

Regierungsratsbeschluss

vom 26. April 2016

Nr. 2016/745

KR.Nr. I 0020/2016 (DDI)

Interpellation Hardy Jäggi (SP, Rechterswil): Verrechnung von Wegkosten an SPITEX-Klienten und Klientinnen Stellungnahme des Regierungsrates

1. Vorstosstext

Mittels Merkblatt teilte das ASO Anfang 2015 den Gemeinden mit, dass Wegkosten der Spitex-Organisationen mit einer Versorgungspflicht keinen direkten Bestandteil der tarifgeschützten Pflegeleistungen bilden und daher, sofern die Einwohnergemeinden diese nicht unter dem Titel „gemeinwirtschaftliche Leistungen“ gemäss Leistungsvertrag übernehmen, den Klienten und Klientinnen weiterverrechnet werden können.

Begründet wird dieser Entscheid damit, dass die Wegkosten nicht mehr unter den Tarifschutz fallen und sich aus dem Wortlaut der massgebenden Bestimmungen nicht erschliessen lassen, ob die Wegkosten in den von den Krankenversicherern geleisteten Beiträgen an die Pflegeleistungen bereits eingeschlossen seien.

Die überwiegende Zahl der Kantone hat hingegen die Regelung, dass die Wegkosten unter den Tarifschutz fallen und deshalb nicht an die SPITEX-Klienten und -Klientinnen weiterverrechnet werden können.

Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) äussert sich dem Spitex Verband Kanton Solothurn (SVKS) gegenüber wie folgt:

„Die Pflegeleistungen der OKP sind in Artikel 7 der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) definiert. Die Erbringung dieser Leistungen beim Patienten ist als Bestandteil der Pflegeleistungen bzw. der Pflegekosten zu verstehen. Dementsprechend sollten alle Personal- und Sachkosten - darunter fallen auch (Mehr-)Kosten für die von Ihnen genannten Wegzeiten sowie Nacht- und Wochenendeinsätze - welche für die Erbringung der Pflichtleistungen notwendig sind, als Pflegekosten gelten und in die Kostenrechnung einfließen.

Die Patienten und Patientinnen dürfen mit maximal 20% des höchsten OKP-Beitrages (im Bereich der Spitex = Fr. 15.95) belastet werden, d.h. für Pflichtleistungen dürfen keine weiteren zusätzlichen Pflegekosten überwältzt werden. Wir erachten es daher als Widerspruch zur bundesgesetzlichen Regelung, wenn in Zusammenhang mit der Erbringung von Pflichtleistungen den Patienten und Patientinnen Zuschläge für Wegzeiten und/oder Nacht- und Wochenendeinsätze in Rechnung gestellt werden, welche dazu führen, dass die genannte Patientenbeteiligung überschritten wird.“

Im gleichen Sinne äusserte sich auch tarifsuisse, nämlich dass die Wegkosten, wenn auch nicht explizit im Leistungsrahmen von Art. 7 KLV erwähnt, über die Verrechnung der Krankenpflegeleistungen mit entschädigt sind und somit einen Bestandteil der Grundleistungen zu Lasten der OKP darstellen. Wegkosten zusätzlich in Rechnung zu stellen, erachte tarifsuisse als rechtswidrig.

Der Regierungsrat wird deshalb höflich gebeten, folgende Fragen zu beantworten:

1. Wie erklärt der Regierungsrat die Diskrepanz der Auslegung des ASO zur derjenigen des BAG, von tarifsuisse und anderen Kantonen?
2. Ist sich der Regierungsrat bewusst, dass mit der Weiterverrechnung der Wegkosten ältere und pflegebedürftige Menschen belastet werden, die oft bereits auf Ergänzungsleistungen angewiesen sind?

3. Erachtet der Regierungsrat die finanzielle Zusatzbelastung dieser Menschen (Frage 2) als sinnvoll und vertretbar, da die EL die Wegkosten nicht übernimmt?
4. Wurden andere Lösungen geprüft und wenn ja welche?
5. Aufgrund welcher Kriterien/Umstände würde der Regierungsrat eine andere Lösung bevorzugen?

2. Begründung (Vorstosstext)

3. Stellungnahme des Regierungsrates

3.1 Vorbemerkungen

3.1.1 Pflegefinanzierung und Tarifschutz

Die Neuordnung der Pflegefinanzierung trat am 1. Januar 2011 in Kraft und verfolgt vor allem zwei Ziele: zum einen soll die schwierige Situation bestimmter Gruppen pflegebedürftiger Personen entschärft werden, zum andern soll die Krankenversicherung, welche zunehmend altersbedingte Pflegeleistungen zu übernehmen hatte, vor weiteren finanziellen Belastungen geschützt werden. Gemäss Botschaft zum Bundesgesetz über die Neuordnung der Pflegefinanzierung vom 16. Februar 2005 ist es die Absicht, dass die Krankenversicherungen ihre Leistungen im Pflegebereich vermehrt wieder auf den Kernauftrag ausrichten, also vor allem krankheitsbedingte medizinische Leistungen vergüten bzw. abdecken.

Gemäss Art. 25a Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung vom 18. März 1994 (KVG; SR 832.10) leistet die obligatorische Krankenpflegeversicherung entsprechend nur einen Beitrag an die Pflegeleistungen. Vorausgesetzt letztere sind aufgrund einer ärztlichen Anordnung und infolge eines ausgewiesenen Pflegebedarfs ambulant (einschliesslich Tages- oder Nachtstrukturen) oder im Pflegeheim erbracht worden. Gemäss Abs. 4 setzt der Bundesrat die Beiträge differenziert nach dem Pflegebedarf in Franken fest. Gleichzeitig dürfen gemäss Abs. 5 der versicherten Person von den nicht durch Sozialversicherungen gedeckten Pflegekosten höchstens 20 Prozent des maximalen vom Bundesrat festgesetzten Pflegebeitrages überwältzt werden. Die Kantone regeln die Restfinanzierung.

Gemäss Art. 44 KVG müssen sich Leistungserbringer an die vertraglich oder behördlich festgelegten Tarife sowie Preise halten und dürfen für Leistungen nach KVG keine weitergehenden Vergütungen verrechnen. Die Neuordnung der Pflegefinanzierung hat dazu geführt, dass die Leistungen nach KVG klarer eingegrenzt und auf die krankheitsbedingten medizinischen Leistungen konzentriert worden sind. Damit verläuft heute die Grenze zwischen nach KVG entschädigungsfähigen Leistungen und anderen Leistungen deutlicher und es fallen diverse Leistungen nicht mehr unter den Tarifschutz. Wo der Tarifschutz nie bestand oder dieser nicht mehr besteht, können Preis und Leistung relativ frei gestaltet werden.

Unter den Tarifschutz fallen jedenfalls die Pflegekosten, die im Kanton Solothurn gemäss Art. 144^{bis} Abs. 2 Sozialgesetz vom 31. Januar 2007 (SG; BGS 831.1) durch die Beiträge der Krankenversicherung sowie der Patientenbeteiligung von höchstens 20% nach Art. 25a Abs. 5 KVG grundsätzlich gedeckt sind.

3.1.2 Begriff und Gegenstand der Pflege – Einordnung der Wegkosten

Pflege ist eine umfassende, ausgesprochen vielschichtige und mehrdimensionale Tätigkeit, die sich einer scharfen Definition weitgehend entzieht (Botschaft zur Neuordnung Pflegefinanzierung vom 16. Februar 2005). Wie auch immer die Pflege umschrieben werden mag: allen Definitionsgrundsätzen gemein ist die starke Verknüpfung medizinischer, psychischer, sozialer und

funktioneller Aspekte, der bei der Leistungserbringung im Einzelfall Rechnung getragen werden muss. Gemäss Art. 44 Abs. 1 KVG dürfen für versicherte Pflegeleistungen weder direkt noch indirekt weitergehende Vergütungen berechnet werden. Zusätzliche Entschädigungen dürfen nur für echte Mehrleistungen verlangt werden.

Art. 7 der Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung vom 29. September 1995 (Krankenpflege-Leistungsverordnung; KLV; SR 832.112.31) umschreibt den Leistungsbereich der Krankenpflege zu Hause, ambulant oder im Pflegeheim. Dabei handelt es sich um Massnahmen der Abklärung und Beratung (a), Massnahmen der Untersuchung und der Behandlung (b) und Massnahmen der Grundpflege (c).

Weder in den Artikeln 43 ff. KVG noch in Art. 7 KLV und auch nicht in Art. 41 Abs. 1 Buchstabe b der Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft vom 18. April 1999 (BV; SR 101) lässt sich ein Hinweis darauf finden, dass die Wegkosten in den Beiträgen der Krankenversicherer miteingeschlossen sein sollen. Auch in dem zwischen dem Spitex Verband Schweiz, der Association Spitex Privée Suisse und der santésuisse abgeschlossenen Tarifvertrag findet sich kein spezieller Passus zu den Wegkosten.

Da sich aus dem Wortlaut der massgebenden Bestimmungen nicht erschliessen lässt, ob die Wegkosten in den von den Krankenversicherern geleisteten Beiträgen an die Pflegeleistungen bereits eingeschlossen sind, müssen die Bestimmungen nach Sinn und Zweck sowie in Analogie zu verwandten Sachverhalten ausgelegt werden. Dabei ist Nachfolgendes heranzuziehen:

- Da die Krankenversicherer seit der Neuordnung der Pflegefinanzierung nur noch Beiträge an die Pflege zu leisten haben und somit von einer Kostendeckung zulasten der Patienten und der öffentlichen Hand entbunden worden sind, liegt die Deutungshoheit betreffend Tarifschutz nicht mehr allein bei den Krankenversicherern.
- Das Zurücklegen des Weges zum Patienten oder der Patientin ist zwar ein Vorbereitungsakt, um jemanden Zuhause pflegen zu können. Womit ein funktioneller Zusammenhang besteht. Allerdings scheinen die Krankenversicherer die Verknüpfung nicht absolut zu sehen. So vergüten sie dieselben Beiträge sowohl an sog. Inhouse-Spitex-Dienste wie auch an externe Spitex-Dienste, obwohl bei den Erstgenannten die Wegkosten weitgehend entfallen. Wären die Wegkosten der externen Dienste in den Pflegeleistungen also mitenthalten, so läge eine offensichtliche, wirtschaftlich bedeutende Ungleichbehandlung vor. Gerade Spitex-Dienste mit ländlichem und meist grossflächigem Einzugsgebiet wären dadurch benachteiligt. Bei Einschluss des Weges in die Pflegeleistungen hätten die Pflorgetarife nach KLV also wenigstens eine Abstufung bezugnehmend auf die Länge der Anfahrt erfahren müssen.
- Nach TARMED (Position 00.0065) kann die Ärzteschaft bei Hausbesuchen eine Besuchsinkonvenienzpauschale (BIP) zur Konsultation dazuschlagen. Damit anerkennen die Krankenversicherer, dass Hausbesuche eine Mehrleistung ausserhalb der eigentlichen Behandlung bilden. Obwohl in solchen Fällen, in denen Patienten den Arzt nicht selber aufsuchen können, der Hausbesuch auch eine Vorbedingung für die eigentliche medizinische Leistung bildet, wird mit der zusätzlichen Besuchsinkonvenienzpauschale zum Ausdruck gebracht, dass zwischen Behandlung und Weg keine enge Verknüpfung besteht.

3.2 Zu den Fragen

3.2.1 Zu Frage 1:

Wie erklärt der Regierungsrat die Diskrepanz der Auslegung des ASO zu derjenigen des BAG, von tarifsuisse und anderen Kantonen?

Wie bereits ausgeführt, gibt es weder eindeutige rechtliche Grundlagen noch basiert das Tarifmodell auf einer engen Verknüpfung zwischen Weg und Pflege. Es besteht ebenso keine gerichtliche Rechtsprechung, die dieses Verhältnis genügend beleuchten würde. Gäbe es zudem eine entsprechende Verknüpfung, müsste die Abgeltung der Ärzte und die Benachteiligung von Spitex-Organisationen mit ländlichem und grossem Einzugsgebiet gegenüber den Inhouse-Spitex kritisch hinterfragt bzw. neu geregelt werden. Im fachlichen Austausch, welchen das Amt für soziale Sicherheit (ASO) mit dem Bundesamt für Gesundheit (BAG) in der Sache geführt hat, konnte auch das Bundesamt diese offensichtlichen Widersprüche nicht auflösen. Die Haltung der tarifsuisse erstaunt nicht. Sie vertritt die Ansicht der Krankenversicherer. Diese haben kein Interesse daran, dass Leistungen ausserhalb eines bestimmten Tarifes abgerechnet werden. Dadurch wird eine Gefahr geschaffen, dass die Krankenversicherer dereinst dazu verpflichtet werden, die Aufwendungen für den Weg als zusätzliche Kosten übernehmen zu müssen.

3.2.2 Zu Frage 2:

Ist sich der Regierungsrat bewusst, dass mit der Weiterverrechnung der Wegkosten ältere und pflegebedürftige Menschen belastet werden, die oft bereits auf Ergänzungsleistungen angewiesen sind?

Ja. Wir möchten jedoch an dieser Stelle darauf hinweisen, dass mit der Neuordnung der Pflegefinanzierung eine Hilfenentschädigung zur AHV leichten Grades für Personen eingeführt wurde, die zu Hause leben und auf Pflegeleistungen angewiesen sind. Damit hat auch der Bund mit einer Mehrbelastung gerechnet und gleichzeitig für finanzielle Entlastung gesorgt. Zudem hat das ASO den in diesem Leistungsfeld in der Pflicht stehenden Einwohnergemeinden empfohlen, im Rahmen ihrer Vereinbarungen mit grundversorgenden Spitex-Organisationen eine Abgeltung für die Wegkosten zu leisten, damit keine oder geringe Zuschläge beim Patienten oder der Patientin gemacht werden müssen.

3.2.3 Zu Frage 3:

Erachtet der Regierungsrat die finanzielle Zusatzbelastung dieser Menschen (Frage 2) als sinnvoll und vertretbar, da die EL die Wegkosten nicht übernimmt?

Grundsätzlich ja; dies mit Verweis auf die Antwort auf Frage 2.

3.2.4 Zu Frage 4:

Wurden andere Lösungen geprüft und wenn ja welche?

Ja. Folgende Lösungen sind ebenfalls zur Diskussion gestanden:

- Lösung A: Die Wegkosten werden als Bestandteil des Pflorgetarifs betrachtet. Damit käme § 144^{bis} Abs. 2 des Sozialgesetzes vom 31. Januar 2007 (BGS 831.1, SG) zur Anwendung, welcher bezüglich der ambulanten Pflege besagt, dass die Pflegekosten durch die Beiträge der Krankenversicherung sowie der Patientenbeteiligung von höchstens 20% nach Artikel 25a Absatz 5 KVG grundsätzlich als gedeckt gelten. Damit hätten die Spitex-Organisationen weder die

Möglichkeit, die Wegkosten zusätzlich in Rechnung zu stellen, noch die öffentliche Hand diesbezüglich um eine Restkostenfinanzierung anzugehen.

- Lösung B: Die Einwohnergemeinden werden verpflichtet, die Wegkosten im Rahmen des zu gewährenden Grundangebotes im Bereich der ambulanten Pflege zu übernehmen. Eine Empfehlung, Patienten und Patientinnen durch eine höhere Abgeltung an Spitex-Organisation mit Leistungsauftrag von den Wegkosten zu entlasten, ist vonseiten ASO gegenüber den für das Leistungsfeld der ambulanten Pflege verantwortlichen Einwohnergemeinden bereits gemacht worden. Hätte man daraus eine Pflichtleistung machen wollen, wäre aber eine Anpassung des Sozialgesetzes nötig gewesen. Diese Vorlage wäre nach aktuellem Kenntnisstand von den Einwohnergemeinden bekämpft worden; zumal diese nicht nur zu neuen Kosten geführt hätte, sondern auch mit einem Autonomieverlust bei der Gestaltung des Leistungsfeldes einhergegangen wäre. Mit Blick auf die unbestrittene Aufgabenverteilung, die aktuelle finanzielle Lage und die Einführung der erweiterten Hilfenentschädigung wurde auf diesen Schritt verzichtet.

3.2.5 Zu Frage 5:

Aufgrund welcher Kriterien/Umstände würde der Regierungsrat eine andere Lösung bevorzugen?

Lösung A können wir uns vorstellen, wenn vonseiten Bund entsprechende Anpassungen bzw. Abstufungen bei der Tarifierung vorgenommen würden. Grundsätzlich würden wir aber eine Regelung analog derer für die Ärzteschaft begrüßen. Lösung B würden wir realisieren, wenn sie von einer Mehrheit der Einwohnergemeinden getragen bzw. ein klarer Wunsch nach einer entsprechenden Regelung von dieser Seite an uns herangetragen würde.

Bereits in der Beantwortung der kleinen, fraktionsübergreifenden Anfrage „Spitex als kantonales Leistungsfeld?“ (RRB Nr. 2015/705 vom 28. April 2015) haben wir darauf hingewiesen, dass es im Leistungsfeld der ambulanten Pflege offene Fragen und Regelungsbedarf gibt. Neben den Wegkosten bestehen bspw. auch Unsicherheiten, 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) wurde auf die bestehenden Schwierigkeiten hingewiesen; das DDI hat zudem seine Bereitschaft signalisiert, bei einer Weiterentwicklung des Leistungsfeldes ambulante Pflege aktiv zu unterstützen. Der VSEG steht mittlerweile im Gespräch mit dem kantonalen Spitexverband; ein Projekt wurde gestartet.

Grundsätzlich sind wir der Auffassung, dass auf den bestehenden Strukturen aufgebaut werden soll und es wichtig ist, den Handlungsspielraum der Einwohnergemeinden zu erhalten. Am besten zu erreichen ist eine solche Zielsetzung, wenn die Einwohnergemeinden weiterhin via Leistungsaufträge mit Spitex-Organisationen die erwünschten Leistungen einkaufen und im Rahmen von Verhandlungen das Angebot definieren. Um mehr Klarheit über Umfang und Inhalt des gesetzlichen Grundangebotes zu erhalten ohne starre Regelungen in den gesetzlichen Grundlagen festlegen zu müssen, empfiehlt sich, dass VSEG und Spitex-Verband einen MusterLeistungsvertrag ausarbeiten, in welchem der Basis-Standard abgebildet wird. Darüber hinaus erscheint es angesichts der grossen Unterschiede bei den Kosten und den Abgeltungsmodellen im Bereich der ambulanten Pflege nötig, die Grundlagen der Finanzierung weiter zu entwickeln. Dazu wäre in einem ersten Schritt erforderlich, die Jahresrechnungen einer bestimmten Anzahl Spitex-Organisationen auszuwerten und miteinander in einen Vergleich zu setzen. Dadurch liessen sich repräsentative Normkosten für die verschiedenen Dienstleistungen ermitteln. Gelänge dies, würde nicht nur mehr Preistransparenz geschaffen, sondern es bestünde auch die Möglich-

keit, gewisse Leistungen wie bereits im stationären bzw. teilstationären Bereich einem Taxregime zu unterwerfen und dadurch die Kostensteuerung zu optimieren.

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'A. Eng'.

Andreas Eng
Staatsschreiber

Verteiler

Departement des Innern, Departementssekretariat
Amt für soziale Sicherheit (3); HAN, RYS, BOR (2016-014)
Parlamentsdienste
Traktandenliste Kantonsrat