber

Geht an (Versand per E-Mail):
- Politische Gemeinden des Kantons Zürich
- Verband der Gemeindepräsidien Kanton Zürich
- Gesundheitskonferenz Kanton Zürich
- ARTISET Zürich
- senesuisse
- Spitex Verband Kanton Zürich
- Association Spitex privée Suisse ASPS
- alliance care | Standort Zürich
- Verband Zürcher Krankenhäuser – Netzwerk Zürcher Pflegezentren
- Interessengemeinschaft gemeinnütziger Altersinstitutionen Stadt Zürich
- Unabhängige Beschwerdestelle für das Alter UBA
- Schweizerische Stiftung SPO Patientenschutz
- Dachverband der schweizerischen Patientenstellen DVSP
- Sozialamt des Kantons Zürich
- Gemeindeamt des Kantons Zürich
- Gesundheitsdirektorenkonferenz GDK
- Bezirksräte des Kantons Zürich

Beilagen (nachfolgend):
- Beilage 1: Normdefizite 2027 für Alters- und Pflegeheime
- Beilage 2: Normdefizite 2027 für ambulante Pflegeleistungen nach KVG
- Beilage 3: Normdefizite 2027 für ambulante Pflegeleistungen nach IV/UV/MV
- Beilage 4: Vorschriften über die Rechnungslegung
- Beilage 5: Information zu den Tarifen der Akut- und Übergangspflege
- Beilage 6: Glossar Pflegegesetz und -finanzierung

Beilage 1: Normdefizite 2027 für Alters- und Pflegeheime

Pflegebedarfs-stufe (Art. 7a KLV)	Normkosten pro Pflegetag[1)] (Fr.)	Beitrag Versicherer pro Pflegetag[2)] (Fr.)	Beitrag Leistungsbezüger pro Pflegetag[3)] (Fr.)	Normdefizite pro Pflegetag (gerundet)[4)] (Fr.)
Stufe 01 (a)	16.73	9.60	7.13	**0.00**
Stufe 02 (b)	48.59	19.20	23.00	**6.40**
Stufe 03 (c)	80.45	28.80	23.00	**28.65**
Stufe 04 (d)	112.31	38.40	23.00	**50.90**
Stufe 05 (e)	144.17	48.00	23.00	**73.15**
Stufe 06 (f)	176.03	57.60	23.00	**95.45**
Stufe 07 (g)	207.89	67.20	23.00	**117.70**
Stufe 08 (h)	239.75	76.80	23.00	**139.95**
Stufe 09 (i)	271.61	86.40	23.00	**162.20**
Stufe 10 (j)	303.47	96.00	23.00	**184.45**
Stufe 11 (k)	335.33	105.60	23.00	**206.75**
Stufe 12 (l)	367.19	115.20	23.00	**229.00**

[1)] Die Normkosten pro Pflegetag basieren auf den Normkosten von Fr. 1.5930 pro Leistungsminute; die Abnahme gegenüber dem Vorjahr beträgt 1.9%.

[2)] Gemäss Art. 7a Abs. 3 Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (KLV).

[3)] Zu beachten ist, dass in Stufe 01 (a) der Beitrag Leistungsbezüger pro Pflegetag aufgrund der tieferen Normkosten ebenfalls reduziert wird. Die Normdefizite sind auf die nächsten 5 Rp. auf- oder abgerundet.

[4)] Bei Leistungen der spezialisierten Palliative Care (Art. 7 Abs. 2 a^{bis} und b^{bis} KLV) vergüten die Krankenversicherungen höhere Beiträge und eine höhere Patientenbeteiligung kann verrechnet werden (Art. 7a und 7c KLV). Diese Beiträge sind bei der Rechnungsstellung an die Gemeinden auszuweisen und in Abzug zu bringen. Die von den Gemeinden maximal zu finanzierenden Restkosten (Normdefizit) verringern sich entsprechend.

Beilage 2: Normdefizite 2027 für ambulante Pflegeleistungen nach KVG

a) Beauftragte Spitex-Institutionen

Leistungsart (Art. 7 Abs. 2 KLV)	Normkosten pro Pflegestunde (Fr.)	Beiträge Versicherer pro Pflegestunde[1)] (Fr.)	Normdefizite pro Pflegestunde[2, 4)] (gerundet) (Fr.)
a) Abklärung, Beratung und Koordination	155.64	76.90	**78.75**
b) Untersuchung und Behandlung	154.99	63.00	**92.00**
c) Grundpflege	144.81	52.60	**92.20**
c) Grundpflege; erbracht von pflegenden Angehörigen[3)]	69.34	52.60	**16.75**

b) Nicht beauftragte Spitex-Institutionen

Leistungsart (Art. 7 Abs. 2 KLV)	Normkosten pro Pflegestunde (Fr.)	Beiträge Versicherer pro Pflegestunde[1)] (Fr.)	Normdefizite pro Pflegestunde[2, 4)] (gerundet) (Fr.)
a) Abklärung, Beratung und Koordination	107.35	76.90	**30.45**
b) Untersuchung und Behandlung	95.09	63.00	**32.10**
c) Grundpflege	75.94	52.60	**23.35**
c) Grundpflege; erbracht von pflegenden Angehörigen[3)]	69.34	52.60	**16.75**

c) Selbstständig erwerbende Pflegefachpersonen

Leistungsart (Art. 7 Abs. 2 KLV)	Normkosten pro Pflegestunde (Fr.)	Beiträge Versicherer pro Pflegestunde[1)] (Fr.)	Normdefizite pro Pflegestunde[2, 4)] (gerundet) (Fr.)
a) Abklärung, Beratung und Koordination	131.01	76.90	**54.10**
b) Untersuchung und Behandlung	118.76	63.00	**55.75**
c) Grundpflege	93.65	52.60	**41.05**

[1)] Gemäss Art. 7a Abs. 1 KLV

[2)] Die Normkosten und Normdefizite sind vor Abzug der Patientenbeiträge (ab 1.1.2020 max. Fr. 7.65 pro Tag) berechnet. Bei der Rechnungsstellung an die Gemeinden sind zur Berechnung der zu zahlenden Restkosten die effektiv in Rechnung gestellten Patientenbeiträge in Abzug zu bringen. Die Normdefizite sind auf die nächsten 5 Rp. auf- oder abgerundet.

[3)] Pflegende Angehörige gemäss der Definition aus den Administrativ-Verträgen zwischen den Spitexverbänden (Spitex Schweiz und ASPS) und den Einkaufsgemeinschaften.

[4)] Bei Leistungen der spezialisierten Palliative Care (Art. 7 Abs. 2 a^{bis} und b^{bis} KLV) vergüten die Krankenversicherungen höhere Beiträge und eine höhere Patientenbeteiligung kann verrechnet werden (Art. 7a und 7c KLV). Diese Beiträge sind bei der Rechnungsstellung an die Gemeinden auszuweisen und in Abzug zu bringen. Die von den Gemeinden maximal zu finanzierenden Restkosten (Normdefizit) verringern sich entsprechend.

Beilage 3: Normdefizite 2027 für ambulante Pflegeleistungen nach IV/UV/MV

a) IV-Tarife – Spitex-Institutionen

Beauftragte Leistungserbringer	Normkosten pro Pflegestunde (Fr.)	Beiträge Versicherer pro Pflegestunde[1)] (Fr.)	Normdefizite pro Pflegestunde[2)] (gerundet) (Fr.)
a) Abklärung, Beratung und Koordination	155.64	128.04	**27.60**
b) Untersuchung und Behandlung	154.99	128.04	**26.95**
c) Grundpflege	144.81	0.00	**-**

Nicht beauftragte Leistungserbringer	Normkosten pro Pflegestunde (Fr.)	Beiträge Versicherer pro Pflegestunde[1)] (Fr.)	Normdefizite pro Pflegestunde[2)] (gerundet) (Fr.)
a) Abklärung, Beratung und Koordination	107.35	128.04	**-**
b) Untersuchung und Behandlung	95.09	128.04	**-**
c) Grundpflege	75.94	0.00	**-**

b) UV/MV Tarife – Spitex-Institutionen

Beauftragte Leistungserbringer	Normkosten pro Pflegestunde (Fr.)	Beiträge Versicherer pro Pflegestunde[1)] (Fr.)	Normdefizite pro Pflegestunde[2)] (gerundet) (Fr.)
a) Abklärung, Beratung und Koordination	155.64	125.04	**30.60**
b) Untersuchung und Behandlung	154.99	120.00	**35.00**
c) Grundpflege	144.81	110.04	**34.75**

Nicht beauftragte Leistungserbringer	Normkosten pro Pflegestunde (Fr.)	Beiträge Versicherer pro Pflegestunde[1)] (Fr.)	Normdefizite pro Pflegestunde[2)] (gerundet) (Fr.)
a) Abklärung, Beratung und Koordination	107.35	125.04	**-**
b) Untersuchung und Behandlung	95.09	120.00	**-**
c) Grundpflege	75.94	110.04	**-**

[1)] Gemäss Tarifvertrag zwischen den Spitexverbänden (Spitex Schweiz und ASPS) und der Medizinaltarif-Kommission UVG, gültig ab 01.10.2024. Die IV finanziert die Grundpflege nicht separat.

[2)] Es ist zu beachten, dass bei IV und UV keine Patientenbeteiligung in Rechnung gestellt werden darf. Die Normdefizite sind auf die nächsten 5 Rp. auf- oder abgerundet.

c) IV/UV/MV-Tarife – selbstständig erwerbende Pflegefachpersonen

Für die selbstständig erwerbenden Pflegefachpersonen gilt der Tarifvertrag zwischen Bundesamt für Sozialversicherungen/Medizinaltarif-Kommission (BSV/MTK) und den Sozialversicherungen vom 1. Januar 2025 und dieser ist von den oben aufgeführten Regelungen nicht betroffen. In diesen Fällen können keine Restkosten mit den Gemeinden abgerechnet werden. Weitere Informationen finden Sie unter: https://sbk-asi.ch/de/pflege-and-arbeit/freiberufliche-pflege/freiberuflich-werden/administrativvertraege-und-tarifvertraege

Beilage 4: Vorschriften über die Rechnungslegung

1. Pflegeheime

Für alle im Kanton Zürich zu Lasten des KVG abrechnenden Betriebe gelten bezüglich Rechnungslegung nebst den Art. 9 und 11 VKL (Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime in der Krankenversicherung vom 3. Juli 2002) auch die Bestimmungen für Spitäler und Geburtshäuser, insbesondere gemäss Art. 10 Abs. 3 bis 5 VKL (Führung einer Lohnbuchhaltung, einer Kosten- und Leistungsrechnung sowie einer Anlagebuchhaltung) sowie Art. 10a VKL (Anforderungen an die Anlagebuchhaltung). Gemäss VKL müssen alle stationären Leistungserbringer eine Leistungserfassung führen. Die Kostensätze für die Kostenrechnungen dürfen nicht auf Basis der Normkosten berechnet werden.

Im Weiteren verweisen wir auf die jeweils aktuell geltenden Kostenrechnungsvorgaben von ARTISET (Schweiz) im "Handbuch Kostenrechnung und Leistungsstatistik für Alters- und Pflegeheime". Diese Vorgaben sind für die Pflegeheime verbindlich, soweit sie nicht von den Regelungen durch die VKL gemäss den obigen Ausführungen abweichen.

2. Ambulante Leistungserbringer

Für alle im Kanton Zürich nach § 17 Abs. 3 lit. a bis c Pflegegesetz tätigen ambulanten Leistungserbringer gelten bezüglich Rechnungslegung die Richtlinien gemäss Finanzmanual von Spitex Schweiz. Die Anwendung der überarbeiteten Version des Finanzmanuals (insbesondere zur Erstellung der Kostenrechnung) ist seit dem 1. Januar 2021 verbindlich.

Alle ambulanten Leistungserbringer sind zudem verpflichtet, nebst den verrechneten Leistungsstunden auch die tatsächlich geleisteten Stunden zu erfassen und die Kostensätze (z.B. zur Berechnung der Umlageschlüssel) für die Kostenrechnungen nach den tatsächlich geleisteten Stunden zu berechnen. Die einzelnen Kostensätze dürfen nicht auf Grund der Erlöse oder der Normkosten in die Kostenrechnungen übernommen werden.

Beilage 5: Information zu den Tarifen der Akut- und Übergangspflege

Gemäss Art. 25a Abs. 2 KVG werden die Leistungen der Akut- und Übergangspflege, welche sich im Anschluss an einen Spitalaufenthalt als notwendig erweisen, im Spital ärztlich angeordnet. Diese Leistungen werden von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung und vom Wohnkanton des Versicherten (im Kanton Zürich die Gemeinden) während längstens zwei Wochen nach den Regeln der Spitalfinanzierung (Art. 49a KVG; Abgeltung der stationären Leistungen) vergütet. Versicherer und Leistungserbringer vereinbaren Pauschalen. Die aktuell geltenden Pauschalen sind auf der Homepage der Gesundheitsdirektion unter https://www.zh.ch/de/gesundheit/heime-spitex/pflegefinanzierung.html hinterlegt.

Ebenfalls unter diesem Link finden sich die Regierungsratsbeschlüsse, die den Anteil der öffentlichen Hand an den zu finanzierenden Pauschalen festlegt [aktuell 55%]. Den Versicherten dürfen für die Akut- und Übergangspflege keine Patientenbeteiligungen in Rechnung gestellt werden. Für die Akut- und Übergangspflege gelten ebenso die Leistungen gemäss Art. 7 KLV.

Die Tarife für Akut- und Übergangspflege sind keine Rest- oder Normkosten im Sinne der Pflegefinanzierung und sind deshalb nicht bei den jährlichen Festlegungen zu den Normdefiziten enthalten.

Beilage 6: Glossar Pflegegesetz und -finanzierung

Akut- und Übergangspflege (AÜP)

Vgl. Ausführungen in o.g. Beilage 5.

Altersberatungen/Informationsstellen in den Gemeinden

Im Rahmen der Information durch die Gemeinde bezeichnet gemäss § 7 Pflegegesetz die Gemeinde eine Stelle, die Auskunft über das Angebot der Leistungserbringer gemäss § 5 Abs. 1 Pflegegesetz erteilt. Auch in § 3 Abs. 3 Pflegeverordnung wird festgehalten, dass die kommunale Informationsstelle Auskunft über das generelle und das aktuell verfügbare Angebot der Gemeinde erteilt.

Ausbildungsverpflichtung

Mit Regierungsratsbeschluss Nr. 1196 vom 4. Dezember 2018 wurde gestützt auf § 22 des kantonalen Gesundheitsgesetzes die Verordnung über die Ausbildungspflicht in der Langzeitpflege erlassen, die am 1. Januar 2019 in Kraft getreten ist (ALV). Die Verordnung regelt im Detail die Umsetzung der Ausbildungsverpflichtung der Langzeitpflegeinstitution (Heime und Spitex-Institutionen). Gemäss § 5 Abs. 5 ALV haben die Institutionen der Gesundheitsdirektion jährlich ihre im Vorjahr erbrachten Ausbildungsleistungen zusammen mit den für die Bundestatistik erforderlichen Daten mitzuteilen (vgl. Erläuterung im Regierungsratsbeschluss NR. 1196 vom 4. Dezember 2018: Die Institutionen teilen der Gesundheitsdirektion gleichzeitig mit den für die Bundesstatistik (Spitex-Statistik bzw. SOMED) erforderlichen Daten in der entsprechenden Vorlage jährlich die im Vorjahr erbrachten Ausbildungsleistungen pro Qualifikationsstufe mit. Für die abschliessende Plausibilisierung der eingegebenen Daten ist gestützt auf § 10 Abs. 1 ALV durch die von den Branchenverbänden der Langzeitpflege bezeichnete Durchführungsstelle zuständig (IG ABV). Aktuell wird eine Gesamtrevision der Verordnung zur Ausbildungsverpflichtung Langzeitpflege durchgeführt. Die revidierte Verordnung soll vom Regierungsrat per 1. Januar 2027 in Kraft gesetzt werden. Weitere Informationen erfolgen in einem separaten Schreiben.

Beauftragte Spitex-Institutionen

Die gemeindeeigenen und beauftragten Spitex-Institutionen unterliegen der Pflegeverordnung zum Pflegegesetz. Das heisst, dass diese Institutionen eine Versorgungspflicht gegenüber der Wohnbevölkerung der entsprechenden Gemeinde haben und ihr Leistungsangebot gemäss §§ 4 und 7 Pflegeverordnung (Standardangebot) gestalten müssen. Gemäss § 9 Abs. 4 Pflegegesetz sind die (gesamten) restlichen Kosten bei Pflegeleistungen bei diesen Leistungserbringern (gemäss § 5 Abs. 1 Pflegegesetz) von der auftraggebenden Gemeinde zu tragen. Nur diese Institutionen mit einer Leistungsvereinbarung zur Versorgungspflicht sind berechtigt, bis zu den Normdefiziten für beauftragte Leistungserbringer mit Gemeinden abzurechnen (vgl. Beilage 2a).

Bedarfserhebungs-Instrumente Alters- und Pflegeheime

Die Alters- und Pflegeheime mit einer Betriebsbewilligung des Kantons Zürich und mit Aufnahme auf der Zürcher Pflegeheimliste sind zur Abrechnung ihrer Pflegeleistungen mit den Versicherern zugelassen. Dafür sind diese Institutionen verpflichtet, ein Bedarfserhebungsinstrument zur Festlegung des Pflegebedarfs pro pflegebedürftige Person zu führen. Die Einstufung der Pflegebedürftigen erfolgt in 12 Pflegebedarfsstufen. Im Kanton Zürich sind

dafür die Systeme BESA und RAI/RUG zugelassen. Mit Schreiben vom 27. März 2025 informierte ARTISET alle Kunden von BESA QSys über die Einstellung des BESA-Systems zur Pflegebedarfsermittlung bis Mitte 2028. Weitere Informationen finden Sie unter https://besaqsys.ch/de/umstellung-besa-zu-interrai-ltcf

Berufsausübungsbewilligung

Wer im Kanton Zürich als Pflegefachfrau oder Pflegefachmann fachlich eigenverantwortlich tätig sein will, kann sich unter dem nachfolgenden Link über die wichtigsten Regelungen informieren und die nötigen Bewilligungen beantragen https://www.zh.ch/de/gesundheit/gesundheitsberufe.html.

Eine Bewilligung wird einerseits benötigt für die Ausübung einer Pflegeleitung (PDL) oder Standortleitung sowie deren Stellvertretung in einer Spitex-Institution oder in einem Pflegeheim und andererseits für eine fachlich eigenverantwortliche Tätigkeit. Eine fachlich eigenverantwortliche Tätigkeit kann sowohl selbstständig als auch im Rahmen eines Anstellungsverhältnisses ausgeübt werden. Voraussetzung für die Erteilung einer Berufsausübungsbewilligung ist das Vorhandensein eines entsprechenden Pflege-Diploms (Bachelor of Science in Pflege FH/UH oder ein Diplom als Pflegefachfrau HF/Pflegefachmann HF oder einen vom Schweizerischen Roten Kreuz als gleichwertig anerkannten ausländischen Abschluss).

Betriebsbewilligung

a) stationäre Pflegeinstitution: Das Betreiben einer stationären Pflegeinstitution mit mehr als fünf Pflegebetten ist bewilligungspflichtig. Als Pflegeinstitutionen gelten Alters- und Pflegeheime, Pflegeheime und Pflegewohnungen. Informationen zur Beantragung einer Betriebsbewilligung finden Sie unter https://www.zh.ch/de/gesundheit/gesundheitsberufe/bewilligungen/betriebsbewilligung.html.

Eine Betriebsbewilligung ist die Voraussetzung zur Aufnahme auf die Pflegeheimliste des Kantons Zürich. Die Aufnahme auf die Pflegeheimliste berechtigt die stationären Pflegeinstitutionen zur Abrechnung ihrer Leistungen mit der OKP (Krankenversicherer) gemäss Art. 7a KLV.

b) Spitalexterne Gesundheits- und Krankenpflege: Das Betreiben einer Spitex-Institution resp. das Erbringen von pflegerischen Leistungen im spitalexternen, ambulanten Bereich im Namen von Spitex-Institutionen ist bewilligungspflichtig. Informationen zur Beantragung einer Betriebsbewilligung Spitex-Institutionen finden Sie unter https://www.zh.ch/de/gesundheit/gesundheitsberufe/bewilligungen/betriebsbewilligung.html#-792208150.

Finanzmanual für Spitex-Institutionen

Vgl. Ausführungen in o.g. Beilage 4.

Handbuch Kostenrechnung und Leistungsstatistik für Alters- und Pflegeheime

Vgl. Ausführungen in o.g. Beilage 4.

Freie Wahl des Leistungserbringers

Die Zürcher Bevölkerung kann frei wählen, ob sie durch einen Leistungserbringer aus dem kommunalen Angebot oder einen anderen Leistungserbringer gepflegt werden will. Dies ergibt sich auch aus Art. 41 KVG. Die Gemeinden haben deshalb – wie die Versicherer –

keine Berechtigung einen bestimmten Leistungserbringer vorzuschreiben. Eine andere Frage ist hingegen, inwieweit sich die Sozialversicherungen und die öffentliche Hand an den Kosten der von einem frei gewählten Leistungserbringer erbrachten Leistungen zu beteiligen haben. Dies hängt von zahlreichen weiteren Faktoren ab (vgl. Eintrag zu Restkosten).

IV/UV/MV

Für Institutionen gemäss § 25 des Gesetzes über den selbstbestimmten Leistungsbezug durch Menschen mit Behinderung vom 28. Februar 2022 (SLBG), die gleichzeitig auf der Pflegeheimliste geführt werden, finden ausschliesslich die Vorschriften des SLBG Anwendung. Der Anspruch der versicherten Person auf Vergütung von Pflichtleistungen durch die Sozialversicherer bleibt davon unberührt. Da für diese Institution ausschliesslich das SLBG gilt, obliegen den Gemeinden somit keine Restfinanzierungspflichten gemäss Pflegegesetze. Auf der Alters- und Pflegeheimliste Kanton Zürich (https://www.zh.ch/de/gesundheit/heime-spitex/pflegeversorgung.html#410188076) sind die "Invalideneinrichtungen mit Pflegebetten" mit diesem Vermerk gekennzeichnet.

Die IV vergütet höhere Tarife für Kinderspitex-Pflegeleistungen, daher vermindern sich die Normdefizite entsprechend. Da gemäss § 9 Abs. 2 Pflegegesetz für Personen bis zum vollendeten 18. Altersjahr keine entsprechende Kostenbeteiligung erhoben werden, erhöhen sich entsprechend die Restkosten, die den Gemeinden in Rechnung gestellt werden. Im Weiteren ist zu berücksichtigen, dass die IV keine Grundpflegeleistungen finanziert, diese werden von den Krankenversicherungen übernommen. Gemäss Vertrag vom 1.10.2024 zwischen den Spitex-Verbänden und den Versicherern können die MiGeL-Leistungen mit den Versicherern separat abgerechnet werden.

Kapazitätsmangel / Ersatzangebot

Kann eine pflegebedürftige Person nicht durch Leistungserbringer der Wohnsitzgemeinde (eigens betriebene oder beauftragte) versorgt werden, vermittelt die Gemeinde gemäss § 6 Pflegegesetz innert angemessener Frist einen anderen Leistungserbringer. Im Rahmen von solchen Ersatzangeboten übernimmt die Gemeinde gemäss § 14 Pflegegesetz neben den ordentlichen Beiträgen für Pflegeleistungen gemäss § 9 Pflegegesetz auch allfällige Mehrkosten (für Unterkunft, Verpflegung und Betreuung).

Verzichtet eine pflegebedürftige Person von sich aus auf die Pflegeangebote der Gemeinde oder bei einem mangelnden Angebot auf die Vermittlung eines Ersatzangebotes und wählt einen teureren Leistungserbringer, hat sie die Mehrkosten selbst zu tragen.

Kostendeckungsprinzip

Gemäss § 12 Abs. 1 Pflegegesetz gehen die Kosten für andere Leistungen des Pflegeheims wie Unterkunft, Verpflegung und Betreuung zulasten der Leistungsbezügerin oder des Leistungsbezügers. Die Gemeinden können diese Kosten ganz oder teilweise übernehmen. Sodann wird in § 12 Abs. 2 Pflegegesetz geregelt, dass Pflegeheime, die gemäss § 5 Abs. 1 Pflegegesetz von einer oder mehreren Gemeinden betrieben werden oder beauftragt sind, bei Einwohnerinnen und Einwohnern dieser Gemeinden für Unterkunft, Verpflegung und Betreuung höchstens kostendeckende Taxen verrechnen. Sie weisen die Einhaltung dieser Vorgabe in der Jahresrechnung aus. Private Pflegeheime ohne eine Leistungsvereinbarung mit einer Gemeinde sind frei in der Festlegung ihrer Taxen für Unterkunft, Verpflegung und Betreuung.

Kostengutsprache bei ausserkantonalen Spitex-Leistungen

Im interkantonalen Verhältnis – wie bei Wohnsitz in einem Kanton und einem Leistungsbezug ausserhalb des Wohnsitzkantons – gilt seit 1. Januar 2019 nach Art. 25a Abs. 5 KVG bezüglich Finanzierung ambulanter Pflegeleistungen Folgendes:

Der versicherten Person dürfen von den nicht von Sozialversicherungen gedeckten Pflegekosten höchstens 20 Prozent des höchsten vom Bundesrat festgesetzten Pflegebeitrages überwälzt werden. Die Kantone regeln die Restfinanzierung. Für die Festsetzung und Auszahlung der Restfinanzierung zuständig ist der Kanton, in dem die versicherte Person ihren Wohnsitz hat. Im Bereich der ambulanten Pflege gelten die Regeln der Restfinanzierung des Standortkantons des Leistungserbringers. (…).

Das bedeutet bei ausserkantonalen Spitex-Behandlungen, dass die öffentliche Hand des Herkunftskantons die Restfinanzierung gemäss den kantonalen Regeln am Standort der ausserkantonalen Spitex-Institution übernehmen muss; eine vorgängige Einholung einer Kostengutsprache ist gemäss KVG nicht vorgesehen und deshalb auch nicht zulässig. Dies betrifft die Inanspruchnahme von ambulanten Leistungen für den Fall, dass eine pflegebedürftige Person ausserhalb ihres Wohnkantons ambulante Pflegeleistungen beansprucht. Diese Regelung gilt nicht für ambulante Leistungserbringer, die ihre Leistungen ausserhalb ihres Standortkantons erbringen.

Leistungsvereinbarungen

Gemäss § 5 Abs. 1 Pflegegesetz sorgen die Gemeinden 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 und Spitex-Institutionen oder selbstständig tätige Pflegefachpersonen. Gemäss § 3 Pflegeverordnung umfasst der Versorgungsauftrag der Gemeinden das gesamte Leistungsspektrum der Pflegeversorgung. Dazu gehören auch Leistungen an Personen mit demenziellen Erkrankungen oder mit onkologischen oder psychiatrischen Diagnosen, die palliative Pflegeversorgung sowie im ambulanten Bereich pädiatrische Leistungen.

Eine Leistungsvereinbarung mit einem obengenannten Leistungserbringer zur Sicherstellung der Pflegeversorgung in einer Gemeinde stellt eine Leistungs- resp. Versorgungspflicht dar. Diese Leistungs- oder Versorgungspflicht beinhaltet die Leistungserbringung gemäss den Vorgaben in der Pflegeverordnung zum Pflegegesetz. Sie beinhaltet nebst einem minimalen Standardangebot die Pflicht zur Aufnahme aller pflegebedürftigen Personen dieser Gemeinde (Aufnahmepflicht). Somit müssen diese Leistungserbringer dauerhaft Vorhalteleistungen bereitstellen, die sich in erhöhten Betriebskosten niederschlagen.

Gemäss § 9 Abs. 4 Pflegegesetz sind die nicht durch Versicherer und die pflegebedürftige Person gedeckten Kosten bei Pflegeleistungen bei Leistungserbringern gemäss § 5 Abs. 1 Pflegegesetz von der Gemeinde zu tragen. In den Leistungsvereinbarungen können zwischen Gemeinde und Leistungserbringer jedoch spezielle Finanzierungskonditionen vereinbart werden.

Nicht beauftragte Spitex-Institutionen

Spitex-Institutionen oder selbstständig erwerbende Pflegefachpersonen ohne eine Leistungsvereinbarung (ohne Versorgungspflicht) mit einer Gemeinde unterliegen nicht der Pflegeverordnung zum Pflegegesetz. Das heisst, dass für diese Leistungserbringer auch keine Aufnahmepflicht für pflegebedürftige Personen besteht. Sie können sich ihre Klientinnen oder Klienten aussuchen. Diese Institutionen ohne eine Leistungsvereinbarung zur

Versorgungspflicht können nur die effektiven Restkosten bis maximal die Normdefizite für nicht beauftragte Leistungserbringer mit den Gemeinden abrechnen (vgl. Beilage 2b).

Nichtpflegerische Spitex-Leistungen

Die obligatorische Krankenpflegeversicherung kennt keine Leistungspflicht für nichtpflegerische Spitex-Leistungen. Diese müssen im in § 13 Pflegegesetz geregelten Umfang von den Leistungsbezügerinnen und -bezügern mitfinanziert werden (Abs.1 und Abs. 4). Die Leistungspflicht der Gemeinden für hauswirtschaftliche und betreuerische Leistungen, die zur Alltagsbewältigung notwendig sind (vgl. § 5 Abs. 2 lit. d Pflegegesetz, § 7 Verordnung über die Pflegeversorgung), basiert deshalb auf § 13 Abs. 3 Pflegegesetz und setzt voraus, dass

- der ambulante Leistungserbringer bzw. die ambulante Leistungserbringerin (Spitex-Institution, selbstständig tätige Pflegefachperson) über einen Auftrag der Gemeinde verfügt,
- die Leistungsbezügerin bzw. der Leistungsbezüger zivilrechtlichen Wohnsitz in der entsprechenden Gemeinde hat,
- eine Hilfs- oder Pflegebedürftigkeit vorliegt, die in einer vom Leistungserbringer bzw. der Leistungserbringerin schriftlich festgehaltenen Bedarfsabklärung festgehalten ist (vgl. § 5 Abs. 2 lit. d Pflegegesetz, § 7 Abs. 2 und § 8 Verordnung über die Pflegeversorgung) und
- die Leistungsbezügerin bzw. der Leistungsbezüger oder deren soziales Umfeld die nichtpflegerischen Leistungen nicht selbst erbringen kann.

Die Höhe des Gemeindebeitrages richtet sich nach § 13 Abs. 1 und 2 Pflegegesetz: Die nach Abzug der Kostenbeteiligung der Leistungsbezügerinnen und -bezüger verbleibenden restlichen Kosten sind von der Gemeinde zu übernehmen.

Normkosten / Normdefizit

a) Pflegeheime: Gemäss § 16 Pflegegesetz wird das Normdefizit für Pflegeleistungen eines Pflegeheimes pro Pflegetag und Pflegebedarfsstufe festgelegt. Das Normdefizit entspricht dabei dem anrechenbaren Aufwand bei wirtschaftlicher Leistungserbringung *[= Normkosten]*, abzüglich der Beiträge der Sozialversicherer sowie der Leistungsbezügerinnen und -bezüger im Bereich der Pflegeleistungen gemäss § 9 Abs. 1 und 2 Pflegegesetz. Als wirtschaftliche Leistungserbringung gilt der Aufwand *[= Normkosten]* des teuersten jener Pflegeheime, die zusammen 50% aller Pflegeleistungen am kostengünstigsten erbringen.

b) ambulante Leistungserbringer (Spitex): Gemäss § 17 Pflegegesetz wird das Normdefizit für Pflegeleistungen eines ambulanten Leistungserbringers pro Leistungsstunde und Leistungsbereich festgelegt. Das Normdefizit entspricht dabei dem anrechenbaren Aufwand bei wirtschaftlicher Leistungserbringung *[= Normkosten]*, abzüglich der Beiträge der Sozialversicherer sowie der Leistungsbezügerinnen und -bezüger im Bereich der Pflegeleistungen gemäss § 9 Abs. 1 und 2 Pflegegesetz. Als wirtschaftliche Leistungserbringung gilt der Aufwand *[= Normkosten]* des teuersten jener Leistungserbringer (Spitex), die zusammen 50% aller Pflegeleistungen am kostengünstigsten erbringen.

Patientenbeteiligung

Gemäss Art. 25a Abs. 5 KVG dürfen der versicherten Person von den nicht von Sozialversicherungen gedeckten Pflegekosten höchstens 20 Prozent des höchsten vom Bundesrat

festgesetzten Pflegebeitrages überwälzt werden. Das Pflegegesetz regelt in § 9 Abs. 2, dass die verbleibenden Kosten bei Pflegeleistungen von Pflegeheimen im gemäss Art. 25a Abs. 5 KVG höchstzulässigen Umfang [seit 1.1.2020 CHF 23.00] und bei Pflegeleistungen ambulanter Leistungserbringer zur Hälfte des höchstzulässigen Umfangs [seit 1.1.2020 CHF 7.65] den Leistungsbezügerinnen und -bezügern überbunden werden. Für Personen bis zum vollendeten 18. Altersjahr wird keine entsprechende Kostenbeteiligung erhoben. Bei diesen Personen muss die Patientenbeteiligung anlässlich der Restkostenabrechnung mit den Gemeinden nicht in Abzug gebracht werden. Ebenso ist dies der Fall, wenn mehrere Leistungserbringer an einem Tag Leistungen erbringen und nur einer die CHF 7.65 an die Klientinnen oder Klienten in Rechnung stellt; die anderen Leistungserbringer müssen demzufolge in einem solchen Fall kein Abzug für Patientenbeteiligung bei der Restkostenabrechnung mit den Gemeinden vornehmen. Dies erfordert jedoch eine gewisse Koordination unter den Leistungserbringern und der Gemeinde.

Pflegefinanzierung allgemein CH

Die gesetzlichen Grundlagen für die Pflegefinanzierung in der Schweiz sind in Art. 25a KVG festgelegt. Die Regelungen bestimmen, dass die obligatorische Krankenpflegeversicherung einen Beitrag an die Pflegeleistungen, die aufgrund eines ausgewiesenen Pflegebedarfs ambulant, auch in Tages- oder Nachtstrukturen, oder im Pflegeheim:

a. von einer Pflegefachperson erbracht werden;

b. in Organisationen, die Pflegefachpersonen beschäftigen, erbracht werden; oder

c. auf Anordnung oder im Auftrag eines Arztes oder einer Ärztin erbracht werden.

Die Leistungen nach Art. 7 Abs. 2 lit. a und c KLV können ohne ärztliche Anordnung oder ärztlichen Auftrag aufgrund der Bedarfsabklärung nach Art. 7 Abs. 2 lit. a und Art. 8 KLV erbracht werden. Die Leistungen nach Art. 7 Abs. 2 lit. b KLV dürfen nur auf ärztliche Anordnung hin oder im ärztlichen Auftrag aufgrund der Bedarfsabklärung nach Art. 7 Abs. 2 lit. a und Art. 8 KLV erbracht werden (Art. 7 Abs. 4 KLV, in Kraft seit dem 1. Juli 2024; Pflegeinitiative). Im Weiteren dürfen gemäss Art. 25a Abs. 5 KVG der versicherten Person von den nicht von Sozialversicherungen gedeckten Pflegekosten höchstens 20 Prozent des höchsten vom Bundesrat festgesetzten Pflegebeitrages überwälzt werden. Die Kantone regeln die Restfinanzierung. Für die Festsetzung und Auszahlung der Restfinanzierung zuständig ist der Kanton, in dem die versicherte Person ihren Wohnsitz hat. Im Bereich der ambulanten Pflege gelten die Regeln der Restfinanzierung des Standortkantons des Leistungserbringers. Der Aufenthalt in einem Pflegeheim begründet keine neue Zuständigkeit. Kann der versicherten Person zum Zeitpunkt des Heimeintritts kein Pflegeheimplatz in geografischer Nähe in ihrem Wohnkanton zur Verfügung gestellt werden, so übernimmt der Wohnkanton die Restfinanzierung nach den Regeln des Standortkantons des Leistungserbringers. Diese Restfinanzierung und das Recht der versicherten Person zum Aufenthalt im betreffenden Pflegeheim sind für eine unbeschränkte Dauer gewährleistet.

Pflegefinanzierung Kanton Zürich

Das Pflegegesetz des Kantons Zürich regelt und präzisiert die Pflegefinanzierung im Kanton. Die hauptsächlichen Regelungen finden sich § 9 Pflegegesetz. So wird in Abs. 2 festgelegt, dass die verbleibenden Kosten bei Pflegeleistungen von Pflegeheimen im gemäss Art. 25a Abs. 5 KVG höchstzulässigen Umfang [ab 1.1.2020 CHF 23.00] und bei Pflegeleistungen ambulanter Leistungserbringer zur Hälfte des höchstzulässigen Umfangs [ab 1.1.2020 CHF 7.65] den Leistungsbezügerinnen und -bezügern überbunden werden. Für Personen bis zum vollendeten 18. Altersjahr wird keine entsprechende Kostenbeteiligung

erhoben. Das heisst, dass die öffentliche Hand (Gemeinden) diese Kostenbeteiligungen übernehmen muss (weitere Erläuterungen siehe "Patientenbeteiligung"). In § 9 Abs. 4 Pflegegesetz wird geregelt, dass die restlichen Kosten bei Leistungserbringern gemäss § 5 Abs. 1 (gemeindeeigene oder beauftragte Leistungserbringer) von der Gemeinde zu tragen sind. Die Gemeinden können mit den beauftragten Leistungserbringern in ihren Leistungsvereinbarungen spezielle Abgeltungsmodalitäten festlegen.

Im innerkantonalen Verhältnis regelt § 9 Abs. 5 Pflegegesetz, dass bei Pflegeleistungen von Pflegeheimen die Gemeindebeiträge von der Gemeinde zu leisten sind, in der die pflegebedürftige Person vor dem Eintritt in das Pflegeheim ihren Wohnsitz hatte. Der Aufenthalt in einem Pflegeheim begründet keine neue Zuständigkeit. Gemäss § 12 Pflegegesetz gehen die Kosten für andere Leistungen des Pflegeheims wie Unterkunft, Verpflegung und Betreuung zulasten der Leistungsbezügerin oder des Leistungsbezügers. Bei Kapazitätsmangel im Angebot der Gemeinde übernimmt die Gemeinde gemäss § 14 Pflegegesetz neben den ordentlichen Beiträgen auch die Mehrkosten (wie z.B. höhere Unterbringungs- und Betreuungstaxen). Für die Finanzierung der ambulanten Leistungserbringer durch die Gemeinden gelten die analogen Regelungen wie für die Pflegeheime gemäss § 9 Abs. 5 Pflegesetz.

Bei der Wahl eines nicht von der Gemeinde betriebenen oder beauftragten Pflegeheims, das auf einer kantonalen Pflegeheimliste aufgeführt ist, oder eines ambulanten Leistungserbringers, leistet die Gemeinde gemäss § 15 Abs. 1 und 2 Pflegesetz einen pro Tag und Pflegebedarfsstufe resp. einen pro Pflegestunde pauschalierten Beitrag an die ungedeckten Kosten der Pflegeleistungen (maximal Normdefizit).

Pflegegesetz Kanton Zürich

Das Pflegegesetz wurde per 1.1.2011 im Kanton Zürich in Kraft gesetzt. Eine erste Änderung hat es aufgrund der Inkraftsetzung des Spitalplanungs- und -finanzierungsgesetzes (SPFG) per 1.1.2012 erfahren. Mit dem SPFG wurde auch das Finanzierungs-Modell 100/0 eingeführt, welches regelt, dass der Kanton zu 100% die Finanzierung der Spitalkosten übernimmt (ohne Beteiligung der Gemeinden). Dagegen übernehmen die Gemeinden zu 100% die Finanzierung der Langzeitpflege (ambulante und stationäre Pflegeversorgung). Das Pflegegesetz regelt im Wesentlichen die Finanzierungsmodalitäten der Pflegekosten durch die Gemeinden. Es legt aber auch fest, dass die Gemeinden verantwortlich sind für die Versorgung ihrer Wohnbevölkerung mit Pflegeleistungen. Das Pflegegesetz wird derzeit im Kantonsrat ausgehend die Pflegeheimbettenplanung revidiert. Weitere Informationen zum aktuellen Stand dieses Geschäfts sich unter https://www.kantonsrat.zh.ch/geschaefte/geschaeft/?id=e1417b1ca9f545428273e0bfc906ee7e

Pflegeheimbettenplanung

Im Amt für Gesundheit der Gesundheitsdirektion läuft zurzeit das Projekt Pflegeheimbettenplanung. Mit der neuen Pflegeheimliste erarbeitet der Kanton Zürich die Grundlagen für eine bedarfsorientierte und qualitativ hochstehende Pflegeversorgung. Die Pflegeheimliste gibt vor, welche Pflegeheime zu Lasten der Grundversicherung abrechnen können. Weitere Informationen zum Projekt finden sich unter www.zh.ch/pflegeheimbettenplanung.

Pflegeverordnung Kanton Zürich

In den Paragrafen 4 bis 7 der Verordnung zur Pflegeversorgung werden Vorschriften über das Angebot und die Qualität der Leistungserbringung für gemeindeeigene und beauftragte

Leistungserbringer erlassen. Sie legt unter anderem das Standardangebot (Minimalleistungen) der ambulanten und stationären Leistungserbringer fest. Diese Verordnung wird derzeit überarbeitet. Allfällige Neuerungen werden separat kommuniziert. Eine Anpassung des Glossars erfolgt erst mit dem Kreisschreiben im Sommer 2027.

Rechnungskontrolle durch die Gemeinden / Rechnungsstellung

Die Gemeinden haben zur Überprüfung ihrer Leistungspflicht im Normalfall lediglich eine Rechnungskontrolle vorzunehmen. In analoger Anwendung von Art. 42 Abs. 3 KVG i.V.m. Art. 59 der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) genügt hierfür eine detaillierte und verständliche Rechnung der Leistungserbringer, die im Sinne von § 20 Abs. 1 lit. a Pflegegesetz zu gliedern und vom Leistungserbringer direkt bei der zuständigen Stelle der Wohngemeinde einzureichen ist. Die Rechnung hat somit folgende Angaben zu enthalten:

- Personalien der Leistungsbezügerinnen und -bezüger (Name, Vorname, Geburtsdatum, Wohnort) und Angaben zu deren allfälligen Vertretung,
- Angaben über Art, Menge und Dauer der erbrachten beitragsberechtigten Pflegeleistungen,
- Aufschlüsselung der Kostenanteile zulasten der Versicherer, der Leistungsbezügerinnen und -bezüger und der Wohngemeinde.

Bei der Rechnungsstellung ist darauf zu achten, dass nicht beitragsberechtigte Leistungen (z.B. Kosten für Medikamente oder Hilfsmittel) auf den Rechnungen für die Gemeinden nicht aufgeführt werden. Bei den Leistungsabrechnungen für die Leistungsbezügerinnen und -bezüger sind hingegen sämtliche Kosten gemäss § 20 Pflegegesetz aufzuführen.

Auf das regelmässige Einholen der individuellen ärztlichen Aufträge und Anordnungen für B-Leistungen gemäss Art. 7 Abs. 2 lit. b KLV sowie der Quantifizierungsbögen, in denen das Ergebnis der durch die Leistungserbringer vorgenommenen Bedarfsabklärung festgehalten wird, ist aus Gründen der Verhältnismässigkeit zu verzichten. Diese Unterlagen enthalten regelmässig Gesundheitsdaten, welche die Gemeinden für die Rechnungskontrolle nicht benötigen. Nicht zu beanstanden ist jedoch, wenn die Gemeinden in begründeten Fällen oder bei stichprobeweise vorgenommenen Kontrollen die entsprechenden Unterlagen einholen. Die Gemeinden haben im Regelfall keine weitergehenden Überprüfungen vorzunehmen. Die Prüfung, ob die erbrachten Pflegeleistungen im Einzelfall wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sind, obliegt grundsätzlich den zuständigen Sozialversicherungen. Wird eine Rechnung im Rahmen einer entsprechenden Überprüfung berechtigterweise durch einen Versicherer beanstandet und hat dies Auswirkungen auf den Gemeindebeitrag, so sind die Leistungserbringer verpflichtet, die Gemeinde hierüber zu informieren und eine Korrektur der Rechnung vorzunehmen. Bei Verrechnung nicht geschuldeter Leistungen oder bei Verschweigen von Rechnungskorrekturen haben Leistungserbringer mit Sanktionen, insbesondere mit strafrechtlichen Konsequenzen zu rechnen.

Will eine Gemeinde selbst stichprobeweise vertiefte Rechnungs- und Wirtschaftlichkeitskontrollen durchführen, darf sie gestützt auf § 23 Abs. 1 i.V.m. § 23 Abs. 2 Pflegegesetz sowie in analoger Anwendung von Art. 42 Abs. 3 und 4 KVG auch in weitergehende Unterlagen wie etwa die Pflege- und Bedarfsabklärungsdokumentation Einsicht nehmen. In diesem Fall ist die Leistungsbezügerin oder der Leistungsbezüger gemäss § 12 Abs. 2 Gesetz über die Information und den Datenschutz (IDG) über den Zweck der Einsichtnahme zu informieren, und es sollte die Möglichkeit geschaffen werden, dass die Leistungsbezügerin oder der Leistungsbezüger in analoger Anwendung von Art. 42 Abs. 5 KVG die Einsichtnahme durch eine unabhängige Fachstelle oder Fachperson verlangen kann.

Restkosten / Restfinanzierung (Pflegeleistungen)

Die Restkosten entsprechen dem anrechenbaren Aufwand für Pflegeleistungen, abzüglich der Beiträge der Sozialversicherer sowie der Leistungsbezügerinnen. Im Kanton Zürich finanzieren die Gemeinden diese Restkosten vollständig bei gemeindeeigenen oder beauftragten Leistungserbringern (§ 9 Abs. 4 Pflegegesetz). Bei nicht gemeindeeigenen oder nicht beauftragten Leistungserbringern finanzieren die Gemeinden die Restkosten ebenso, jedoch maximal bis zum Normdefizit, welches durch die Gesundheitsdirektion resp. durch das Amt für Gesundheit jährlich festgelegt wird (§§ 16 und 17 i.V.m. § 15 Pflegegesetz).

Wählt eine Person einen nicht gemeindeeigenen oder beauftragten Leistungserbringer, leistet die Gemeinde gemäss § 15 Pflegegesetz einen pauschalierten Beitrag an die ungedeckten Kosten der Pflegeleistungen. Als Dienstleistung an die Gemeinden sind auf der Homepage der Gesundheitsdirektion unter https://www.zh.ch/de/gesundheit/heime-spitex/pflegefinanzierung.html#-858289621 die Kosten der einzelnen Betriebe aus der letzten Datenerhebung aufgeschaltet. Diese Liste gilt als Orientierungshilfe und widerspiegelt die Kosten eines vergangenen Datenjahres. Sie ist jedoch nicht geeignet für die Prüfung der Rechnungen der Leistungserbringer im aktuellen Jahr. Dafür sind die aktuellen Kosten bzw. die Plankostenrechnung des aktuellen Jahres massgebend. Die Leistungserbringer stehen jedoch in der Nachweispflicht, dass sich ihre Kosten über oder unter den geltenden Normkosten bewegen.

Die Gemeinden übernehmen nur die Restfinanzierung für Pflichtpflegeleistungen gemäss Art. 25a KVG, die von der Krankenkasse anerkannt und übernommen werden. Demnach sind die Leistungserbringer verpflichtet nach Leistungskürzungen durch die Krankenversicherer auch bei der Gemeinde eine korrigierte Rechnung für die Restkostenfinanzierung einzureichen. Die Leistungspflicht der Gemeinden setzt grundsätzlich voraus, dass

- der Leistungserbringer (Pflegeheim, Spitex-Institution, selbstständig tätige Pflegefachperson) zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zugelassen ist,
- die Leistungsbezügerin bzw. der Leistungsbezüger zivilrechtlichen Wohnsitz in der Gemeinde hat bzw. hatte (vgl. § 9 Abs. 5 Pflegegesetz),
- ein ausgewiesener Pflegebedarf besteht,
- eine ärztliche Anordnung oder ein ärztlicher Auftrag für die erbrachten Leistungen vorliegt (gilt nur für B-Leistungen gemäss Art. 7 Abs. 2 lit. b KLV), und
- es sich bei den erbrachten Leistungen um Pflegeleistungen im Sinne der Sozialversicherungsgesetzgebung des Bundes handelt (vgl. insb. Art. 7 Abs. 2 KLV).

SOMED- und Spitex-Statistiken

Im Auftrag des Bundesamtes für Statistik (BFS) erheben die Kantone jährlich bei den Alters- und Pflegeheimen die SOMED- (Heime) und Spitex-Statistiken. Das BFS stellt dafür eine Web-Plattform (BFS-Plattform) zur Verfügung, auf der die Betriebe ihre Daten erheben. Für die Berechnung der Normkosten und Normdefizite erhebt der Kanton Zürich zusätzlich Informationen. Dazu wurde mit dem BFS vereinbart, dass der Kanton Zürich seine Daten auf einer separaten Web-Plattform erhebt (GD-Plattform). Diese Information bilden die Basis für die jährliche Berechnung der Normkosten im Kanton Zürich.

Spezialisierte Palliative Care

Infolge bundesrechtlicher Anpassungen sind ab dem 1. Januar 2027 höhere Krankenversicherungsbeiträge und höhere Patientenbeteiligungen bei neu definierten Leistungen im Bereich der spezialisierten Palliative Care vorgesehen. Im Kanton Zürich vergüten die Gemeinden bei spezialisierten Leistungserbringern, vor allem im ambulanten Bereich, seit Jahren kostendeckende Beiträge in Ergänzung zur Krankenversicherung. Das AFG steht mit den Gemeindeverbänden und spezialisierten Leistungserbringern daher im Austausch und analysiert die konkreten Auswirkungen derzeit. Falls Anpassungen an Leistungsvereinbarungen notwendig sind, werden die Gemeindeverbände oder die Leistungserbringer sich bei den Gemeinden melden. Die neuen Regelungen bedürfen jedoch auch einer Abbildung im Kreisschreiben, resp. in der Normdefizitregelung. Die Normdefizitregelung (§§15f. Pflegegesetz) kommt zur Anwendung, wenn eine Person freiwillig einen nicht von der Gemeinde betriebenen oder beauftragten Leistungserbringer wählt. Bei Leistungen der spezialisierten Palliative Care (Art. 7 Abs. 2 a^{bis} und b^{bis} KLV) vergüten die Krankenversicherungen höhere Beiträge und eine höhere Patientenbeteiligung kann verrechnet werden (Art. 7a und 7c KLV). Diese Beiträge sind bei der Rechnungsstellung an die Gemeinden auszuweisen und in Abzug zu bringen. Die von den Gemeinden maximal zu finanzierenden Restkosten (Normdefizit) verringern sich entsprechend. Diese Regelung wurde in den Normdefizittabellen mit einer Fussnote vermerkt (vgl. Beilagen 1 bis 2).

Tarifschutz

Gemäss Art. 44 Abs. 1 KVG müssen sich die Leistungserbringer an die vertraglich oder behördlich festgelegten Tarife und Preise halten und dürfen für Leistungen nach diesem Gesetz keine weitergehenden Vergütungen berechnen (Tarifschutz). Die Bestimmungen über die Vergütung für Mittel und Gegenstände, die der Untersuchung oder Behandlung dienen (Art. 52 Abs. 1 Bst. a Ziff. 3 KVG), bleiben vorbehalten.

Teuerungszuschlag Normkosten

Das AFG prüft jährlich jeweils im 2. Quartal (t), ob ein Teuerungszuschlag für die Normdefizitberechnung des Folgejahres (t+1) angezeigt ist. Als Richtwert für die Anwendung eines Teuerungszuschlags muss in der Mischrechnung des AFG eine Teuerung von min. 2% für das laufende Jahr (t) prognostiziert werden (Quelle: aktuellste KOF-Prognosen zu NLI-Gesamtindex und LIK; Verhältnis 80%/20%). Wird dieser Richtwert erreicht, werden die Normkosten des Vorjahres (t-1) um die prognostizierten Werte des laufenden Jahres (t) gemäss Mischrechnung erhöht, was die Normdefizite des Folgejahres erhöht (t+1). Bei einer prognostizierten Negativteuerung (min. -2%) kann das AFG die Normkosten entsprechend reduzieren.

Zivilrechtlicher Wohnsitz

Der zivilrechtliche Wohnsitz einer natürlichen Person bestimmt sich nach den Art. 23 bis 26 ZGB. Gemäss Art. 23 ZGB befindet sich der Wohnsitz einer Person an dem Orte, wo sie sich mit der Absicht dauernden Verbleibens aufhält. Der Aufenthalt zum Zweck der Ausbildung oder die Unterbringung einer Person in einer Erziehungs- oder Pflegeeinrichtung, einem Spital oder einer Strafanstalt begründet für sich allein keinen Wohnsitz. Die Zuständigkeit der Restkosten für ambulante Leistungen richtet sich nach dem aktuellen zivilrechtlichen Wohnsitz. Die Zuständigkeit der Restkosten bei stationären Einrichtungen richtet sich jedoch nach dem Wohnsitz vor Eintritt in die Pflegeeinrichtung.