

Neuordnung der Pflegefinanzierung; Beteiligung des Kantons an den Restkosten der Pflegefinanzierung im Jahr 2011; Grosskredit

Sehr geehrte Frau Präsidentin
Sehr geehrte Damen und Herren

Wir unterbreiten Ihnen einen einmaligen Grosskredit über 23 Millionen Franken zur Beteiligung an den Kosten der Gemeinden für die stationäre Langzeitpflege im Jahr 2011 mit folgendem Bericht zur Beschlussfassung:

Zusammenfassung

Am 13. Juni 2008 haben die eidgenössischen Räte das Bundesgesetz über die Neuordnung der Pflegefinanzierung verabschiedet und auf den 1. Januar 2011 in Kraft gesetzt.

Gegenüber dem heutigen System ergeben sich folgende massgebliche Änderungen:

- Die Krankenversicherer müssen einen vom Bundesrat festgelegten Teil der stationären und ambulanten Pflegekosten übernehmen.
- Auf die Leistungsbezügerinnen und Leistungsbezüger darf zusätzlich zu Franchise und Selbstbehalt eine sogenannte Patientenbeteiligung von höchstens 20 % des höchsten Pflegebeitrags der Krankenversicherer überwältzt werden.
- Die Kantone müssen die Restfinanzierung der ambulanten und stationären Pflegekosten regeln.
- Betreuungs- und Pensionskosten fallen vollständig bei den Leistungsbezügerinnen und Leistungsbezügern an.
- Akut- und Übergangspflege gilt neu als versicherungspflichtige Leistung. Die Leistungspflicht ist auf 14 Tage limitiert. Die Finanzierung der Akut- und Übergangspflege richtet sich nach den Regeln der Spitalfinanzierung, das heisst 45 % Krankenversicherer, 55 % öffentliche Hand (Kanton und/oder Gemeinden). Im Unterschied zur Spitalfinanzierung beziehen sich die Leistungen von Versicherern und der öffentlichen Hand aber ausschliesslich auf die Finanzierung der Pflege, das heisst die Pensions- und Betreuungskosten gehen zulasten der Leistungsbezügerinnen und Leistungsbezüger.

Mit dem revidierten Pflegegesetz werden die Restkosten der stationären Pflege getreu dem Grundsatz "stationäre Spitalbehandlung beim Kanton und Langzeitpflege bei den Gemeinden" von den Gemeinden zu tragen sein. Bei den Gemeinden sowie den Gemeindeverbänden stiess diese Idee schon in der Vernehmlassung zur Gesundheitspolitischen Gesamtplanung (GGpl) 2010 auf grosse Ablehnung, welche in direktem Zusammenhang mit den durch die Revision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG; Spital- und Pflegefinanzierung) verursachten Mehrkosten zu verstehen ist.

In der vom Grossen Rat am 26. Oktober 2010 verabschiedeten Gesundheitspolitischen Gesamtplanung wird in Strategie 1 festgelegt, dass die Finanzierung der Kosten im Gesundheitswesen im Rahmen einer übergeordneten Aufgaben und Lastenverteilung bis am 31. Dezember 2013 so zu regeln ist, dass die Übernahme der Akutsomatik durch den Kanton beziehungsweise der Langzeitpflege durch die Gemeinden erfolgt. An der aktuellen Lastenverteilung Kanton und Gemeinden ist gesamthaft festzuhalten. Bis zur Umsetzung gilt im Akutbereich der bisherige Kostenteiler, wobei sich der Kanton zu 60 % und die Gemeinden zu 40 % an den Aufwendungen der öffentlichen Hand beteiligen werden. Im Langzeitpflegebereich werden die Gemeinden aber bereits ab 1. Januar 2011 die sogenannten Restkosten tragen müssen, welche gegenüber bisheriger Rechtssetzung einen neuen Aufwandsposten für die öffentliche Hand darstellen.

Zur Entlastung der Gemeinden schlägt der Regierungsrat deshalb vor, im Einführungsjahr 2011 maximal 23 Millionen Franken der entstehenden Restkosten über den Aufwand des Kantons abzurechnen. Er hat in § 10 Absatz 2 der Übergangsverordnung das für den Vollzug notwendige Verfahren festgelegt und will dem Grossen Rat dafür einen entsprechenden Grosskredit zum Beschluss unterbreiten.

Es wurde ein Anhörungsverfahren im Zeitraum vom 17. Dezember 2010 bis zum 21. Januar 2011 durchgeführt. Dazu wurden 24 Anhörungsadressaten angeschrieben und zur Stellungnahme eingeladen. Innerhalb der Anhörungsfrist sind 9 Stellungnahmen von geladenen Anhörungsadressaten eingegangen, welche alle der Vorlage zugestimmt beziehungsweise unter Vorbehalt zugestimmt haben. Die wenigen Vorbehalte betreffen einerseits die Limitierung mit einem Kostendach von 23 Millionen Franken und andererseits wird ein höherer Kostenanteil des Kantons gefordert. Der Regierungsrat hält sowohl am Kostenteiler wie auch an der Definition des Kostendachs von 23 Millionen Franken fest. Zudem wird von 2 Vernehmlassungsteilnehmenden eine Verlängerung der Kantonsbeteiligung bis ins Jahr 2013 gefordert, da erst zu diesem Zeitpunkt die Umverteilung der Aufgaben und Lasten zwischen Kanton und Gemeinden abgeschlossen sei. Im Jahr 2011 tragen die Gemeinden durch die Übernahme der Restkosten im Vergleich zum Kanton Mehrkosten. In den Jahren 2012 und 2013 sind die Mehrbelastungen von Kanton und Gemeinden infolge der Spitalfinanzierung wieder ausgeglichen. Mit der vorgeschlagenen Lösung, dass der Kanton im Übergangsjahr 2011 50 % der Restkosten der Pflege bis zum Gesamtbetrag von 23 Millionen Franken übernimmt, wird das Ziel des Ausgleichs zwischen Kanton und Gemeinden erreicht. Der Regierungsrat hält daher an der Frist für das Übergangsjahr 2011 fest.

Inhaltsverzeichnis

1. Ausgangslage.....	4
1.1 Revisionen des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG).....	4
1.2 Gesundheitspolitische Gesamtplanung (GGpl) 2010	5
2. Handlungsbedarf.....	7
2.1 Allgemeine Bemerkungen	7
2.2 Zeitliche Umsetzung.....	8
2.3 Zentrale Themen der Umsetzung der Pflegefinanzierung.....	8
2.3.1 Aufgaben- und Lastenverteilung.....	8
2.3.2 Stationäre Pflege: Finanzierung der Restkosten.....	10
2.3.3 Stationäre Pflege: Finanzierungsmodell	13
2.3.4 Akut- und Übergangspflege.....	15
3. Lastenentwicklung Kanton/Gemeinden und Übernahme eines Anteils der Pflegekosten im Übergangsjahr 2011 durch den Kanton	16
3.1 Lastenentwicklung Kanton und Gemeinden in den Jahren 2011–2014.....	16
3.2 Beteiligung des Kantons von 23 Millionen Franken an den Restkosten im Übergangsjahr 2011	17
3.3 Finanzielle Auswirkungen auf Kanton und Gemeinden.....	17
3.4 Zusatzfinanzierung zum Budget 2011 mit einem Grosskredit.....	18
4. Ergebnisse der Vernehmlassung und daraus resultierende Umsetzungsvorschläge	19
4.1 Anpassung des Kostenteilers beziehungsweise Aufhebung des Kostendachs von 23 Millionen Franken.....	20
4.2 Verlängerung der Kantonsbeteiligung bis ins Jahr 2013.....	20
5. Auswirkungen	20
5.1 Auswirkungen auf den Kanton.....	20
5.2 Auswirkungen auf die Gesellschaft.....	21
5.3 Auswirkungen auf die Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfänger.....	21
5.4 Auswirkungen auf die Wirtschaft	21
5.5 Auswirkungen auf die Gemeinden.....	21
6. Terminplan.....	21
A n t r a g :	22
Glossar.....	23

1. Ausgangslage

1.1 Revisionen des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG)

Am 13. Juni 2008 hat der Bundesgesetzgeber das Bundesgesetz über die Neuordnung der Pflegefinanzierung beschlossen und damit unter anderem beim Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) sowie beim Bundesgesetz über die Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (ELG) Änderungen vorgenommen. Am 24. Juni 2009 wurden durch den Bundesrat folgende Ausführungsbestimmungen erlassen:

- Teilrevision der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102)
- Teilrevision der Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV; SR 832.112.31)

Kernelemente der neuen Pflegefinanzierung sind:

- Art. 25a Abs. 1 KVG:
Die obligatorische Krankenpflegeversicherung leistet einen Beitrag an die Pflegeleistungen, die aufgrund einer ärztlichen Anordnung und eines ausgewiesenen Pflegebedarfs ambulant, in Tages- oder Nachtstrukturen oder im Pflegeheim erbracht werden. Insgesamt sollen die Beiträge der Versicherer dem bisherigen Aufwand entsprechen (Übergangsbestimmungen Abs. 1).
- Art. 25a Abs. 4 KVG:
Der Bundesrat setzt die Beiträge differenziert nach dem Pflegebedarf in Franken fest. Massgebend ist der Aufwand nach Pflegebedarf für Pflegeleistungen, die in der notwendigen Qualität, effizient und kostengünstig erbracht werden. Die Pflegeleistungen werden einer Qualitätskontrolle unterzogen. Der Bundesrat legt die Modalitäten fest. Die Beiträge im ambulanten Bereich betragen Fr. 79.80 (Abklärung und Beratung), Fr. 65.40 (Untersuchung und Behandlung) und Fr. 54.60 (Grundpflege). Die Beiträge im stationären Bereich betragen je nach Pflegebedarf Fr. 9.– bis Fr. 108.–
- Art. 25a Abs. 5 KVG:
Der versicherten Person dürfen – in Bezug auf die ambulanten und stationären Pflegekosten, die nicht von den Sozialversicherungen gedeckt werden – höchstens 20 % des höchsten, vom Bundesrat festgesetzten Pflegebeitrages überwältzt werden. Die Patientenbeteiligung beträgt ambulant höchstens Fr. 15.95, stationär höchstens Fr. 21.60. Die Kantone regeln die Restfinanzierung.
- Art. 25a Abs. 2 KVG:
Die Leistungen der Akut- und Übergangspflege, die sich im Anschluss an einen Spitalaufenthalt als notwendig erweisen und die im Spital ärztlich angeordnet werden, werden von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu 45 % und vom Wohnkanton des Versicherten zu 55 % während längstens 2 Wochen nach den Regeln der Spitalfinanzierung vergütet. Im Unterschied zur Spitalfinanzierung beziehen sich die Leistungen von Versicherern und dem Kanton ausschliesslich auf die Finanzierung der Pflege. Die Pensionsbeziehungsweise Hotelleriekosten gehen zulasten der Leistungsbezügerinnen und Leistungsbezüger. Versicherer und Leistungserbringer vereinbaren Pauschalen.

- Übergangsbestimmungen zur Änderung des KVG (Abs. 2):
Die bei Inkrafttreten der Pflegefinanzierung (1. Januar 2011) geltenden Tarife und Tarifverträge sind innert 3 Jahren an die vom Bund festgesetzten Beiträge an die Pflegeleistungen anzugleichen. Die Kantonsregierungen regeln die Angleichung.

Ergänzt werden die Massnahmen im KVG durch die Einführung einer Hilflösenentschädigung (HE) leichten Grades bei Pflege zu Hause und durch eine Erhöhung der Vermögensfreibeträge bei den Ergänzungsleistungen (EL).

Die neue Pflegefinanzierung tritt am 1. Januar 2011 in Kraft und bedingt eine Teilrevision des Pflegegesetzes vom 26. Juni 2007. Mit der Neuordnung der Pflegefinanzierung ergeben sich, vor allem als Folge der Pflicht der öffentlichen Hand zur Restfinanzierung im Bereich der stationären Pflege, im Kanton Aargau Zusatzkosten in der Höhe von ca. 46 Millionen Franken.

Mit der Neuordnung der Spitalfinanzierung als Folge der KVG-Revision ergeben sich ebenfalls Zusatzbelastungen in den Bereichen "Akut- und Spezialversorgung". In der Akutversorgung muss sich die öffentliche Hand im Rahmen der Grundversorgung zukünftig neu an der Finanzierung auch von Privatkliniken, die auf der Spitalliste sind, beteiligen. Zudem wird die öffentliche Hand mit der freien Spitalwahl in der ganzen Schweiz verpflichtet, sich mit 55 % an den Kosten der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) zu beteiligen; das gilt auch für die Finanzierung des OKP-Beitrags für die Rehabilitationskliniken. Insgesamt ist aufgrund der aktuellen Berechnungen davon auszugehen, dass die neue Spitalfinanzierung für die öffentliche Hand zusätzliche Kosten von ca. 144 Millionen Franken bringen wird.

1.2 Gesundheitspolitische Gesamtplanung (GGpl) 2010

Die überarbeitete Gesundheitspolitische Gesamtplanung (GGpl) 2010 enthält im Kontext zur Pflegefinanzierung die folgenden Strategien. Text und Nummerierung folgen der Fassung, welche aus den Beratungen des Grossen Rats vom 26. Oktober 2010 hervorgegangen und zum Beschluss erhoben worden ist:

Übergeordnete Strategie

Kanton und Gemeinden streben gemeinsam eine dem gesetzlichen Versorgungsauftrag entsprechende bedarfsgerechte, qualitativ gute und wirtschaftliche Gesundheitsversorgung an, welche:

- die Eigenverantwortung und das Kostenbewusstsein der Bevölkerung fördert;
- Selbstständigkeit und Würde der Betroffenen hochachtet;
- interkantonale Koordination und Kooperation gemäss dem Entwicklungsleitbild des Kantons Aargau einschliesst;
- Leistungen nach Aspekten der Zweckmässigkeit und der Wirtschaftlichkeit konzentriert anbietet;
- integrierte Versorgungsmodelle mit Einbezug der Vor- und Nachsorge fördert;
- ambulanten vor den stationären Leistungen den Vorzug gibt;
- ein optimales Verhältnis von Qualität und Preis aufweist;
- die volkswirtschaftliche Bedeutung des Gesundheitswesens in ihre Überlegungen mit einbezieht;

- Aufgaben und Finanzen konsequent miteinander verknüpft und eine Kostenentwicklung anstrebt, welche auf die Dauer nicht über dem Wirtschaftswachstum liegt;
- Wettbewerbsverzerrungen verhindert.

Strategie 1: Lastenverteilung

Die Übernahme der Akutsomatik durch den Kanton beziehungsweise der Langzeitpflege durch die Gemeinden wird angestrebt.

Die Umsetzung erfolgt bis spätestens 31. Dezember 2013 im Rahmen einer übergeordneten Aufgaben- und Lastenverteilung, unter Einbezug weiterer Aufgabenbereiche mit der Zielsetzung, an der aktuellen gesamthaften Lastenverteilung Kanton und Gemeinden festzuhalten. Dabei werden alle Entlastungsfaktoren, wie zum Beispiel die neue Regelung bei der Investitionsfinanzierung einbezogen.

Strategie 13: Unterstützung im Bereich der Langzeitversorgung

Der Kanton unterstützt die Gemeinden mit geeigneten Instrumenten bei der Planung und Umsetzung einer bedarfsgerechten Langzeitversorgung.

Der Kanton unterstützt die Gemeinden mit der kantonalen Clearingstelle beim Vollzug der Finanzierung und der Datenauswertung.

Über die personenbezogene Finanzierung wird in der Regel verhindert, dass durch den Aufenthalt in einer stationären Pflegeeinrichtung Sozialhilfeabhängigkeit begründet wird.

Strategie 14: Vernetzung in der Langzeitversorgung

Der Kanton trägt gemeinsam mit den Gemeinden dazu bei, dass Lebensqualität und Selbstständigkeit seiner älteren Bevölkerung erhalten und gefördert werden.

Der Kanton schafft die rechtlichen Voraussetzungen, welche Vernetzung, Koordination und Synergienutzung der Angebote in der Langzeitversorgung ermöglichen.

Strategie 15: Übergangspflege

Der Kanton setzt die Akut- und Übergangspflege gemäss KVG um, damit die Selbstständigkeit nach einem Spitalaufenthalt erhalten und die Rückkehr nach Hause wenn möglich gewährleistet wird.

Strategie 16: Hilfe und Pflege zu Hause

Die Sicherstellung des Angebots der Hilfe und Pflege zu Hause ist Aufgabe der Gemeinden.

Im Sinne des Grundsatzes "ambulant vor stationär" ist das Angebot so ausgestaltet, dass stationäre Strukturen entlastet werden.

Das Angebot ist sowohl auf Akut- als auch auf Langzeitsituationen ausgerichtet und entspricht dem ausgewiesenen Bedarf.

Gemeinden und Leistungserbringer fördern die Nutzung von Synergien durch geeignete Modelle von Kooperation, Koordination oder Regionalisierung mit den massgebenden Akteuren.

Strategie 18: Palliative Care

Der Kanton sorgt dafür, dass die Palliativmedizin und Palliativpflege in den Organisationen implementiert wird und ein angemessenes Angebot an spezialisierten Leistungserbringern besteht.

Er verpflichtet die Institutionen auf der Spital- und Pflegeheimliste dazu, Palliative Care sicherzustellen.

Strategie 22: Sicherstellung von Ausbildungsplätzen in den Gesundheitsberufen

Zur Erfüllung seines Versorgungsauftrags tritt der Kanton dem zunehmenden Mangel an Personal in den Gesundheitsberufen entgegen, indem er

- für ein bedarfsgerechtes schulisches Angebot sorgt;
- die Institutionen auf der Spital- beziehungsweise Pflegeheimliste sowie die ambulanten Leistungserbringer im Pflegebereich dazu verpflichtet, genügend Ausbildungsplätze und eine ausreichende Weiterbildung sicherzustellen;
- sich zur Sicherstellung genügender Bestände an Fachpersonal an den Kosten der nicht betriebsinternen Nachhol- und Weiterbildung für Wiedereinsteigende beteiligen kann.

2. Handlungsbedarf

2.1 Allgemeine Bemerkungen

Die neuen Bestimmungen des Bundes zur Pflegefinanzierung bedingen eine Anpassung des Pflegegesetzes (PflG) sowie später der Pflegeverordnung (PflV). Insbesondere die im PflG enthaltenen Finanzierungsbestimmungen sind mit dem neuen Bundesrecht nicht mehr kompatibel.

Die Teilrevision des PflG steht in einem direkten Zusammenhang zur überarbeiteten GGpl 2010, die am 26. Oktober 2010 vom Grossen Rat verabschiedet worden ist. Aufgrund des vom Bund beschlossenen frühen Inkrafttretens der Pflegefinanzierung per 1. Januar 2011 war es nicht – wie gewünscht – möglich, die Überarbeitung der GGpl 2010 vorzuziehen und auf diesem Weg die politischen Weichen auch für die Umsetzung der Pflegefinanzierung zu stellen.

2.2 Zeitliche Umsetzung

Die Umsetzung der neuen Pflegefinanzierung auf kantonaler Ebene in Form einer Teilrevision des Pflegegesetzes auf den vom Bund festgelegten Zeitpunkt (1. Januar 2011) ist aus zeitlichen Gründen nicht möglich. Zur Sicherstellung der Umsetzung auf den 1. Januar 2011 musste deshalb, gestützt auf § 91 Abs. 2^{bis} lit. b Kantonsverfassung (KV), eine provisorische Regelung, eine sogenannte "befristete Übergangsverordnung", erlassen werden. Der Regierungsrat hat diese im Dezember 2010 und somit in Kenntnis des Ergebnisses der 1. Beratung des Pflegegesetzes durch den Grossen Rat beschlossen. Das revidierte Pflegegesetz und die überarbeitete Pflegeverordnung können dann auf den 1. Januar 2012 in Kraft treten und die Übergangsverordnung ablösen.

2.3 Zentrale Themen der Umsetzung der Pflegefinanzierung

2.3.1 Aufgaben- und Lastenverteilung

Die nachfolgenden Tabellen zeigen die aktuelle Aufgaben- und Lastenverteilung des Kantons und der Gemeinden im Bereich des Gesundheitswesens (Basis Zahlen 2009) sowie die ab 2011 (Pflegefinanzierung) beziehungsweise ab 2012 (Spitalfinanzierung) hinzukommenden Kosten, unterteilt je in den Spital- und den Pflegebereich. Die Bereiche, in denen die öffentliche Hand neu Mitfinanzierer ist, sind fett-kursiv gekennzeichnet. Trotz aktuell noch fehlender Rechtsgrundlage ist im Einklang mit dem Aufgaben- und Finanzplan (AFP) 2011–2014 auch bei den ausserkantonalen Spitälern sowie bei der Rehabilitation ein Gemeindeanteil von 40 % eingerechnet worden.

Spitalbereich (Stand August 2010*)

	Kanton (in Millionen Franken)		Gemeinden (in Millionen Franken)	
	2009	2012	2009	2012
Stat. Grundversorgung Regionalspitäler (60 %) ¹⁾	53	59	34	39
Stat. Grundversorgung Kantonsspitäler (60 %) ¹⁾²⁾	62	58	41	39
Spezialversorgung Kantonsspitäler Aarau und Baden (100 %) ¹⁾	65	96	---	---
Psychiatrischen Versorgung Psychiatrische Dienste Aargau (100 %) ¹⁾	39	54	---	---
Spezialkliniken (Klinik Barmelweid, Klinik Hasel) (60 %) ¹⁾	10	10	7	7
Herzchirurgie innerkantonale (Hirslandenklinik Aarau) (100 %)	4	4	---	---
Medizinisch indizierte ausserkantonale Hospitalisationen (inkl. ausserkantonale Herzchirurgie) (100 % Differenzdeckung)	32	34	---	---

* Quelle GGpl 2010, (10.259) Botschaft zur Pflegefinanzierung 2010

	Kanton (in Millionen Franken)		Gemeinden (in Millionen Franken)	
Kantonale Privatspitäler	---	40	---	27
Ausserkantonale öffentliche Spitäler ³⁾	---	6	---	4
Ausserkantonale Privatspitäler ³⁾	---	11	---	7
Ausserkantonale Psychiatrieversorgung	---	11	---	---
Rehabilitationskliniken ³⁾	---	19	---	13
Ausserkantonale Rehabilitationskliniken ³⁾	---	4	---	2
Total (davon neue Spitalfinanzierung = 144 Millionen Franken)	265	406 91	82	138 53

- 1) Die Prozentzahlen zeigen das Verhältnis der Lastenverteilung zwischen Kanton und Gemeinden gemäss den geltenden Bestimmungen des Spitalgesetzes (SpiG [vgl. § 23])
- 2) Leistungen, die nicht zur Grundversorgung gehören, sind etwa Kinderchirurgie, Urologie, Ophthalmologie, Neurochirurgie etc.
- 3) Keine Rechtsgrundlage für Kostenanteil der Gemeinden (vgl. § 23 Abs. 2 SpiG). Die Rechtsgrundlage wird im Rahmen der Umsetzung der Spitalfinanzierung per 1. Januar 2012 geschaffen.

Pflegebereich (Stand August 2010*)

	Kanton (in Millionen Fran- ken)		Gemeinden (in Millionen Fran- ken)	
	2009	2011	2009	2011
Langzeitversorgung ambulant	---	---	20	> 20
Langzeitversorgung stationär	---	---	---	46
Anteil Sozialhilfe (28 %/72 %)	0,4	---	1,1	---
Ergänzungsleistungen	109 ¹⁾	116 ¹⁾	---	---
Akut- und Übergangspflege	---	0,3	---	0,2
Total (davon neue Pflegefinanzierung)	109,4	116,3 0,3	21,1	66,2 46,2

- 1) Entspricht den Aufwendungen des Kantons für Ergänzungsleistungen (ohne Hilflosenentschädigung). Die 109 Millionen Franken für das Jahr 2009 waren so in der Anhörungsvorlage ausgewiesen. Die Mehrkosten 2011 resultieren aus der Erhöhung der Vermögensfreibeträge (+ 7 Millionen Franken). Der im AFP 2011–2014 für das Jahr 2011 eingesetzte Betrag von 128,7 Millionen Franken umfasst die Ergänzungsleistungen und die Hilflosenentschädigung.

Die genannten Zahlen mit Mehrkosten basieren auf Annahmen und Hochrechnungen und sind vor allem in der Spitalfinanzierung mit gewissen Vorbehalten zu verwenden. Wichtige, für die Berechnung grundlegende Parameter wie zum Beispiel das Fallkostengewicht, die anzuwendende Baserate oder die Definition der SwissDRG (Diagnosis Related Groups) sind

* Quelle GGpl 2010, (10.259) Botschaft zur Pflegefinanzierung 2010

auf Bundesebene noch nicht festgelegt. Die Berechnungen des Zusatzaufwands für die öffentliche Hand in der Pflegefinanzierung sind dagegen verlässlicher. Mit der Neuordnung der Pflegefinanzierung ist für die Finanzierung der Restkosten der stationären Pflege sowie der Akut- und Übergangspflege mit einem jährlichen Mehraufwand von rund 46 Millionen Franken zu rechnen (Grundlage Statistik 2008). Parallel zur demografischen Entwicklung wird zukünftig auch der Mehraufwand bei den Restkosten der Pflege steigen.

Mit der Neuordnung der Spitalfinanzierung als Folge der KVG-Revision ergeben sich Zusatzbelastungen in der Grössenordnung von ca. 144 Millionen Franken (Kanton 91 Millionen Franken, Gemeinden 53 Millionen Franken)

In der überarbeiteten GGpl 2010 wird vor diesem Hintergrund in Strategie 1 die Aussage gemacht, dass die Finanzierung der Kosten im Gesundheitswesen bis anhin eine gemeinsame Aufgabe von Kanton und Gemeinden war und dies grundsätzlich auch bleiben soll. Im Grundsatz richtig ist auch die heute bestehende Zuteilung der Verantwortlichkeit an den Kanton im Spitalbereich beziehungsweise an die Gemeinden im Langzeitpflegebereich. Zu hinterfragen ist dagegen – unter dem Blickwinkel aufgabenteilungsspezifischer Grundsätze (vgl. Art. 43a der Bundesverfassung) – die Mitfinanzierung durch die jeweils andere Staatsebene.

Eine konsequente Aufgabenentflechtung in dem Sinne, dass Entscheid- und Finanzierungszuständigkeit vollständig zusammengelegt werden, das heisst Akutsomatik beim Kanton und Langzeitpflege bei den Gemeinden, war bereits schon im Rahmen des Projekts "Aufgabenteilung Kanton-Gemeinden" ein Thema und ist seither periodisch Gegenstand politischer Diskussionen. Sie wurde auch in der Vernehmlassung zur GGpl 2010 breit gefordert.

Sachlich gibt es kaum Argumente, die gegen eine solche Entflechtung sprechen würden. Es sind primär Überlegungen zur finanziellen Umsetzung, die erschwerend wirken. Der Regierungsrat hat den Auftrag erhalten, im Rahmen einer übergeordneten Aufgaben und Lastenverteilung die Übernahme der Akutsomatik durch den Kanton beziehungsweise der Langzeitpflege durch die Gemeinden zu regeln. An der aktuellen Lastenverteilung Kanton und Gemeinden ist gesamthaft festzuhalten.

2.3.2 Stationäre Pflege: Finanzierung der Restkosten

Das geltende Pflegegesetz regelt in § 14 die Finanzierung der stationären Pflegeeinrichtungen mit folgenden Grundsätzen:

- Vollkostendeckende Tarife und Taxen (das heisst inklusive Investitionen).
- Übernahme der nicht durch Versicherungsleistungen gedeckten Kosten durch die Leistungsbezügerinnen und Leistungsbezüger (=Bewohnerinnen und Bewohner von stationären Pflegeeinrichtungen).
- Beteiligung des Kantons im Rahmen der EL, so dass in der Regel keine Sozialhilfebedürftigkeit entsteht.

Diese Finanzierung wird an den Gesamtkosten des Bedarfs gemessen. Es wird also nicht zwischen Pflegekosten und übrigen Kosten (Pensionstaxen, Betreuungskosten etc.) differenziert.

Die neuen Bestimmungen des KVG zur Pflegefinanzierung sehen vor, dass die OKP einen nach dem Pflegebedarf abgestuften Beitrag an die stationären Pflegeleistungen erbringt (max. Fr. 108.– pro Tag). Von der versicherten Person dürfen von den Pflegekosten, die nicht von Sozialversicherungen gedeckt werden, höchstens 20 % des höchsten Pflegebeitrags (20 % von Fr. 108.– = Fr. 21.60 pro Tag) überwältzt werden. Der Kanton muss die Restfinanzierung der Pflegekosten regeln.

Diese vom Bundesrecht vorgeschriebene Begrenzung der Patientenbeteiligung an den Pflegekosten führt dazu, dass die öffentliche Hand einen erheblichen Teil der Pflegeleistungen zu finanzieren hat. Diese Restkostenfinanzierung ist im Kanton Aargau eine neue Belastung. Aufgrund der aktuellen Berechnungen (Basis: Statistik 2008) kommen im Rahmen der Neuordnung der Pflegefinanzierung zusätzliche Kosten von ca. 46 Millionen Franken auf die öffentliche Hand im Kanton Aargau zu. Diese Kosten werden entsprechend der demografischen Kurve in den kommenden Jahren weiter ansteigen.

Die folgende Darstellung der Restkosten bis ins Jahr 2025 basiert auf den Annahmen in der Pflegeheimkonzeption 2009 (gültig ab 2010).

	2007	Bis 2010	Bis 2015	Bis 2020	Bis 2025
80-Jährige und Ältere	22'092	25'121	30'190	34'914	43'017
Richtwert in % ¹	26,4	25,1	23,2	21,4	19,7
Anzahl Pflegeplätze	5'832	6'305	7'004	7'472	8'474
Restkosten in Millionen Franken²	42	45,2	50,4	53,8	61

Diese Richtwerte zum Bedarf an stationären Pflegeplätzen gehen davon aus, dass die in der überarbeiteten GGpl vorgesehene Strategie "ambulant vor stationär"³ durch die Gemeinden konsequent umgesetzt wird. In diesen Berechnungen nicht berücksichtigt ist, dass die konsequente Umsetzung der Strategie "ambulant vor stationär" dazu führt, dass auch weniger Heimbewohnerinnen und Heimbewohner mit geringem Pflegebedarf sich in der stationären Langzeitversorgung aufhalten werden. Damit werden der durchschnittliche Pflegebedarf und der Anteil der Restkosten tendenziell steigen.

Wie schnell und wie konsequent diese Strategie umgesetzt wird und wie sich die entsprechenden Effekte für die Kostenentwicklung auswirken, ist schwierig zu beurteilen und entbehrt heute den nötigen Grundlagen. Entsprechend wird dieser Faktor in der Kostenentwicklung erst dann eingerechnet, wenn die Grundlagen erhärtet sind.

¹ Anteil der 80-Jährigen und Älteren in Institutionen der stationären Langzeitpflege

² (10.259) Botschaft zur Pflegefinanzierung 2010

³ Der Grundsatz "ambulant vor stationär" liegt bereits der aktuellen GGpl zugrunde. In der überarbeiteten GGpl 2010 wird dieser Grundsatz in der übergeordneten Strategie explizit verankert und damit verstärkt.

Die Sicherstellung der Langzeitversorgung ist gemäss geltendem Pflegegesetz Aufgabe der Gemeinden. Diese Aufgabenzuteilung entspricht anerkannten aufgabenteilungsspezifischen Grundsätzen. Auch liegen die Möglichkeiten zur Steuerung im Langzeitpflegebereich primär bei den Gemeinden. Vor diesem Hintergrund ist es – auch wenn dieser Vorschlag in der Vernehmlassung seitens der Gemeinden mehrheitlich abgelehnt wurde (vgl. Ziffer 3.3) – gleichwohl folgerichtig, dass die zusätzlichen Kosten der Pflegefinanzierung (Restkosten) durch die Gemeinden übernommen werden.

Flankierend sind folgende Massnahmen beabsichtigt:

Patientenbeteiligung

Erhebung der nach Bundesrecht maximal möglichen Patientenbeteiligung im stationären Bereich.

Finanz- und Lastenausgleich:

Berücksichtigung der Pflegekosten im stationären Bereich als zusätzliche Finanzbedarfsgrösse des ordentlichen Finanz- und Lastenausgleichs (FLA), um die demografischen Risiken bei den Gemeinden zu verringern.

Definition der Restkosten im Rahmen einer kantonalen Taxordnung

Ein wichtiges Anliegen ist es, sicherzustellen, dass die Restkostenfinanzierung durch die Gemeinden sich auf ein "übliches" Mass, das sich an den Kosten einer wirtschaftlich geführten stationären Pflegeeinrichtung orientiert, beschränkt. Der Bund hat es unterlassen, eine Definition beziehungsweise die Berechnung der Restkosten vorzunehmen und diesbezüglich Klarheit zu schaffen. Da es aber im Hinblick auf die Finanzierung durch die öffentliche Hand sehr wichtig ist, diese Restkosten zu definieren, sollen sie vom Kanton in einer ersten Phase normativ (in Form einer sogenannten "kantonalen Taxordnung") festgesetzt werden und erst in einer zweiten Phase kostenbasiert erfolgen. Eine solche kantonale Taxordnung dient dem Zweck, dass die Restkostenfinanzierung durch die Gemeinden in einem vertretbaren Rahmen bleibt. Anzustreben ist mittelfristig allerdings die Festlegung auf Basis der effektiven Pflegekosten (Transparenz). Sie dämpft in bedeutendem Mass die Zunahme der Restkosten. Mit der normativen Methode sollen die Leistungserbringer in einer Übergangsphase die notwendige Zeit für die Anpassungen ihres Leistungsnachweises und ihrer Kostenrechnung erhalten. Gemäss den Übergangsbestimmungen zur Änderung des KVG (Abs. 2) sind die bei Inkrafttreten der Pflegefinanzierung (2011) geltenden Tarife und Tarifverträge innert drei Jahren an die vom Bund festgesetzten Beiträge an die Pflegeleistungen anzugleichen, wobei die Kantonsregierungen die Angleichung zu regeln haben.

2.3.3 Stationäre Pflege: Finanzierungsmodell

Im geltenden Pflegegesetz wird als Finanzierungsmethode die Subjektfinanzierung über die EL definiert. Dabei werden bedürftige Personen über die EL, gemessen an Einkommen und Vermögen, direkt finanziert. Diese Finanzierung wird – wie bereits erwähnt – an den Gesamtkosten des Bedarfs gemessen. Es wird also nicht zwischen Pflegekosten sowie Pensions- und Betreuungskosten differenziert.

Das bisherige Finanzierungssystem (Subjektfinanzierung) geht davon aus, dass die Kosten des Aufenthalts in einer stationären Pflegeeinrichtung den Leistungsbezügerinnen und Leistungsbezügern in Rechnung gestellt werden. Diese bezahlen die Rechnung aus den vergüteten Versicherungsleistungen, den eigenen Mitteln sowie den Leistungen aus EL und HE (HE bemisst sich, in Abgrenzung zu den EL, nicht nach Einkommen und Vermögen, sondern nach dem Grad der Hilflosigkeit).

Die neue Pflegefinanzierung verlangt eine klare Unterscheidung zwischen Pflegekosten und übrigen Kosten mit unterschiedlichen Kostenträgern.

Kostenträger Pflegekosten:	Krankenversicherung, Patientenbeteiligung (20 %), öffentliche Hand (Gemeinden)
Kostenträger übrige Kosten:	Eigene Mittel, EL, HE

Die neue Pflegefinanzierung des KVG sieht vor, dass sich die Finanzierung der Pflegekosten, unabhängig von Einkommen und Vermögen, nur am Pflegebedarf orientiert. Dies schliesst die Finanzierung der Pflegekosten nach Bedarfskriterien (zum Beispiel auch über die EL) aus. Demgegenüber wird im Bereich der übrigen Kosten (Pensions- und Betreuungskosten, persönliche Auslagen etc.) die Finanzierung weiterhin nach Bedarfskriterien erfolgen können. Dies bedeutet, dass Leistungsbezügerinnen und Leistungsbezüger diese Kosten so weit wie möglich aus den eigenen Mitteln zu tragen haben. Bei bedürftigen Personen kommen die Grundsätze der Ergänzungsleistungsgesetzgebung und allenfalls der Hilflosenentschädigung zum Zug.

Die folgende Grafik enthält eine Gegenüberstellung der Kosten und der Kostenträger, wie sie dem System der neuen Pflegefinanzierung zugrunde liegt:

Kosten	Kostenträger
Arzt/Medikamente/ MiGel-Produkte	– OKP – Versicherte Person (10 % Selbstbehalt, Franchise)
Pflegeaufwand	– OKP – Versicherte Person (20 % max. OKP Beitrag) – Restkosten öffentliche Hand
Pensionskosten – Kost – Logis – Betreuung – Nebenkosten	Bewohner/innen: – AHV Rente eigene Mittel – Renten aus PK eigene Mittel – Zins aus Vermögen eigene Mittel – Vermögensverzehr eigene Mittel – Ergänzungsleistungen (EL) – Hilflosenentschädigung (HE)
Externe Auslagen	Spezialfälle: Ungedekte Kosten (zum Beispiel Schwerstpflegebedürftigkeit, bisherige Sozialhilfefälle)
Persönliche Auslagen	
Investitionen	

Vor diesem Hintergrund sind im Wesentlichen zwei grundsätzliche Finanzierungsmodelle denkbar.

Bei einer reinen Subjektfinanzierung geht die vollständige Rechnung an die Leistungsbezügerinnen und Leistungsbezüger, welche ihrerseits die ihnen zustehenden Vergütungsansprüche geltend machen, das heisst

- die KVG-pflichtigen Leistungen bei der Krankenversicherung,
- die sozialversicherungsrechtlichen Ansprüche (EL, HE) bei der Sozialversicherung (SVA) Aargau und
- die Vergütung der Restkosten bei der Wohnsitzgemeinde.

Mit der GGpl 2010 hat sich der Grosse Rat für das Modell der teilweisen Objektfinanzierung entschieden. Dieses geht davon aus, dass dem Leistungserbringer die Restkosten der Pflege nicht via Leistungsbezügerinnen und Leistungsbezüger, sondern direkt von der öffentlichen Hand vergütet werden. Gemäss Strategie 13 in der GGpl 2010 wird eine kantonale Clearingstelle eingerichtet, an welche die Rechnungsstellung der Restkosten der Pflege erfolgt. Sie bezahlt die Rechnung dem Leistungserbringer und belastet die Restkosten der Wohnsitzgemeinde weiter. Diese Funktionalität gestattet es zwanglos, zusätzliche finanzielle Leistungen des Kantons in die Verrechnung an die Gemeinden zu integrieren.

Die Funktion der kantonalen Clearingstelle kann grafisch wie folgt dargestellt werden:



2.3.4 Akut- und Übergangspflege

Übergangspflege gehört nach geltendem Recht zum Angebot, das die Gemeinden sicherzustellen haben (§ 11 Abs. 3 lit. b PflG) und ist im Detail in § 17 PflG geregelt. Deren Finanzierung richtet sich nach den ordentlichen Bestimmungen gemäss § 14 PflG. Seit dem Inkrafttreten des Pflegegesetzes wurde die Etablierung der Übergangspflege im Rahmen von Pilotprojekten, die vom Kanton finanziert wurden, in Angriff genommen. De facto haben die Gemeinden bis zum gegenwärtigen Zeitpunkt im Bereich Übergangspflege keine Aufgaben wahrnehmen und auch keine finanziellen Lasten tragen müssen.

In Art. 25a Abs. 2 KVG werden neu die Leistungen der Akut- und Übergangspflege, die sich im Anschluss an einen Spitalaufenthalt als notwendig erweisen, geregelt. Sie müssen im Spital ärztlich angeordnet werden. Die Leistungen der Akut- und Übergangspflege werden von der OKP und vom Wohnkanton des Versicherten während längstens zwei Wochen nach den Regeln der Spitalfinanzierung (Art. 49a KVG) vergütet. Dabei handelt es sich, entgegen der genannten Regeln im Rahmen der Spitalfinanzierung, einzig um eine Vergütung der Pflegeleistungen (Art. 7 Abs. 2 KLV). Das heisst, dass die Kosten der Hotellerie nicht zulasten der Krankenversicherer beziehungsweise der öffentlichen Hand gehen. In Art. 7b Abs. 1 und 2 KLV sind die Anteile der Kostenübernahme zwischen Kanton und Versicherer geregelt. Der Anteil der öffentlichen Hand beträgt mindestens 55 %, jener der Krankenversicherer höchstens 45 % (Art. 7b KLV). Versicherer und Leistungserbringer haben Pauschalen zu vereinbaren (Art. 25a Abs. 2 KVG).

Die Kosten der öffentlichen Hand für die Akut- und Übergangspflege sollen aufgrund der Nähe zur Akutversorgung im Spital von Kanton und Gemeinden nach dem geltenden Kosten-schlüssel in der stationären Akut-Grundversorgung von 60 %/40 % getragen werden. Diese Kosten bilden damit nicht Gegenstand der Restkostenfinanzierung.

3. Lastenentwicklung Kanton/Gemeinden und Übernahme eines Anteils der Pflegekosten im Übergangsjahr 2011 durch den Kanton

3.1 Lastenentwicklung Kanton und Gemeinden in den Jahren 2011–2014

Zur Erhöhung der Transparenz über die Lastenentwicklung beim Kanton und den Gemeinden infolge der geplanten Reformen wurde parallel zur Erstellung des AFP 2011–2014 eine provisorische Gesamtsicht der finanziellen Auswirkungen erstellt. Erste Zwischenresultate wurden bereits im Juni 2010 den Mitgliedern des Konsultationsgremiums Kanton–Gemeinden (KKG) präsentiert und dem Schreiben der Gemeindeabteilung an die Gemeinden (Mitteilung 2/2010) beigelegt.

Mit Ausnahme des neuen Kindes- und Erwachsenenschutzrechts sind im AFP 2011–2014 keine Aufgabenverschiebungen zwischen dem Kanton und Gemeinden enthalten, die einen finanziellen Ausgleich erfordern. (Siehe Tabelle S. 20 "Lastenentwicklung Kanton–Gemeinden 2011–2014")

Die Belastung von Kanton und Gemeinden sind in der Summe der Jahre 2012–2014 beinahe ausgeglichen. Damit wird dem Grundsatz der Teilung der Kosten bei neuen Projekten und Aufgabenverschiebungen, wie er beim Neuen Finanzausgleich Bund–Kantone (NFA) als auch bei der Aufgabenteilung Kanton–Gemeinden zur Anwendung kommt, Rechnung getragen.

Einzig im Budget 2011 schlägt die Belastung deutlich zulasten der Gemeinden aus. Sie werden in diesem Jahr in der Summe aller Reformvorhaben mit rund 30 Millionen Franken mehr belastet als der Kanton. Diese rührt im Wesentlichen daher, dass die Übernahme der Restkosten durch die öffentliche Hand einen neuen Kostenblock darstellt und die Einführungszeitpunkte von Spital- und Pflegefinanzierung zeitlich um ein Jahr auseinander liegen.

Der Regierungsrat hat deshalb zusammen mit Vertretern der Gemeinden nach Lösungen gesucht, wie diese Belastung der Gemeinden im Übergangsjahr reduziert werden kann.

3.2 Beteiligung des Kantons von 23 Millionen Franken an den Restkosten im Übergangsjahr 2011

Der Regierungsrat schlägt vor, einen Teil der Restkosten 2011 zu übernehmen. Bezüglich des Verfahrens wählt der Regierungsrat ein zweiteiliges Vorgehen. Er formuliert, erstens, seine Absicht in der Verordnung über die Umsetzung des Bundesgesetzes über die Neuordnung der Pflegefinanzierung für das Jahr 2011 und beantragt dem Grossen Rat, zweitens, einen Grosskredit.

Die Formulierung der Absicht erfolgt in der § 9 Abs. 2 der erwähnten Übergangsverordnung wie folgt:

"Die von der Clearingstelle gemäss § 7 Abs. 1 vergüteten Pflegekosten werden der Wohnsitzgemeinde verrechnet. Der Kanton übernimmt 50 % dieser Pflegekosten, welche auf Grund der zwischen dem 1. Januar und dem 31. Dezember 2011 erbrachten Leistungen entstanden sind, bis zu einem Gesamtbetrag, welchen der Grosse Rat im Rahmen eines Grosskredits mit separatem Beschluss festlegt. Die Verrechnung erfolgt durch die Clearingstelle, sobald der Grossratsbeschluss rechtskräftig ist."

Der Vollzug wird zusammen mit der Gemeindeabteilung des Departements Volkswirtschaft und Inneres abgesprochen und in geeigneter Weise den Gemeinden kommuniziert. Nach Beurteilung aller Vor- und Nachteile schlägt der Regierungsrat vor, im Übergangsjahr 2011 die Hälfte der Restkosten der Gemeinden von 46 Millionen Franken, also 23 Millionen Franken, zu übernehmen. Dazu unterbreitet der Regierungsrat dem Grossen Rat mit einer separaten Vorlage eine Zusatzfinanzierung zum Budget 2011 mit einem Grosskredit von 23 Millionen Franken

3.3 Finanzielle Auswirkungen auf Kanton und Gemeinden

Mit diesem Vorschlag wird der Kanton um 23 Millionen Franken belastet und die Gemeinden werden um den gleichen Betrag entlastet. Diese Teilung der Kosten führt dazu, dass in der Summe aller Reformvorhaben eine Mehrbelastung beim Kanton von rund 15 Millionen Franken resultiert. Damit will der Kanton unterstreichen, dass ihm die finanzielle Lage der Gemeinden auch im Übergangsjahr 2011 ein wichtiges Anliegen ist.

Lastenentwicklung Kanton – Gemeinden 2011–2014

Vorhaben ohne Aufgabenverschiebung	2011		2012		2013		2014	
	K	G	K	G	K	G	K	G
Aufbau Polizeidichte	+1.9	+0.6	+3.0	+1.2	+4.1	+1.8	+5.1	+2.3
Lohndekret Lehrpersonen	+10.0	+5.0	+23.9	+11.9	+23.9	+11.9	+23.9	+11.9
Französischunterricht Primarschule	+0.0	+0.0	+0.0	+0.0	+1.5	+0.8	+3.0	+1.6
Ferienregelung Lehrpersonen	+2.6	+1.4	+6.2	+3.3	+6.2	+3.3	+6.2	+3.3
Stärkung Volksschule	+0.0	+0.0	+0.0	+0.0	+6.3	-1.4	+23.3	-3.2
Familienergänzende Kinderbetreuung	+0.0	+0.0	+0.0	+0.0	+4.2	+36.8	+6.2	+49.0
Neuordnung Pflegefinanzierung	+7.0	+46.0	+7.0	+47.0	+7.0	+48.0	+7.0	+49.0
Einmalige Beteiligung des Kantons an Restkosten der Pflegefinanzierung	+23.0	-23.0	+0.0	+0.0	+0.0	+0.0	+0.0	+0.0
Neuordnung Spitalfinanzierung	+0.0	+0.0	+90.6	+53.3	+91.9	+54.1	+93.3	+54.9
Totalrevision Jagdgesetz	-0.1	+0.0	-0.1	+0.0	-0.1	+0.0	-0.1	+0.0
Vorhaben mit Aufgabenverschiebung	2011		2012		2013		2014	
	K	G	K	G	K	G	K	G
Kindes- und Erwachsenenschutzrecht	+0.0	+0.0	+11.0	-2.0	+11.0	-2.0	+11.0	-2.0
Ausgleich Aufgabenverschiebung	+0.0	+0.0	-6.5	+6.5	-6.5	+6.5	-6.5	+6.5
Kindes- und Erwachsenenschutzrecht nach Ausgleich	+0.0	+0.0	+4.5	+4.5	+4.5	+4.5	+4.5	+4.5
Total	+44.4	+29.9	+135.1	+121.2	+149.6	+159.8	+172.5	+173.3

Anmerkung: in Mio. Franken; Belastungen (+) / Entlastungen (-); Stand AFP 2011-2014 (August 2010) mit Ergänzung der einmaligen Beteiligung des Kantons an der Pflegefinanzierung im Jahr 2011

3.4 Zusatzfinanzierung zum Budget 2011 mit einem Grosskredit

Die Übernahme des Betrags von 23 Millionen Franken ist nicht im vom Grossen Rat beschlossenen Budget 2011 enthalten. Für eine solche Budgeterhöhung ist gemäss dem Gesetz über die wirkungsorientierte Steuerung von Aufgaben und Finanzen (GAF) der Grosse Rat zuständig. Dazu ist eine Zusatzfinanzierung notwendig, die dem Grossen Rat neben den Sammelvorlagen auch mit einer separaten Vorlage unterbreitet werden kann.

Gemäss § 63 Abs.1 lit. d KV unterliegen Beschlüsse des Grossen Rats über neue einmalige Ausgaben von mehr als fünf Millionen Franken und gemäss § 63 Abs.1 lit. e KV Beschlüsse des Grossen Rats über die Aufnahme von fremden Geldern, die zu einer Höherschuldung des Kantons führen der fakultativen Volksabstimmung.

Gemäss § 18 und 20 GAF ist für solche einmalige Ausgaben dem Parlament ein Grosskredit zu unterbreiten. Der Grosskredit beinhaltet im vorliegenden Fall neue Ausgaben. Gemäss § 20 Abs. 3 GAF gilt eine Ausgabe als neu, wenn in Bezug auf den mit ihr verfolgten Zweck, ihren Umfang, den Zeitpunkt ihrer Vornahme oder anderen wesentlichen Modalitäten ein verhältnismässig grosser Handlungsfreiheit besteht. Da die Ausgabe des Kantonsanteils in keinem Gesetz bestimmt ist, besteht bezüglich Umfang und den Modalitäten ein grosser Freiraum. Deshalb sind die Ausgaben neu und somit unterliegt der Grosskredit dem Referendum.

Wenn nun die neue Ausgabe zu einem Defizit in der Rechnung 2011 führen würde, müsste für die Höhe des Defizits ein Höherschuldungsbeschluss des Parlaments erwirkt werden, der wiederum dem Referendum unterliegt. Zum heutigen Zeitpunkt liegen noch keine konkret bezifferbaren Kompensationen vor. Der Regierungsrat ist überzeugt, dass er diese Kompensationen aber im Laufe des Jahres 2011 finden wird. Er will deshalb bis zur Vorlage und Beratung des Grosskredits im Parlament weitere Abklärungen treffen und dabei auch die Ergebnisse des Rechnungsabschlusses 2010 mitberücksichtigen. Aus diesen Gründen verzichtet der Regierungsrat auf einen Antrag zur Aufnahme von fremden Mitteln.

4. Ergebnisse der Vernehmlassung und daraus resultierende Umsetzungsvorschläge

Das Anhörungsverfahren wurde im Zeitraum von 17. Dezember 2010 bis zum 21. Januar 2011 durchgeführt. Es wurden 24 Anhörungsadressaten (100 %) angeschrieben und zur Stellungnahme eingeladen. Es wurden politische Parteien sowie gemeindenähe Institutionen befragt. Die Stellungnahme war für alle Teilnehmer in Form von Freitext möglich.

Innerhalb der Anhörungsfrist sind neun Stellungnahmen von geladenen Anhörungsadressaten eingegangen. Dies entspricht einer Rücklaufquote unter den geladenen Teilnehmern von 37,5 %. Von den Parteien haben sich die BDP, die CVP, die EVP, die FDP, die Grünen, die SVP, sowie die SP geäußert. Von den gemeindenahen Institutionen haben die Gemeindeammänner-Vereinigung des Kantons Aargau und der Verband Aargauer Gemeindeschreiberinnen und Gemeindeschreiber geantwortet. Zudem sind vier Stellungnahmen von Gemeinden sowie einer weiteren gemeindenahen Institution eingegangen, die nicht zu den Anhörungsadressaten gehörten.

Die Gesamtbeurteilung der Vorlage fiel positiv aus. Alle neun eingeladenen Teilnehmer der Anhörung, die eine Stellungnahme abgegeben haben, stimmen der Vorlage zu, beziehungsweise stimmen unter Vorbehalt zu.

Die CVP, die EVP, die FDP, die Grünen und die Gemeindeammänner-Vereinigung heissen die Vorlage ohne Einschränkung gut. Die BDP, die SVP, die SP und der Verband Aargauer Gemeindeschreiberinnen und Gemeindeschreiber stimmen der Vorlage unter Vorbehalten zu. Die Bedenken sind grundsätzlich im Kostendach von 23 Millionen Franken des Kantonsbeitrags zu finden. Die Gegenvorschläge beruhen auf einer Neuformulierung des §9 Abs. 2 der Übergangsverordnung dahingehend, dass ein Kostenteiler (50/50) ins Gesetz übernommen wird anstatt eines absoluten Betrags. Die BDP fordert einen Kostenteiler 1/3–2/3 zulasten des Kantons. Die SVP und der Verband Aargauer Gemeindeschreiberinnen und Gemeindeschreiber fordern eine Verlängerung der Kantonsbeteiligung bis Ende 2013, da erst zu diesem Zeitpunkt die Umverteilung der Aufgaben und Lasten zwischen Kanton und Gemeinden abgeschlossen sei.

Von den vier aus Eigeninitiative teilnehmenden Gemeinden haben drei mit Vorbehalt zugestimmt, eine Gemeinde vorbehaltlos. Als Vorbehalte werden das Kostendach auf einen absoluten Betrag sowie die zu kurze Laufzeit der Kantonsbeteiligung vorgebracht, die bis zur endgültigen Aufteilung der Lasten von Spital- und Pflegefinanzierung zwischen Gemeinden und Kanton erstreckt werden solle. Die Finanzfachleute Aargauer Gemeinden stimmen vorbehaltlos zu, verweisen jedoch auf die noch fehlende Gesamtschau, welche die Auswirkungen der Lastenverteilung einbezieht.

4.1 Anpassung des Kostenteilers beziehungsweise Aufhebung des Kostendachs von 23 Millionen

Die jetzigen Berechnungen lassen den Schluss zu, dass die als Kostendach definierte Beteiligung des Kantons in der Höhe von 23 Millionen weniger als 50 % der Restkosten ausmachen. Aus diesem Grund und basierend auf den Ausführungen unter Ziffer 3.4 ist sowohl am Kostenteiler wie auch an der Definition des Kostendachs von 23 Millionen Franken festzuhalten.

4.2 Verlängerung der Kantonsbeteiligung bis ins Jahr 2013

Sowohl die SVP wie auch der Verband Aargauer Gemeindeschreiberinnen und Gemeindeschreiber verlangen die Verlängerung der Kantonsbeteiligung bis ins Jahr 2013 beziehungsweise bis zur definitiven Neuregelung der Aufgaben- und Lastenverteilung. Unter Ziffer 3.1 ist dargestellt, dass im Übergangsjahr 2011 das Pendel deutlich zulasten der Gemeinden ausschlägt. Die Mehrbelastung ist für die Gemeinden im Jahr 2011 aufgrund der aktuellen Berechnungen rund 31 Millionen Franken höher als für den Kanton. Diese Mehrbelastung rührt im Wesentlichen daher, dass die Übernahme der Restkosten durch die öffentliche Hand einen neuen Kostenblock darstellt und die Einführungszeitpunkte von Spital- und Pflegefinanzierung zeitlich um ein Jahr auseinander liegen. Damit klafft die Summe der Mehrbelastung zwischen Kanton und Gemeinden 2011 mit rund 31 Millionen Franken am meisten auseinander. Für die Jahre 2012–2014 ist prognostiziert, dass sich die jährliche Mehrbelastung von Kanton und Gemeinden in der Summe beinahe ausgleichen wird. Das Ziel des Regierungsrats ist es, über die gesamte Dauer der Einführung der Neuordnung Pflegefinanzierung und Spitalfinanzierung die Belastung zwischen Kanton und Gemeinden einigermaßen ausgeglichen zu halten. Mit der vorgeschlagenen Lösung, dass der Kanton im Übergangsjahr 50 % der Restkosten der Pflege bis zum Gesamtbetrag von 23 Millionen Franken übernimmt, wird dieses Ziel im Jahr 2011 weitgehend erreicht. Der Regierungsrat hält daran fest, nur im Übergangsjahr 2011 einen Kantonsbeitrag an die Restkostenfinanzierung auszurichten.

5. Auswirkungen

Die finanziellen Auswirkungen auf Kanton und Gemeinden sind im vorhergehenden Kapitel dargestellt. Anschliessend werden nur noch die weiteren Auswirkungen aufgeführt.

5.1 Auswirkungen auf den Kanton

Steuerung

Der Kanton Aargau muss sich aufgrund der eidgenössischen Vorgaben im KVG in verschiedenen Steuerungsbereichen anpassen. Der bisherige Grundsatz der Subjektfinanzierung (PflG) wird durchbrochen und durch die Objektfinanzierung ersetzt. Eine entsprechende Anpassung muss in der GGpl erfolgen. Die Ergänzungsleistungen werden erst nach der Finanzierung der Restkosten ausgerichtet. Die Aufgabenteilung zwischen Kanton und Gemeinden hat mit dem neuen Pflegegesetz auch im Bereich der Finanzierungen neue Relevanz gewonnen und wird gemäss den Grundsätzen umgesetzt. Der Kanton Aargau will die Finanzierung der Restkosten aktiv gestalten und erlässt entsprechend eine kantonale Taxordnung, damit die stationären Leistungserbringer ihre Rechnungslegung anpassen können. Die neu-

en Kosten wurden den Gemeinden im Juni 2010 für die Budgetberechnungen 2011 durch das Departement Volkswirtschaft und Inneres kommuniziert.

Kontrolle

Die Clearingstelle muss nebst der Rechnungsabwicklung und fachlichen Unterstützung auch wichtige Aufgaben im Bereich des Monitoring der Finanzströme sowie mit Blick auf statistische Auswertungen wahrnehmen. Dadurch wird sie in der Lage sein, die Verrechnung der Beteiligung des Kantons an den Restkosten abzuwickeln. Der Aufbau der Clearingstelle erfolgt im Dezember 2010, die Umsetzung im Januar 2011.

5.2 Auswirkungen auf die Gesellschaft

Mit der Kantonsbeteiligung ergeben sich keine direkten Auswirkungen auf die Einwohnerinnen und Einwohner des Kantons Aargau. Indirekt profitieren sie aber von den Auswirkungen auf die Gemeinden (vgl. Ziffer 4.5).

5.3 Auswirkungen auf die Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfänger

Mit der Restkostenbeteiligung bleibt die Zugänglichkeit der Dienstleistungen für die Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfänger unverändert erhalten und hat damit keine Auswirkungen.

5.4 Auswirkungen auf die Wirtschaft

Die Restkostenbeteiligung hat keine Auswirkungen auf die Wirtschaft.

5.5 Auswirkungen auf die Gemeinden

Wie in den Ziffern 3.1 und 3.3 ausgeführt, erhalten die Gemeinden für das Jahr 2011 durch die finanzielle Entlastung mehr Spielraum in ihren Budgets und bezüglich notwendiger Anpassungen der Gemeindesteuerfüsse.

6. Terminplan

28. Februar 2011	Kommissionsberatung (GSW)
22. oder 29. März 2011	Beratung im Grossen Rat
Juli 2011	Ablauf Referendumsfrist
1. August 2011	Inkrafttreten des Beschlusses
Ab August 2011	Verrechnung der Kostenbeteiligung zugunsten der Gemeinden durch die Clearingstelle

Zum Antrag:

Der Beschluss untersteht dem fakultativen Referendum gemäss § 63 Abs. 1 lit. d der Kantonsverfassung, sofern ihm die absolute Mehrheit der Mitglieder des Grossen Rats zustimmt.

Erreicht die Abstimmung nicht 71 befürwortende Stimmen, ist die Vorlage abgelehnt (§ 20 Abs. 4 GAF).

Wird das Behördenreferendum gemäss § 62 Abs. 1 lit. e der Kantonsverfassung ergriffen, findet eine Volksabstimmung statt.

A n t r a g :

Als Zusatzfinanzierung zum Budget 2011 wird für das Übergangsjahr 2011 ein Grosskredit für einen einmaligen Nettoaufwand von maximal 23 Millionen Franken beschlossen. Dieser Betrag deckt maximal 50 % der bis 31. Dezember 2011 zulasten der Gemeinden anfallenden Restkosten aus den stationären Pflegeleistungen.

Aarau, 16. Februar 2011

IM NAMEN DES REGIERUNGSRATS

Landammann:

Staatsschreiber:

Peter C. Beyeler

Dr. Peter Grünenfelder

Anhang:

– Glossar

Glossar

SwissDRG

Swiss Diagnosis Related Groups ist das neue Tarifsysteem für stationäre akutsomatische Spitalleistungen, das gemäss der letzten Revision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Krankenversicherungsgesetz, KVG) die Vergütung der stationären Spitalleistungen nach Fallpauschalen schweizweit einheitlich regelt. Beim Fallpauschalen-System SwissDRG wird jeder Spitalaufenthalt anhand von bestimmten Kriterien, wie Hauptdiagnose, Nebendiagnosen, Behandlungen und Schweregrad, einer Fallgruppe zugeordnet und pauschal vergütet. Die schweizweite, tarifwirksame Einführung von SwissDRG erfolgt am 1. Januar 2012.

Baserate

Die Baserate bezeichnet den Betrag, der im DRG-System für einen Behandlungsfall bezahlt wird, dessen Kostengewicht 1,0 beträgt. Der Basispreis wird durch die Tarifpartner (Versicherer und Leistungserbringer) festgelegt.

Fallkostengewicht

Jeder Fallgruppe (DRG) wird ein empirisch ermitteltes, relatives Kostengewicht zugeordnet, das den durchschnittlichen Behandlungsaufwand der betreffenden Fallgruppe beschreibt. Die Kostengewichte werden auf der Grundlage der Fallkostendaten ausgewählter Spitäler, den so genannten Netzwerkspitälern ermittelt. Hierzu werden die durchschnittlichen Kosten der Inlier (durchschnittliche Aufenthaltsdauer einer DRG durch die durchschnittlichen Kosten sämtlicher Inlier aller Netzwerkspitäler dividiert, der so genannten Bezugsgrösse. Sind die durchschnittlichen Kosten einer DRG gleich der Bezugsgrösse, ergibt sich ein Kostengewicht von 1,0. Die Kostengewichte werden in der Regel jährlich anhand von aktualisierten Daten neu berechnet. Die berechneten Kostengewichte pro DRG sind ersichtlich aus dem sogenannten Fallpauschalenkatalog.

Inlier, Grenzverweildauer und Ausreisser

Durch die Grenzverweildauern werden für jede DRG die normalen Aufenthaltsdauern für das gegebene Krankheitsbild definiert. Diese Werte basieren auf den Referenzdaten der Netzwerkspitäler. Jene Fälle, deren Aufenthaltsdauer mindestens bei der unteren Grenzverweildauer und maximal bei der oberen Grenzverweildauer liegt, gelten als "Normalliegender/Inlier". Patienten mit einer Aufenthaltsdauer unterhalb der unteren Grenzverweildauer bezeichnet man als "Kurzliegender/Low Outlier" und Patienten mit einer Aufenthaltsdauer oberhalb der oberen Grenzverweildauer als "Langliegender/High Outlier". Die unteren und oberen Grenzverweildauern können dem Fallpauschalenkatalog entnommen werden.