

Änderung des Sozialgesetzes; Restkostenfinanzierung bei ambulanter Pflege

Botschaft und Entwurf des Regierungsrates
an den Kantonsrat von Solothurn
vom 23. Januar 2018, RRB Nr. 2018/99

Zuständiges Departement

Departement des Innern

Vorberatende Kommission(en)

Sozial- und Gesundheitskommission

Inhaltsverzeichnis

Kurzfassung	5
1. Ausgangslage.....	7
2. Problemstellungen und Zielsetzungen der Vorlage.....	8
2.1 Restkosten bei grundversorgenden Spitexorganisationen	8
2.2 Restkosten bei Leistungserbringern ohne Grundversorgungsauftrag	8
2.3 Fehlende Subjektfinanzierung	8
2.4 Zielsetzungen der Vorlage	9
3. Reorganisation der Finanzierung ambulanter Pflege – Eckwerte	9
3.1 An Bestehendem anknüpfen.....	9
3.2 Mustervertrag	10
3.3 Zukünftiges Modell	10
4. Finanzierung der Grundversorgung	11
4.1 Normkostenberechnung für das Grundleistungsangebot	11
4.2 Die „richtige“ Höchstattaxe.....	11
4.3 Medianwerte 2015 und 2016.....	12
4.3.1 Beiträge der Gemeinden an grundversorgenden Spitex-Organisationen	12
4.4 Interkantonaler Vergleich	13
4.5 Restkostenübernahme bei Organisationen ohne Leistungsauftrag und freiberuflichen Pflegefachleuten.....	14
4.6 Abgeltung für weitere Leistungen	15
5. Übergangsregelung	15
5.1 Schrittweise Einführung des neuen Modells	15
5.1.1 Dauer der Übergangsphase.....	16
5.1.2 Von der Preisempfehlung zur verbindlichen Höchstattaxe	16
6. Vernehmlassungsverfahren	17
6.1 Ergebnis	17
6.2 Anpassungen der Vorlage aufgrund des Vernehmlassungsergebnisses	17
6.3 Anpassung weiterer Rechtsgrundlagen	18
7. Anpassung des Sozialgesetzes.....	18
7.1 Neues Finanzierungsmodell abbilden	18
7.2 Vereinbarung vor Regelung	18
8. Regelungen auf Verordnungsebene	19
8.1 Anpassung der Sozialverordnung.....	19
8.2 Anpassung des Reglements über die Vergütung von Krankheits- und Behinderungskosten bei den Ergänzungsleistungen (RKEL).....	19
8.3 Festlegen der Finanzierungsanteile.....	19
9. Verhältnis zur Planung	20
10. Auswirkungen.....	20
10.1 Personelle und finanzielle Konsequenzen	20
10.2 Monitoring.....	21
11. Erläuterungen zu einzelnen Bestimmungen der Vorlage.....	21
12. Rechtliches	24
12.1 Rechtmässigkeit.....	24
12.2 Zuständigkeit.....	25
13. Antrag.....	25

Beilagen

Beschlussesentwurf 1 und 2 / Synopse (inkl. beider Beschlussesvarianten)

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 im Sinne einer Empfehlung gelten soll. Bei hoher Anerkennung soll dieser durch den Regierungsrat als Standard für verbindlich erklärt werden 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 (einschliesslich der Abgeltung für die Ausbildungspflicht).

- Die Gemeinden verhandeln mit denjenigen Leistungserbringern, welchen sie den Grundversorgungsauftrag übergeben, individuelle Taxen im Rahmen der regierungsrätlichen Regelung aus bzw. ebenso separate Taxen für Leistungen, welche ausserhalb des Grundleistungskatalogs bestellt werden. Sie bezahlen 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 zum Errechnen 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. Damit Personen, die auf Ergänzungsleistungen angewiesen sind, durch die Wegkosten nicht übermässig belastet werden, wird im Anschluss an die Gesetzesrevision eine Anpassung der Sozialverordnung bzw. des Reglements über die Vergütung von Krankheits- und Behinderungskosten bei den Ergänzungsleistungen erfolgen.

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 ihr 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 Jahren gelten (2018 bis 2020).
- Während der Übergangsphase sollen keine Höchsttaxen fixiert werden. Der Regierungsrat gibt während dieser Zeit nur Preisempfehlungen ab, die auf dem Medianpreis basieren. 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, findet kurzfristig vor allem eine Umverteilung der Mittel innerhalb der Anbieter statt. Relativiert wird dies durch den Umstand, dass neu auch Anbietern ohne Grundversorgungsauftrag eine Restkostenübernahme zu gewähren ist. Gemäss den heute verfügbaren Statistiken, wurden im Jahre 2016 rund 12.4 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 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 Nachtstrukturen 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 andererseits aus 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%, also eine Beteiligung von Fr. 15.95 pro Tag eingeführt. Pflegekosten und Patientenbeteiligung werden in Zeiteinheiten von 5 Minuten berechnet. Die Mindestzeitdauer pro Besuch beträgt 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. Problemstellungen und Zielsetzungen der Vorlage

2.1 Restkosten bei grundversorgenden Spitexorganisationen

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. Eine Analyse der Kostenrechnungen von 24 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.

2.2 Restkosten bei Leistungserbringern ohne Grundversorgungsauftrag

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. 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 Leistungserbringenden geregelt; so z.B. der Kanton Basel-Landschaft, der Kanton Bern, der Kanton Zürich und der Kanton Aargau. Wird demnach eine Restkostenfinanzierung für Spitexorganisationen mit Leistungsauftrag zur Grundversorgung eingeführt, so muss eine solche auch für andere Leistungserbringer gelten.

2.3 Fehlende Subjektfinanzierung

Es 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 Ausga-

benbewirtschaftung und einer leistungsbezogenen Abgeltung entgegen. Die Einführung einer konsequenten Subjektfinanzierung und damit einer Umstellung auf das vorherrschende Subventionssystem ist anzustreben.

2.4 Zielsetzungen der Vorlage

Die aufgezeigten Entwicklungen sowie die Analyse der Kostenrechnungen machen es notwendig, dass für die KVG-pflichtigen, ambulant erbrachten Pflegeleistungen eine ordentliche Pflegefinanzierung 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. Diese Vorlage dient damit folgenden zwei Zielsetzungen:

- Einführung Restkostenfinanzierung für ambulante Pflegeleistungen
- Umstellung auf Subjektfinanzierung ambulanter Pflegeleistungen

Diese beiden Zielsetzungen zwingen dazu, die Finanzierung der ambulanten Pflege im Kanton Solothurn zu reorganisieren.

3. Reorganisation der Finanzierung ambulanter Pflege – Eckwerte

3.1 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 Finanzierung ambulanter Pflegeleistungen 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 dies 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).

3.2 Mustervertrag

Der VSEG hat im Verlaufe des Jahres 2016 erste Gespräche mit dem kantonalen Spitex-Verband aufgenommen und mit diesem letztlich ein Projekt über die Neuordnung der Spitexfinanzierung 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 bereits 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 vergleichsweise differenziert abgebildet, was unter dem Begriff der Grundversorgung im Bereich der ambulanten Pflege zu verstehen ist.

3.3 Zukünftiges Modell

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 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 Regelung aus bzw. ebenso für Leistungen, welche ausserhalb des Grundleistungskatalogs bestellt werden. Sie bezahlen 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.

4. Finanzierung der Grundversorgung

4.1 Normkostenberechnung für das Grundleistungsangebot

Zur Ermittlung der Normkosten wurde vonseiten des ASO mit Einverständnis des Spitex-Verbandes und der einzelnen Organisationen die Jahresrechnungen von 24 grundversorgenden Spitexorganisationen zusammengetragen und ausgewertet. Die Resultate wurden hernach zwischen VSEG und Spitex-Verband im Rahmen der Verhandlungen über den Mustervertrag besprochen. Dabei hat man sich darauf geeinigt, dass die Normkosten grundsätzlich die Aufwendungen für Anlagen, Administration, Organisation, Koordination sowie Führung beinhalten sollen, dass also eine Vollkostenberechnung zur Anwendung gelangt. Hinsichtlich der Kosten für die An- und Rückfahrten haben sich die Parteien darauf geeinigt, dass nur ein Drittel dieser Aufwendungen in die Normkosten einzurechnen sind. Dies in Anerkennung, dass es sich um eine Pflegeleistung handelt, die zu Hause erbracht wird und damit zwangsläufig mit Wegkosten verbunden ist. Es soll gleichzeitig dem Umstand Rechnung getragen werden, dass die einzelnen Pflegeaufträge mit unterschiedlichen Wegkosten verbunden sind. Diese Differenzen dürfen aber nicht dazu führen, dass das Grundangebot und damit die Kosten für die öffentliche Hand verteuert werden. Patienten und Patientinnen haben Anspruch auf eine angemessene Grundversorgung hinsichtlich ambulanter Pflegeleistungen. Wer jedoch dauerhaft auf diese Leistungen angewiesen ist und darauf verzichtet, in ein zentrumnahes Wohnangebot zu wechseln, welches auf Personen ausgerichtet ist, die Hilfe bei der selbstständigen Lebensführung benötigen, soll sich an den Mehrkosten für die Anfahrt beteiligen. Es gilt deshalb die Regel, dass zwei Drittel der Wegkosten grundsätzlich den Patienten und Patientinnen in Rechnung gestellt werden dürfen, den Gemeinden aber empfohlen wird, einen Drittel im Sinne einer zusätzlichen, freiwilligen, das Grundangebot übersteigende Subvention zu übernehmen. Damit wird das bereits bestehende Regime punkto Wegkosten im Grundsatz in das neue Finanzierungssystem überführt und es steht den Gemeinden frei, das Angebot für ihre Einwohnerinnen und Einwohner zu vergünstigen. Allerdings wird für Personen, die auf Ergänzungsleistungen angewiesen sind, neu die Möglichkeit bestehen, die Wegkostenbeteiligung als rückvergütbare Gesundheitskosten bei der Ausgleichskasse geltend zu machen.

4.2 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 Orientierung am Median wurde im Rahmen der Vernehmlassung vor allem vonseiten der Leistungserbringer kritisiert. Einerseits wurde darauf hingewiesen, dass die Betriebe und deren Angebot noch zu heterogen seien, um auf den Median abzustellen, andererseits wurde die Befürchtungen geäußert, die Abgeltungen würden letztlich zu tief ausfallen, was zu einem unerwünschten Leistungsabbau führe. Diese Einwendungen sind nachvollziehbar; ihnen soll durch eine Übergangsfrist und mit flankierenden Massnahmen begegnet werden.

4.3 Medianwerte 2015 und 2016

Die heute für die KVG-pflichtigen Leistungskategorien errechenbaren Medianpreise der ausgewerteten grundversorgenden Spitexorganisationen präsentieren sich für das Jahr 2015 wie folgt:

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

Für das Jahr 2016 zeigt sich dieses Bild:

Vollkosten für Massnahmen der Abklärung und Beratung pro Stunde	Fr.	110.90
Vollkosten für Massnahmen der Untersuchung und Behandlung pro Stunde	Fr.	93.50
Vollkosten für Massnahmen der Grundpflege pro Stunde	Fr.	84.60

Damit ist der Median über die beiden Vergleichsjahre hinweg gesunken. Bis die vorliegende Anpassung des Sozialgesetzes durch den Kantonsrat behandelt ist, wird mit den Abschlüssen 2017 voraussichtlich noch ein drittes Vergleichsjahr vorliegen. Allerdings gilt es in einem ersten Schritt und mit Blick auf alle Organisationen, die vor grösseren Veränderungen stehen, nicht von den tiefsten Werten auszugehen. Es wird deshalb vorderhand auf die Kostenbasis 2015 abgestellt.

4.3.1 Beiträge der Gemeinden an grundversorgenden Spitex-Organisationen

Ein massgeblicher Teil der dargestellten 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 Patienten gedeckt. Diese beträgt maximal Fr. 15.95 pro Tag. Da dieser pro Tag gilt, entspricht der Deckungsbetrag pro Leistungsstunde nicht Fr. 15.95, sondern etwa 14.00 Franken über alle Kategorien hinweg. Nach Abzug der Sozialversicherungsbeiträge und der Patientenbeteiligung präsentieren sich die normierten *maximalen* Beiträge pro Leistungsstunde und Kategorie zu Lasten der Gemeinden ausgehend vom Medianpreis 2015 wie folgt:

Beitrag für Massnahmen der Abklärung und Beratung pro Stunde	Fr.	18.90
Beitrag für Massnahmen der Untersuchung und Behandlung pro Stunde	Fr.	20.90
Beitrag für Massnahmen der Grundpflege pro Stunde	Fr.	16.60

Wie bereits erwähnt, handeln die Gemeinden mit der Organisation, welche die Grundversorgung sicherstellen soll, für die einzelnen Leistungsbereiche individuelle Taxen aus, die maximal die Höchsttaxe erreichen dürfen. Damit können also Taxen vereinbart werden, die unterhalb der oben genannten Werte liegen. Entsprechend lägen dann auch die Beiträge pro Leistungsstunde und Kategorie zu Lasten der Gemeinde tiefer. Dazu ein Berechnungsbeispiel:

<i>Höchsttaxe Grundpflege pro Stunde</i>	Fr.	85.20
Ausgehandelte Taxe Grundpflege pro Stunde in der Gemeinde X	Fr.	84.60
abzüglich mittlerer Patientenbeitrag	Fr.	14.00
abzüglich KVG-Leistung	Fr.	54.60
Beitrag der Gemeinde X pro Stunde	Fr.	<u>16.00</u>

4.4 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 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 bzw. zu Gemeinden zu ziehen, 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 KVG	Stunde	Beitrag Versicherer:	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

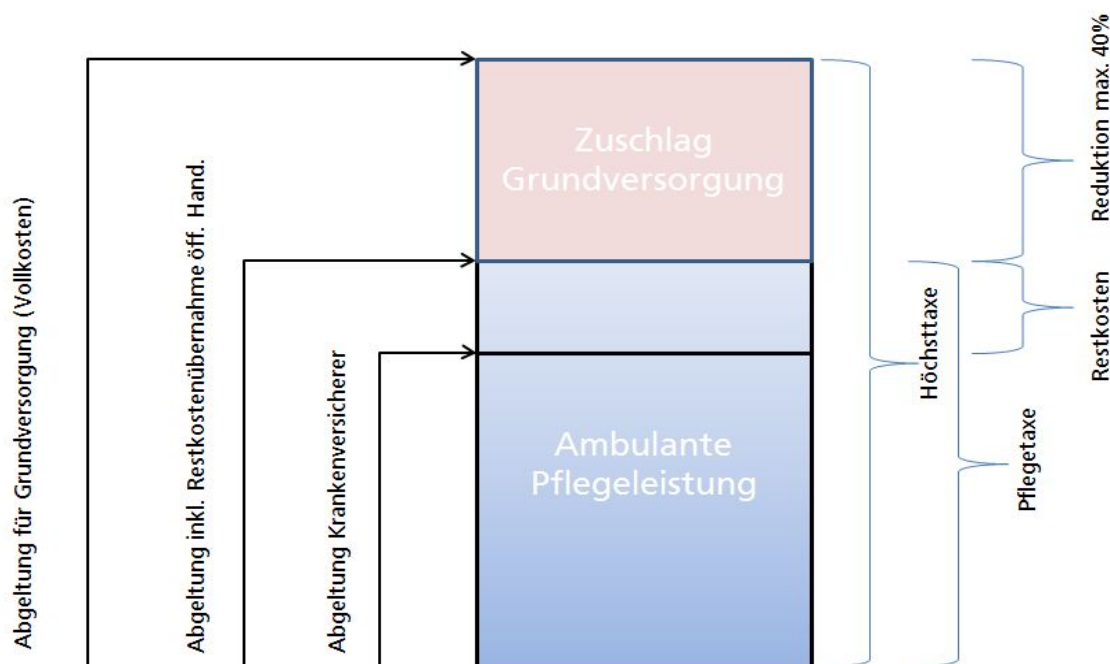
*Für Personen (Gäste) mit ausserkantonalem Wohnsitz, die nicht direkt subventioniert sind.

4.5 Restkostenübernahme bei Organisationen ohne Leistungsauftrag und freiberuflichen Pflegefachleuten

Die Übernahme von Restkosten hat gemäss KVG nicht nur gegenüber Spitexorganisationen zu erfolgen, die einen 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 gilt es in diesem Zusammenhang zu unterscheiden, dass die Abgeltung von Organisationen mit Auftrag zur Grundversorgung nach einem Modell der Subjektfinanzierung und damit nach einer Taxe pro Leistungsstunde im Rahmen der regierungsrätlichen Höchsttaxe nicht deckungsgleich ist mit der Übernahme der reinen Restkosten für erbrachte Pflegeleistungen. Wie bereits ausgeführt, basieren die regierungsrätlich festzulegenden Höchsttaxen auf den Vollkostenrechnungen von 24 grundversorgenden Spitexorganisationen. Solche Organisationen haben für die Bevölkerung im Einzugsgebiet der Vertragsgemeinden dauerhaft und unabhängig von der effektiven Nachfrage ein bestimmtes Angebot für alle Einwohnerinnen und Einwohner aufrechtzuerhalten. Der genaue Inhalt dieses Grundangebots findet sich in erwähntem Mustervertrag. Es umfasst nicht nur die grundsätzliche Bereitschaft, gegenüber Patienten und Patientinnen nach KVG entschädigte, ambulante Pflegeleistungen zu erbringen. Vielmehr *müssen* grundversorgende Spitex-Dienste diese Leistung sicherstellen und haben neben einem Angebot zur Haushilfe auch Vermittlungs- und Bereitschaftsdienste aufrechtzuerhalten. Diesen Organisationen ist es nicht erlaubt, Patienten oder Patientinnen ohne weiteres abzulehnen; insbesondere auch dann nicht, wenn das Mandat unrentabel erscheint. Die zwischen Auftragsgemeinde und Spitexorganisation ausgehandelte Stundentaxe für die Abgeltung des Grundversorgungsauftrages deckt damit nicht nur die Restfinanzierung für die erbrachte Pflege, sondern auch für Vorhalte- und gemeinwirtschaftliche Leistungen.

Demgegenüber ist es Organisationen ohne Grundversorgungsauftrag bzw. freiberuflich tätigen Pflegefachleuten möglich, Anfragen abzulehnen oder Beziehungen zu Patienten aufzulösen. Sie sind nicht verpflichtet, unabhängig von der Nachfrage, eine Basisstruktur aufrechtzuerhalten. Damit haben sie Spielraum bei der Optimierung ihrer Kostenrechnung. Entsprechend ist beim Ermitteln des reinen Restkostenanteils für Leistungen, welche von „freien“ Anbietenden erbracht werden, der Mehraufwand für die Grundversorgung herauszurechnen bzw. die Vollkostentaxe um diesen Teil zu reduzieren. Gespräche zwischen dem VSEG und Branchenvertretungen für die privaten Organisationen bzw. für die freiberuflichen Pflegefachpersonen haben ergeben, dass der Mehraufwand bis zu 40% ausmacht. Darauf muss abgestellt werden; die Restkostenansätze zu Lasten der Gemeinden sind für diese Dienstleister entsprechend zu senken. Dabei gilt das Prinzip, dass die Reduktion um maximal 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 Organisationen mit Grundversorgungsauftrag je nach Verhandlungsergebnis nicht eine schlechtere Kostendeckung erhalten als Organisationen ohne Grundversorgungsauftrag oder freiberufliche Pflegefachpersonen innerhalb des relevanten Einzugsgebietes. Das hat allerdings auch eine andere Konsequenz. Gelingt es einer grundversorgenden Spitexorganisation, ihre Leistung defizitfrei zu erbringen und benötigt keinen Beitrag von der Gemeinde, dann erhalten innerhalb des jeweiligen Geltungsbereichs auch die „freien“ Anbieter keine Restkosten ausbezahlt. Das nachfolgende Schema verdeutlicht den Zusammenhang grafisch:



4.6 Abgeltung für weitere Leistungen

Wie bereits ausgeführt, steht es den Gemeinden 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 direkte Erreichbarkeit über 7 mal 24 Stunden. 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. Übergangsregelung

5.1 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 Struktur, Organisation und ihr 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 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.

5.1.1 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 vom Verhandlungsergebnis zwischen einer Gemeinde und der Spitexorganisation ab, die den Auftrag für die Grundversorgung erhält.

5.1.2 Von der Preisempfehlung zur verbindlichen Höchsttaxe

Wie bereits ausgeführt wurde, zeigt sich im Leistungsfeld Spitex eine heterogene Angebotslandschaft; über Inhalt und Umfang des gesetzlich definierten Grundangebotes bestand bis dato keine klare Beschreibung. Entsprechend haben die Betriebe bei der Rechnungsführung die Leistungen innerhalb des definierten Grundangebotes von denjenigen, die darüber hinausgehen, nicht zuverlässig ausgeschieden. Ebenso ist bei der Güte der Rechnungsführung zwischen den Organisationen eine grosse Streuung auszumachen.

Gewisse Betriebe werden damit während der Jahre 2018 bis 2020 grössere Anpassungsleistungen vollbringen müssen; einige Betriebe benötigen Hilfe bei der Entwicklung ihrer Kostenrechnung. Die erwähnte Übergangsfrist von drei Jahren bietet Raum, das Angebot zu differenzieren und die Rechnungsführung zu optimieren sowie vergleichbar zu machen. 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.

Allerdings ergeben sich punkto Berechnung des Medianwertes vorläufig noch gewisse Unschärfen; die derzeit errechenbaren Werte zeigen nur annäherungsweise, was die Vollkosten pro Leistungskategorie ausmachen. Insbesondere verschieben Aufwendungen für Leistungen, die nicht zum definierten Grundangebot gehören, den Medianwert nach oben und Unvollständigkeiten bei der Rechnungsführung bewirken Senkungen¹⁾. Beide Faktoren gilt es zukünftig zu eliminieren. Bis dahin ist den aktuell noch gegebenen Unschärfen aber Rechnung zu tragen. Entsprechend soll während der Übergangsphase noch keine Höchsttaxe fixiert werden. Der Regierungsrat gibt nur eine Preisempfehlung ab. Diese basiert zwar auf dem jeweils errechenbaren Medianpreis, ist aber noch nicht verbindlich. 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. So wird es bspw. möglich sein, während der Übergangsjahre eine stufenweise Senkung der Taxen vorzunehmen. Dabei wird helfen, dass das ASO die Rechnungen regelmässig auswerten und Organisationen bei der Optimierung ihrer Rechnungen unterstützen wird. So sollten die nötige Aufbereitung des Datenmaterials und ein Konsolidierungsprozess gelingen, womit letztlich zum relevanten Zeitpunkt genügend verlässliche Grundlagen vorhanden sein werden. Gleichzeitig bietet dieses Vorgehen die Chance, das Berechnungsmodell für die Höchsttaxenwerte noch anzupassen und im Detail zu justieren. Die neuen Gesetzesbestimmungen beschränken die dafür nötige Handlungsfähigkeit nicht.

¹⁾ Es gibt vonseiten der Spitexorganisationen Hinweise, dass teilweise getätigte Investitionen (z.B. bei der EDV) oder Projektkosten nicht in den Jahresrechnungen dargestellt bzw. dafür auch keine Rückstellungen getätigt wurden.

6. Vernehmlassungsverfahren

6.1 Ergebnis

Von Juli bis August 2017 wurde das Vernehmlassungsverfahren durchgeführt; es endete am 31. August 2017. 55 Vernehmlassungsteilnehmende haben sich zur Vorlage geäussert. Diese wurde mehrheitlich begrüsst, insbesondere, dass die Restkostenfinanzierung bei der ambulanten Pflege geregelt, eine einheitliche Grundversorgung angestrebt und auf eine Subjektfinanzierung umgestellt werden soll. Es wurden jedoch auch Kritik geäussert und Veränderungen vorgeschlagen. Im Wesentlichen waren dies die Folgenden: Eine Orientierung am Medianpreis erschien einigen wegen der Heterogenität der Betriebe, Rechnungsführung und Angebote nicht angemessen oder zu früh. Es drohe dadurch eine zu tiefe Abgeltung und damit verbunden ein Leistungsabbau oder gar eine Versorgungslücke. Zudem wurde mehrfach die Regelung zu den Wegkosten als nicht befriedigend empfunden. Das Weiterverrechnen eines Teils der Aufwendungen an die Patienten und Patientinnen sei nicht zumutbar bzw. führe zu einer finanziellen Belastung, die den Eintritt in ein stationäres Angebot fördere. Teilweise wurde die Meinung vertreten, die vorgesehene Regelung verstosse gegen die bundesrechtlich geltende Plafonierung des Patientenbeitrages. Häufig wurde weiter kritisiert, dass in der Vorlage der Umgang mit der neuen Ausbildungsverpflichtung nicht abgebildet sei bzw. auch diesbezüglich das Weiterverrechnen der Kosten an die Patienten und Patientinnen moniert. Vonseiten der Anbietenden ohne Grundversorgungsauftrag wird durchwegs die vorgesehene Kürzung bei den öffentlichen Beiträgen bemängelt. Dies mit der Begründung, dass ihre Kosten nicht tiefer lägen und deshalb eine Kürzung nicht gerechtfertigt sei. Eine Auswertung ihrer Kostenrechnungen hätte dies gezeigt. Die Vorlage enthält zudem Vorgaben zum Abrechnungswesen und verpflichtet dabei die Dienstleister, gewisse Personendaten zwecks Kontrolle Gemeindeverantwortlichen offenzulegen. Diesbezüglich wurden datenschutzrechtliche Bedenken geäussert, da der Kreis der Personen, die Kenntnis über sehr sensible Personendaten erhalten, bei einer kommunalen Organisation des Abrechnungswesens sehr gross werde.

6.2 Anpassungen der Vorlage aufgrund des Vernehmlassungsergebnisses

Mit RRB Nr. 2017/1773 vom 23. Oktober 2017 hat der Regierungsrat Kenntnis vom Vernehmlassungsergebnis genommen und das weitere Vorgehen bestimmt. Dabei hat er die nachfolgenden Anpassungen der Vorlage in Auftrag gegeben:

- In der Botschaft ist auszuführen, wie die vom Kantonsrat beschlossene Ausbildungsverpflichtung im Bereich der ambulanten Pflege umzusetzen ist. Zudem ist die Kompetenz des Regierungsrates zu ergänzen, die Höhe des Ausbildungsbeitrages festzulegen.
- Der Kritik der Organisationen ohne Leistungsauftrag bzw. der freiberuflich tätigen Pflegefachleute, ihre Kostenrechnungen seien nicht ausgewertet worden, wird mit einer Ergänzung der Vorlage dahingehend begegnet, dass eine Norm aufgenommen werden soll, die alle Dienstleister mit Betriebsbewilligung und Berechtigung zur Restkostenübernahme dazu verpflichtet, künftig ihre Kostenrechnung offenzulegen bzw. bei der zuständigen Behörde einzureichen. Damit wird sich im Verlaufe der Zeit zeigen, welche Kürzung vorzunehmen ist.
- Die Kürzung gegenüber den Organisationen ohne Leistungsauftrag bzw. den freiberuflich tätigen Pflegefachleuten erfolgt wie ausgeführt auf die jeweils verhandelte Taxe pro Leistungssegment zwischen der Organisation mit Grundleistungsauftrag und der auftraggebenden Gemeinde. Damit werden sich Unterschiede zwischen den Gemeinden bei den Preisen einstellen. Dies ist gewollt. Allerdings soll die Kürzung auf die ausgehandelte Taxe im Sinne der Rechtssicherheit und Vergleichbarkeit innerhalb des Kantons immer gleich hoch sein.

Deshalb soll es in der Kompetenz des Regierungsrates liegen, den Prozentsatz der Kürzung zu bestimmen.

- Die datenschutzrechtliche Kritik an der Organisation der Kontrolle der eingereichten Abrechnungen ist nachvollziehbar. Allerdings ebenso die diesbezüglich eingeholte Meinung der Gemeinden, den Anforderungen an den Persönlichkeitsschutz auch bei einer kommunalen Organisation gerecht werden zu können. Vor diesem Hintergrund werden in der Vorlage zwei Varianten zum Abrechnungswesen dargestellt. Letztlich soll das Parlament entscheiden, welchem Interesse es mehr Gewicht einräumen will.

6.3 Anpassung weiterer Rechtsgrundlagen

Personen, die auf Ergänzungsleistungen angewiesen sind, werden durch das Weiterverrechnen eines Ausbildungsbeitrages und der Wegkosten besonders belastet; zudem ist der Ausbildungsbeitrag bei Personen in stationären Einrichtungen in der von der EL getragenen Tagestaxe eingeschlossen. Zwecks Entlastung und aus Gründen der Gleichbehandlung wird eine Anpassung des Reglements über die Vergütung von Krankheits- und Behinderungskosten bei den Ergänzungsleistungen vom 18. Januar 2011 (RKEL; BGS. 831.3) erfolgen, damit diese Kosten rückvergütbar werden. Beide Anpassungen können nicht auf Ebene des Sozialgesetzes erfolgen, sondern bedingen eine Revision auf Verordnungsebene, die Vorlage ist aber im Sinne einer Dokumentation über diese Veränderungen zu ergänzen.

7. Anpassung des Sozialgesetzes

7.1 Neues Finanzierungsmodell abbilden

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 zur Pflegefinanzierung durch eine Regelung zu ersetzen, wie sich die Kosten im Bereich der ambulanten Pflege zusammensetzen und wie sich die Beiträge an Spitexorganisationen mit Grundversorgungsauftrag und die Restkosten für 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 Ferienaufenthalten) 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 (sowohl die effektive als auch die für die Subventionen anrechenbare) und der Pflegekosten präzisiert werden.

7.2 Vereinbarung vor Regelung

Die Rechtsentwicklung zeigt, dass Verträge zwischen öffentlichen Gemeinwesen und Partnerorganisationen beim Bereitstellen von Strukturen und Dienstleistungen für die Bevölkerung zunehmend 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 verbindlich zu erklä-

ren. Sie erfahren dadurch eine Anerkennung als rechtliche Vorgabe, obwohl sie nicht auf dem üblichen gesetzgeberischen Weg entstanden sind.

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 alle Einwohnergemeinden verbindlich erklären zu können.

8. Regelungen auf Verordnungsebene

8.1 Anpassung der Sozialverordnung

In der Vorlage werden zwei Varianten zur Organisation des Abrechnungswesens dargestellt. Es wird die Aufgabe des Gesetzgebers sein, zu entscheiden, welche letztlich ins Sozialgesetz gelangt und zur Anwendung kommt. Es wird jedoch in beiden nötig sein, eine Anpassung der Sozialverordnung vorzunehmen, da in dieser zu regeln ist, welche Daten ambulante Dienstleister gegenüber den Abrechnungsstellen über ihre Kunden und Kundinnen offenzulegen haben. Das Datenschutzrecht verlangt, dass dafür eine Verordnungsbestimmung besteht, aus welcher der jeweilige Datensatz ersichtlich ist.

8.2 Anpassung des Reglements über die Vergütung von Krankheits- und Behinderungskosten bei den Ergänzungsleistungen (RKEL)

Es wurde bereits ausgeführt, dass Personen, die Ergänzungsleistungen beziehen und Spitexdienste beanspruchen müssen, zukünftig einen Teil der weiterverrechneten Wegkosten sowie die Aufschläge für die Ausbildungsverpflichtung über die Beiträge zu den Krankheits- und Behinderungskosten rückvergütet erhalten sollen. Dafür wird eine Anpassung des entsprechenden Reglements nötig sein. In diesem wird abgebildet, dass der für die Rückvergütung anrechenbare Tarif einschliesslich des Zuschlags für die Ausbildung gilt. Weiter ist in das Reglement eine Bestimmung aufzunehmen, welche eine Rückvergütbarkeit von Anfahrtkosten bei Spitex-Einsätzen im Umfang von maximal 6 Franken pro Tag vorsieht. Die Beschränkung auf den genannten Frankenbetrag erfolgt, weil die Gemeinden eingeladen sein sollen, bei Personen in schwachen finanziellen Verhältnissen eine Subvention für die Wegkosten zu leisten.

8.3 Festlegen der Finanzierungsanteile

Der Regierungsrat erhält die Kompetenz, neben den Höchsttaxen auch die Patientenbeteiligung, die Wegkosten, den Ausbildungszuschlag sowie die prozentuale Kürzung für die Restkosten an Dienstleistern ohne Grundversorgungsauftrag festzulegen. Er wird dies nach bzw. mit In-

krafttreten der neuen Bestimmung mittels Beschluss tun. Anpassungen erfolgen in der Regel auf ein neues Kalenderjahr, können nach Bedarf aber auch unterjährig vorgenommen werden.

Bei den Zuschlägen und bei der Kürzung stützt er sich auf Erfahrungswerte und die verfügbaren Kostenrechnungen. Beim Ausbildungszuschlag wird er darauf achten, Vergleichswerte vonseiten der Alters- und Pflegeheime beizuziehen, die schon länger solche Zuschläge erheben. Vorläufige Berechnungen auf dieser Basis zeigen, dass mit einem Taxaufschlag von etwa 85 Rappen auf die Stundentaxe pro Leistungskategorie gerechnet werden kann. Dieser darf erhoben werden, wenn die einzelne Spitexorganisation auf eine Subjektfinanzierung umgestellt hat.

9. 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.

10. Auswirkungen

10.1 Personelle und finanzielle Konsequenzen

Für den Kanton hat die Vorlage keine finanziellen Konsequenzen. Sollte sich das Parlament für eine zentrale Organisation des Abrechnungswesens entscheiden, ergeben sich personelle Konsequenzen, deren Aufwendungen allerdings durch Beiträge vonseiten der Gemeinden gedeckt werden.

Für die Einwohnergemeinden hat die Vorlage 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. Dies macht eine Prognose zur Kostenentwicklung schwierig. Die einzige verfügbare Basis bildet die Bundesstatistik. Diese weist aus, dass 2016 rund 12.4 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 sind demgegenüber die voraussichtliche Kostenzunahme durch die demographische Entwicklung und die damit verbundene stärkere Beanspruchung ambulanter Pflegeleis-

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

tungen. Pro Gemeinde können zudem weitere Kosten entstehen, weil Leistungen über den Grundversorgungsauftrag hinaus eingekauft werden.

10.2 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.

11. 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 alle Einwohnergemeinden als verbindlich zu erklären. Vorausgesetzt wird, dass diese in zwei Dritteln der Einwohnergemeinden zur Anwendung kommt. Zudem hat vorgängig eine Konsultation der involvierten Akteure zu erfolgen.

§ 55 Abs. 1 Buchstabe g

Die Pflegekostenbeiträge an ambulante Dienstleister sollen nicht einem Lastenausgleich unter den Einwohnergemeinden unterliegen. Entsprechend ist § 55 Abs. 1 Buchstabe g zu bereinigen.

§ 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 Krankenversicherer 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 Pflegekostenbeiträgen als Restfinanzierung der Einwohnergemeinde am zivilrechtlichen Wohnsitz der versicherten Person (Buchstabe c) zusammensetzen.

§ 144^{bis} Abs. 4

Diese Bestimmung definiert, dass die häusliche Pflege nach den Grundsätzen von § 51 und 53 finanziert wird und damit eine Subjektfinanzierung zur Anwendung kommt.

Gleichzeitig wird bestimmt, dass die Einwohnergemeinden im Regelfalle mit einer Spitexorganisation einen Leistungsauftrag über das Grundangebot und allfällige weitere Leistungen aushandeln. Dabei einigen sie sich ebenfalls auf eine Taxordnung zum Leistungskatalog. Sollte eine Einwohnergemeinde die ambulante Pflege mit eigenem Personal sicherstellen, so erlassen sie eine Taxordnung für den in der Gemeinde geltenden Leistungskatalog.

§ 144^{bis} Abs. 5

Unter Abs. 5 wird neu geregelt, wie sich die Beiträge der Einwohnergemeinden an ambulante Dienstleister mit Grundversorgungsauftrag berechnen. Es gilt dabei über alle Leistungsgruppen hinweg die Formel „vereinbarte Taxe pro Stunde abzüglich Krankenkassenbeitrag und durchschnittliche Patientenbeteiligung“. Es wird im Gesetz präzisiert, dass darin die Pflegekostenbeiträge gemäss Artikel 25a KVG und damit die sog. Restkosten für geleistete Pflege eingeschlossen sind. Diese Formulierung verdeutlicht, dass grundversorgende Spitexorganisationen Beiträge erhalten, die über eine reine Restkostenfinanzierung hinausgehen, weil sie ein breiteres Angebot (einschliesslich Haushilfe), Vermittlungs- und Vorhalteleistungen gegenüber allen Patienten und Patientinnen im Einzugsgebiet sicherstellen müssen. Von der durchschnittlichen Patientenbeteiligung wird gesprochen, weil die eigentliche Patientenbeteiligung nur einmal pro Tag und Patient oder Patientin erhoben werden kann. Damit liegt diese bei einer Umrechnung auf die Leistungsstunden etwas tiefer als Fr. 15.95, weil einzelne Patienten mehr als eine Dienstleistungsstunde beziehen. Anzurechnen ist entsprechend die durchschnittliche Patientenbeteiligung.

§ 144^{bis} Abs. 6

Hier findet sich die Regelung, dass sich die Pflegekostenbeiträge an ambulante Dienstleister ohne Grundversorgungsauftrag analog berechnen; diese allerdings um maximal 40% gekürzt werden dürfen. Diese Kürzung gewährleistet, dass die Mehrleistung, welche Grundversorger anzubieten haben, bei der Abgeltung „herausgerechnet“ werden. In Absatz 6 wird entsprechend von Pflegekostenbeiträgen gesprochen und nicht von Beiträgen wie in Absatz 5.

§ 144^{bis} Abs. 7

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 pflegebedürftige Personen zur Entlastung auch tageweise 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 entlastenden Aufenthalte ausserhalb des zivilrechtlichen Wohnsitzes nicht zu beschränken, regelt die neue Bestimmung, dass die Wohnsitzgemeinde der betroffenen Person der leistenden 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} Abs. 1

Diese Bestimmung unterscheidet sich von der bestehenden nur insofern, dass sie sich nur noch auf die stationäre Pflege bezieht und besagt, welche Finanzierungsanteile dazu der Regierungsrat festzulegen hat.

§ 144^{quater} Abs. 2 und 3

Hier finden sich die Kompetenzen des Regierungsrates, dass er bei der ambulanten Pflege für Leistungen der Grundversorgung Höchsttaxen bestimmt und weiter die Patientenbeteiligung, den Taxzuschlag für die Ausbildungspflicht und die Wegkosten sowie den Prozentsatz der Kürzung gemäss § 144 Abs. 6 festlegt. Damit liegt es grundsätzlich in seiner Kompetenz die Modelle zu bestimmen, wie er die einzelnen Finanzierungsanteile berechnet. Da die Einwohnergemein-

den letztlich die Kostenfolgen zu tragen haben, ist in Abs. 2 verdeutlicht, dass der Regierungsrat diese vor dem Festsetzen anzuhören hat. Gleiches gilt für die Branchenorganisationen.

§ 144^{quater} Abs. 4

Damit der Regierungsrat die Finanzierungsanteile anhand der richtigen Daten berechnen kann, muss er die Kostenrechnung und die dazugehörigen Details der ambulanten Dienstleister analysieren. Damit er Zugriff auf diese Daten von allen ambulanten Dienstleistern erhält, die Leistungen im Kanton erbringen und Abrechnungen an Einwohnergemeinden stellen, wird in § 144^{quater} Abs. 4 eine Pflicht zur Offenlegung verankert.

§ 144^{quater} Abs. 5

Hier findet sich eine Regelung dazu, dass das zuständige Departement Vorschriften über die Ausstellung von Pflegekostenausweisen und für die Rechnungsstellung erlassen kann.

§ 144^{quinquies} V1 (Variante 1, Beschlussesentwurf 1)

Unter dem Titel Kontrolle und Auszahlung der Pflegekosten soll ein neuer Paragraph im Sozialgesetz eingefügt werden, in welchem geregelt wird, an wen und unter welchen Bedingungen ein ambulanter Dienstleister über die Beiträge der öffentlichen Hand bzw. die Restkosten eine Abrechnung einreichen kann. Wie angekündigt sollen hier zwei Varianten zur Organisation vorgeschlagen werden.

Variante 1 entspricht einer zentralen Abrechnungsorganisation beim Kanton, welcher diese Leistung namens, mit Wirkung und entgeltlich für die Einwohnergemeinden erbringt.

Dienstleister haben dazu ihre Abrechnungen beim zuständigen Departement (DDI bzw. ASO) einzureichen und gleichzeitig offenzulegen, bei welchen Personen sie welche Leistungen erbracht haben (Absatz 1). In der Folge kontrolliert die zuständige Stelle die Abrechnungen und zahlt die Beiträge im Auftrag der Wohnsitzgemeinde aus (Ansatz 2).

Unter Absatz 3 findet sich die Pflicht der ambulanten Dienstleister abgebildet, dass dem zivilrechtlichen Wohnsitz einer gepflegten Person und der kantonalen Abrechnungsstelle jeweils unverzüglich zu melden ist, wenn ein Aufenthalt ausserhalb der Wohngemeinde organisiert wird. So sind alle vorab im Bilde, dass Abrechnungen eingereicht werden, bei denen voraussichtlich mit anderen Taxen zu rechnen ist. Gleichzeitig ist in Absatz 3 eine Bestimmung eingefügt, welche es Einwohnergemeinden erlaubt, die Beitragsleistungen bei Ferienaufenthalten auf sechs Wochen pro Kalenderjahr zu beschränken. Damit kann die einzelne Gemeinde verhindern, dass sich pflegebedürftige Personen während längerer Zeit ferienhalber an Orten aufhalten, die für geleistete Pflege wesentlich höhere Restkosten vergüten, als sie in der Wohnsitzgemeinde vorgesehen sind. Die Frist von sechs Wochen bemisst sich an der Erfahrung, dass nur eine Minderheit der Wohnbevölkerung sich mehr als sechs Wochen Ferien fern des zivilrechtlichen Wohnsitzes pro Jahr leistet.

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 Überprüfungszwecken 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 ist. Entsprechend ist in Absatz 4 die Regelung festgehalten, dass der Regierungsrat auf Ebene der Sozialverordnung den relevanten Datensatz bestimmt.

In Absatz 5 wird geregelt, dass die Einwohnergemeinden gegenüber dem Kanton die voraussichtlichen Mittel zur Deckung der Beiträge an ambulante Pflegeleistungen vorgängig zur Verfügung stellen. Damit muss der Kanton die hier benötigten Finanzen nicht vorleisten. Darüber hinaus klärt die Bestimmung, dass die Einwohnergemeinden dem Kanton die Vollzugaufwendungen vergüten. Dabei ist auch der Grundsatz geregelt, wie sich die Aufwendungen auf die Einwohnergemeinden verteilen, nämlich in Abhängigkeit der Anzahl Personen, die ambulante Pflegeleistungen bezogen haben.

§ 144^{quinquies} V2 (Variante 2, Beschlussesentwurf 2)

Variante 2 bildet eine dezentrale bzw. kommunale Abrechnungsorganisation ab. Danach sollen ambulante Dienstleister ihre Abrechnungen in regelmässigen Abständen dem zivilrechtlichen Wohnsitz der gepflegten Person einreichen, wobei jeweils offenzulegen ist, an wen welche Leistungen erbracht wurden. In der Folge kontrolliert die Einwohnergemeinde die Abrechnungen und zahlt die Beiträge aus. Da im Rahmen der Vernehmlassung datenschutzrechtliche Bedenken dahingehend geäussert wurden, dass mit einer kommunal organisierten Abrechnungskontrolle der Kreis der Personen, die Einsicht in heikle Daten erhalten, gross wird, beinhaltet Abs. 2 eine Schutzbestimmung. Danach sollen Einwohnergemeinden gewährleisten, dass lediglich Personen, die Abrechnungen kontrollieren, auf Patientendaten Zugriff haben, die Zugriffe protokolliert und diese Protokolle zehn Jahre aufbewahrt werden. Vorbild dieser Schutzbestimmung waren Gesetzesbestimmungen zum elektronischen Patientendossier. Die Einwohnergemeinden können ein solch geschütztes Datenmanagement mit geeigneten Softwarelösungen einfach einrichten und sichern so sensible Daten vor Zugriffen, die nicht mit einer unmittelbar nötigen Aufgabenverwaltung verbunden sind.

Absatz 3 entspricht im Wesentlichen dem Absatz 3 in Variante 1. Gleiches gilt für Absatz 4.

§ 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.

12. Rechtliches

12.1 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). Der Kanton ist demnach berechtigt, die grundsätzliche Organisation der ambulanten Pflege zu regeln.

Die vorgeschlagenen Gesetzesänderungen stehen im Einklang mit dem übergeordneten Recht.

12.2 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).

13. Antrag

Wir bitten Sie, auf die Vorlage einzutreten und einem der Beschlussesentwürfe (Beschlussesentwurf 1 oder 2) zuzustimmen.

Im Namen des Regierungsrates

Roland Heim
Landammann

Andreas Eng
Staatschreiber

Verteiler KRB

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