

Regierungsratsbeschluss

vom 21. Januar 2020

Nr. 2020/87

KR.Nr. K 0229/2019 (DDI)

Kleine Anfrage Thomas Marbet (SP, Olten): Restkostenfinanzierung Stellungnahme des Regierungsrates

1. Vorstosstext

Die Regelung der Restkostenfinanzierung im Bereich der ambulanten Pflege führt dazu, dass private und nicht durch eine Grundversorgungsvereinbarung eingebundene Spitex-Organisationen zusätzlich durch die öffentliche Hand entschädigt werden. Ende des laufenden Jahres liegen erste Ergebnisse zu den Leistungen vor, welche über die Clearing Stelle des Amtes für soziale Sicherheit des Kantons Solothurn abgerechnet worden sind.

Unter anderem wären erste Antworten bzw. Aussagen zu folgenden Fragen von Interesse:

1. Mit dem zusätzlichen Beitrag der öffentlichen Hand erzielen private Anbieter einen höheren "Preis". Aus ökonomischer Sicht führen höhere Preise zu einer Erhöhung des Angebotes.
Deshalb folgende Fragen:
 - a. Ist im Bereich der ambulanten Pflege seit Einführung der Restkostenfinanzierung eine Mengenausweitung festzustellen?
 - b. Ist eine Verlagerung der Leistungen von Anbietern mit Grundversorgungsvereinbarung zu privaten Anbietern ohne Leistungsvereinbarung festzustellen?
2. Leistungsanbieter ohne Grundversorgungsvereinbarung können Kunden "auswählen" bzw. bestimmte Kunden abweisen. Leistungsanbieter mit Grundversorgungsauftrag müssen alle Kunden bedienen.
Dazu folgende Fragen:
 - a. Ist ein messbarer Unterschied wie z.B. "Anzahl geleistete Stunden pro Kunde pro Zeitperiode" feststellbar?
 - b. Sind auf Grund der erfassten Daten andere Unterschiede feststellbar, wenn ja welche?
3. Einzelne Institutionen im Altersbereich bieten intern Spitexleistungen an.
Dazu folgende Fragen:
 - a. Wie viele Einsatzstunden für wie viele Kunden werden abgerechnet (pro Leistungsanbieter)?
 - b. Kann hier ein Vergleich zwischen den beiden Situationen 1. Privat Wohnen, externe Spitexleistungen und 2. Institutionsnah Wohnen, interne Spitexleistungen vorgenommen werden?

2. Begründung

Die Begründung ist im Vorstosstext enthalten.

3. Stellungnahme des Regierungsrates

3.1 Vorbemerkungen

Das neue Pflegefinanzierungsmodell und damit eine Subjektfinanzierung für ambulante Pflegeleistungen ist im Kanton Solothurn per 1. Januar 2019 inkraft getreten. Für die Gemeinden, welche die Grundversorgung mit häuslicher Pflege sicherstellen müssen, gilt eine dreijährige Übergangsfrist bis zum 31. Dezember 2021. Bis dahin haben sie das neue Finanzierungsmodell umzusetzen; unabhängig davon, ob sie das Grundangebot selbst oder im Rahmen einer Leistungsvereinbarung mit einer Spitexorganisation sicherstellen. Die beim Amt für soziale Sicherheit (ASO) geführte einheitliche Clearingstelle für die Pflegefinanzierung hat ihre Arbeit am 1. Januar 2019 übernommen. Allerdings rechnen erst wenige Organisationen über diese ab, da vielerorts noch nicht auf die erforderliche Subjektfinanzierung umgestellt worden ist. Primär rechnen vor allem Organisationen ohne Grundversorgungsauftrag über die Clearingstelle ab und ebenso freiberuflich tätige Pflegefachpersonen. Wobei aktuell erst gut zehn Monate aus dem 2019 vollständig abgerechnet sind. Eine umfassende Analyse über die erbrachten Leistungen und die damit verbundenen Aufwendungen ist derzeit also noch nicht möglich. Es lassen sich erst gewisse Einschätzungen machen, teilweise auch gestützt auf die Daten, welche infolge der durch Spitexorganisationen mit Leistungsauftrag eingereichten Kostenrechnungen vorliegen; ebenso auf die Statistik der sozialmedizinischen Institutionen (SOMED-Statistik). Die sich zeigende Entwicklung im Bereich Pflege wird im Übrigen bereits regelmässig mit dem Verband Solothurner Einwohnergemeinden besprochen bzw. Ergebnisse auch im Vorstand vorgestellt.

3.2 Zu den Fragen

3.2.1 Zu Frage 1:

Mit dem zusätzlichen Beitrag der öffentlichen Hand erzielen private Anbieter einen höheren "Preis". Aus ökonomischer Sicht führen höhere Preise zu einer Erhöhung des Angebotes.

Deshalb folgende Fragen:

- a. Ist im Bereich der ambulanten Pflege seit Einführung der Restkostenfinanzierung eine Mengenausweitung festzustellen?*
- b. Ist eine Verlagerung der Leistungen von Anbietern mit Grundversorgungsvereinbarung zu privaten Anbietern ohne Leistungsvereinbarung festzustellen?*

Zu a: Nein, die Entwicklung des Pflegeaufwandes verläuft nach aktuellem Kenntnisstand unauffällig.

Zu b: Nein, aufgrund der abgerechneten Pflegestunden kann zum heutigen Zeitpunkt keine Verlagerung festgestellt werden.

3.2.2 Zu Frage 2:

Leistungsanbieter ohne Grundversorgungsvereinbarung können Kunden "auswählen" bzw. bestimmte Kunden abweisen. Leistungsanbieter mit Grundversorgungsauftrag müssen alle Kunden bedienen.

Dazu folgende Fragen:

- a. Ist ein messbarer Unterschied wie z.B. "Anzahl geleistete Stunden pro Kunde pro Zeitperiode" feststellbar?*
- b. Sind auf Grund der erfassten Daten andere Unterschiede feststellbar, wenn ja welche?*

Den bei der Clearingstelle eingereichten Abrechnungen über die Restkosten der Leistungsanbieter ohne Grundversorgungsvereinbarung ist zu entnehmen, dass durchschnittlich 91 Pflegeminuten pro Patient und Tag erbracht werden. Demgegenüber lässt sich den Kostenrechnungen der Spitexorganisationen mit Grundversorgungsauftrag entnehmen, dass diese durchschnittlich 69 Minuten pro Patient und Tag pflegen. Dieser Unterschied ist bekannt und ist auch in der SOMED-Statistik abgebildet. Für das Jahr 2018 zeigt sich in dieser, dass gemeinnützige und öffentlich-rechtliche Organisationen, die in aller Regel den Grundversorgungsauftrag erfüllen, durchschnittlich 50 Pflegestunden pro Patient und Jahr erbringen, während erwerbswirtschaftliche Unternehmen es auf durchschnittlich 116 Pflegestunden pro Patient und Jahr bringen. Genügend untersucht und damit fachlich abschliessend geklärt ist der Unterschied nicht; es bestehen lediglich Erklärungsansätze. Zum einen soll eine Rolle spielen, dass sich Leistungsanbieter ohne Grundversorgungsauftrag (also regelmässig erwerbswirtschaftliche) häufiger auf komplexere, aufwendigere Pflegesituationen spezialisiert haben, so bspw. auf Psychiatrie- oder Wundpflege. Andererseits steht die Vermutung im Raum, dass erwerbswirtschaftliche Unternehmen, die keine Versorgungspflicht haben, sich auf Fälle beschränken, die keine oder nur wenig Kurzeinsätze bzw. kürzere Anfahrten verursachen und vor allem nur Grundpflege verlangen. Diese können effizienter erledigt werden und sind lukrativer. Eine Klärung wäre nur möglich, wenn die Kostenrechnungen aller im Kanton tätigen Anbieter detailliert ausgewertet werden können und zudem auch der Case-Mix pro Leistungserbringer vorläge. Das ist derzeit noch nicht der Fall und wird auch noch einige Zeit auf sich warten lassen, da die nötigen Standardisierungen sowie Vorgaben zur Transparenz erst seit kurzem bestehen.

3.2.3 Zu Frage 3:

Einzelne Institutionen im Altersbereich bieten intern Spitexleistungen an.

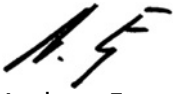
Dazu folgende Fragen:

- a. *Wie viele Einsatzstunden für wie viele Kunden werden abgerechnet (pro Leistungsanbieter)?*
- b. *Kann hier ein Vergleich zwischen den beiden Situationen 1. Privat Wohnen, externe Spitexleistungen und 2. Institutionsnah Wohnen, interne Spitexleistungen vorgenommen werden?*

Zu a: Derzeit liegen der Clearingstelle keine Daten vor, anhand derer sich eine aktuelle und genaue Anzahl gepflegter Kunden über den gesamten Kanton ermitteln lässt. Anhand der vonseiten der Spitexorganisationen mit Leistungsauftrag eingereichten Kostenrechnung lässt sich lediglich ermitteln, wie viele mit den Krankenversicherungen abrechenbaren Pflegestunden geleistet und wie viele Patientenbeteiligungen erhoben wurden. Damit lassen sich Durchschnittswerte wie oben genannt berechnen, allerdings keine genaue Aussage zur gestellten Frage machen. Die übrigen Dienstleister reichen zwar bereits Restkostenabrechnungen ein, anhand derer die Anzahl gepflegter Kunden ausgewertet werden könnte. Dies allerdings nur manuell und unter grossem personellem Aufwand. Zudem würden die Ergebnisse nur ein unvollständiges Bild zeigen. Mit Ablauf der Übergangsfrist wird jedoch eine vollständige, repräsentative Datenauswertung möglich; auf diesen Zeitpunkt wird auch definiert, welche Kennzahlen ermittelt werden sollen. Bis dahin verweisen wir auf die SOMED-Statistik. Das Bundesamt für Statistik publiziert darunter jährlich gesamtschweizerisch gesammelte Zahlen, die gewisse Trends erkennen lassen.

Zu b: Nicht anhand der bei der Clearingstelle verfügbaren Daten. Der Regierungsratsbeschluss zur Restkostenfinanzierung bei ambulanter Pflege für das Jahr 2019 (RRB Nr. 2018/1976 vom 10. Dezember 2018) sah noch keine Unterscheidung von internen und anderen Spitexleistungen vor, weshalb dazu keine Auswertungen bestehen. Ab dem Jahr 2020 ist diese Unterscheidung möglich. Dies, weil die Wegkosten ab 2020 vollumfänglich in die Höchstattaxe einbezogen

worden sind, allerdings nur für Dienstleister, welche auch tatsächlich relevante Wege zurücklegen. Dies ist bspw. bei Wundambulatorien oder bei den Inhouse-Spitexen nicht der Fall; für diese gilt eine Pauschale ohne Wegkostenvergütung. Eine Auswertung liegt damit erst 2021 vor.



Andreas Eng
Staatsschreiber

Verteiler

Departement des Innern, Departementssekretariat
Amt für soziale Sicherheit (3); HAN, MUS, BOR (2020-005)
Parlamentsdienste
Traktandenliste Kantonsrat