

Der Regierungsrat des Kantons Thurgau an den Grossen Rat

Frauenfeld, 15. Februar 2022

100

GRG Nr.	20	MO 10	120
---------	----	-------	-----

Motion von Edith Wohlfender, Elisabeth Rickenbach, Bruno Lüscher, Christina Pagnoncini, Karin Bétrisey, Daniel Vetterli und Iwan Wüst-Singer vom 17. Februar 2021 „Pflegeversorgung zu Hause stärken: Änderung des Gesetzes über die Krankenversicherung in § 25 Absatz 1 und § 27a (TG KVG, RB 832.1)“

Beantwortung

Sehr geehrte Frau Präsidentin
Sehr geehrte Damen und Herren

1. Ausgangslage

Mit der Motion soll der Regierungsrat beauftragt werden, eine Änderung von § 25 Abs. 1 (Tarife der Restkostenfinanzierung für kommunal beauftragte Spitexorganisationen und Gemeinwirtschaftliche Leistungen [GWL]) und § 27a (Beiträge des Kantons an ambulante Pflege sowie Hilfe und Betreuung) des Gesetzes über die Krankenversicherung (TG KVG; RB 832.1) vorzunehmen. Das primäre Ziel ist, eine kantonsweit einheitliche Abgeltungsregelung zu schaffen, die den Spitexorganisationen mit Leistungsauftrag ihre Leistungen kostendeckend abgilt. Als Grund für die beantragten Änderungen führt die Motion die zwischen den Gemeinden stark divergierenden Restkosten der ambulanten Pflegeleistungen an, welche die Budgetierung der Spitexorganisationen erschweren und die Gemeindebudgets belasten. Als sekundäres Ziel soll der per 1. Januar 2020 eingeführte Kostenteiler der Restkosten zwischen dem Kanton (40 %) und den Gemeinden (60 %) überprüft und eine Finanzierung mit Pro-Kopf-Beiträgen oder Normkostenbeiträgen eingeführt werden.

Die ambulante Pflege hat in den letzten zehn Jahren an Bedeutung gewonnen, sowohl im jährlich deutlich steigenden Umfang der Leistungen als auch in deren Mitfinanzierung durch die öffentliche Hand. In der Spitexstatistik¹ ist seit der Neuordnung der Pflegefinanzierung im Jahr 2011 bis ins Jahr 2020 ein Zuwachs der verrechneten Langzeit-Pflegestunden um 78 % von 252'538 auf rund 450'057 Stunden ausgewiesen. Dieser Anstieg beruht vor allem auf einem Zuwachs der Langzeitpflege im Sinne der Strategie

¹ Basis verrechnete Leistungsstunden, Kennzahlen der Spitex 2011–2020, Dienststelle für Statistik Kanton Thurgau, statistik.tg.ch.

„ambulant vor stationär“. Menschen werden länger zu Hause betreut und treten später in ein Pflegeheim ein. Dies ist im Interesse der betreuten Personen und spart gleichzeitig Kosten.

Mit der Umsetzung der Neugestaltung des Finanzausgleichs und der Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen (NFA) per 1. Januar 2008 übernahmen im Kanton Thurgau die Politischen Gemeinden die Verantwortung für die Sicherstellung der Versorgung (§ 7 Abs. 1 Ziff. 4 Gesundheitsgesetz [GG; RB 810.1]) und der Finanzierung (§ 25 bis § 27a TG KVG). Das Spektrum der versorgungsnotwendigen Pflegeleistungen reicht von der einfachen Grundpflege über spezialisierte Pflege bei Demenz oder psychiatrischen Diagnosen bis zu hoch komplexen, wenig planbaren Pflegeeinsätzen bei mehrfachkranken Menschen oder Kindern. Die Leistungsaufträge der Gemeinden müssen folglich vielfältige Versorgungsbereiche abdecken. Zudem muss mindestens ein Leistungsauftrag in der Hauswirtschaft-Sozialbetreuung erteilt sein. Die weiteren Angebote der ambulanten Hilfe und Betreuung wie Entlastungsdienste, Tages- und Nachtaufenthalte oder Mahlzeitendienste sind ergänzend wichtig für den Erhalt der Autonomie und Selbständigkeit zu Hause. Sie werden kommunal oder regional koordiniert und mit Mindestbeiträgen der Gemeinden gemäss § 27 TG KVG mitfinanziert. Der Kanton leistet daran ebenfalls den Beitrag gemäss § 27a TG KVG.

Die geltende ambulante Versorgungsstrategie im Kanton Thurgau sieht vor, dass alle Spitexorganisationen das gleiche Mindestversorgungsangebot der Pflege gemäss Art. 7 Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) an 365 Tagen im Jahr erbringen. Es sind von allen Leistungserbringern Qualitätskriterien zu erfüllen. Bei Bedarf müssen notwendige Dienstleistungen ausserhalb der täglichen Einsatzzeiten abgedeckt werden können, insbesondere im Bereich Palliative Care.

2. Rechtsgrundlagen

2.1. Zuständigkeit

Gemäss § 7 Abs. 1 Ziff. 4 GG sind die Gemeinden für die Sicherstellung der ambulanten Kranken- und Gesundheitspflege sowie die Hilfe und Betreuung zu Hause im Sinne von § 22 TG KVG zuständig.

Für die Prüfung der Qualitätsanforderungen im Rahmen der Zulassung zur Obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) sind ab 1. Januar 2022 gemäss Art. 49 und Art. 51 der Bundesverordnung über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) die Kantone zuständig. Sie haben unter anderem zu prüfen, ob die Leistungserbringer über ein geeignetes Qualitätsmanagementsystem verfügen. Diese Aufgabe übernimmt im Kanton Thurgau das Amt für Gesundheit. Normalerweise findet pro Spitexorganisation alle fünf Jahre ein regulärer Aufsichtsbesuch statt, wobei diese aufgrund der Verzichtsplanung als Folge der Covid-Pandemie seit 2020 grösstenteils ausgesetzt sind. Aufgrund der bedeutenden Änderungen betreffend die Qualität für die Zulassung zur OKP und die Qualitätsentwicklung werden die Spitex-Weisungen des Departements für Finanzen und Soziales (DFS), die als Grundlage der Aufsicht dienen, im Nachgang zur Publikation des Grundlagenberichts, auf den später eingegangen wird, revidiert werden.

Für die Qualitätsentwicklung gemäss Art. 58a des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10) müssen die Verbände der Leistungserbringer und die Versicherer 2022 erstmals nationale Qualitätsverträge abschliessen, die vom Bundesrat zu genehmigen sind. Folglich sind für die Umsetzung und allfällige Sanktionen im Bereich der Qualitätsentwicklung primär die Krankenversicherer zuständig.

2.2. Finanzierung

Gemäss § 25a Abs. 5 KVG regeln die Kantone die Restfinanzierung. Diese bundesrechtliche Regelung lässt den Kantonen bewusst Spielraum, wie die Restkostenfinanzierung im Detail zu regeln ist. Im Kanton Thurgau ist dies in § 25 Abs. 1 und Abs. 2 TG KVG festgelegt. Da die Gemeinden gemäss § 7 Abs. 1 Ziff. 4 GG für Spitexleistungen zuständig sind, liegt es gemäss § 25 Abs. 1 TG KVG an ihnen, mit den von ihnen beauftragten Spitexorganisationen Tarife für die Restfinanzierung der ambulanten Pflege zu vereinbaren. Für GWL sind separate Leistungsvereinbarungen abzuschliessen. In § 25 Abs. 2 TG KVG, der in der Motion unerwähnt bleibt, ist die Finanzierung der Leistungserbringer ohne kommunalen Leistungsauftrag geregelt. Sie erhalten als Beitrag der Wohngemeinde die effektiven Restkosten, maximal jedoch den mit den Leistungserbringern vereinbarten Pflegetarif. Die Pflegetarife müssen dabei nach betriebswirtschaftlichen Kriterien unter der Berücksichtigung der anrechenbaren Kosten und qualitativer Besonderheiten der erbrachten Leistungen festgelegt werden (§ 25 Abs. 3 TG KVG). Der Beitrag des Kantons an die Leistungen der ambulanten Pflege der Gemeinde beträgt 40 % (§ 27a TG KVG). Dies entspricht dem Kostenteiler, der auch für die stationäre Pflege gilt.

3. Beurteilung

3.1. Kantonale Höchstsätze je Pflegestufe

In der bisherigen Umsetzung der Pflegefinanzierung ziehen die Gemeinden von den Vollkosten der beauftragten Spitexorganisation Beiträge für GWL ab. Es resultieren sehr unterschiedliche Beiträge an die Restkosten für die Pflegeleistungen. Diese gelten als Höchstgrenze für Beiträge an Leistungserbringer ohne kommunalen Auftrag. Die Beiträge an die Restkosten der Pflege für 2022 liegen je nach Gemeinde zwischen Fr. 0 und Fr. 44.20 pro Leistungsstunde für Leistungen der Abklärung, Beratung und Koordination sowie der Untersuchung und Behandlungspflege (Art. 7 Abs. 2 lit. a und b KLV). Für die Grundpflege liegen die Höchstbeiträge zwischen Fr. 10.94 und Fr. 49.22 pro Leistungsstunde.

Dem Regierungsrat ist bewusst, dass betreffend die gegenwärtige Abgeltungsregelung inkl. der Finanzierung von GWL und dem damit zusammenhängenden Risiko wettbewerbsrechtlich verbotener Quersubventionierung von Restkostentarifen Handlungsbedarf besteht. Wie in der Beantwortung der Einfachen Anfrage „Gleich lange Spiesse für private und öffentliche Spitex-Organisationen“ (GR 20/EA 41/102) vom 9. Februar 2021 ausgeführt, hat er aus diesem Grund im Nachgang zu einem runden Tisch unter der Leitung des Chefs DFS vom 4. September 2020 zwischen der Association Spitex privée Suisse, dem Spitex Verband Thurgau, dem Verband Thurgauer Gemeinden (VTG) und dem Schweizerischen Berufsverbands Pflege das DFS mit RRB Nr. 671 vom

17. November 2020 beauftragt, einen Grundlagenbericht zur Zukunft Spitexlandschaft zu erarbeiten und dem Regierungsrat in sieben Handlungsfeldern unter dem Leitsatz „Gleiche Rechte und Pflichten für alle“ Lösungen vorzuschlagen:

1. Leistungsumfang
2. Finanzierung (inkl. Restkostenfinanzierung)
3. Vorgaben zu qualitativen Anforderungen an das Personal
4. Qualität der Leistungserbringung
5. Fachentwicklung (Weiterentwicklung der ambulanten Pflege)
6. Einheitliche Ausbildungsverpflichtungen oder Ersatzabgabe
7. Anstellungsbedingungen

Der Grundlagenbericht wurde von einer Arbeitsgruppe unter dem Vorsitz des VTG erarbeitet und wird der Öffentlichkeit im Frühjahr 2022 vorgestellt. Er behandelt die in der Motion aufgeworfene Problemstellung der Restkostenfinanzierung im Handlungsfeld „Finanzierung“. Das primäre Motionsanliegen von kantonsweiten Höchstansätzen je Pflegestufe wird darin vorgeschlagen, allerdings nicht nur für Spitexorganisationen mit Leistungsauftrag, sondern für alle Akteure der ambulanten Pflege:

- Spitexorganisationen mit Leistungsauftrag
- Spitexorganisationen ohne Leistungsauftrag
- Spitex in Pflegeheimen und angrenzenden Wohnungen (Betreutes Wohnen)
- Pflegefachpersonen HF/FH mit Berufsausübungsbewilligung zur Tätigkeit in eigener fachlicher Verantwortung und auf eigene Rechnung (Einzelunternehmen)

Mit einem kantonal einheitlichen Finanzierungssystem erhöht sich die Transparenz, und es wird eine faire Abgeltung der Leistungserbringer mit und ohne Leistungsauftrag im Sinne des Grundsatzes „Gleiche Rechte und Pflichten für alle“ unterstützt. Vom Finanzierungssystem kantonaler Höchstsätze ausgenommen werden sollen die Hauswirtschaft und Betreuung. In diesem Bereich soll die sach- und leistungsbezogene Finanzierung, die sich am ausgewiesenen Bedarf orientiert, weitergeführt werden.

Der Regierungsrat erachtet damit das primäre Motionsanliegen als berechtigt und hat die Umsetzung bereits angestossen. Die Motion ist daher in diesem Punkt erheblich zu erklären. Unter der Berücksichtigung, dass die Gemeinden in der Alterspolitik einen grossen Gestaltungsspielraum haben, um den unterschiedlichen geografischen und sozio-demografischen Gegebenheiten in den Gemeinden gerecht zu werden, wird in der Detailumsetzung des Grundlagenberichts zu klären sein, inwiefern der Spielraum der Gemeinden im neuen Finanzierungssystem realisiert wird.

3.2. Neue Logik des Kostenteilers zwischen Kanton und Gemeinden

Die Überprüfung des in der Motion angesprochenen Kostenteilers zwischen Kanton und Gemeinden (§ 27a TG KVG) als sekundäres Ziel ist hingegen nicht angezeigt, weil dieser erst per 1. Januar 2020 eingeführt worden ist. Ein einziges Erfahrungsjahr ist zu kurz für eine aussagekräftige Evaluation der Regelung. Es ist zudem nicht ersichtlich, welchen Einfluss der Kostenteiler zwischen dem Kanton und den Gemeinden auf die Qualität, Wirtschaftlichkeit oder Wirksamkeit der Pflegeleistungen haben soll. Vielmehr ist zu erwarten, dass Pro-Kopf-Beiträge oder Normkostenbeiträge gegenüber dem geltenden, simplen Kostenteiler zu administrativen Mehrkosten beim Kanton und den Gemeinden führen. Der Hauptgrund der Einführung des geltenden Kostenteilers per 1. Januar 2020 war, eine Analogie zum Kostenteiler für die stationäre Pflege zu schaffen, da es sachlich nicht sinnvoll ist, für die sich konkurrierende ambulante und stationäre Pflege unterschiedliche Kostenteiler zu haben. Gleiche Kostenteiler schaffen zudem den im Gesamtsystem sinnvollen Anreiz, Personen länger ambulant zu pflegen, bevor ein Eintritt ins Pflegeheim erfolgt. Im schlechtesten Fall würde mit unterschiedlichen Kostenteilerlogiken gar Anreize geschaffen, Personen aus Finanzierungsüberlegungen in die teure stationäre Pflege zu verlegen. Dies gilt es zu vermeiden. Insgesamt ist kein sachlicher Grund zur Abänderung von § 27a TG KVG ersichtlich. Vielmehr sprechen systemische Überlegungen dafür, für die ambulante und stationäre Pflege denselben Kostenteiler festzulegen, um keine Fehlanreize zu schaffen. Die geltende Regelung ist daher zielführend und die Motion in diesem Punkt nicht erheblich zu erklären.

Ergänzend ist zu berücksichtigen, dass die ambulanten Pflegekosten nicht isoliert betrachtet werden sollten. Damit kranke Menschen weitgehend autonom und selbständig zu Hause leben können, benötigen sie die Angebote der Hilfe und Betreuung, d.h. die Hauswirtschaft-Sozialbetreuung, Entlastungsdienste, Mahlzeiten- und Besuchsdienste, soziale Netzwerke, soziale Teilhabe etc. Die Angebote ergänzen und beeinflussen sich gegenseitig. So erteilen verschiedene Gemeinden Leistungsaufträge in der Hauswirtschaft an die Pro Senectute. Der beauftragten Spitexorganisation verbleiben damit die komplexen Betreuungs- und Pflegesituationen mit deutlich höheren Kosten pro Leistungsstunde. Werden die ambulanten Pflegekosten isoliert betrachtet, würden innovative, proaktive Gemeinden, die im Bereich Hilfe und Betreuung Angebote haben, als teurer ausgewiesen. Es würden damit die Restkosten der Pflege umverteilt, nicht aber diejenigen der Hauswirtschaft-Sozialbetreuung oder der reinen Hauswirtschaft etc. Unerwünschte Leistungsverschiebungen zwischen den Angeboten und entsprechende Kostensteigerungen wären die Folge. Ziel der Altershilfe ist, die notwendigen, insgesamt kostengünstigsten Angebote mitzufinanzieren. Innovative Gemeinden bauen ihre Unterstützungsangebote, Massnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention bis hin zur Nachbarschaftshilfe und in Richtung demenzfreundliche Gemeinde aus. All dies trägt ebenfalls dazu bei, dass Menschen umsorgt sind, sich zu Hause wohl fühlen und länger in der gewohnten Umgebung verbleiben. Eine isolierte Normkostenbetrachtung oder Pro-Kopf-Beiträge nur der ambulanten Pflegekosten griffe zu kurz und würde Gemeinden, die in umfassende Angebote im Bereich Alter investieren, groteskerweise benachteiligen und das System insgesamt markant verteuern.

3.3. Finanzielle Auswirkungen

Kantonsweite Höchstansätze führen gemäss interkantonalem Vergleich tendenziell zu höheren Restkostentarifen, erhöhen aber die Transparenz. Ohne Regelung der Berechnung und Festlegung von Höchstansätzen sind die finanziellen Auswirkungen für den Kanton nur annähernd bezifferbar. Sie sind auf mehrere hunderttausend Franken jährlich zu schätzen. Systemisch klar ist, dass ein gewisser Spielraum der Gemeinden lokale Gegebenheiten besser berücksichtigt und tendenziell günstiger ist als kantonsweite Pauschalen. In diesem Sinne wird das in der Motion ausgeführte Ziel, die WZW-Kriterien (Wirtschaftlichkeit, Zweckmässigkeit und Wirksamkeit) in allen Gemeinden zu berücksichtigen, mit kantonalen Höchstansätzen tendenziell weniger realisiert als mit der geltenden Regelung.

Die Kostenteilung zwischen dem Kanton und den Gemeinden aufgrund von Pro-Kopf-Beiträgen oder Normkostenbeiträgen vorzusehen, führt gegenüber dem geltenden, simplen Kostenteiler zu einem administrativen Mehraufwand und unnötigen Mehrkosten. Eine umfassende Betrachtung der Aktivitäten im Bereich Alter lässt zudem erkennen, dass eine isolierte Umverteilung nur im Bereich der ambulanten Pflege das System insgesamt verteuern würde, weil es proaktive Gemeinden bestrafen würde.

4. Zusammenfassende Beurteilung

Das primäre Motionsanliegen von kantonsweiten Höchstansätzen ist berechtigt. Der Regierungsrat hat die Festlegung von kantonalen Höchstansätzen bereits im November 2020 angestossen. Im Frühjahr 2022 wird ein Grundlagenbericht vorgestellt, der bereits einen Lösungsansatz präsentiert, der das Motionsanliegen nach kantonalen Höchstansätzen für die Spitexorganisationen mit Leistungsauftrag aufnimmt und darüber hinaus auch für alle anderen Akteure der ambulanten Pflege eingeführt werden soll. Die Motion ist in diesem Punkt erheblich zu erklären.

Für die Überprüfung des erst per 1. Januar 2020 eingeführten Kostenteilers zwischen Kanton und Gemeinden gibt es hingegen keine sachlichen Gründe. Vielmehr würde ein Kostenteiler zwischen Kanton und Gemeinden aufgrund von Pro-Kopf-Beiträgen oder Normkostenbeiträgen zu administrativen Mehrkosten führen und die isolierte Betrachtung der ambulanten Pflegekosten ausschliesslich der Leistungserbringer mit einem Leistungsauftrag zu Fehlanreizen im Gesamtsystem führen und dieses verteuern. Der geltende, simple Kostenteiler gemäss § 27a TG KVG ist daher beizubehalten. Die Motion ist in diesem Punkt nicht erheblich zu erklären.

5. Antrag

Aus den dargelegten Gründen beantragen wird Ihnen, sehr geehrte Frau Präsidentin, sehr geehrte Damen und Herren, die Motion im Sinne der Beurteilung für teilweise erheblich zu erklären.

Die Präsidentin des Regierungsrates

Der Staatsschreiber