

Reglement

Leistungsvereinbarung über die Kostenbeiträge
der Gemeinden des Zweckverbandes Langzeitpflege Bezirk Dielsdorf

nachfolgend die "**Gemeinden**"

an das

Regionale Zentrum für Gesundheit und Pflege Dielsdorf
Breitestrasse 11
8157 Dielsdorf

nachfolgend der "**Leistungserbringer**"

1. Präambel

Per 1. Januar 2011 ist das neue Pflegegesetz vom 27. September 2010 in Kraft getreten. Mit diesem Erlass wurde in der Pflegefinanzierung eine neue Aufteilung der Pflegekosten eingeführt.

Die Umsetzung der Pflegefinanzierung auf kantonaler resp. kommunaler Ebene musste zwingend per 1. Januar 2011 erfolgen. Soweit dies nicht geschehen ist, ist die Pflegefinanzierung direkt gestützt auf das Bundesrecht resp. das kantonale Pflegefinanzierungsgesetz vorzunehmen.

Die Statuten des Zweckverbandes Langzeitpflege Bezirk Dielsdorf (datiert 1. Januar 2010) regeln die Kostenbeiträge der Gemeinden in Art. 43. Eine Anpassung an die neuen gesetzlichen Grundlagen ist pendent.

2. Grundlagen

Das vorliegende Reglement bezweckt die Gewährleistung eines bedarfs- und fachgerechten Angebots an Pflegeleistungen, sowie Leistungen für Unterkunft, Verpflegung und Betreuung.

Folgende Grundlagen bilden den massgeblichen rechtlichen Rahmen:

- Bundesgesetz vom 18. März 1998 über die Krankenversicherung (KVG)
- Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (KLV)
- Verordnung vom 3. Juli 2002 über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime in der Krankenversicherung (VKL)
- Pflegegesetz des Kantons Zürich vom 27. September 2010
- Verordnung über die Pflegeversorgung vom 22. November 2010
- Taxordnung und Reglement des Pflegezentrums Dielsdorf

In jedem Fall gehen die nachfolgenden Bestimmungen den genannten gesetzlichen Grundlagen vor, soweit diese nicht zwingender Natur sind.

3. Leistungen

3.1 Grundsatz

Der Leistungserbringer verpflichtet sich, ein Angebot an Pflege und Betreuung bereit zu stellen.

3.2 Inhalt

Das Angebot des Leistungserbringers umfasst im Wesentlichen folgende Pflegeleistungen gemäss Krankenversicherungsgesetzgebung des Bundes:

- Leistungen der allgemeinen Langzeitpflege
- Leistungen für Menschen mit dementieller Erkrankung
- Leistungen der Akut- und Übergangspflege
- Leistungen nach den anerkannten Konzepten von Palliative Care
- Umfassende therapeutische Leistungen
- Ärztliche Betreuung im Heimarztmodell, bei freier Arztwahl
- Leistungen in der Geriatrischen Tages- und Nachtklinik
- Leistungen für Unterkunft, Verpflegung und Betreuung
- Leistungen in dezentralen Pflege- und Betreuungsformen

3.3 Qualität

Der Leistungserbringer bekennt sich zu dem vom Leistungserbringer-Verband Curaviva Kanton Zürich ausgearbeiteten Qualitätskonzept.

4. Finanzierung

4.1 Kosten für nichtpflegerische Leistungen

Die Tarife für Unterkunft, Verpflegung und Betreuung im nichtpflegerischen Leistungsbereich dürfen höchstens kostendeckend sein. Der Nachweis erfolgt in der Jahresrechnung. Der Leistungserbringer verrechnet diese Kosten direkt den Leistungsbezügern.

4.2 Stationäre Pflegeleistungen

Der Leistungserbringer rechnet die jeweilige Beteiligung an den Pflegekosten durch den Krankenversicherer resp. Leistungsbezüger direkt mit diesen ab.

Die Gemeinden verpflichten sich, in Abhängigkeit der Pflegebedarfsstufe mit dem Leistungserbringer abzurechnen. Bei diesen Beiträgen handelt es sich um die Normbeiträge gemäss Angaben der Gesundheitsdirektion sowie die verbleibenden ungedeckten Pflegekosten (Anhang 1).

4.3 Kosten für die Akut- und Übergangspflege

Der Leistungserbringer rechnet die jeweilige Beteiligung an den Pflegekosten durch den Krankenversicherer resp. Leistungsbezüger direkt mit diesen ab.

Die Gemeinden verpflichten sich, in Abhängigkeit der Pflegebedarfsstufe mit dem Leistungserbringer abzurechnen. Bei diesen Beiträgen handelt es sich um die Normbeiträge gemäss Angaben der Gesundheitsdirektion sowie die verbleibenden ungedeckten Pflegekosten (Anhang 2).

4.4 Geriatrische Tages- und Nachtpflege

Der Leistungserbringer rechnet die jeweilige Beteiligung an den Pflegekosten durch den Krankenversicherer resp. Leistungsbezüger direkt mit diesen ab.

Die Gemeinden verpflichten sich, in Abhängigkeit der Pflegebedarfsstufe mit dem Leistungserbringer abzurechnen. Bei diesen Beiträgen handelt es sich um die Normbeiträge gemäss Angaben der Gesundheitsdirektion sowie die verbleibenden ungedeckten Pflegekosten (Anhang 1).

4.5 Tarifierpassungen

Die Tarife gemäss Ziff. 4.1 werden vom zuständigen Gremium des Leistungserbringers festgelegt.

Die Tarife gemäss Ziff. 4.2 bis 4.4 basieren neben den Pflegekosten gemäss Kostenrechnung auf den durch die Krankenversicherer und Leistungserbringer bzw. deren Verbände ausgehandelten Tarifverträgen, den Taxfestsetzungsverfahren der Gesundheitsdirektion sowie den Regierungsratsbeschlüssen. Diese Bestimmungen werden teilweise auch rückwirkend in Kraft gesetzt.

Der Leistungserbringer informiert die Gemeinden über die Tarifierpassungen.

4.6 Vorbehalt

Die Tarife gemäss Ziff. 4.2 bis 4.4 gelten vorbehältlich allfälliger Rekurse beim Bundesrat mit rückwirkender Nachforderung seitens der Krankenversicherer bzw. der Leistungserbringer oder deren Verbände gegen die vom Regierungsrat des Kantons Zürich festgelegten Tarife.

5. Rechnungsstellung

Der Leistungserbringer führt eine Kostenrechnung. Diese richtet sich nach den Vorgaben der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich. Sie bildet die Grundlage für die den Gemeinden in Rechnung gestellten Tarifpositionen.

Der Leistungserbringer unterbreitet den Gemeinden im Rahmen des ordentlichen Rechnungslaufs im Folgemonat eine detaillierte Abrechnung.

Die Gemeinden prüfen die unterbreitete Rechnung auf ihre Plausibilität und Korrektheit. Die Vergütung ihres Beitrags an den Leistungserbringer erfolgt innerhalb von 30 Tagen.

6. Datenschutz

Die Parteien sind verpflichtet, alle im Rahmen dieses Reglements übergebenen und bekannt werdenden Informationen im Rahmen der eidgenössischen und kantonalen Gesetzgebung über den Datenschutz zu bearbeiten, alle datenschutzrechtlichen Sicherheitsvorschriften und Meldepflicht zu erfüllen.

Die Parteien verpflichten sich weiter, alle mit diesem Reglement oder seiner Erfüllung befassten MitarbeiterInnen in geeigneter und nachprüfbarer Weise auf die Pflichten zur Gewährleistung des Datenschutzes sowie die entsprechenden Straffolgen im Widerhandlungsfall hinzuweisen.

7. Inkrafttreten

Das vorliegende Reglement tritt durch Beschluss der Delegiertenversammlung vom 16. Juni 2011 in Kraft. Revision durch Beschluss der Betriebskommission vom 17. Dezember 2012.

Regionales Zentrum für
Gesundheit und Pflege Dielsdorf

Für die Betriebskommission:

sig. Max Walter
Präsident

sig. Markus Sprenger
Aktuar

Anhang 1; Pflegekosten Tarif
Anhang 2; Pflegekosten Tarif, Akut- und Übergangspflege

Angaben der Gesundheitsdirektion						
RAI-RUG Stufe	Vollkosten je Pflegetag	Normkosten Pflege	Eigenanteil Bewohner Pflege	Beitrag Krankenkasse	Normdefizit Gemeinde	Differenz zu Normdefizit
1	13.95	13.65	4.10	9.55	0.00	0.30
2	67.40	39.60	20.45	19.15	0.00	27.80
3	80.10	65.55	21.60	29.70	14.25	14.55
4	112.70	91.50	21.60	38.30	31.60	21.20
5	158.50	117.45	21.60	47.85	48.00	41.05
6	203.40	143.40	21.60	57.45	64.35	60.00
7	228.00	169.35	21.60	67.00	80.75	58.65
8	260.60	195.30	21.60	76.60	97.10	65.30
9	293.00	221.25	21.60	86.15	113.50	71.75
10	335.10	247.25	21.60	95.75	129.90	87.85
11	389.00	273.20	21.60	105.30	146.30	115.80
12	461.60	299.15	21.60	114.90	162.65	162.45
						325.10

Krankenkassenbeitrag gemäss RRB Nr. 800 vom 15. August 2012
Normkosten gemäss Mitteilung GD vom 15. November 2012

Verbuchungsrichtlinien für Gemeindebeiträge an beauftragte Zweckverbände:

Konto	415.3620	Beiträge an Leistungen der Langzeitpflege	Unter diesem Konto können alle Beiträge an Leistungserbringer der Langzeitpflege erfasst werden
-------	----------	--	--

Anhang 2; Pflegekosten Tarif 2013
Akut- und Übergangspflege

RAI-RUG Stufe	Vollkosten je Pflegetag	Angaben der Gesundheitsdirektion				Differenz zu Normdefizit	Vollkosten an Gemeinde
		Normkosten Pflege	Beitrag Krankenkasse	Normdefizit Gemeinde			
1	13.95	0.00	0.00	0.00	13.95	13.95	
2	67.40	37.75	17.00	20.75	29.65	50.40	
3	80.10	62.95	28.35	34.60	17.15	51.75	
4	112.70	88.15	39.65	48.50	24.55	73.05	
5	158.50	113.30	51.00	62.30	45.20	107.50	
6	203.40	138.55	62.35	76.20	64.85	141.05	
7	228.00	163.70	73.65	90.05	64.30	154.35	
8	260.60	188.85	85.00	103.85	71.75	175.60	
9	293.00	214.05	96.30	117.75	78.95	196.70	
10	335.10	239.20	107.65	131.55	95.90	227.45	
11	389.00	277.00	124.65	152.35	112.00	264.35	
12	461.60	327.35	147.30	180.05	134.25	314.30	

Krankenkassenbeitrag für Akut- und Übergangspflege gemäss RRB Nr. 675 vom 27. Juni 2012

Verbuchungsrichtlinien für Gemeindebeiträge an beauftragte Zweckverbände:

Konto 415.3621

Beiträge an Leistungen der Akut- und Übergangspflege

Kosten im Rahmen der fix festgelegten Tarife für die Akut- und Übergangspflege