

Änderung des Sozialgesetzes; Restkostenfinanzierung bei ambulanter Pflege

Botschaft und Entwurf des Regierungsrates
an den Kantonsrat von Solothurn
vom, RRB Nr.

Zuständiges Departement

Departement des Innern

Vorberatende Kommission(en)

Sozial- und Gesundheitskommission

Inhaltsverzeichnis

Kurzfassung	3
1. Ausgangslage	5
2. Entwicklungen und Problemstellungen	5
3. Restkosten bei Spitexleistungen	6
4. Handlungsbedarf	7
5. Reorganisation der Spitexlandschaft.....	7
5.1 An Bestehendem anknüpfen	7
5.2 Mustervertrag	7
5.3 Neues Finanzierungsmodell	8
5.4 Normkosten und Höchsttaxen	8
5.5 Abgeltung für weitere Leistungen	9
5.6 Anspruch auf Restkostenübernahme bei Organisationen ohne Leistungsauftrag und freiberuflichen Pflegefachleuten.....	9
5.7 Schrittweise Einführung des neuen Modells	9
5.7.1 Dauer der Übergangsphase	10
5.7.2 Die „richtige“ Höchsttaxe	10
5.7.3 Interkantonaler Vergleich	10
5.7.4 Von der Preisempfehlung zur verbindlichen Höchsttaxe	12
5.7.5 Beratung	12
6. Anpassungen des Sozialgesetz	12
6.1 Einführung Pflegefinanzierung für ambulante Pflegeleistungen	12
6.2 Vereinbarung vor Regelung.....	12
7. Vernehmlassungsverfahren.....	13
8. Verhältnis zur Planung	13
9. Auswirkungen	13
9.1 Personelle und finanzielle Konsequenzen	13
9.2 Monitoring	14
10. Erläuterungen zu einzelnen Bestimmungen der Vorlage	15
11. Rechtliches.....	16
11.1 Rechtmässigkeit	16
11.2 Zuständigkeit	17
12. Antrag.....	17

Beilagen

Beschlussesentwurf / Synopse

Kurzfassung

Gemäss Art. 25a des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung vom 18. März 1994 (KVG, SR 832.10) gewährt die obligatorische Krankenpflegeversicherung einen Beitrag an Pflegeleistungen, welche aufgrund einer ärztlichen Anordnung erbracht werden. Dieser Beitrag deckt in aller Regel die effektiven Kosten nicht ab. Versicherten Personen darf nur ein beschränkter Teil der Kosten überwältigt werden. Das verbleibende Defizit hat die öffentliche Hand zu tragen. Es ist Aufgabe der Kantone, diese sog. Restkostenfinanzierung zu regeln.

Hinsichtlich der Restkosten im Bereich der ambulanten Pflege gilt aktuell die im Sozialgesetz abgebildete Vermutung, dass die Aufwendungen durch die Beiträge der Krankenversicherung sowie der Patientenbeteiligung als gedeckt gelten (§ 144^{bis} Absatz 2 SG). Dadurch erfolgt de jure keine Restkostenbeteiligung der öffentlichen Hand im Sinne des KVG. Eine Analyse der Kostenrechnungen der grundversorgenden Spitexorganisationen im Kanton Solothurn hat nun gezeigt, dass mit den genannten Abgeltungen die Kosten für eine Stunde einer KVG-pflichtigen Pflegeleistung entgegen der gesetzlichen Vermutung nicht gedeckt sind. Die Übernahme von Restkosten hat nach KVG zudem nicht nur gegenüber Spitexorganisationen mit öffentlich-rechtlichem Leistungsauftrag zu erfolgen. Eine Pflicht zum Ausgleich besteht auch gegenüber Organisationen ohne Leistungsauftrag bzw. gegenüber sog. freiberuflich tätigen Pflegefachleuten. Die ermittelten Defizite weisen eine Grösse auf, die den Schluss nahelegen, dass auch bei diesen die Kosten nicht gedeckt sind.

Die Analyse hat weiter aufgezeigt, dass im Bereich der ambulanten Pflege die sonst im Kanton bei sozialen Leistungsfeldern übliche Subjektfinanzierung kaum Anwendung findet. Spitexorganisationen mit einem öffentlich-rechtlichen Leistungsauftrag erhalten pauschale Betriebsbeiträge bzw. Defizite werden vonseiten der Auftrag gebenden Gemeinde ausgeglichen. In diesem Sinne erfolgt de facto eine Restkostenübernahme, diese ist aber nicht als solche ausgewiesen bzw. wirkt auch nicht gegenüber Leistungserbringenden ohne öffentlich-rechtlichen Leistungsauftrag. Den meisten Gemeinden fällt es zudem schwer zu beurteilen, welche Leistung wieviel kostet bzw. für welchen Preis man welches Angebot erhält. Ebenso bestehen nur unvollständige Daten, die einen Preis-Leistungs-Vergleich zwischen den Spitexorganisationen zulassen. Hier schafft die Einführung einer Subjektfinanzierung die nötige Transparenz.

Vor diesem Hintergrund ist es notwendig, dass für die KVG-pflichtigen, ambulant erbrachten Pflegeleistungen eine ordentliche Pflegefinanzierung bzw. Übernahme der Restkosten durch die öffentliche Hand eingeführt wird. Gleichzeitig soll die Reform dazu genutzt werden, auf eine Subjektfinanzierung umzustellen. Die Erarbeitung der Grundlagen wurde in enger Zusammenarbeit mit dem VSEG und dem kantonalen Spitex-Verband vorgenommen. Zusammen wurde ein Modell mit folgenden Rahmenbedingungen entwickelt:

- Die Gemeinden sollen weiterhin frei darin sein, zu entscheiden, welcher Spitexorganisation sie einen Leistungsauftrag zur Grundversorgung erteilen. VSEG und Spitex-Verband arbeiten gemeinsam einen Mustervertrag aus, der als Standardempfehlung gelten soll. Bei hoher Anerkennung dieser, soll sie der Regierungsrat als Rahmenvereinbarung allgemeinverbindlich erklären können.
- Der Regierungsrat legt basierend auf einer vom kantonalen Spitex-Verband und dem VSEG akzeptierten Normkostenberechnung Höchsttaxen für die KVG-pflichtigen, ambulant erbrachten Pflegeleistungen fest und regelt dabei gleichzeitig die maximalen Restkostenanteile für alle anerkannten Leistungserbringenden.
- Die Gemeinden verhandeln mit denjenigen Leistungserbringern, welchen sie den Grundversorgungsauftrag übergeben, individuelle Taxen im Rahmen der regierungsrätlichen Rege-

lung aus bzw. ebenso separate Taxen für Leistungen, welche ausserhalb des Grundleistungskatalogs bestellt werden. Sie zahlen ihren Anteil an diesen Taxen gemäss den eingereichten Leistungsabrechnungen und haben damit ihre finanziellen Pflichten erfüllt. Sie wechseln so konsequent zu einer Subjektfinanzierung und verzichten auf eine Objektfinanzierung, namentlich auf Defizitgarantien bzw. Defizitübernahmen.

Hinsichtlich der Methode zur Errechnung der Normkosten soll der sog. Medianpreis als angemessene Zielgrösse verwendet werden. Dabei wird eine Vollkostenrechnung gemacht; dies allerdings unter Abzug von zwei Dritteln der Wegkosten. Für letztere gilt im Kanton die Praxis, dass diese grundsätzlich Patienten und Patientinnen weiter zu verrechnen sind bzw. den Gemeinden empfohlen wird, einen Drittel davon zu subventionieren.

Die Systemumstellung und insbesondere die Einführung von Höchsttaxen stellen eine Herausforderung dar, weil Anbieter mit höheren Kosten unter Druck geraten und ihre Kostenstruktur, Organisation und Angebot überdenken bzw. anpassen müssen. Die Systemumstellung ist abgestuft vorzunehmen, da sie einen Grundversorgungsauftrag gegenüber gebrechlichen Personen betrifft. Folgende flankierenden Massnahmen sind dazu nötig:

- Für den Systemwechsel soll eine Übergangsphase von maximal drei Jahre gelten (2018 bis 2020).
- Während der Übergangsphase soll noch keine Höchsttaxe fixiert werden. Der Regierungsrat gibt während dieser Zeit aber eine Preisempfehlung ab, die auf dem Medianpreis basiert. So werden die für eine Umstellung auf eine Subjektfinanzierung nötigen Normkosten genannt und eine angemessene Zielgrösse für Verhandlungen definiert, den Beteiligten aber gleichzeitig genügend Raum gelassen, um anstehende Optimierungen im Betrieb angehen zu können.

Wird das neue Finanzierungsmodell konsequent umgesetzt, dann findet kurzfristig vor allem eine Umverteilung der Mittel innerhalb der Anbieter statt. Relativiert wird dies durch den Umstand, dass neu auch den Anbietern ohne Grundversorgungsauftrag eine Restkostenübernahme zu gewähren ist. Gemäss den heute verfügbaren Statistiken, wurden im Jahre 2015 rund 12.5 Mio. Franken von den Gemeinden für Spitexleistungen aufgewendet. Wird der Leistungsanteil von Anbietern ohne Grundversorgungsauftrag hochgerechnet, muss von jährlichen Zusatzkosten von rund Fr. 1'275'000 ausgegangen werden. Bei einer günstigen Entwicklung können diese Kosten durch die Optimierungen bei den Betrieben mit Leistungsauftrag kompensiert werden.

Sehr geehrter Herr Präsident
Sehr geehrte Damen und Herren

Wir unterbreiten Ihnen nachfolgend Botschaft und Entwurf über die Änderung des Sozialgesetzes; Restkostenfinanzierung bei ambulanter Pflege.

1. Ausgangslage

Gemäss Art. 25a des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung vom 18. März 1994 (KVG, SR 832.10) gewährt die obligatorische Krankenpflegeversicherung einen Beitrag an die Pflegeleistungen, welche aufgrund einer ärztlichen Anordnung und eines ausgewiesenen Pflegebedarfs ambulant, auch in Tages- und Nachstrukturen, oder im Pflegeheim erbracht werden. Der Bundesrat setzt dabei die Beiträge differenziert nach Pflegebedarf in Franken fest. Den versicherten Personen dürfen von den nicht von Sozialversicherungen gedeckten Pflegekosten maximal 20 Prozent des vom Bundesrat festgelegten Pflegebeitrages überwältzt werden. Darüber hinaus regeln die Kantone die Restfinanzierung.

Die Restfinanzierung für die häusliche Pflege ist in § 144^{bis} und § 144^{quater} des Sozialgesetzes vom 31. Januar 2007 (SG, BGS 831.1) geregelt. Danach setzen sich die Kosten der häuslichen Pflege einerseits aus den Kosten der nicht-pflegerischen Leistungen und den effektiven Pflegekosten zusammen. Der Regierungsrat regelt dabei die Anteile der Pflegekosten, der Betreuungskosten und der Patientenbeteiligung. Gemäss § 52 SG legt der Regierungsrat zudem für anerkannte Institutionen generelle Höchsttaxen fest.

Mit Beschluss Nr. 2010/1922 vom 25. Oktober 2010 hat der Regierungsrat letztmals Taxweisungen für die ambulante Pflege mit Wirkung ab dem Jahr 2011 erlassen. Dabei wurde geregelt, dass gestützt auf die Leistungsgruppen nach Art. 7 der Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung vom 29. September 1995 (Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV, SR 832.112.31) ab dem Jahr 2012 folgende Tarife pro Stunde gelten:

Für Massnahmen der Abklärung und Beratung	Fr. 79.80
Für Massnahmen der Untersuchung und Behandlung	Fr. 65.40
Für Massnahmen der Grundpflege	Fr. 54.60

Für die Patientenbeteiligung wurde der Höchstsatz von 20% und damit eine Beteiligung von Fr. 15.95 pro Tag eingeführt. Pflegekosten und Patientenbeteiligung werden in Zeiteinheiten von 5 Minuten berechnet. Die Mindestzeitdauer pro Besuch beträgt dabei stets 2 Zeiteinheiten und damit 10 Minuten.

Hinsichtlich der Restkosten gilt aktuell die im Sozialgesetz abgebildete Vermutung, dass die Pflegeaufwendungen grundsätzlich durch die Beiträge der Krankenversicherung sowie der Patientenbeteiligung als gedeckt gelten. Dadurch erfolgt de jure keine Restkostenbeteiligung der öffentlichen Hand im Sinne des KVG. Es wurde den Gemeinden aber explizit überlassen, ihre Einwohnenden im Rahmen der Patientenbeteiligung oder hinsichtlich der Fahrtkosten zu entlasten bzw. im Rahmen von Aufträgen zur Grundversorgung auch Kosten für sog. gemeinwirtschaftliche Leistungen zu übernehmen.

2. Entwicklungen und Problemstellungen

In den letzten Jahren haben viele im Kanton Solothurn tätige Spitexorganisationen eine differenziertere Kostenrechnung eingeführt, in welcher die KVG-pflichtigen Pflegeleistungen von den gemeinwirtschaftlichen Leistungen und anderen Leistungen abgegrenzt werden. Anhand

dieser kann inzwischen bei einer Mehrheit der Organisationen relativ zuverlässig analysiert werden, welche Leistungen über die Einnahmen gedeckt sind und welche nicht. Eine Beurteilung, ob auch bei Spitexleistungen eine Restkostenfinanzierung notwendig erscheint, lässt sich erstmals beantworten.

Darüber hinaus zeigt sich, dass die für die ambulante Pflege zuständigen Gemeinden die Abgeltung für die Grundversorgung durch Spitexorganisationen in vielen Fällen noch nicht auf die im Kanton Solothurn bei sozialen Leistungsfeldern übliche Subjektfinanzierung umgestellt haben. Oft werden zum jährlichen Subventionsbeitrag hinzu noch Defizitgarantien abgegeben bzw. Defizite ausgeglichen. Dieser Umstand wirkt einer umsichtigen Budgetierung, einer sorgfältigen Ausgabenbewirtschaftung und einer leistungsbezogenen Abgeltung entgegen. Die Einführung einer konsequenten Subjektfinanzierung und damit einer Umstellung auf das vorherrschende Subventionssystem ist anzustreben.

Die Übernahme von Restkosten hat gemäss KVG nicht nur gegenüber Spitexorganisationen zu erfolgen, die einen öffentlich-rechtlichen Leistungsauftrag von einer Gemeinde erhalten haben. Eine Pflicht zum Ausgleich besteht auch gegenüber Organisationen ohne Leistungsauftrag bzw. gegenüber sog. freiberuflich tätigen Pflegefachleuten; also gegenüber allen anerkannten Leistungserbringenden. Wird demnach eine Restkostenfinanzierung für Spitexorganisationen mit Leistungsauftrag eingeführt, so muss eine solche auch für andere Leistungserbringer gelten.

3. Restkosten bei Spitexleistungen

Eine Analyse der Kostenrechnungen von 23 grundversorgenden Spitexorganisationen im Kanton Solothurn hat gezeigt, dass mit den Abgeltungen durch die Krankenversicherungen und den Patientenbeteiligungen die Kosten für eine Stunde einer KVG-pflichtigen Pflegeleistung entgegen der gesetzlichen Vermutung gemäss § 144^{bis} Absatz 2 SG nicht gedeckt sind. Zwar können die direkten Personalkosten durch die Erträge bezahlt werden, die Kosten, welche für Anlagen, Administration, Organisation, Koordination sowie Führung entstehen und damit für Strukturen, welche es braucht, um überhaupt im Rahmen einer professionellen Unternehmung eine Pflegeleistung am Patienten erbringen zu können, sind jedoch nicht gedeckt. Damit entstehen Restkosten für Pflegeleistungen, welche die bestellenden Gemeinden grundsätzlich nach KVG zu übernehmen haben. Allerdings zeigt sich genau so, dass diese Restkosten durch die Abgeltungen vonseiten der Gemeinden an öffentliche oder regionale Spitexorganisationen mit Leistungsauftrag de facto übernommen werden. Die ungedeckten Kosten werden durch entsprechende Subventionen im Rahmen der vertraglichen Beziehungen ausgeglichen; sei dies durch Pauschalabgeltungen oder durch Defizitübernahmen. Sie sind nur nicht im Sinne der Pflegefinanzierung nach KVG ausgewiesen.

Die errechneten Defizite, welche bei Organisationen mit Leistungsauftrag vorkommen, zeigen in aller Regel eine Höhe, die den Schluss zulassen, dass auch Organisationen ohne Leistungsauftrag und freiberufliche Pflegefachleute mit Erträgen aus Krankenkassenbeiträgen und Patientenbeteiligung den Aufwand einer Pflegeleistung oft nicht zu decken vermögen. Pro Stunde liegt die durchschnittliche Differenz zwischen Vollkosten und Einnahmen vonseiten Krankenversicherern und Patienten/innen zwischen 27 und 30 Franken. Restkosten, die bei Organisationen ohne Leistungsauftrag oder bei freiberuflichen Pflegefachleuten entstehen, sind jedoch wie bereits gesagt, ebenfalls durch die öffentliche Hand zu decken. Umliegende Kantone haben diese Problematik bereits aufgenommen und eine entsprechende Restkostenfinanzierung für alle Leistungserbringende geregelt; so z.B. der Kanton Basel-Landschaft, der Kanton Bern, der Kanton Zürich und der Kanton Aargau.

4. Handlungsbedarf

Die aufgezeigten Entwicklungen sowie die Analyse der Kostenrechnungen machen es notwendig, dass für die KVG-pflichtigen, ambulant erbrachten Pflegeleistungen eine ordentliche Pflegefinanzierung bzw. Übernahme der Restkosten durch die öffentliche Hand eingeführt wird. Die gesetzliche Vermutung in § 144^{bis} Abs. 2 SG kann aufgrund der Abklärungsergebnisse nicht mehr gehalten werden. Zwar schliesst die Formulierung nicht aus, dass Restkosten auch bei ambulant erbrachten Pflegeleistungen übernommen werden. Dennoch erweist sich die Regelung mit der Realität als nicht mehr übereinstimmend. Deren Reform wird deshalb vorliegend aufgenommen und gleichzeitig dazu genutzt, auf das bei sozialen Leistungsfeldern vorherrschende Subventionierungssystem der Subjektfinanzierung umzustellen.

5. Reorganisation der Spitexlandschaft

5.1 An Bestehendem anknüpfen

Bereits in der Beantwortung der kleinen, fraktionsübergreifenden Anfrage „Spitex als kantonales Leistungsfeld?“ (RRB Nr. 2015/705 vom 28. April 2015) wurde darauf hingewiesen, dass es bei der ambulanten Pflege offene Fragen und Regelungsbedarf gibt. Bspw. wurden Unsicherheiten festgestellt, wie das Grundangebot auszugestalten ist, also welche Leistungen eine Einwohnergemeinde gegenüber ihrer Bevölkerung zu gewährleisten hat und mit welchen Kosten dabei zu rechnen ist. Im Austausch mit dem Verband Solothurner Einwohnergemeinden (VSEG) wurden die bestehenden Schwierigkeiten besprochen; das Departement des Innern hat zudem seine Bereitschaft signalisiert, bei einer Weiterentwicklung des Leistungsfeldes ambulante Pflege die Gemeinden aktiv zu unterstützen.

Der VSEG hat bereits früh darauf aufmerksam gemacht, dass bei einer Reorganisation der Spitexlandschaft auf den bestehenden Strukturen aufgebaut werden soll und es wichtig ist, den Handlungsspielraum der Einwohnergemeinden so weit wie möglich zu erhalten. Im Austausch mit dem Departement ist dabei der Schluss gezogen worden, dass eine solche Zielsetzung am besten erreicht werden kann, wenn die Einwohnergemeinden weiterhin über Aufträge an Spitexorganisationen die erwünschten Leistungen einkaufen und im Rahmen von Verhandlungen das Angebot definieren. Dennoch sollen gewisse Rahmenbedingungen geschaffen werden, damit im ganzen Kanton ein vergleichbares Leistungsniveau zu vergleichbaren Preisen erreicht werden kann. Um mehr Klarheit über Umfang und Inhalt des gesetzlichen Grundangebotes zu erhalten, ohne starre Regelungen in den gesetzlichen Grundlagen festlegen zu müssen, wurde vonseiten des Departements empfohlen, dass VSEG und Spitex-Verband einen Mustervertrag ausarbeiten sollen, in welchem der Basis-Standard abgebildet wird (siehe dazu auch die Stellungnahme zur Interpellation Hardy Jäggi: Verrechnung von Wegkosten an Spitex-Klienten und Klientinnen, RRB Nr. 2016/745 vom 26. April 2016).

5.2 Mustervertrag

Der VSEG hat im Verlaufe des Jahres 2016 erste Gespräche mit dem kantonalen Spitex-Verband aufgenommen und letztlich ein Projekt über die Neuordnung der Spitexlandschaft mit diesem gestartet. Das Amt für soziale Sicherheit (ASO) hat die Verhandlungen über den Mustervertrag fachlich begleitet. Der Mustervertrag wurde nach Abschluss der Verhandlungen von beiden Parteien im Rahmen von Vorstandsbeschlüssen am 19. bzw. 20. April 2017 genehmigt. Der Mustervertrag steht den Gemeinden und den Spitexorganisationen nun als Standard für die Zusammenarbeit im Rahmen eines Grundversorgungsauftrages zur Verfügung. Er kann dabei auf die örtlichen bzw. individuellen Bedürfnisse angepasst werden und enthält auch Optionen für Regelungen zu Leistungen über die Grundversorgung hinaus. Gleichzeitig ist in diesem vergleichs-

weise differenziert abgebildet, was unter dem Begriff der Grundversorgung im Bereich der ambulanten Pflege zu verstehen ist. Dieser Teil des Vertrages bildete einer der Kerninhalte der Verhandlungen zwischen Spitex-Verband und VSEG.

5.3 Neues Finanzierungsmodell

Im Rahmen der Vorarbeiten und Verhandlungen zum Mustervertrag zeigte sich, dass grosse Unterschiede bei den Kosten und den Abgeltungsmodellen im Bereich der ambulanten Pflege bestehen. Insbesondere ist festzustellen, dass die sonst bei sozialen Leistungserbringern übliche Subjektfinanzierung bei Verträgen zwischen grundversorgenden Spitexorganisationen und Gemeinden kaum gilt. Vielmehr erfolgt die Abgeltung in Rahmen von Pauschalen oder gar Defizitgarantien. Den meisten Gemeinden fällt es entsprechend schwer zu beurteilen, welche Leistung wieviel kostet bzw. für welchen Preis man welches Angebot erhält. Ebenso bestehen nur unvollständige Daten, die einen Preis-Leistungs-Vergleich zwischen den Spitexorganisationen zulassen. VSEG und Spitex-Verband sind deshalb zum Schluss gekommen, dass der Empfehlung des Kantons zur Einführung einer Subjektfinanzierung Folge geleistet werden soll und dass Spitexorganisationen zukünftig nach effektiv erbrachten Leistungsstunden zu entschädigen sind.

Der kantonale Spitex-Verband und der VSEG haben im Rahmen mehrerer Gespräche ein Modell entwickelt; wie der Wechsel zu einer Subjektfinanzierung vollzogen werden kann. Folgende Rahmenbedingungen konnten ausgehandelt werden:

- Die Gemeinden sollen weiterhin frei darin sein, zu entscheiden, welcher Spitexorganisation sie einen Leistungsauftrag zur Grundversorgung erteilen. Der zwischen VSEG und Spitex-Verband ausgehandelte Mustervertrag gilt dabei als Standardempfehlung.
- Der Regierungsrat legt basierend auf einer vom kantonalen Spitex-Verband und dem VSEG akzeptierten Normkostenberechnung Höchstattaxen für die KVG-pflichtigen, ambulant erbrachten Pflegeleistungen fest und regelt dabei gleichzeitig die maximalen Restkostenanteile für alle anerkannten Leistungserbringenden.
- Die Gemeinden verhandeln mit denjenigen Leistungserbringern, welchen sie den Grundversorgungsauftrag übergeben, individuelle Taxen im Rahmen der regierungsrätlichen Regelung aus bzw. ebenso für Leistungen, welche ausserhalb des Grundleistungskatalogs bestellt werden. Sie zahlen ihren Anteil an diesen Taxen gemäss den eingereichten Leistungsabrechnungen und haben damit ihre finanziellen Pflichten erfüllt. Sie wechseln so konsequent zu einer Subjektfinanzierung und verzichten auf eine Objektfinanzierung, namentlich auf Defizitgarantien bzw. Defizitübernahmen.

5.4 Normkosten und Höchstattaxen

Zwecks Ermittlung der Normkosten wurde vonseiten des ASO mit Einverständnis des Spitex-Verbandes und der einzelnen Organisationen die Jahresrechnungen von 23 grundversorgenden Spitexorganisationen zusammengetragen und ausgewertet. Die Resultate und die Normkostenansätze wurden hernach zwischen VSEG und Spitex-Verband im Rahmen der Verhandlungen über den Mustervertrag besprochen. Dabei hat man sich darauf geeinigt, dass die Normkostenansätze grundsätzlich die Aufwendungen für Anlagen, Administration, Organisation, Koordination sowie Führung beinhalten sollen (Vollkostenprinzip). Hinsichtlich der Kosten für die An- und Rückfahrten haben sich die Parteien demgegenüber darauf geeinigt, dass nur ein Drittel (rund 6 Franken pro Stunde) dieser Aufwendungen in die Normkosten einzurechnen sind. Hinsichtlich der übrigen zwei Dritteln gilt weiterhin die Regel, dass diese den Patienten und Patientinnen in Rechnung zu stellen sind bzw. an die Gemeinden die Empfehlung geht, einen Drittel im Sinne einer zusätzlichen, das Grundangebot übersteigende Subvention zu übernehmen. Damit wird das bereits bestehende Regime punkto Wegkosten im Grundsatz in das neue Finanzierungssystem überführt. Weiter haben sich die Parteien darauf geeinigt, dass die Normkosten-

ansätze Maximalwerte darstellen sollen und damit vom Regierungsrat als Höchsttaxen für verbindlich zu erklären sind.

5.5 Abgeltung für weitere Leistungen

Wie bereits ausgeführt, steht es den Gemeinden auch im Rahmen des neuen Modells offen, für ihre Bevölkerung Leistungen bei einer Spitexorganisation einzukaufen, die über den Grundleistungskatalog hinausgehen. Solche sind bspw. ein ausgebauter Mahlzeitendienst, Hauswirtschaftshilfe oder eine 7 mal 24 Stunden-Versorgung. Die Gemeinden sollen bei der Vergabe des Leistungsauftrages analog zur Regelung bei den KVG-pflichtigen Leistungen dafür eine separate Taxe pro Stunde aushandeln und so transparent festlegen, welcher Subventionsbeitrag gewährt wird. Auch hier erfolgt die Abgeltung gemäss den effektiv erbrachten Leistungen und damit im Sinne einer Subjektfinanzierung.

5.6 Anspruch auf Restkostenübernahme bei Organisationen ohne Leistungsauftrag und freiberuflichen Pflegefachleuten

Die Übernahme von Restkosten hat gemäss KVG nicht nur gegenüber Spitexorganisationen zu erfolgen, die einen öffentlich-rechtlichen Leistungsauftrag von einer Gemeinde erhalten haben. Eine Pflicht zum Ausgleich besteht grundsätzlich auch gegenüber Organisationen ohne Leistungsauftrag bzw. gegenüber sog. freiberuflich tätigen Pflegefachleuten; also gegenüber allen anerkannten Leistungserbringenden.

Allerdings besteht zwischen Organisationen mit einem Auftrag zur Grundversorgung und den „freien“ Leistungsanbietenden ein gewichtiger Unterschied. Letztere dürfen im Gegensatz zu den erstgenannten Patienten oder Patientinnen ohne weiteres ablehnen und tun dies insbesondere dann, wenn das Mandat nicht rentabel erscheint. Damit haben sie mehr Spielraum bei der Optimierung ihrer Kostenrechnung; die Restkosten sind entsprechend geringer. Gespräche zwischen dem VSEG und Branchenvertretungen für die privaten Organisationen bzw. für die freiberuflichen Pflegefachpersonen haben ergeben, dass diese Kosten bis zu 40% tiefer liegen. Darauf muss abgestellt werden; die Restkostenansätze zu Lasten der Gemeinden sind für diese Dienstleister entsprechend abzusenken. Dabei gilt das Prinzip, dass die Reduktion um 40% jeweils auf die mit der in der jeweiligen Gemeinde tätigen, grundversorgenden Spitexorganisation ausgehandelten Taxen erfolgt und nicht eine vonseiten des Regierungsrates fixierter Wert zur Anwendung kommt. Dieses Vorgehen garantiert letztlich, dass Organisation mit Grundversorgungsauftrag je nach Verhandlungsergebnis nicht eine schlechtere Restkostendeckung erhalten als Organisation ohne Grundversorgungsauftrag oder freiberufliche Pflegefachpersonen innerhalb des relevanten Einzugsgebietes. Das hat allerdings auch eine andere Konsequenz. Gelingt es einer grundversorgenden Spitexorganisation, ihre Leistung ohne Restkostendefizit zu erbringen und benötigt keine Restkostenübernahme durch die Gemeinde, dann erhalten innerhalb des jeweiligen Geltungsbereichs auch die „freien“ Anbieter keine Restkosten ausbezahlt.

5.7 Schrittweise Einführung des neuen Modells

VSEG und Spitex-Verband haben sich zum Ziel gesetzt, den Mustervertrag und die Subjektfinanzierung im Kanton flächendeckend einzuführen. Während der Mustervertrag für beide Seiten vor allem als Hilfsmittel und klärende Grundlage dient und damit voraussichtlich auf gute Akzeptanz stossen wird, dürfte die Einführung von Höchsttaxen eine grössere Herausforderung darstellen. Verbindliche Preisvorgaben führen immer dazu, dass Anbieter mit höheren Kosten unter Druck geraten und ihre Kostenstruktur, Organisation und Angebot überdenken bzw. anpassen müssen. Die Systemumstellung ist daher umsichtig und schrittweise anzugehen, da es sich beim einzukaufenden Angebot um einen Grundversorgungsauftrag handelt, auf deren Gewährleistung insbesondere gebrechliche Personen angewiesen sind. Die Reform darf insbesondere nicht zu einer Unterversorgung bei der ambulanten Pflege führen, weil Organisationen ihren Betrieb einstellen müssen und die Lücke nicht unmittelbar geschlossen werden kann. Damit

diese Gefahr klein bleibt, sind flankierende Massnahmen angezeigt. Benötigt wird eine Übergangsphase, die den betroffenen Betrieben Zeit gibt, die nötigen Umstellungen vorzunehmen. Dabei ist zusätzlich zu klären, ab wann eine Höchsttaxe verbindlich ist bzw. ob eine solche schon während der Übergangszeit oder erst im Anschluss an diese gilt.

5.7.1 Dauer der Übergangsphase

Gemäss den zwischen VSEG und Spitexverband geführten Gesprächen, soll die Übergangsphase für den Systemwechsel maximal drei Jahre umfassen (2018 bis 2020). Ziel soll sein, dass nur Betriebe mit hohem Reformbedarf diese Zeit vollumfänglich ausschöpfen und andere Betriebe schneller umstellen. Welcher Zeitraum im Individualfall gilt, hängt dabei vom Verhandlungsergebnis zwischen einer Gemeinde und der Spitexorganisation ab, die den Auftrag für die Grundversorgung erhält.

5.7.2 Die „richtige“ Höchsttaxe

Im Rahmen der Gespräche zum Mustervertrag und der dabei vorgenommenen Auswertungen der Kostenrechnungen wurde auch darüber verhandelt, welcher Ansatz beim Ermitteln der Normkosten bzw. der Höchsttaxen der Richtige sei. Grundsätzlich ist man dabei zum Schluss gelangt, dass der Medianpreis eine angemessene Zielgrösse ist, wenn man für ein standardisiertes Grundangebot, welches von verschiedenen Betrieben angeboten wird, einen mittleren Preis festlegen will und dabei statistische „Ausreisser“ bei der verwendeten Datengrundlage möglichst wenig Auswirkung haben sollen. Beim „Medianpreis“ liegt stets die eine Hälfte der Betriebe über diesem Wert und die andere darunter. Nähern sich die Betriebe dem Medianpreis aber zunehmend an, entspricht der Median irgendwann dem Durchschnitt und bildet einen Wert ab, bei dem es allen gelingen sollte, die vorgegebene Grundleistung zu erbringen.

Die Kostenrechnungen der Spitexorganisationen wurden in den vergangenen Jahren verbessert und transparenter gemacht; zudem gibt das Krankenversicherungsgesetz einen Leistungsrahmen vor. Dennoch präsentiert sich hinsichtlich Qualität, Vollständigkeit und Differenziertheit der Rechnungen eine nicht gewisse Heterogenität; die Datengrundlage ist relativ aussagekräftig. Entsprechen ist wichtig, dass zukünftig die Betriebe ihre Rechnungsführung weiter optimieren und dabei darauf achten, dass Leistungen innerhalb des definierten Grundangebotes von denjenigen, die darüber hinausgehen, sauber getrennt werden. Die heute für die KVG-pflichtigen Leistungskategorien errechenbaren Medianpreise präsentieren sich wie folgt (Basis 2015):

Vollkosten für Massnahmen der Abklärung und Beratung pro Stunde	Fr. 112.70
Vollkosten für Massnahmen der Untersuchung und Behandlung pro Stunde	Fr. 100.30
Vollkosten für Massnahmen der Grundpflege pro Stunde	Fr. 85.20

Ein massgeblicher Teil dieser Vollkosten wird durch die Beiträge der Krankenversicherer gedeckt (für Abklärung und Beratung Fr. 79.80, für Untersuchung und Behandlung Fr. 65.40 und für Grundpflege Fr. 54.60). Ein weiterer Teil wird durch den Beitrag vonseiten der Patientinnen und Patientinnen gedeckt. Diese beträgt Fr. 15.95 pro Tag. Da dieser Beitrag nicht pro Stunde gilt, entspricht der Deckungsbetrag pro Leistungsstunde nicht Fr. 15.95 sondern liegt im Schnitt etwa bei 14.00 Franken über alle Kategorien hinweg. Nach Abzug der Sozialversicherungsbeiträge und der Patientenbeteiligung präsentieren sich die normierten Restkosten pro Leistungsstunde und Kategorie zu Lasten der Gemeinden im 2018 wie folgt:

Restkosten für Massnahmen der Abklärung und Beratung pro Stunde	Fr. 24.55
Restkosten für Massnahmen der Untersuchung und Behandlung pro Stunde	Fr. 25.90
Restkosten für Massnahmen der Grundpflege pro Stunde	Fr. 20.85

5.7.3 Interkantonaler Vergleich

In der Regel erfolgt der interkantonale Vergleich mit den unmittelbar angrenzenden Kantonen. Vorliegend ist dies nicht möglich. Will man die oben präsentierten Ansätze interkantonale vergleichen, kann dies nur mit einem Gegenüber vorgenommen werden, welches ebenfalls auf eine Vollkostenrechnung über die gesamten Spitexleistungen hinweg abstellt. Dies ist in den umliegenden Kantonen nicht so; dort werden zwar Normkosten definiert bzw. die Ansätze für die Restfinanzierung geregelt, diese beziehen sich aber nur auf die reine Pflege bzw. basieren nicht auf einer vollständigen Subjektfinanzierung. Deshalb sind direkte Vergleiche zu anderen Kantonen zu ziehen bzw. zu Gemeinden, da die Tarifordnung im Bereich Spitex häufig kommunal geregelt ist. Vergleichsweise können die nachfolgenden Tarifordnungen herangezogen werden:

Im Kanton Nidwalden gelten folgende Ansätze für das Jahr 2017:

Leistungsart KVG	Normkosten:	Beitrag Versicherer:	Patientenbet.:	Differenz
Art. 7 Abs. 2 lit. a	128.00	79.80	15.95	32.25
Art. 7 Abs. 2 lit. b	99.00	65.40	15.95	17.65
Art. 7 Abs. 2 lit. c	90.00	54.60	15.95	19.45

Im Kanton Zürich finden sich folgende Ansätze für das Jahr 2017:

Leistungsart KVG	Normkosten:	Beitrag Versicherer:	Differenz*
Art. 7 Abs. 2 lit. a	154.14	79.80	74.35
Art. 7 Abs. 2 lit. b	146.07	65.40	80.65
Art. 7 Abs. 2 lit. c	132.32	54.60	77.70

* Vor Abzug der Patientenbeteiligung.

Im Kanton Graubünden finden sich folgende Ansätze für das Jahr 2017*:

Leistungsart KVG	Normkosten:	Beitrag Versicherer:	Patientenbet.:	Differenz
Art. 7 Abs. 2 lit. a	96.30	59.00*	8.00	29.30**
Art. 7 Abs. 2 lit. b	96.30	59.00*	8.00	29.30**
Art. 7 Abs. 2 lit. c	96.30	59.00*	8.00	29.30**

* Gewichteter Mittelwert der Versicherungsbeiträge.

** Restdefizit tragen Gemeinden und Kanton gemeinsam.

In der Gemeinde Horw finden sich folgende Ansätze für das Jahr 2017:

Leistungsart gem KVG	Stunde	Beitrag Versicherer / Stunde	Patientenbet.	Differenz
Art. 7 Abs. 2 lit. a	135.00	79.80	15.95	39.25
Art. 7 Abs. 2 lit. b	128.00	65.40	15.95	46.65
Art. 7 Abs. 2 lit. c	119.00	54.60	15.95	48.45

Im Einzugsgebiet der Spitex Appenzellerland finden sich folgende Ansätze für das Jahr 2017*:

Leistungsart KVG	Normkosten:	Beitrag Versicherer:	Patientenbet.:	Differenz
Art. 7 Abs. 2 lit. a	138.70	79.80	15.95	42.95
Art. 7 Abs. 2 lit. b	128.70	65.40	15.95	47.35
Art. 7 Abs. 2 lit. c	109.90	54.60	15.95	39.35

Für Personen (Gäste) mit ausserkantonalem Wohnsitz, die nicht direkt subventioniert sind.

Die Vergleiche zeigen, dass die Normberechnungen für den Kanton Solothurn plausibel erscheinen.

5.7.4 Von der Preisempfehlung zur verbindlichen Höchsttaxe

Wie bereits ausgeführt wurde, präsentiert sich hinsichtlich Qualität, Vollständigkeit und Differenziertheit der Rechnungen der Spitexorganisationen eine gewisse Heterogenität; die Datengrundlage ist relativ aussagekräftig. Die Rechnungsführung in einigen Betrieben weist Optimierungsbedarf aus. Mit Blick auf mögliche Unschärfen soll deshalb während der Übergangsphase noch keine Höchsttaxe fixiert werden. Der Regierungsrat gibt nur eine Preisempfehlung ab. Diese basiert allerdings auf dem jeweils errechenbaren Medianpreis. So werden die für eine Umstellung auf eine Subjektfinanzierung nötigen Normkosten genannt und eine angemessene Zielgrösse für Verhandlungen definiert, den Beteiligten aber gleichzeitig genügend Raum gelassen, um anstehende Optimierungen im Betrieb angehen zu können.

5.7.5 Beratung

Gewisse Betriebe werden in den Jahren 2018 bis 2020 grössere Anpassungsleistungen vollbringen müssen; einige Betriebe benötigen Hilfe bei der Entwicklung ihrer Kostenrechnung. Eine gute fachliche Beratung bzw. Unterstützung erscheint nötig. Das ASO hat diesbezüglich bereits angekündigt, zusammen mit dem Spitexverband und dem VSEG Hilfsmittel bzw. Begleitmassnahmen entwickeln zu wollen.

6. Anpassungen des Sozialgesetz

6.1 Einführung Pflegefinanzierung für ambulante Pflegeleistungen

Grundsätzlich bestehen keine rechtlichen Hindernisse, dass die Gemeinden bereits jetzt und im Rahmen laufender Verhandlungen das neue Modell einführen und den Mustervertrag zur Anwendung bringen. Auch die in § 144^{bis} Abs. 2 SG abgebildete Vermutung steht dem nicht entgegen.

Um jedoch Rechtssicherheit zu schaffen bzw. Gesetz und Realität miteinander in Einklang zu bringen, soll das neue Modell im Sozialgesetz abgebildet werden. Dazu ist primär die in § 144^{bis} Abs. 2 SG abgebildete Vermutung durch eine Regelung zu ersetzen, wie sich die Pflegekosten im ambulanten Bereich zusammensetzen und wie sich diese für Spitexorganisationen mit Grundversorgungsauftrag und solche ohne Grundversorgungsauftrag bzw. freiberufliche Pflegefachleute berechnen. Zusätzlich sollen Regelungen dazu aufgenommen werden, wie Leistungen zu übernehmen sind, die ausserhalb des zivilrechtlichen Wohnsitzes einer Person erbracht werden (z.B. infolge von Ferienaufhalten) und wie bzw. unter welcher Angabe von Personendaten die erbrachten Leistungen mit der zahlungspflichtigen Gemeinde abzurechnen sind. Weiter soll die Kompetenz des Regierungsrates zur Festlegung der Höchsttaxen bzw. der Anteile der Patientenbeteiligung und der Pflegekosten präzisiert werden.

6.2 Vereinbarung vor Regelung

Die Rechtsentwicklung zeigt, dass Verträge zwischen öffentlichen Gemeinwesen und Partnerorganisationen beim Bereitstellen von Strukturen und Dienstleistungen für die Bevölkerung zunehmen wichtiger werden. Bewusst wird nicht mehr alles gesetzlich geregelt, weil Vereinbarungen bzw. Leistungsaufträge flexibler sind und meist auch auf höhere Akzeptanz stossen. Zudem lassen sich auf diese Weise leichter regionale Versorgungsräume bilden, was regelmässig zu günstigen Konditionen führt. Dennoch ist in solchen Verhältnissen ebenso ein Bedürfnis nach Rechtssicherheit festzustellen. Um diesem gerecht werden zu können, besteht die Möglichkeit, bewährte Vertragsgebilde, die eine hohe Verbreitung gefunden haben, für allgemeinverbind-

lich zu erklären. Sie erfahren dadurch eine Anerkennung als rechtliche Vorgabe, obwohl sie nicht auf dem üblichen gesetzgeberischen Weg entstanden sind. Solche Modelle haben sich bspw. bei Gesamtarbeitsverträgen bewährt, die ebenfalls auf dem Verhandlungswege entstehen und je nach Akzeptanz und ohne Zutun des Staates in einer Branche zum Standard werden.

Im Kanton Solothurn wird die Grundversorgung mit ambulanter Pflege meist über Leistungsaufträge an Spitexorganisationen sichergestellt. Viele dieser Organisationen sind zwar nahe an den staatlichen Strukturen bzw. oft werden deren Organe mit Gemeindevertretern besetzt; dennoch handelt es sich regelmässig um privatrechtliche Vereine mit eigener, vom Staate losgelöster Rechtspersönlichkeit. Bekannt sind aber auch Vertragsverhältnisse mit gewinnorientierten Dienstleistern, die eine andere Rechtsform (z.B. AG oder GmbH) aufweisen. Mit Einführung des Mustervertrages bleibt das System, in welchem die Gemeinde an passende Partner Leistungsaufträge vergeben, erhalten; es wird lediglich optimiert. Insbesondere kann neben der erwünschten Kostentransparenz beim Grundangebot ein kantonsweit einheitlicher Leistungsstandard erreicht werden, ohne eine gewisse Autonomie der Gemeinden aufgeben zu müssen.

Ab einem gewissen Verbreitungsgrad des Mustervertrags soll dann aber auch eine höhere Verbindlichkeit hergestellt werden können. Deshalb ist das Sozialgesetz mit einer neuen Bestimmung zu ergänzen. Zum einen soll eine Grundlage geschaffen werden, die es dem VSEG ermöglicht, mit Branchenorganisationen Rahmenvereinbarungen auszuhandeln, um diese den Einwohnergemeinden zur Anwendung empfehlen zu können. Zum anderen soll der Regierungsrat künftig die Möglichkeit haben, eine solche Vereinbarung ab einem bestimmten Verbreitungsgrad für allgemeinverbindlich erklären zu können.

7. Vernehmlassungsverfahren

8. Verhältnis zur Planung

Ein expliziter Auftrag zur Vorlage kann weder der Legislaturplanung 2013 – 2017 (SGB 188/2013) noch dem Integrierten Aufgaben- und Finanzplan 2017 – 2020 (RRB Nr. 2016/565 vom 29. März 2016) entnommen werden. Implizit ergänzt sie jedoch das Legislaturziel, dass der Langzeit-Pflegebedarf zu bewältigen ist (B.3.1.3). Darüber hinaus besteht gestützt auf das KVG eine Pflicht der Kantone, die Pflegefinanzierung bzw. die Restfinanzierung in den relevanten Leistungsfeldern zu regeln.

9. Auswirkungen

9.1 Personelle und finanzielle Konsequenzen

Für den Kanton hat die Vorlage weder personelle noch finanzielle Konsequenzen. Für die Einwohnergemeinden hat die Einführung einer Restfinanzierung vor allem finanzielle Folgen. Leider gibt es keine konsolidierte, kantonale Ausgabenübersicht im Bereich der ambulanten Pflege, weil die Gemeinden hier in Einzelverträgen eingebunden sind und die Kostenrechnungen auch beim Kanton nie in einem dafür nötigen Detaillierungsgrad ausgewertet wurden, was eine Prognose zur Kostenentwicklung schwierig macht. Die einzige verfügbare Basis bildet die Bundesstatistik. Diese weist aus, dass 2015 rund 12.5 Mio. Franken für ambulante Pflegeangebote vonseiten der Gemeinden aufgewendet wurden. Gleichzeitig kann davon abgeleitet werden, dass etwa 83% der Gesamtleistung von Organisationen mit Leistungsauftrag und etwa 17% von solchen ohne Leistungsauftrag bzw. von freiberuflichen Pflegefachleuten erbracht worden sind.

Wird das neue Finanzierungsmodell konsequent umgesetzt, dann findet kurzfristig vor allem eine Umverteilung der Mittel innerhalb der Anbieter statt. Relativiert wird dies durch den Umstand, dass neu auch den Anbietern ohne Grundversorgungsauftrag eine Restkostenübernahme zu gewähren ist. Geht man davon aus, dass 17% der Leistungen von solchen Anbietern erbracht werden, dann ist von jährlichen Zusatzkosten von rund Fr. 1'275'000 auszugehen.¹⁾ Bei einer günstigen Entwicklung können diese Kosten durch die Optimierungen bei den Betrieben mit Leistungsauftrag kompensiert werden. Damit bestehen gute Chancen, den Systemwechsel kostenneutral zu vollziehen und durch das neue System eine Stabilisierung bei der Kostenentwicklung bzw. eine bessere Steuerbarkeit zu erreichen.

Nicht beeinflussbar ist demgegenüber eine Kostenzunahme durch die demographische Entwicklung und einer fortlaufend stärkeren Beanspruchung ambulanter Pflegeleistung. Pro Gemeinde können zudem zusätzliche Kosten entstehen, weil Leistungen über den Grundversorgungsauftrag hinaus eingekauft werden.

9.2 Monitoring

Die Preis- und Kostenentwicklung ist während der Übergangsphase zu beobachten. Die Kostenrechnungen, die sich während dieser Zeit entwickeln und aussagekräftiger werden, sind jährlich durch das ASO auszuwerten. Die Ergebnisse sind mit dem Spitexverband und dem VSEG zu besprechen. Je nach Bedarf sind die Empfehlungen zu den Normkosten durch den Regierungsrat anzupassen. Ziel soll sein, nach Abschluss der Übergangsphase eine verlässliche Datengrundlage und eine realistische Normkostentaxe fixieren zu können, welche auch längerfristig Bestand hat.

¹⁾ 17% von 12.5 Mio. Franken; davon 60%.

10. Erläuterungen zu einzelnen Bestimmungen der Vorlage

§ 23 Abs. 5

Hier wird neu die Bestimmung eingefügt, dass der VSEG in den kommunalen Leistungsfeldern mit kantonalen Branchenorganisationen Rahmenvereinbarungen aushandeln und deren Anwendung Einwohnergemeinden empfehlen kann. Weiter findet sich hier die neue Kompetenz des Regierungsrates, eine Rahmenvereinbarung für allgemeinverbindlich zu erklären. Vorausgesetzt wird, dass diese in zwei Dritteln der Einwohnergemeinden zur Anwendung kommt. Zudem hat vorgängig eine Konsultation des VSEG zu erfolgen.

§ 144^{bis} Abs. 2

Die aktuell an dieser Stelle abgebildete gesetzliche Vermutung, dass die KVG-Beiträge und die Patientenbeteiligung die Kosten der ambulanten Pflege zu decken vermögen, wird durch eine neue Bestimmung dazu ersetzt, wie sich die Kosten bei der ambulanten Pflege zusammensetzen. Dabei lehnt sich die Regelung an diejenige an, die bereits im stationären Bereich besteht (§ 144^{ter} Abs. 2 SG). Neu soll gelten, dass sich die Pflegekosten aus Beiträgen der Krankenversicherter im Rahmen von 20 – 40% (Buchstabe a), aus der Patientenbeteiligung der versicherten Person von höchstens 20% nach Art. 25a Abs. 5 KVG (Buchstabe b) und den Pflegekostenbeiträge als Restfinanzierung der Einwohnergemeinde am zivilrechtlichen Wohnsitz der versicherten Person (Buchstabe c) zusammensetzen.

§ 144^{bis} Abs. 4

Unter Abs. 3 wird neu geregelt, wie sich die Pflegekostenbeiträge der Einwohnergemeinden an ambulante Dienstleister mit Grundversorgungsauftrag berechnen. Es gilt dabei über alle Leistungsgruppen hinweg stets die Formel „vereinbarte Taxe pro Stunde abzüglich Krankenkassenbeitrag und Patientenbeteiligung“.

Weiter findet sich unter diesem Absatz die Regelung, dass sich die Pflegekostenbeiträge an ambulante Dienstleister ohne Grundversorgungsauftrag analog berechnen; diese allerdings um maximal 40% gekürzt werden dürfen.

§ 144^{bis} Abs. 5

Personen, welche auf Dienstleistungen der Spitex angewiesen sind, beziehen diese nicht ausschliesslich bei sich zu Hause. Hin und wieder werden diese im Rahmen eines Ferienaufenthaltes bezogen; häufig halten sich diese Personen zur Entlastung tagesweise auch im Haushalt von Verwandten oder Bekannten auf und benötigen dort ambulante Pflege. Auch in diesen Fällen besteht eine Pflicht des Gemeinwesens, die anfallenden Restkosten zu übernehmen. Um solche meist sinnvollen und oft entlastenden Aufenthalte ausserhalb des zivilrechtlichen Wohnsitzes nicht zu beschränken, regelt die neue Bestimmung, dass die Wohnsitzgemeinde der betroffenen Person der leitenden Spitexorganisation am Aufenthaltsort diejenigen Restkostenbeiträge auszurichten hat, die am Aufenthaltsort gelten bzw. von der öffentlichen Hand für verbindlich erklärt worden sind. Eine andere Regelung hätte zur Folge, dass bei einer tieferen Entschädigung als der ortsüblichen, eine Organisation sich weigert, den Auftrag zu übernehmen oder die betroffene Person die Lücke zu schliessen hat.

§ 144^{quater}

Unter diesem Paragraphen finden sich die Kompetenzen des Regierungsrates, dass er die jeweiligen Anteile der Patientenbeteiligung, der Pflegekosten und der Betreuungskosten festlegt (Abs.

1) und dass er auch bei der ambulanten Pflege Höchsttaxen bestimmt (Abs. 2). Zusätzlich findet sich eine Regelung dazu, dass das zuständige Departement Vorschriften über die Ausstellung von Pflegekostenausweisen und für die Rechnungsstellung erlassen kann.

§ 144^{quinquies}

Unter dem Titel Kontrolle und Auszahlung der Pflegekosten soll ein neuer Paragraf im Sozialgesetz eingefügt werden, in welchem geregelt wird, an wen und unter welchen Bedingungen ein ambulanter Dienstleister über die Restkosten eine Abrechnung einreichen kann. Diese soll in regelmässigen Abständen dem zivilrechtlichen Wohnsitz der gepflegten Person eingereicht werden, wobei jeweils offen zu legen ist, an wen welche Leistungen erbracht wurden (Abs. 1).

Unter Abs. 2 findet sich die Pflicht der ambulanten Dienstleister abgebildet, dass dem zivilrechtlichen Wohnsitz einer gepflegten Person jeweils unverzüglich zu melden ist, wenn ein Aufenthalt ausserhalb der Wohngemeinde organisiert wird. So ist die zahlungspflichtige Einwohnergemeinde vorab im Bilde, dass Abrechnungen eingereicht werden, bei denen voraussichtlich mit anderen Taxen zu rechnen ist.

Die oben ausgeführten Mitteilungs- und Offenlegungspflichten betreffen sensible Daten; Spitexorganisationen sind grundsätzlich dazu verpflichtet, über erbrachte Leistungen bei Personen Stillschweigen zu bewahren. Dies macht auch Sinn, da mittels solcher Daten relativ rasch Rückschlüsse über den individuellen Gesundheitszustand einer Person gezogen werden können. Sollen also gegenüber einem Gemeinwesen bestimmte Daten zu Überprüfungs Zwecken offengelegt werden, weil das Ausrichten von Subventionen beantragt ist, dann wird dafür eine gesetzliche Grundlage benötigt. Dabei ist wichtig, dass der jeweilige Datensatz, der mitgeteilt oder offengelegt werden muss, klar bestimmt. Entsprechend hält Absatz 3 die Regelung fest, dass der Regierungsrat auf Ebene der Sozialverordnung den relevanten Datensatz bestimmt.

§ 180

Wie bereits ausgeführt, soll für die Umstellung auf das neue Finanzierungsmodell eine Übergangsfrist von drei Jahren gelten. Dies wird im Sozialgesetz geregelt. Weiter ist in der Übergangsbestimmung abgebildet, dass während dieser Zeit der Regierungsrat keine Höchsttaxen für ambulante Pflegeleistungen fixiert, sondern nur Taxen im Sinne einer Empfehlung publiziert. Verbindlich sind diese jedoch hinsichtlich der Pflegebeiträge an ambulante Dienstleister ohne Grundversorgungsauftrag, so lange in einer einzelnen Gemeinde die Umstellung auf die Subjektfinanzierung noch nicht erfolgt ist. Diese Überbrückungslösung erscheint nötig, damit Restkostenbeiträge an die „freien“ Dienstleister nicht davon abhängig sind, wann in einer Gemeinde die Umstellung erfolgt. Im Weiteren wird durch diese Übergangsregelung in Gemeinden mit günstigen Leistungsanbietern ein gewisser Anreiz gesetzt, möglichst rasch auf das neue Finanzierungsmodell umzustellen.

11. Rechtliches

11.1 Rechtmässigkeit

In Ergänzung der privaten Initiative und Verantwortung verwirklicht der Kanton, im Rahmen seiner Zuständigkeit und der verfügbaren Mittel, die Sozialziele (Art. 94 der Verfassung des Kantons Solothurn, KV, BGS 111.1). Kanton und Gemeinden sorgen in Zusammenarbeit mit öffentlichen und privaten Organisationen für hilfsbedürftige Menschen (Art. 95 KV). Der Kanton regelt das öffentliche Gesundheitswesen. Er schafft Voraussetzungen für eine angemessene und wirtschaftlich tragbare Gesundheitsversorgung. Er fördert zusammen mit den Gemeinden die gesundheitliche Vorsorge und Fürsorge sowie die Haus- und Krankenpflege (Art. 100 Abs. 1 und

2 KV; BGS). Der Kanton ist demnach berechtigt, die grundsätzliche Organisation der ambulanten Pflege zu regeln.

Die vorgeschlagenen Gesetzesänderungen stehen im Einklang mit dem übergeordneten Recht.

11.2 Zuständigkeit

Die Zuständigkeit des Kantonsrates zur Änderung des Sozialgesetzes ergibt sich aus Art. 71 Abs. 1 KV.

Beschliesst der Kantonsrat die Gesetzesänderungen mit weniger als zwei Dritteln der anwesenden Mitglieder, unterliegt sie dem obligatorischen Referendum (Art. 35 Abs. 1 Bst. d KV), andernfalls dem fakultativen Referendum (Art. 36 Abs. 1 Bst. b KV).

12. Antrag

Wir bitten Sie, auf die Vorlage einzutreten und dem Beschlussesentwurf zuzustimmen.

Im Namen des Regierungsrates

Dr. Remo Ankli
Landammann

Andreas Eng
Staatschreiber

Verteiler KRB

Kantonale Finanzkontrolle
Staatskanzlei (Eng, Rol)
Amtsblatt (Referendum)
Parlamentsdienste
GS, BGS

Beschlussesentwurf; Änderung Sozialgesetz, Restkostenfinanzierung bei ambulanter Pflege

Änderung vom [Datum]

Der Kantonsrat von Solothurn
gestützt auf Art. Art. 25a des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung vom 18. März 1994 (KVG)
Nach Kenntnissnahme von Botschaft und Entwurf des Regierungsrates vom..... (RRB Nr.....)

beschliesst

I.

Keine Hauptänderung.

II.

Der Erlass Sozialgesetz (SG) vom 31. Januar 2007¹⁾ (Stand 1. März 2015) wird wie folgt geändert:

§ 23 Abs. 5 (neu)

⁵ Der Einwohnergemeindeverband kann in den kommunalen Leistungsfeldern mit kantonalen Branchenorganisationen Rahmenvereinbarungen aushandeln und deren Anwendung für Leistungsvereinbarungen zwischen Einwohnergemeinden und Dritten empfehlen. Kommt eine Rahmenvereinbarung in zwei Drittel der Einwohnergemeinden zur Anwendung, kann der Regierungsrat diese nach Konsultation des Einwohnergemeindeverbandes und der betreffenden Branchenorganisation für allgemeinverbindlich erklären.

§ 144^{bis} Abs. 2 (geändert), Abs. 4 (neu), Abs. 5 (neu)

² Die Pflegekosten setzen sich zusammen aus:

- a) (neu) Beiträgen der Krankenversicherungen im Rahmen von 40-60%;
- b) (neu) Patientenbeteiligung der versicherten Person von höchstens 20% nach Art. 25a Abs. 5 KVG;
- c) (neu) Pflegekostenbeiträge als Restfinanzierung der Einwohnergemeinden am zivilrechtlichen Wohnsitz der versicherten Person.

¹⁾ BGS [831.1](#).

[Geschäftsnummer]

⁴ Die Pflegekostenbeiträge der Einwohnergemeinden an ambulante Dienstleister mit Grundversorgungsauftrag berechnen sich pro Leistungsgruppe nach der Formel "vereinbarte Taxe pro Stunde abzüglich Krankenkassenbeitrag und Patientenbeteiligung". Die Pflegekostenbeiträge an ambulante Dienstleister ohne Grundversorgungsauftrag berechnen sich analog mit einer Kürzung auf den Rechnungsbetrag um maximal 40%.

⁵ Erbringt ein ambulanter Dienstleister für eine Person während eines Aufenthaltes ausserhalb des zivilrechtlichen Wohnsitzes Pflegeleistungen, ist von der Einwohnergemeinde derjenige Pflegekostenbeitrag zu leisten, der für den ambulanten Dienstleister am Aufenthaltsort von der öffentlichen Hand übernommen würde.

§ 144^{quater} Abs. 1 (geändert), Abs. 2 (geändert), Abs. 3 (neu)

¹ Der Regierungsrat legt bei der stationären Pflege die jeweiligen Anteile der Patientenbeteiligung, der Pflegekosten und der Betreuungskosten fest.

² Der Regierungsrat legt bei der ambulanten Pflege Höchsttaxen pro Leistungsgruppe und die Patientenbeteiligung fest.

³ Das Departement erlässt Vorschriften über die Ausstellung der Pflegekostenausweise und die Rechnungsstellung.

§ 144^{quinquies} (neu)

Kontrolle und Auszahlung der Pflegekosten

¹ Die ambulanten Dienstleister stellen der Einwohnergemeinde am zivilrechtlichen Wohnsitz der gepflegten Personen regelmässig eine Abrechnung über die Pflegekosten zu. Sie legen dabei offen, bei welchen Personen welche Leistungen erbracht worden sind.

² Wird von einem ambulanten Dienstleister ein Aufenthalt mit Pflegeversorgung ausserhalb des zivilrechtlichen Wohnsitzes für eine Person organisiert, ist dies der Einwohnergemeinde unverzüglich mitzuteilen.

³ Der Regierungsrat regelt in einer Verordnung, welche Daten ambulante Dienstleister bei den Abrechnungen und bei Mitteilungen über Aufenthalte mit Pflegeversorgung ausserhalb des zivilrechtlichen Wohnsitzes offen zu legen haben.

§ 180 (neu)

Übergangsbestimmung zu den Änderungen vom

¹ Einwohnergemeinden und ambulante Dienstleister müssen innert dreier Jahre ab Inkrafttreten der Gesetzesbestimmungen auf die in § 144 ff. verankerte Subjektfinanzierung umgestellt haben.

² Während der Übergangsfrist gibt der Regierungsrat für die Höchsttaxen betreffend die Grundversorgungsaufträge nur eine unverbindliche Empfehlung ab. Diese ist jedoch für die Berechnung der Pflegekostenbeiträge an ambulante Dienstleister ohne Grundversorgungsauftrag unter Berücksichtigung einer Kürzung um 40% gemäss § 144^{bis} Absatz 4 verbindlich, so lange in der einzelnen Einwohnergemeinde noch keine Umstellung auf die Subjektfinanzierung erfolgt ist.

III.

Keine Fremdaufhebungen.

IV.

Diese Gesetzesänderung tritt am 1. Januar 2018 in Kraft.

Solothurn....

Im Namen des Kantonsrates

Urs Huber
Kantonsratspräsident

Dr. Michael Strebel
Ratssekretär

Synopse

Änderung des Sozialgesetzes; Restkostenfinanzierung bei ambulanter Pflege

	Beschlussesentwurf; Änderung Sozialgesetz, Restkostenfinanzierung bei ambulanter Pflege
	<i>Der Kantonsrat von Solothurn</i> gestützt auf Art. Art. 25a des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung vom 18. März 1994 (KVG) Nach Kenntnisnahme von Botschaft und Entwurf des Regierungsrates vom..... (RRB Nr.....) <i>beschliesst</i>
	I.
	<i>Keine Hauptänderung.</i>
	II.
	Der Erlass Sozialgesetz (SG) vom 31. Januar 2007 (Stand 1. März 2015) wird wie folgt geändert:
§ 23 Leistungsvereinbarungen und Controlling ¹ Der Regierungsrat kann in den kantonalen, die Einwohnergemeinden können in den kommunalen Leistungsfeldern Leistungsvereinbarungen mit Dritten abschliessen. ² In den Leistungsvereinbarungen ist sicherzustellen, dass a) die Wirkungsziele und Resultate überprüfbar sind und evaluiert werden; b) die geforderte Qualität erreicht wird; c) die Mittel wirtschaftlich eingesetzt werden;	

<p>d) der Rechtsschutz gewährleistet ist.</p> <p>³ Die beauftragende Stelle überprüft, ob die Vorgaben eingehalten werden.</p> <p>⁴ Werden die Vorgaben nicht erreicht, ist die Leistungsvereinbarung anzupassen oder aufzulösen. Vorbehalten bleiben vertraglich festgelegte Sanktionen.</p>	<p>⁵ Der Einwohnergemeindeverband kann in den kommunalen Leistungsfeldern mit kantonalen Branchenorganisationen Rahmenvereinbarungen aushandeln und deren Anwendung für Leistungsvereinbarungen zwischen Einwohnergemeinden und Dritten empfehlen. Kommt eine Rahmenvereinbarung in zwei Drittel der Einwohnergemeinden zur Anwendung, kann der Regierungsrat diese nach Konsultation des Einwohnergemeindeverbandes und der betreffenden Branchenorganisation für allgemeinverbindlich erklären.</p>
<p>§ 144^{bis} Regelung der Finanzierung der häuslichen Pflege</p> <p>¹ Die verrechenbaren Kosten der häuslichen Pflege setzen sich zusammen aus:</p> <p>a) Kosten der nicht-pflegerischen Leistungen (gemeinwirtschaftliche Leistungen der Leistungserbringenden, Betreuungskosten sowie Leistungen nach § 143 Absatz 1 Buchstabe b sowie Absatz 2 Buchstaben a-e;</p> <p>b) Pflegekosten.</p> <p>² Die Pflegekosten gelten durch die Beiträge der Krankenversicherung sowie der Patientenbeteiligung von höchstens 20% nach Artikel 25a Absatz 5 KVG grundsätzlich als gedeckt.</p>	<p>² Die Pflegekosten setzen sich zusammen aus:</p> <p>a) Beiträgen der Krankenversicherungen im Rahmen von 40-60%;</p> <p>b) Patientenbeteiligung der versicherten Person von höchstens 20% nach Art. 25a Abs. 5 KVG;</p> <p>c) Pflegekostenbeiträge als Restfinanzierung der Einwohnergemeinden am zivilrechtlichen Wohnsitz der versicherten Person.</p>

<p>³ Die Patientenbeteiligung von Kindern und Jugendlichen bis zum vollendeten 18. Altersjahr wird von der Einwohnergemeinde am zivilrechtlichen Wohnsitz der versicherten Person getragen.</p>	<p>⁴ Die Pflegekostenbeiträge der Einwohnergemeinden an ambulante Dienstleister mit Grundversorgungsauftrag berechnen sich pro Leistungsgruppe nach der Formel "vereinbarte Taxe pro Stunde abzüglich Krankenkassenbeitrag und Patientenbeteiligung". Die Pflegekostenbeiträge an ambulante Dienstleister ohne Grundversorgungsauftrag berechnen sich analog mit einer Kürzung auf den Rechnungsbetrag um maximal 40%.</p> <p>⁵ Erbringt ein ambulanter Dienstleister für eine Person während eines Aufenthaltes ausserhalb des zivilrechtlichen Wohnsitzes Pflegeleistungen, ist von der Einwohnergemeinde derjenige Pflegekostenbeitrag zu leisten, der für den ambulanten Dienstleister am Aufenthaltsort von der öffentlichen Hand übernommen würde.</p>
<p>§ 144^{quater} Festlegung der Finanzierungsanteile</p> <p>¹ Der Regierungsrat legt die jeweiligen Anteile der Patientenbeteiligung, der Pflegekosten und der Betreuungskosten fest.</p> <p>² Das Departement erlässt Vorschriften über die Ausstellung der Pflegekostenausweise und die Rechnungsstellung.</p>	<p>¹ Der Regierungsrat legt bei der stationären Pflege die jeweiligen Anteile der Patientenbeteiligung, der Pflegekosten und der Betreuungskosten fest.</p> <p>² Der Regierungsrat legt bei der ambulanten Pflege Höchsttaxen pro Leistungsgruppe und die Patientenbeteiligung fest.</p> <p>³ Das Departement erlässt Vorschriften über die Ausstellung der Pflegekostenausweise und die Rechnungsstellung.</p>
	<p>§ 144^{quinquies} Kontrolle und Auszahlung der Pflegekosten</p> <p>¹ Die ambulanten Dienstleister stellen der Einwohnergemeinde am zivilrechtlichen Wohnsitz der gepflegten Personen regelmässig eine Abrechnung über die Pflegekosten zu. Sie legen dabei offen, bei welchen Personen welche Leistungen erbracht worden sind.</p>

	<p>² Wird von einem ambulanten Dienstleister ein Aufenthalt mit Pflegeversorgung ausserhalb des zivilrechtlichen Wohnsitzes für eine Person organisiert, ist dies der Einwohnergemeinde unverzüglich mitzuteilen.</p> <p>³ Der Regierungsrat regelt in einer Verordnung, welche Daten ambulante Dienstleister bei den Abrechnungen und bei Mitteilungen über Aufenthalte mit Pflegeversorgung ausserhalb des zivilrechtlichen Wohnsitzes offen zu legen haben.</p>
	<p>§ 180 Übergangsbestimmung zu den Änderungen vom</p> <p>¹ Einwohnergemeinden und ambulante Dienstleister müssen innert dreier Jahre ab Inkrafttreten der Gesetzesbestimmungen auf die in § 144 ff. verankerte Subjektfinanzierung umgestellt haben.</p> <p>² Während der Übergangsfrist gibt der Regierungsrat für die Höchsttaxen betreffend die Grundversorgungsaufträge nur eine unverbindliche Empfehlung ab. Diese ist jedoch für die Berechnung der Pflegekostenbeiträge an ambulante Dienstleister ohne Grundversorgungsauftrag unter Berücksichtigung einer Kürzung um 40% gemäss § 144^{bis} Absatz 4 verbindlich, so lange in der einzelnen Einwohnergemeinde noch keine Umstellung auf die Subjektfinanzierung erfolgt ist.</p>
	<p>III.</p>
	<p><i>Keine Fremdaufhebungen.</i></p>
	<p>IV.</p>
	<p>Diese Gesetzesänderung tritt am 1. Januar 2018 in Kraft.</p>
	<p>Solothurn....</p> <p>Im Namen des Kantonsrates</p> <p>Urs Huber Kantonsratspräsident</p> <p>Dr. Michael Strebel</p>

	Ratssekretär