

Regierungsratsbeschluss

vom 15. Juni 2010

Nr. 2010/1064

KR.Nr. I 076/2010 (DDI)

**Interpellation Fraktion SP: Neue Pflegefinanzierung: Bittere Pille für Pflegebedürftige und Gemeinden?
(19.05.2010);**

Stellungnahme des Regierungsrates

1. Vorstosstext

Die neue Pflegefinanzierung 2011 in Folge KVG-Revision belastet Spitex- und Langzeitpflegepatientinnen und -patienten, Kanton und Gemeinden massiv, wobei die Krankenkassen um Millionen entlastet werden. Zukünftig wird klar zwischen den Pflegeleistungen, der Hotellerie (Unterkunft und Verpflegung) sowie den Betreuungskosten unterschieden; bis anhin sind diese Bereiche oft vermischt und quersubventioniert worden. Die Patientinnen und Patienten müssen einerseits bei der Akut- und Übergangspflege die Kosten der Hotellerie übernehmen und andererseits müssen sie sich im Pflegeheim und für Spitexleistungen neu stärker an den Pflegekosten beteiligen. Sie bezahlen zusätzlich 20% der vom Bund festgelegten Krankenkassenfixbeträge. Dies entspricht einer Erhöhung der Pflegekosten gegenüber heute bis zu 40%.

Der Regierungsrat wird gebeten, die folgenden Fragen zu beantworten:

1. Wie beurteilt er die finanziellen und sozialen Auswirkungen der neuen Pflegefinanzierung?
2. Wie nutzt der Kanton den vom revidierten KVG gegebenen Handlungsspielraum, um die Leistungsbezügerinnen und -bezüger nebst Franchise und Selbstbehalt noch mit massiven Zusatzkosten zu belasten?
3. Ist der Regierungsrat der Meinung, dass die zusätzliche 20%ige Selbstbeteiligung und die dadurch entstehende Erhöhung der Pflegekosten bis zu 40%, die Pflegeempfängerinnen und -empfänger vermehrt in die Ergänzungsleistung- und Sozialhilfeabhängigkeit führen?
4. Wie gross schätzt der Regierungsrat das zukünftige Mengengerüst der EL- und Sozialhilfebezügerinnen- und -bezüger?
5. Ist der Regierungsrat bereit, die 20%ige Selbstbeteiligung an den Pflegekosten zu übernehmen, wie dies in einigen anderen Kantonen der Fall ist?
6. Müssen die Bewohner in Pflegeheimen nebst dem 20% Anteil an den Pflegekosten und den Hotelleriekosten, weiterhin zusätzlich die Betreuungskosten übernehmen? Wenn ja, wie hoch sind diese? Als Beispiel: Wie hoch sind künftig die durch einen Heimbewohner in der höchsten Pflegestufe insgesamt pro Jahr zu bezahlenden Leistungsanteile (Pflege, Hotellerie und Betreuung)?
7. Ist der Regierungsrat bereit, im Sinne einer familienpolitischen Massnahme, bei der ambulanten Pflege von Kindern und Jugendlichen bis 18 Jahren (Kinderspitex), auf die Selbstbeteiligung (Eigenbetrag) zu verzichten?
8. Wie regelt der Regierungsrat die Finanzierung der sogenannten Restkosten laut KVG in der Langzeitpflege? Wie sieht der neue Verteilschlüssel Kanton/Gemeinden aus?
9. In welchen Verfahren wird die neue Pflegefinanzierung umgesetzt? Gesetzesänderung, Verordnungsweg, RRB?

10. In welchem Zeitpunkt informiert der Regierungsrat über die finanziellen Auswirkungen der Pflegefinanzierung auf alle Betroffenen und über die zur Umsetzung der Pflegefinanzierung notwendigen Massnahmen?

2. Begründung (Vorstosstext)

3. Stellungnahme des Regierungsrates

3.1 Vorbemerkung

Die eidgenössische Neuordnung der Pflegefinanzierung, welche auf den 1. 1. 2011 in Kraft tritt, umfasst im wesentlichen zwei Module: Die Akut- und Übergangspflege sowie die ambulante oder stationäre Langzeitpflege (Spitex oder Pflegeheim).

Das neue Instrument der Akut- und Übergangspflege steht im Zusammenhang mit den Fallkostenpauschalen bei Spitalbehandlungen (DRG) und soll die mit der anvisierten Verkürzung der Spitalaufenthalte möglichen Nachteile für die Patienten und Patientinnen auffangen. Sie erfolgt stets auf spitalärztliche Anordnung, im Anschluss an einen Spitalaufenthalt, befristet auf maximal 14 Tage und wird nach den Regeln der Spitalfinanzierung (max. 45% Krankenversicherer und mind. 55% Kanton, keine Selbstbeteiligung der Patienten und Patientinnen mit Ausnahme der üblichen Franchise und Selbstbehalte) finanziert. Die Akut- und Übergangspflege beinhaltet jedoch keine Hotelleriekosten.

Im Bereich der Langzeitpflege zielt die Neuordnung der Pflegefinanzierung auf eine Plafonierung der Krankenversicherungsbeiträge, indem die obligatorische Krankenversicherung für die Pflege einen für die ganze Schweiz einheitlichen Frankenbetrag, abgestuft nach Pflegebedarf, leistet. Dabei handelt es sich einzig um Pflegeleistungen im Sinne des KVG, da die Pensions- und Betreuungskosten wie heute weiterhin von den pflegebedürftigen Personen getragen werden müssen bzw. subsidiär und bedarfsabhängig durch die Ergänzungsleistungen ausgerichtet werden. Für die Pflegekosten, die nicht von den Sozialversicherungen übernommen werden, dürfen die versicherten Personen bis zu einem Betrag von höchstens 20% des höchsten vom Bundesrat festgesetzten Pflegebeitrags belastet werden.

3.2 Zu Frage 1

Bezogen auf den Kanton Solothurn können die Auswirkungen der neuen Pflegefinanzierung heute noch nicht vollumfänglich abgeschätzt werden. Vom DRG-Modell werden Kosteneinsparungen für Kanton und Krankenversicherer und damit auch für die Steuer- und Prämienzahlenden erwartet. Mit dem neuen Regulativ der Akut- und Übergangspflege wird ein Teil der Kosteneinsparungen kompensiert. Nur in den Fällen einer notwendigen Akut- und Übergangspflege in einem Heim erwachsen den Patienten und Patientinnen Zusatzkosten für die Hotellerie. Für die Pflege selbst sind mit Ausnahme von Franchise und Selbsthalt keine Kostenbeteiligungen vorgesehen. Die Akut- und Übergangspflege belastet die Einwohnergemeinden, mit Ausnahme der bedarfsgerechten Anrechnung von Hotelleriekosten im Einzelfall via Ergänzungsleistungen oder Sozialhilfe, grundsätzlich nicht.

Im Bereich der Langzeitpflege gilt vorerst festzuhalten, dass die für die ganze Schweiz einheitlich festgelegten Krankenversicherungsbeiträge gegenüber den heute gestützt auf die Tarifverträge gelten-

den Krankenversicherungsbeiträgen im Kanton Solothurn eher vorteilhaft ausfallen. Dies führt nun in den gegenwärtigen Verhandlungen zwischen Santésuisse und der Gemeinschaft der Solothurnischen Alters- und Pflegeheime (GSA) und dem Spitex-Verband dazu, dass Santésuisse eine gestaffelte Einführung des neuen Rechts beantragt. Neben der besseren Abgeltung der Pflegeleistungen durch die Krankenversicherer ist zudem weiter vorgesehen, die Mittel und Gegenstände für Pflegeverrichtungen gemäss MiGeL-Liste separat abzugelten, was eher zu einer Senkung der Pflegekosten führt. Im Bereich der stationären Langzeitpflege ist mit Ausnahme der Anpassung an die allgemeine Teuerungsentwicklung grundsätzlich nicht mit grösseren Verschiebungen zu rechnen. So sollen zwar die bisherigen Pflegekosten auf die vom Bundesrat festgelegten Frankenbeträge erhöht und den pflegebedürftigen Heimbewohnern und Heimbewohnerinnen der maximal mögliche Selbstbehalt pro Tag in Rechnung gestellt werden. Im Gegenzug können aber die Kosten der Betreuung um den für die Pflege in Rechnung gestellten Selbstbehalt und die besonders auszuweisenden Kosten nach MiGeL reduziert werden.

3.3 Zu Frage 2

Mit Inkrafttreten des Sozialgesetzes vom 31. Januar 2007 (SG; BGS 831.1) auf den 1. Januar 2008 wurde für die Finanzierung von sozialen Aufgaben auf die Subjektfinanzierung auf der Basis von Vollkosten umgestellt. Bezogen auf Alters- und Pflegeheime bedeutet dies, dass Hotellerie, Pflege und Betreuung dem leistungsbeziehenden Individuum grundsätzlich zu den vollen Kosten (Investitionskostenpauschale aber nur zur Hälfte) in Rechnung gestellt werden. Genügen die Eigenmittel (Renten, Pensionen, Vermögensertrag etc.) inkl. Sozialversicherungsbeiträgen und Hilflosenentschädigung (HE) plus KVG-Leistungen nicht, um die Pflegeheimkosten zu decken, so kommen als bedarfsorientierte Leistungen die nach oben nicht beschränkten Ergänzungsleistungen sowie die Prämienverbilligung zum Zug. Die Revision des KVG ändert an diesem System nichts. Die neue Kostenbeteiligung für die Pflege im Spitex-Bereich erachten wir als sozial vertretbar, da für das Individuum ebenfalls verstärkt auf Bedarfsorientierung umgestellt wird, was zwar EL und SH-Anspruchsberechtigung zur Folge haben kann, aber die Defizitdeckung der Einwohnergemeinden verkleinert.

3.4 Zu Frage 3

Wie bereits ausgeführt ist im Bereich der stationären Langzeitpflege, die nach der Sozialgesetzgebung bereits heute auf einer subjektorientierten Finanzierung unter Anrechnung der Vollkosten basiert, abgesehen von der allfälligen Teuerungsentwicklung nicht mit grossen Verschiebungen zu rechnen. Zwar wird neu eine maximale Kostenbeteiligung von Fr. 21.60 pro Tag eingeführt. Diese wird aber jeweils bei den Betreuungskosten wieder in Abzug gebracht. Mit einer gravierenden Zunahme von bedarfsabhängigen (EL oder SH) ist nicht zu rechnen, zumal neu eintretende Heimbewohnende heute nach wie vor zunehmend über bessere Vorsorgeleistungen (BVG-Renten und 3. Säule) verfügen als früher. Hinzu kommt, dass im Zusammenhang mit der Neuordnung der Pflegefinanzierung die Hilflosenentschädigung leichten Grades als zusätzliche Einnahmequelle neu auch für AHV-berentete Personen eingeführt wird.

Bei der ambulanten Langzeitpflege kann die neu eingeführte Kostenbeteiligung bei den Bezüglern und Bezügerinnen von Spitex-Dienstleistungen zwar zu einem zusätzlichen Bedarf an EL und SH führen. Umgekehrt ist jedoch davon auszugehen, dass die Defizite der Spitex-Dienste einerseits durch die höhere KVG-Abgeltung der Pflegeleistungen und andererseits durch die zusätzliche Kostenbeteiligung

der Patienten und Patientinnen sinken werden. Eine allfällige Erhöhung von EL und SH im Zusammenhang mit der neuen Pflegefinanzierung zulasten der Einwohnergemeinden wird somit durch kleinere Defizitbeiträge der Einwohnergemeinden an die Spitex-Dienste wieder kompensiert.

Bei der Akut- und Übergangspflege fallen für die Patienten und Patientinnen höchstensfalls Hotelleriekosten an, dies aber auch nur für maximal 14 Tage. Wir erwarten, dass mit den gesetzten finanziellen Anreizen Patienten und Patientinnen nur in absolut notwendigen Fällen in einer stationären Einrichtung eine Akut- und Übergangspflege beanspruchen werden. Immerhin gilt noch anzumerken, dass mit der Akut- und Übergangspflege ein Training verbunden ist, welches es den Patienten und Patientinnen erleichtern soll, wieder selbständig nach Hause zurückzukehren. Die Kostenübernahme der Hotellerie durch die Patienten und Patientinnen ist zeitlich limitiert und kann u.U. dazu beitragen, eine höhere Kostenbeteiligung für einen allfälligen Heimaufenthalt hinauszuzögern.

Eine kumulative Kostenbeteiligung von 40% der Pflegekosten, wie in der Interpellation genannt, ist nicht vorgesehen: Entweder Akut- und Übergangspflege (keine Kostenbeteiligung, höchstensfalls Hotelleriekosten) oder 20% Selbstbeteiligung an den Pflege-Kosten der Langzeitpflege, aber kompensiert durch tiefere Betreuungskosten.

3.5 Zu Frage 4

Im Pflegeheimbereich werden die Auswirkungen als gering eingeschätzt. In der ambulanten Langzeitpflege rechnen wir durch die vorgesehene Kostenbeteiligung zwar mit zusätzlichen EL- und SH-Beziehenden. Die Mehrbelastung über EL und SH für die Einwohnergemeinden wirkt sich aber im gleichen Umfang entlastend auf die Defizitdeckung der Einwohnergemeinden an die Spitex-Dienste aus. Für das neu geschaffene Instrument der Akut- und Übergangspflege ist einzig bei einer stationären Durchführung eine Kostenbeteiligung über die Hotelleriekosten vorgesehen. Wir gehen von einem kleinen Mengengerüst aus. Angesichts der beschränkten Dauer von maximal 14 Tagen rechnen wir damit, dass in weit über 50% der Fälle die Eigenleistungen der betroffenen Personen genügen werden, um die Hotelleriekosten selbst zu bezahlen. Zudem ist davon auszugehen, dass bei den andern 50% der Fälle ein grosser Teil der betroffenen Menschen bereits EL oder SH bezieht, so dass mit keiner grossen Fallzunahme gerechnet wird.

3.6 Zu Frage 5

Nein, wir halten am gesetzlichen Auftrag der bedarfsorientierten Leistungen unter den Bedingungen der Subjektfinanzierung und Vollkostenrechnung gemäss Sozialgesetzgebung fest.

3.7 Zu Frage 6

Ja, die Betreuungskosten werden weiterhin separat ausgewiesen und in Rechnung gestellt. Allerdings ist vorgesehen, die 20%ige Kostenbeteiligung an den Pflegekosten bei den Betreuungskosten in Abzug zu bringen, so dass sich gesamthaft das Verhältnis zwischen Pflege- und Betreuungskosten zu Lasten der Pflegekosten verschiebt und damit die Realität besser abbildet. Aus Gründen des Tarifschutzes mussten die Pflegekosten auf die von den Krankenversicherern anerkannten Leistungen beschränkt werden, obwohl diese Leistungen bisher eigentlich nie genügten, um die Pflege vollumfänglich abzudecken. Andererseits ist aber auch weiterhin zu berücksichtigen, dass der Übergang der Pflege zur Betreuung fliegend ist, und dass viele Verrichtungen und Aktivitäten für die Bewohner und Bewohnerinnen in einem Alters- und Pflegeheim eher sozial als medizinisch indiziert sind (Anziehen von Alltagskleidung, gemeinsames Essen und damit verbundene Hilfestellungen, Aktivierungstherapeutische Massnahmen, Hilfe bei der Alltagsgestaltung nach dem Normalisierungsprinzip etc.) und deshalb zu Recht nicht als klassische Pflege im Sinne des KVG gelten.

Da zum Zeitpunkt der Beantwortung dieses Vorstosses die Verhandlungen zwischen der GSA und Santésuisse noch nicht abgeschlossen sind, kann noch kein konkretes Beispiel vorgelegt werden.

3.8 Zu Frage 7

Nein, wir halten am System der bedarfsorientierten Leistungen fest und lehnen eine Übernahme der Kostenbeteiligung für alle Familien mit Kindern und Jugendlichen unabhängig von Einkommen und Vermögen ab. Hinzu kommt, dass die ambulante Pflege nach Sozialgesetz ohnehin als kommunales Leistungsfeld definiert ist und somit in die Zuständigkeit der Einwohnergemeinden fällt.

3.9 Zu Frage 8

Die Langzeitpflege ist nach Sozialgesetz ein kommunales Leistungsfeld und fällt somit in die Zuständigkeit der Einwohnergemeinden. Eine explizite Regelung der Restfinanzierung ist nicht notwendig, da die Finanzierung der Langzeitpflege und damit auch die Finanzierung der sogenannten Restkosten grundsätzlich durch das leistungsbeziehende Individuum erfolgt. Nur wo die Eigenmittel inkl. Sozialversicherungsbeiträge nicht ausreichen, kommen allenfalls Sozialhilfe oder Ergänzungsleistungen für AHV- oder IV-Bezüger und -Bezügerinnen zum Zug. Aufgrund der vollzogenen Aufgabenreform im Sozialbereich ist kein neuer Verteilschlüssel nur wegen der neuen Pflegefinanzierung zwischen Kanton und Einwohnergemeinden nötig. Sowohl die Sozialhilfe als auch die Langzeitpflege sind kommunale Aufgaben und werden von den Einwohnergemeinden subsidiär zur Subjektfinanzierung in einem Lastenausgleich im Verhältnis der Einwohnerzahlen getragen. Der Kanton ist weder an der Sozialhilfe noch an der Langzeitpflege bzw. der daraus erwachsenden EL beteiligt.

3.10 Zu Frage 9

Für die Akut- und Übergangspflege wird zurzeit eine regierungsrätliche Verordnung erarbeitet. Für die Langzeitpflege sind aufgrund der sozialgesetzlichen Bestimmungen keine Anpassungen auf Gesetzes- oder Verordnungsstufe notwendig. Hingegen sollen auf dem Weg der regierungsrätlichen Taxbewilligung das System und die einzelnen Posten der künftigen Rechnungsstellungen erläutert werden. Vorerst laufen aber im Bereich Langzeitpflege noch Verhandlungen zwischen Santésuisse und der Gemeinschaft der Solothurnischen Alters- und Pflegeheime (GSA) sowie zwischen Santésuisse und dem Spitex-Verband.

3.11 Zu Frage 10

Bereits im August 2009 wurde dem VSEG, der GSA und dem Spitex-Verband ein Grundlagenpapier über die geplante Umsetzung der Neuordnung der Pflegefinanzierung im Kanton Solothurn zugestellt. Der VSEG wurde anlässlich einer Vorstandssitzung näher informiert. In einzelnen Alters- und Pflegeheimen fanden Informationsabende statt. Grundsätzlich liegt die Informationspflicht gegenüber den Heimbewohnenden und gegenüber Spitex-Beziehenden bei den Trägerschaften der Institutionen. Die Aenderung der Sozialverordnung wird aber noch im Juli 2010 vorliegen und die Anpassungen für Pflegeheime und Spitex wird mit einem Regierungsratsbeschluss im Rahmen der jährlichen Festlegung der Höchsttaxen festgelegt.



Andreas Eng
Staatsschreiber

Verteiler

Amt für soziale Sicherheit (6); BRU, RYS, MUE, BON, Ablage

Gesundheitsamt GESA, Dr. Heinrich Schwarz, Departementssekretär

Aktuariat SOGEKO

Verband Solothurner Einwohnergemeinden VSEG, Geschäftsstelle, Postfach 123, 4528 Zuchwil

Direktion der Solothurner Spitäler AG (soH), Claudia Wälchli, Schöngrünstrasse 36a, 4500 Solothurn

Gemeinschaft Solothurnischer Alters- und Pflegeheime GSA, Sekretariat, Frau Simone Wingeier, Mür-
gelistrasse 22, 4528 Zuchwil

Santésuisse, Waisenhausplatz 25, Postfach 605, 3000 Bern 7

Spitex Verband Kanton Solothurn SVKS, Kantonalsekretariat, Zuchwilerstrasse 41, 4500 Solothurn

Fachkommission Alter; Versand durch ASO

Parlamentsdienste

Traktandenliste Kantonsrat