Fragen zur Finanzierung ambulanter und stationärer Pflegeleistungen

Autor(en): **[s.n.]**

Objekttyp: **Article**

Zeitschrift: **Intercura : eine Publikation des Geriatrischen Dienstes, des Stadtärztlichen Dienstes und der Psychiatrisch-Psychologischen Poliklinik der Stadt Zürich**

Band (Jahr): **- (2010-2011)**

Heft 112

PDF erstellt am: **23.05.2024**

Persistenter Link: https://doi.org/10.5169/seals-789824

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.
Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.
Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Ein Dienst der *ETH-Bibliothek*
ETH Zürich, Rämistrasse 101, 8092 Zürich, Schweiz, www.library.ethz.ch

http://www.e-periodica.ch

Fragen zur Finanzierung ambulanter und stationärer Pflegeleistungen

Die neue Pflegefinanzierung
Kanton Zürich; Gesundheitsdirektion

Wie viel muss eine Klientin bzw. Klient an die Pflegeleistungen zuhause (Spitex) bezahlen?
Die nach Abzug des Krankenversicherungsbeitrags verbleibenden Kosten müssen die Klientinnen und Klienten übernehmen, aber nur bis maximal Fr. 8.00 pro Tag (§ 9 Abs. 2 Pflegegesetz). Dabei ist es unerheblich, wie viele Pflegestunden pro Tag geleistet werden. Es dürfen zudem keine Zuschläge wie Wegpauschalen oder Wochenendzuschläge verrechnet werden.

Wie hoch ist die Kostenbeteiligung einer Klientin bzw. eines Klienten, wenn die Leistung weniger als 1 Stunde dauert, z. B. nur eine Injektion à 15 Minuten?
Dafür sind die Vollkosten pro Stunde entscheidend. Für eine 15 Minuten dauernde Leistung wird nur ein Viertel der Vollkosten pro Stunde angerechnet. Davon wird zunächst der Krankenkassenbeitrag für diese 15 Minuten in Abzug gebracht. Dann kommt die Eigenbeteiligung der Klientin bzw. des Klienten. Diese wird jedoch – anders als der Versicherungsbeitrag – nicht pro Zeiteinheit bemessen, sondern kann auch bei einer lediglich 15 Minuten dauernden Leistungserbringung bis Fr. 8.00 betragen, je nach effektiven Kosten.

Allfällige dann noch verbleibende Kosten sind bei Leistungserbringern mit Gemeindeauftrag von der Gemeinde zu übernehmen (§ 9 Pflegegesetz).

Dazu folgende zwei Rechenbeispiele:

Situation 1

- Bei der Spitexorganisation X belaufen sich die Vollkosten pro Stunde «Untersuchung und Behandlung» auf Fr. 90.00, pro Viertelstunde somit auf Fr. 22.50.

- Der Krankenkassen-Tarif für diese Leistungsart beträgt derzeit Fr. 65.00 pro Stunde; für eine Viertelstunde erhält die Spitex-Institution X somit Fr. 16.25.
- Nach Abzug des Krankenkassen-Beitrags von den Vollkosten verbleiben Fr. 6.25. Diese gehen vollumfänglich zu Lasten des Patienten bzw. der Patientin.

Situation 2

- Bei der Spitexorganisation Y belaufen sich die Vollkosten pro Stunde „Untersuchung und Behandlung" auf Fr. 120.00, pro Viertelstunde somit auf Fr. 30.00.
- Der Krankenkassentarif für diese Leistungsart beträgt auch hier Fr. 65.00 pro Stunde; für eine Viertelstunde erhält die Spitex-Organisation X somit Fr.16.25.
- Nach Abzug des Krankenkassen-Beitrags von den Vollkosten verbleiben noch Fr. 13.75.
- Davon geht der Maximalbetrag von Fr. 8.00 zulasten des Patienten bzw. der Patientin.
- Die restlichen Fr. 5.75 gehen zulasten der Gemeinde (der Kanton leistet daran pauschalierte Beiträge).

Merke: Die Kostenbeteiligung bemisst sich nicht nach der Zeit, sondern ist immer bis zum Maximum von Fr. 8.00 von der Klientin bzw. dem Klienten zu tragen.

Was ändert sich bei Franchise und Selbstbehalt ?
Nichts. Die individuelle Franchise und der Selbstbehalt der versicherten Personen sind von den Neuregelungen nicht betroffen.

Die Gemeinde finanziert die Pflegeleistungen bis zum Normdefizit. Was bedeutet das?
Die Gemeinde muss bei Leistungserbringern ohne Leistungsvereinba-

rung die effektiven Kosten für Pflegeleistungen bis zur Höhe des kantonalen Normdefizits übernehmen.
Schliesst die Gemeinde eine Leistungsvereinbarung mit einem Leistungserbringer ab, muss im Rahmen der Leistungsvereinbarung die Abgeltung der Kosten auch über das Normdefizit hinaus geregelt werden (§ 9 Abs. 3 Pflegegesetz).

Braucht ein privater Leistungserbringer eine Leistungsvereinbarung mit der Wohnsitzgemeinde der LeistungsbezügerInnen, um Kostenanteile von den Gemeinden zu bekommen?
Nein, siehe oben und § 15 Pflegegesetz.

Wird der Beitrag der Gemeinde an die nichtpflegerischen (d.h. hauswirtschaftlichen) Leistungen nur bei gemeindeeigenen oder von der Gemeinde beauftragten Institutionen und Fachpersonen gewährt?
Ja. Bei Spitex-Institutionen und Pflegefachpersonen ohne Leistungsauftrag der Gemeinde muss die Gemeinde keinen Beitrag an die nichtpflegerischen Leistungen zahlen (§ 13 Abs. 4 Pflegegesetz); die Subventionierung von nichtpflegerischen Spitex-Leistungen ist keine Bundesvorgabe. Die Leistungen werden nur auf Grund einer schriftlichen Bedarfsabklärung erbracht.

Wer bezahlt wieviel bei einem Aufenthalt in einem Pflegeheim eines anderen Kantons?
An ausserkantonale Leistungserbringer ohne Leistungsvereinbarung mit einer Zürcher Gemeinde leisten die Gemeinden höchstens Beiträge im Umfang des kantonal-zürcherischen Normdefizits (§ 15 Pflegegesetz). Ungedeckte Pflegekosten gehen somit zu Lasten des ausserkantonalen Pflegeheimes.

Wer bezahlt wieviel, wenn ausserkantonal Spitex-Pflegeleistungen bezogen werden, beispielsweise bei Wochenaufenthalt oder während der Ferien?
Hier gilt das Gleiche wie bei ausserkantonalen Pflegeheimen (§ 15 Pflegegesetz).

Sind Normkosten = Vollkosten?
Die Normkosten entsprechen mindestens den Vollkosten bei jenen Institutionen, die die Leistungen effizient und günstig erbringen (Benchmark beim 50. Perzentil gemäss Pflegegesetz).