

Der Regierungsrat des Kantons Thurgau an den Grossen Rat

Frauenfeld, 13. April 2010

277

EINGANG GR			
21. APR. 2010			
GRG Nr.	08	GE 13	221

Botschaft zum Gesetz betreffend die Änderung des Gesetzes über die Krankenversicherung vom 25. Oktober 1995 (Neuordnung der Pflegefinanzierung)

Sehr geehrte Frau Präsidentin
Sehr geehrte Damen und Herren

Wir unterbreiten Ihnen Botschaft und Entwurf zum Gesetz betreffend die Änderung des Gesetzes über die Krankenversicherung vom 25. Oktober 1995 (Neuordnung der Pflegefinanzierung, RB 832.1).

I. Ausgangslage

1. Übersicht

Die Neuordnung der bundesrechtlichen Bestimmungen über die Pflegefinanzierung bedingt eine Anpassung des kantonalen Gesetzes über die Krankenversicherung (TG KVG; RB 832.1).

Am 13. Juni 2008 verabschiedeten die eidgenössischen Räte das Bundesgesetz über die Neuordnung der Pflegefinanzierung, das am 1. Januar 2011 in Kraft tritt. Es handelt sich um einen Mantelerlass, mit dem zusätzlich zum Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10) auch das Bundesgesetz über die Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHVG; SR 831.10) und das Bundesgesetz über die Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (ELG; SR 831.30) geändert werden. Der Bundesrat hat zudem am 24. Juni 2009 die erforderlichen Ausführungsbestimmungen erlassen und die Verordnung vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (KLV; SR 832.112.31), die Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) sowie die Verordnung vom 31. Oktober 1947 über die Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHVV; SR 331.101) entsprechend angepasst.

Von Bundesrechts wegen wird neu zwischen spitalinterner Pflege, Akut- und Übergangspflege sowie Pflegeleistungen, welche ambulant oder im Pflegeheim erbracht

werden (im Folgenden: allgemeine Pflegeleistungen), unterschieden. Gegenstand der vorliegenden Gesetzesrevision sind die erforderlichen kantonalen Ausführungsbestimmungen zur Akut- und Übergangspflege sowie zu den allgemeinen Pflegeleistungen. Neu geregelt werden somit im Wesentlichen die Finanzierung der Leistungen der Spitex (= spitalexterne Pflege, die durch Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause und von Pflegefachfrauen und Pflegefachmännern mit einer Berufsausübungsbewilligung in selbständiger Tätigkeit erbracht wird) und der stationären und ambulanten Leistungen der Pflegeheime (Alters- und Pflegeheime, Pflegezentren, Pflegewohnungen, Sterbehospize und andere stationäre Pflegeeinrichtungen im Sinne des KVG).

Nicht Bestandteil der Neuordnung der Pflegefinanzierung des Bundes sind die Kosten für Unterkunft und Verpflegung (Hotellerie) und für die Betreuung in Pflegeheimen (stationär und ambulant) sowie die Kosten für Leistungen der Hilfe und Betreuung zu Hause. Darunter sind hauswirtschaftliche und sozialbetreuerische Leistungen, inklusive Entlastungs-, Fahr- und Mahlzeitendienste, zu verstehen (sog. Nicht-KVG-Pflichtleistungen). Da im Rahmen der Neuordnung des Finanzausgleichs und der Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen (NFA) und der Überführung der Übergangsbestimmung zu Art. 101^{bis} AHVG ausserdem Unklarheiten über die Leistungspflicht der Gemeinden entstanden sind, ist die Übergangsbestimmung durch eine kantonale Regelung zu ersetzen und in Bezug auf das Angebot und die Finanzierung der Leistungen zu konkretisieren.

2. Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung

Die Neuordnung der Pflegefinanzierung sieht eine Differenzierung zwischen allgemeinen Pflegeleistungen und Leistungen der Akut- und Übergangspflege vor (neu Art. 25a KVG). Unter allgemeinen Pflegeleistungen sind solche Leistungen zu verstehen, die nicht im Zusammenhang mit einer Spitalbehandlung erbracht werden. Oft spricht man auch von Leistungen der Langzeitpflege. Leistungen der Akut- und Übergangspflege sind dagegen Leistungen, welche sich im Anschluss an einen Spitalaufenthalt als notwendig erweisen und im Spital ärztlich angeordnet werden. Sie werden nur im Akutfall bei medizinischer Notwendigkeit von einem Spitalarzt oder einer Spitalärztin verordnet und sind auf 14 Tage befristet ohne Möglichkeit der Verlängerung. Ziel dieser Pflegeform ist die Rückkehr in die gewohnte Lebenssituation. Inhaltlich besteht zwischen den allgemeinen Pflegeleistungen und der Akut- und Übergangspflege kein Unterschied. Es handelt sich sowohl für den ambulanten wie für den stationären Bereich um den Leistungskatalog, welcher in der KLV umschrieben ist. Auch sind gemäss KVG die gleichen Leistungserbringer zugelassen.

An allgemeine Pflegeleistungen entrichtet die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) Beiträge, sofern die Leistungen aufgrund einer ärztlichen Anordnung und eines ausgewiesenen Pflegebedarfs erbracht werden. Die Beiträge der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) werden vom Bund differenziert nach dem Pflegebedarf für die ganze Schweiz einheitlich festgelegt. Für die verbleibenden Pflegekosten, die nicht von den Sozialversicherungen übernommen werden, darf die Leistungsbezügerin oder der Leistungsbezüger gemäss Art. 25a Abs. 5 KVG bis zu einem Betrag pro Pflegegetag von höchstens 20 Prozent des höchsten vom Bundesrat festgesetzten Pflegebei-

trags belastet werden (Eigenanteil von 20 %). Unter dem Begriff Sozialversicherungen sind im Wesentlichen die Leistungen der OKP zu verstehen, die Ergänzungsleistungen und die Hilflosenentschädigung fallen nicht darunter. Die Kantone haben die Restfinanzierung zu regeln.

Die Leistungen der Akut- und Übergangspflege sind von der OKP und der öffentlichen Hand des Wohnkantons nach den Regeln der Spitalfinanzierung zu vergüten. Die Kantone haben den Anteil der öffentlichen Hand festzulegen. Dieser beträgt für die öffentliche Hand mindestens 55 %, für die Versicherten 45 %. Die Beteiligung der Leistungsbezügerinnen und Leistungsbezüger an den Kosten der Akut- und Übergangspflege entfällt hier.

Das neue Finanzierungssystem ist in der Beilage graphisch dargestellt.

Neben dem Eigenanteil an den Pflegekosten haben die Versicherten auf dem Pflegebeitrag der Krankenkassen für Pflegekosten und für Akut- und Übergangspflege wie bisher die Kostenbeteiligung nach Art. 64 KVG (Selbstbehalt und Franchise) zu entrichten.

II. Umsetzung Neuordnung der Pflegefinanzierung und NFA

1. Pflegeheime

1.1 Heutiges Angebot im kantonalen Pflegeheimbereich

Auf der kantonalen Pflegeheimliste sind 53 Pflegeheime mit 2666 Plätzen für stationäre Leistungen zulasten der OKP für Einwohner des Kantons zugelassen (Stand 31. Dezember 2009). Etwa 160 Leistungsbezügerinnen und Leistungsbezüger wohnen in ausserkantonalen Pflegeheimen. Davon beziehen ca. 120 Personen Ergänzungsleistungen. Ein Pflegeheim verfügt zusätzlich über eine Bewilligung zur Führung eines Tagesheims, einige Pflegeheime verfügen über zusätzliche Bewilligungen als Spitexorganisationen für Einsätze in Pflegewohnungen auf dem Areal des Pflegeheimes oder für beschränkte Nacht- und Notfalleinsätze in angrenzenden Gemeinden (mehrheitlich in Alterswohnungen). Im Jahr 2008 wurden im Kanton Thurgau gemäss Statistik der Curaviva insgesamt 885'600 Pfl egetage erbracht. Nicht eingerechnet sind ausserkantonale Pflegeheimaufenthalte von Einwohnerinnen und Einwohnern des Kantons Thurgau.

1.2 Finanzierung heute

Die Angaben dieses Berichtes basieren auf der Statistik der sozialmedizinischen Institutionen (SOMED-Statistik) 2008.

Die Gesamtkosten für Kantonseinwohnerinnen und -einwohner in Pflegeheimen werden für das Jahr 2008 auf ca. 180 Mio. Franken geschätzt. Davon betragen die Kosten für Unterkunft und Verpflegung ca. 80 Mio. Franken, die Betriebskosten für Pflege und Betreuung etwa 100 Mio. Franken.

Die Betriebskosten der Pflege werden durch die OKP und die Leistungsbezügerinnen und Leistungsbezüger finanziert. Die OKP leistet ca. 41 Mio. Franken an die Pflegekos-

ten. Es wird derzeit nicht zwischen allgemeinen Pflegeleistungen und Akut- und Übergangspflege unterschieden. Ebenso erfolgt keine weitere Unterscheidung z. B. in Bezug auf geschlossene Abteilungen (z. B. Demenzstationen) oder Palliative Care. Betreuungskosten sowie Kosten für Unterkunft und Verpflegung (Hotellerie) werden heute und zukünftig von den Leistungsbezügerinnen und Leistungsbezügern finanziert, soweit sie nicht von den Gemeinden subventioniert werden. Der Kanton gewährt Personen, bei denen die anerkannten Ausgaben die anrechenbaren Einnahmen übersteigen, Ergänzungsleistungen. Dies ist heute bei ca. 42 % der Leistungsbezügerinnen und Leistungsbezüger der Fall.

Der Kanton leistete an das bis heute einzige zugelassene Tagesheim einen einmaligen Projektbeitrag. Die weiteren, nicht von der OKP und den Tagesaufenthalten finanzierten Kosten, werden von der Standortgemeinde getragen.

1.3 Finanzielle Auswirkungen der Gesetzesänderungen auf die Pflegeheime

1.3.1 Allgemeine Pflegeleistungen (Langzeitpflege)

Die Leistungserbringer stellen für die Rechnungslegung auf die Empfehlungen von Curaviva Verband Heime und Institutionen Schweiz (Curaviva) ab. Für die Kostenumlage auf die drei Kostenträger Hotellerie, Betreuung und Pflege werden mehrheitlich fixe Schlüssel verwendet. Der Anteil der Pflegekosten an den Kosten für Pflege und Betreuung variiert dabei gemäss Selbstdeklaration der Heime zwischen 60 % und 100 %, im Durchschnitt wurden 80 % als Pflegekosten angegeben. Auf dieser Basis lagen im Jahr 2008 die nicht durch die OKP gedeckten Kosten der Pflege bei ca. 35 - 40 % der Summe aus Pflege und Betreuung, mithin bei 35 - 41 Mio. Franken. Auf Basis des 2008 angewendeten Systems zur Ermittlung des Pflegebedarfes (BESA), unter Anwendung der neuen OKP-Beiträge und des maximal zulässigen Eigenanteils der Bewohnerinnen und Bewohner von 20 % (entsprechend 12.5 Mio. Franken), wären für die Pflege Restkosten von 13.5 Mio. Franken durch die öffentliche Hand zu finanzieren. Auf das Jahr 2010 hin führen die Pflegeheime, welche ca. drei Viertel der Bewohnerinnen und Bewohner des Kantons betreuen, das RAI/RUG-Einstufungssystem ein. Die Kalibrierung des neuen, 12-stufigen Tarifsystems mit BESA und insbesondere mit der neuen RAI/RUG-Einstufung ist noch nicht erfolgt. Der derzeitige Vorschlag zur Überführung von santésuisse, dem Verband der Schweizer Krankenversicherer, würde anstelle einer deutlichen Erhöhung der OKP-Beiträge sogar zu einer Reduktion der heute unter dem schweizerischen Durchschnitt liegenden Beiträge führen. Studien zur Überführung der Einstufungen sind derzeit auf Bundesebene in Gang. Resultate sind im laufenden Jahr zu erwarten. Bei einer ungünstigen Überführung in die neuen Beitragsstufen ist anstelle der Restkosten von 13.5 Mio. Franken mit geschätzten Restkosten von mindestens 24 Mio. Franken zu rechnen.

1.3.2 Eigenanteil Pflegeleistungen bei stationärem Pflegeheimaufenthalt

In der vorstehenden Berechnung wurde der maximal zulässige Eigenanteil der Leistungsbezügerinnen und Leistungsbezüger zu Grunde gelegt. Wird ein reduzierter Eigenanteil festgelegt, erhöhen sich die Restkosten zu Lasten der öffentlichen Hand entsprechend.

1.3.3 Stationäre Akut- und Übergangspflege

Die Kosten der öffentlichen Hand für stationäre Akut- und Übergangspflege werden auf 2.5 Mio. Franken geschätzt. Dies entspricht dem Finanzierungsanteil für insgesamt 45 Plätze bei 80 % Auslastung. Leistungen der Palliative Care sind spezialisierte Leistungen der Akut- und Übergangspflege sowie der allgemeinen Pflegeleistungen. Von den ausgewiesenen Mehrkosten für Palliative Care in Pflegeheimen wurden daher 50 % (Fr. 900'000.--) der Akut- und Übergangspflege zugeordnet.

1.3.4 Tagesheime, Tages- und Nachtaufenthalte in Pflegeheimen

Die Restkostenbeiträge der Pflege für ambulante Pflegeheimaufenthalte sowie die Kostenbeiträge für Nicht-KVG-Leistungen bei ambulanten Aufenthalten in Tagesheimen und in Tages- und Nachtstrukturen werden pauschal zusammen mit Beiträgen für Entlastungsdienste und Patientenschulungen zu Hause auf insgesamt Fr. 300'000.-- geschätzt (siehe nachstehend Ziff. 2.5.4).

2. Ambulante Pflege sowie Hilfe und Betreuung zu Hause

2.1 Vorgaben der Bundesgesetzgebung zur Pflegefinanzierung zu Hause

Gemäss Art. 7a Abs. 1 KLV übernimmt die OKP für Leistungen, welche von zugelassenen Leistungserbringern ausgeführt werden, schweizweit einheitliche Beiträge. Sie sind als Beiträge pro Stunde in drei Pflegekategorien abgestuft. Die Vergütung erfolgt in Zeiteinheiten von 5 Minuten. Zu vergüten sind mindestens 10 Minuten.

Zur OKP zugelassen und damit beitragsberechtigt sind alle Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause mit einer kantonalen Bewilligung und alle selbständig tätigen Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner mit einer kantonalen Berufsausübungsbewilligung (in eigenem Namen tätige Pflegefachpersonen).

Analog zum Pflegeheim darf der Leistungsbezügerin resp. dem Leistungsbezüger ein maximaler Eigenanteil pro Tag von höchstens 20 % des höchsten vom Bundesrat festgesetzten Pflegebeitrages pro Stunde als Beitrag pro Tag überwältzt werden (derzeit Fr. 15.95 pro Pflege-tag, entsprechend 20 % von Fr. 79.80 gemäss Art. 7a Abs. 1 KLV). Die nach Abzug der OKP-Beiträge und des Eigenanteils von den anrechenbaren Gesamtkosten verbleibenden Restkosten sind durch die öffentliche Hand zu finanzieren.

2.2 Vorgaben der Bundesgesetzgebung zur NFA bezüglich Nicht-KVG-Pflichtleistungen

Die Übergangsbestimmung zu Art. 101^{bis} AHVG betreffend Nicht-KVG-Leistungen lautet:

„Bis zum Inkrafttreten einer kantonalen Finanzierungsregelung für die Hilfe und Pflege zu Hause setzen die Kantone den Subventionsbetrag an gemeinnützige private Institutionen (Spitex-Träger), die nach Artikel 101^{bis} bisherigen Rechts AHV-Subventionen erhielten, auf Grund der Löhne des Vorjahres und des massgebenden Prozentsatzes [24 %] für die Beitragshöhe im Kalenderjahr vor Inkrafttreten des Bundesgesetzes vom

6. Oktober 2006 über die Schaffung und die Änderung von Erlassen zur Neugestaltung des Finanzausgleichs und der Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen (NFA) fest. Sie bezahlen zudem pro Aufenthaltstag im Tagesheim dreissig Franken und pro ausgelieferte Mahlzeit einen Franken.“

An die Nicht-KVG-Pflichtleistungen der Hilfe und Pflege zu Hause sind somit im Kanton Thurgau zwingend Beiträge an die öffentlichen Spitexorganisationen und den Entlastungsdienst des Schweizerischen Roten Kreuzes (SRK) zu leisten. Die Mindestbeiträge für Mahlzeitendienst und Tagesheim sind - unabhängig von welchem Leistungserbringer sie erbracht werden - zu entrichten.

2.3 Heutiges Angebot an ambulanter Pflege sowie Hilfe und Betreuung

Ambulante Pflegeleistungen gemäss Art. 7 KLV werden im Kanton Thurgau durch 32 öffentliche Spitexorganisationen, 5 private Spitexorganisationen und 5 hausinterne Spitexorganisationen in Pflegeheimen sowie ca. 30 in eigenem Namen tätigen Pflegefachfrauen und -männern erbracht (Stand 31. Dezember 2009). Im Jahr 2008 wurden ca. 6'000 Klientinnen und Klienten durch die öffentlichen Spitexorganisationen betreut. Von den Mitgliedern des Spitex Verbandes Thurgau wurden 360'000 Leistungsstunden erbracht, rund zwei Drittel davon fallen unter die Beitragsberechtigung gemäss OKP.

Angehörige und nicht beruflich an der Krankenpflege Mitwirkende erbringen unentgeltlich wesentliche Beiträge in der Pflege und Betreuung zu Hause. Sie können in ihren Aufgaben durch spezifische Beratung (Anleitung und Schulung) von Berufsfachleuten unterstützt werden. Auf ärztliche Verordnung sind Beratungen zu Lasten der OKP beitragsberechtigt. Zu den erbrachten Leistungen gibt es keine Daten.

Als Nicht-KVG-Pflichtleistungen werden die hauswirtschaftlichen und betreuerischen Leistungen mehrheitlich durch öffentliche Spitexorganisationen erbracht, der Mahlzeitendienst mehrheitlich durch gemeinnützige Organisationen (z. B. Frauenvereine), Entlastungsdienste und Fahrdienste mehrheitlich durch das SRK. Menschen mit Behinderung beanspruchen mehrheitlich den Familienentlastungsdienst in Zusammenarbeit mit der Pro Infirmis. Das Angebot des ambulanten Hospizdienstes steht allen Personen zur Verfügung. In stationären Einrichtungen ist dieses Angebot in palliativen Situationen kostenlos.

2.4 Heutige Finanzierung der Pflegeversorgung zu Hause und ambulant

Es bestehen keine kantonalen Regelungen zur Rechnungslegung und Anrechenbarkeit der Kosten. Spitexorganisationen mit Kostenträgerrechnung verwenden das Finanzmanual des Spitex Verbandes Schweiz. Gemäss Statistik des Spitex Verbandes Thurgau erbrachten die dem Verband angeschlossenen Mitglieder im Jahr 2008 Leistungen im Gesamtaufwand von 26 Mio. Franken. Daran leisteten die Gemeinden über kommunale Leistungsvereinbarungen für KVG-Leistungen und Nicht-KVG-Pflichtleistungen insgesamt Beiträge von 8.4 Mio. Franken. Santésuisse wies im Jahr 2008 OKP Beiträge an Spitexorganisationen von 10.1 Mio. Franken aus, davon gingen 9.8 Mio. an die dem Spitex Verband Thurgau angeschlossenen und nur rund Fr. 300'000.-- an nicht angeschlossene Leistungserbringer. Die Leistungsbezügerinnen und Leistungsbezüger wur-

den über Taxen für Nicht-KVG-Leistungen mit 4.4 Mio. Franken belastet. Aus den Zusammenstellungen lässt sich nicht schliessen, wie gross der Anteil der Gemeinden an den Nicht-KVG-Pflichtleistungen effektiv ist und ob die Übergangsbestimmungen AHVG eingehalten sind. Wird davon ausgegangen, dass die Krankenversicherer zwischen 58 und 66 % der Pflegekosten decken, beträgt das Volumen an Nicht-KVG-Pflichtleistungen 9.2 bis 11.2 Mio. Franken. Daraus errechnet sich ein Anteil zulasten der Bezügerinnen und Bezüger von 62 bis 50 % bzw. zulasten der Gemeinden von 15 bis 30 %.

Spitexorganisationen und in eigenem Namen tätige Pflegefachpersonen ohne kommunale Finanzierungsvereinbarung sind bisher der öffentlichen Hand gegenüber nicht beitragsberechtigt.

Der Kanton und der Entlastungsdienst des SRK haben für das Jahr 2010 als Überbrückung bis zur gesetzlichen Regelung eine Leistungsvereinbarung abgeschlossen, auf deren Grundlage den Klientinnen und Klienten im ausgewiesenen Leistungsrahmen unabhängig vom Wohnort kantonsweit einheitliche Tarife gewährt werden. Ab 2011 ist der Anteil gemäss NFA von den Gemeinden zu übernehmen.

2.5 Finanzielle Auswirkungen der Gesetzesänderungen bei der Pflege und Betreuung zu Hause

2.5.1 Allgemeine Pflegeleistungen (Langzeitpflege)

Die OKP entrichtet neu leicht über den heutigen Tarifen liegende Beiträge. Zusätzlich sind an Restkosten von Leistungserbringern ohne kommunalen Auftrag Beiträge zu entrichten, sofern eine anderweitige Finanzierung nicht gesichert ist. Auf der Basis des Jahres 2008 hätten sich die beiden Effekte in etwa ausgeglichen.

2.5.2 Akut- und Übergangspflege, Palliative Care, spezialisierte Pflege

Die Schätzungen der Kantone für die Mehrkosten der Akut- und Übergangspflege sind sehr unterschiedlich. Diese hängen insbesondere vom bereits finanzierten Angebot in Randzeiten sowie in der Nacht ab (Akut- und Übergangspflege bedingt reguläre Dienste von mindestens 6.00 bis 22.00 Uhr an 7 Tagen pro Woche sowie Nacht- respektive Piktettdienst durch Pflegefachpersonen). Die Übergänge sind fliessend. Für die Finanzierung aus der OKP wird eine Grenze von 14 Tagen mit erhöhtem Pflegebedarf festgesetzt. Es ergeben sich unter diesen Voraussetzungen Kosten für ambulante Akut- und Übergangspflege von geschätzt 1.2 Mio. Franken, im stationären Bereich sind es 2.5 Mio. Franken.

Das Umsetzungskonzept für Palliative Care ist in Erarbeitung. In der ersten Kostenschätzung von insgesamt 4.5 Mio. Franken sind je zu einem Drittel eingeschlossen:

- Betriebskosten einer Einheit von 8 stationären Plätzen als Palliative Care Zentrum am Kantonsspital Münsterlingen kombiniert mit
- einem mobilen Palliative Care Team für die Unterstützung der Spitexorganisationen, Pflegeheime und der Spitäler, inkl. reduziertem Anteil Weiterbildung,
- Ausweitung der Dienste in 6 bis 8 Spitexorganisationen.

Effektive und effiziente Palliative Care im genannten engen Kostenrahmen bedingt zusätzlich eine optimale Vernetzung mittels elektronischem Case Management der bis zu zehn Pflege- und Betreuungseinheiten (Hausarzt, Spezialist, Spitex, Palliative Zentrum, Mobiles Care Team, ambulanter Hospiz Dienst, Lungenliga, Krebsliga, Psychologe/ Psychiater, Sozialdienst, Seelsorger etc.).

2.5.3 Eigenanteil für ambulante Pflege

Die Leistungsbezügerinnen und Leistungsbezüger der Spitex können mit der Erhebung eines Eigenanteils deutlich stärker belastet werden als heute. Der durchschnittliche Rechnungsbetrag im Kanton Thurgau für Spitex-Pflege lag im Jahr 2008 unter Fr. 30.-- pro Tag, der bundesrechtlich vorgesehene Eigenanteil von 20 % pro Tag entspricht Fr. 15.95. Ein grosser Teil der Klientinnen und Klienten müsste 40 bis 50 % der Tagespflegekosten selber bezahlen. Je grösser die finanzielle Belastung ist, desto grösser wird das Risiko, dass notwendige Pflegeleistungen und/oder notwendige Haushilfe und Entlastungsdienste als Kompensation zu den höheren Pflegekosten ungenügend beansprucht werden. Konsequenz daraus ist die Erschöpfung der pflegebedürftigen Person und deren Angehörigen, verbunden mit einem früheren Übertritt ins Pflegeheim mit entsprechend hohen Kostenfolgen auch für die öffentliche Hand. Im Sinne der Strategie ambulant vor stationär ist zu überprüfen, ob auf den Eigenanteil vollständig oder zumindest teilweise verzichtet werden kann. Ein Eigenanteil gemäss Bundesrecht würde zu einer approximativen Belastung der Klientinnen und Klienten von über 2.5 Mio. Franken führen, ein Eigenanteil von 20 % proportional zu den verrechneten Pflegekosten zu einer Belastung von ca. 1.9 Mio. Franken und ein Eigenanteil von 10 % zu einer Belastung von Fr. 700'000.--. Dies führt zu entsprechenden Entlastungen der öffentlichen Hand.

2.5.4 Nicht-KVG-Pflichtleistungen

Die Überführung der Übergangsbestimmung zu Art. 101^{bis} AHVG ist weiterhin in der Art möglich, dass ausschliesslich an Leistungserbringer mit kommunalem Leistungsauftrag Beiträge zu leisten sind. In Bezug auf die Zuständigkeit und die Mitfinanzierung der hauswirtschaftlichen Leistungen tritt damit keine Neuerung ein.

Die Zusatzkosten für folgende Nicht-KVG-Pflichtleistungen werden auf jährlich insgesamt Fr. 300'000.-- geschätzt: Beiträge an die anrechenbaren Kosten für Entlastungsdienste (mindestens im Rahmen des Leistungsbereiches des SRK Entlastungsdienstes sowie des Ambulanten Hospiz Dienstes), Beiträge an Tagesheime sowie Aufenthalte in Tages- und Nachtstrukturen, ungedeckte Kosten für Schulungen von Patientinnen und Patienten, Angehörigen und weiteren nicht beruflich in der Krankenpflege Tätigen. Die Verbilligung der Mahlzeiten führt zu keinen Zusatzkosten, da sie bereits bisher von den Gemeinden übernommen wurde.

III. Vernehmlassungsverfahren

Zur Neuordnung der Pflegefinanzierung hat der Regierungsrat ein breites Vernehmlassungsverfahren durchgeführt, in welches die Gemeinden und der VTG, die betroffenen

Verbände und Organisationen, die politischen Parteien sowie insbesondere die Verbände der Pflegeheime (Curaviva, senesuisse) und der Spitexorganisationen (Spitex Verband Thurgau, Spitex privée suisse) einbezogen wurden. Es haben zudem einzelne Pflegeheime Stellungnahmen eingereicht. Die Vernehmlassung zeigt, dass der Vorlage mehrheitlich zugestimmt wird. Allerdings wird auch Kritik geäußert. Zusammenfassend zeigt sich folgendes Ergebnis, wobei sich die Ausführungen auf die wesentlichen Aussagen zu den nachstehenden Themenbereichen beschränken:

1. Finanzierungsregelung

- 1.1 Der VTG und mit ihm die Mehrheit der Gemeinden stehen der vorgeschlagenen Finanzierungsregelung skeptisch gegenüber. Insbesondere wird die Übernahme der Kosten im Bereich der stationären Pflege im Pflegeheim abgelehnt, da damit eine neue, heute nicht sinnvolle Verbundaufgabe entstehe. Die Möglichkeiten der Gemeinden, die Kosten in diesem Bereich zu beeinflussen, seien verschwindend klein. Dagegen verfüge der Kanton mit der Pflegeheimliste über das notwendige Steuerungs- und Planungsinstrument. Die Mehrheit der Gemeinden sowie der VTG, aber auch Curaviva schlagen vor, dass der Kanton die Restfinanzierung der stationären Pflege in den Pflegeheimen übernehmen soll, während die Gemeinden entsprechend der Aufgabenentflechtung gemäss NFA die Kosten der ambulanten Pflege tragen sollen. Die Gemeinden kritisieren überdies die zunehmende Überregulierung sowie die steigenden Anforderungen an Qualität und Professionalisierung, welche die Kosten der Pflege, aber auch der Spitexdienste weiter in die Höhe treiben. Ein Teil der Gemeinden steht auch der Neuformulierung von § 11 GG ablehnend gegenüber, welche ihrer Ansicht nach einen neuen Versorgungsauftrag der Gemeinden im Bereich der Pflegeheime aufnehme. Die Auswirkungen eines solch umfassenden Versorgungsauftrages seien schwer abzuschätzen und würden den Rahmen der vorliegenden Revision sprengen.

Eine Minderheit der Gemeinden und die Mehrheit der Parteien befürworten indes die vorgesehene Finanzierungsregelung. Ebenso spricht sich der Spitex Verband Thurgau für die vorgeschlagene Lösung aus. Eine andere Regelung, insbesondere wie sie die Mehrheit der Gemeinden vorschlägt, erachtet er als fatal, weil damit dem Grundsatz „ambulant vor stationär“ keinerlei Nachachtung verschafft würde.

- 1.2 Der Regierungsrat nimmt die Einwände und Befürchtungen, insbesondere der Gemeinden, zur Kenntnis. Er ist sich der Komplexität der Materie und der schwer abschätzbaren Folgen der vorliegenden Gesetzesänderung - gerade auch in finanzieller Hinsicht - für die Gemeinden, aber auch für den Kanton bewusst. Dennoch hält er an der vorgeschlagenen Finanzierungslösung fest. Bei genauer und nüchterner Betrachtung erweist sie sich als richtig und auch für die Gemeinden akzeptabel.

Das Führen und Fördern von Einrichtungen zur Pflege von Kranken, Betagten und Behinderten stellt gemäss § 69 der Kantonsverfassung (KV) eine Verbundaufgabe dar. Der Kanton ist für die medizinische Versorgung im stationären Bereich (Spitäler) zuständig (§ 4 Abs. 2 f. Gesundheitsgesetz [GG]; RB 810.1). Der eigentliche Betrieb und das Führen von Pflegeheimen werden seit jeher den Gemeinden oder privaten Organisationen überlassen. Ebenso haben die Ge-

meinden in der Vergangenheit die Alters- und Pflegeheime gebaut und finanziert, dies oft zusammen mit gemeinnützigen Organisationen oder als Zweckverbände. Die Pflegeabteilung der ehemaligen Thurgauer Klinik St. Katharinental in Diessenhofen wurde auf den 1. Januar 2002 den Gemeinden des Bezirks Diessenhofen als neue Trägerschaft übergeben, nachdem sie zunehmend den Charakter eines Pflegeheims erhielt. In der alleinigen Zuständigkeit der Gemeinden liegt schliesslich der gesamte Pflege- und Hausdienstbereich (§ 11 GG). Diese Zuständigkeitsordnung wird im Sinne der Subsidiarität selbst von den Gemeinden als sinnvoll erachtet.

Der vorliegende Gesetzesentwurf, wonach der Kanton die Ausgaben für die stationäre Pflege im Pflegeheim zur Hälfte mitfinanziert, während die Gemeinden vollumfänglich für die Finanzierung der ambulanten Pflege sowie der Hilfe und Betreuung zu Hause aufkommen, nimmt somit die heutige Aufgabenteilung auf. Die Regelung erweist sich als sachgerecht. Sie garantiert aber auch, dass die Gemeinden ihr Handeln nach dem Grundsatz „ambulant vor stationär“ ausrichten. Nur wenn sowohl die Kompetenz zum Betrieb eines Pflegeheims, als auch die Kompetenz, Dienstleistungen im Bereich der ambulanten Pflege sowie der Hilfe und Betreuung zu Hause, auch in Alterswohnungen, in einer Hand liegen, können die Angebote koordiniert aufeinander abgestimmt werden. Es ist richtig, dass die kantonale Planung der Pflegeheime in der Zuständigkeit des Kantons liegt und der Kanton für Bewilligung und Aufsicht im Gesundheitsbereich - und damit auch im Bereich der Pflege - zuständig ist. Den Gemeinden verbleibt daneben aber genügend Spielraum, um regional für eine optimale Planung der Wohnangebote und damit kostensenkende Koordination zwischen den Dienstleistungen der Pflegeheime und den Dienstleistungen der ambulanten Pflege sowie Hilfe und Betreuung zu Hause zu sorgen. Anzumerken ist ausserdem, dass die pflegekostenrelevanten Vorgaben des Kantons in den Pflegeheimen von den meisten Institutionen übertroffen werden. Je besser das Angebot der ambulanten Pflege sowie Hilfe und Betreuung zu Hause ausgestaltet und koordiniert ist, umso länger können Leistungsbezüger und Leistungsbezügerinnen davon profitieren und den Heimeintritt hinausschieben. Dies führt zu einer erwünschten Kostensenkung, ohne dass die Dienstleistung der Pflege qualitativ oder mengenmässig beeinträchtigt wird. Wird dagegen die Finanzierung der stationären Pflege im Pflegeheim allein dem Kanton aufgelegt, besteht die Gefahr, dass die Gemeinden das Angebot der ambulanten Pflege und insbesondere der Hilfe und Betreuung zu Hause aus Kostengründen nur minimal ausbauen und damit einen frühzeitigen Heimeintritt der Leistungsbezüger und Leistungsbezügerinnen verursachen.

Die vorgeschlagene Finanzierungslösung dient somit einerseits der Vermeidung von falschen Anreizen für die Gemeinden und andererseits wird damit die bereits heute geltende Aufgabenteilung berücksichtigt. Sie dient aber auch dazu, die schwer abschätzbaren finanziellen Folgen der vom Bund vorgesehenen neuen Finanzierungsregelung für die Gemeinden etwas abzufedern. Dagegen ist die Neuformulierung von § 11 GG als nicht vordringlich fallen zu lassen und im Rahmen der Totalrevision des Gesundheitsgesetzes neu zu prüfen.

2. Rechnungslegung und Abrechnungsmodus

- 2.1 In Bezug auf die in § 16 und § 23 vorgesehene Rechnungslegung fordern sowohl die Gemeinden als auch weitere Vernehmlassungsteilnehmer eine einfache und kosteneffiziente Rechnungslegung. Einig ist sich die Mehrheit der Vernehmlassungsteilnehmer ausserdem darüber, dass die Abrechnung nicht in Form der vorgesehenen subjektorientierten Objektfinanzierung erfolgen soll, sondern dass die Kosten individuell über die Leistungsbezügerinnen und Leistungsbezüger und der EL-Stelle abgerechnet werden sollen. Weiter wird die Möglichkeit zur Reduktion der Beiträge bei Unterschreiten der Qualitätsvorgaben insbesondere von Curaviva sowie senesuisse kritisiert. Die übrigen Vernehmlassungsteilnehmer befürworten die Möglichkeit zur Reduktion mehrheitlich, weisen jedoch darauf hin, dass die Reduktion nicht von der Pflicht zur Wiederherstellung der erforderlichen Qualität entbindet und gewährleistet sein muss, dass diese auch tatsächlich wieder hergestellt wird.
- 2.2 Auch wenn grundsätzlich die subjektorientierte Objektfinanzierung favorisiert wird, ist für die Abrechnung auch ein System prüfenswert, wie es bei der EL-Abrechnung zur Anwendung kommt. Die geschätzten Kosten für die Abrechnung über die EL-Stelle belaufen sich auf ca. Fr. 500'000.--. Die Regelung der einheitlichen Rechnungslegung und Rechnungsstellung sowie der Abrechnung über den Kanton wird an das dafür zuständige Departement für Inneres und Volkswirtschaft delegiert. Es wird die Anliegen der Vernehmlassungsteilnehmer prüfen und beim Erlass ergänzender Bestimmungen insbesondere die betroffenen Institutionen sowie die Gemeinden einbeziehen. Eine Anpassung des vorliegenden Gesetzesentwurfs ist hierzu nicht erforderlich.

3. Normkostenbeiträge

- 3.1 Die Gemeinden sowie weitere Vernehmlassungsteilnehmer stimmen der vorgesehenen Abgeltung der stationären Pflege in Form von Normkostenbeiträgen weitgehend zu. Dagegen lehnen Curaviva sowie senesuisse diese Form der Abgeltung ab. Damit werde der in Art. 44 KVG verankerte Tarifschutz verletzt. Sie fordern deshalb die Übernahme der effektiven Kosten bzw. die Berechnung der Restfinanzierung aufgrund der jeweiligen Kostenrechnungen. Auch der eidgenössische Preisüberwacher erachtet die normative Festsetzung von Pflegekosten als problematisch, da damit die Heime versucht seien, die ungedeckten Kosten über Betreuungs- und Pensionskosten den Leistungsbezügerinnen und Leistungsbezügerinnen zu überwälzen. Die Association Spitex privée suisse ASPS, Curaviva und senesuisse lehnen ausserdem die Datenerhebung und im Besonderen die Veröffentlichung der Daten in nicht anonymisierter Form ab, da beides unzulässig sei.
- 3.2 Der vorliegende Gesetzesentwurf hält an der Festlegung von Normkostenbeiträgen fest. Als Basis zur Festlegung der Normkostenbeiträge dienen die Datenerhebungen in den verschiedenen Heimen. Dabei orientieren sich die Beiträge an den Kosten jener Heime, welche die Pflegeleistungen in der notwendigen Qualität effizient und kostengünstig erbringen, so dass bei effizienter und wirtschaftlicher Leistungserbringung die gesamten Kosten der Pflege gedeckt sind. Reicht

der Beitrag zusammen mit dem Beitrag des Krankenversicherers und dem Eigenanteil des Leistungsbezügers oder der Leistungsbezügerin nicht aus, so dürfen die ungedeckten Kosten von Bundesrechts wegen nicht weiterverrechnet werden, sondern sind vom Heim selbst zu tragen und längerfristig mittels Kostensoptimierung wettzumachen. Damit ist der Tarifschutz gewährleistet. Auch die Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) teilt diese Auffassung.

Die vorgesehene Datenerhebung ist somit einerseits notwendig, um die Normkostenbeiträge zu ermitteln, andererseits aber auch, um die korrekte Erfassung der Kosten sowie die Einhaltung des Tarifschutzes zu überprüfen. Die Veröffentlichung führt schliesslich zu einem erhöhten Wettbewerb unter den Leistungserbringern und fördert das Kostenbewusstsein sowohl der Leistungsbezügerinnen und Leistungsbezüger, als auch der Trägerschaft. Die Erhebung, Bearbeitung und Veröffentlichung von Personendaten ist zulässig, soweit hierfür eine gesetzliche Grundlage besteht oder dies einer gesetzlichen Aufgabe dient. Mit § 16 Abs. 2 und § 23 Abs. 2 des Entwurfs werden die erforderlichen Grundlagen geschaffen, so dass die Bearbeitung und Veröffentlichung der Daten zum Zweck der Schaffung von Transparenz im Bereich der Pflege zulässig ist, zumal es sich dabei um nicht besonders schützenswerte Daten im Sinne des kantonalen Datenschutzgesetzes (DSG; RB 170.7) handelt.

4. Beteiligung Leistungsbezüger und Leistungsbezügerin

- 4.1 Die Gemeinden und der VTG befürworten mehrheitlich die Förderung des Grundsatzes „ambulant vor stationär“, indem sich die Leistungsbezügerinnen und Leistungsbezüger unterschiedlich an den Kosten der ambulanten bzw. stationären Pflege beteiligen sollen. Einige Organisationen schlagen eine tiefere Beteiligung an der ambulanten Pflege (10 %) vor (Ärztegesellschaft TG, Krebsliga TG). Andere (Spitexverband, SBK Sektion TG, Pro Senectute, Alzheimervereinigung TG) möchten ganz auf die Patientenbeteiligung im ambulanten Bereich verzichten. Die Parteien sprechen sich ebenfalls mehrheitlich für eine stärkere Entlastung der Leistungsbezüger und Leistungsbezügerinnen aus. Dagegen lehnen Curaviva und senesuisse eine Ungleichbehandlung der ambulanten bzw. stationären Pflege ab und fordern, dass die Ausgestaltung der Beteiligung im stationären Bereich gleich wie im ambulanten Bereich erfolgt.
- 4.2 Die unterschiedliche Beteiligung der Leistungsbezügerinnen und Leistungsbezüger von Leistungen im ambulanten bzw. im stationären Bereich ergibt sich aus dem Grundsatz „ambulant vor stationär“. Um auch im ambulanten Bereich das Kostenbewusstsein der Leistungsbezügerinnen und Leistungsbezüger zu fördern, soll jedoch nicht gänzlich auf eine Kostenbeteiligung verzichtet werden.

5. Finanzierung der Hilfe und Betreuung zu Hause

- 5.1 Einige Gemeinden wehren sich gegen die Festlegung von Mindestbeiträgen durch den Kanton und fordern mehr Selbstbestimmung. Die Association Spitex privée lehnt ausserdem die Ungleichbehandlung von Spitexdiensten mit und ohne Leistungsauftrag ab. Die Mehrheit jedoch, darunter auch der VTG und ein Grossteil der Gemeinden, befürwortet die vorgesehene Regelung und fordert

darüber hinaus den Einbezug der Entlastungsdienste. Seitens des Spitex Verbandes Thurgau und zum Teil auch von den Gemeinden wird weiter angeregt, in § 27 Abs. 2 nicht den maximal zulässigen Beitrag der Leistungsbezüger und Leistungsbezügerinnen festzusetzen, sondern den Mindestbeitrag der Gemeinden. Damit soll gewährleistet werden, dass weiterhin Mitgliederbeiträge und Spenden gezielt für Vergünstigungen zugunsten der Leistungsbezügerinnen und Leistungsbezüger eingesetzt werden können.

- 5.2 Die Festsetzung von Mindestbeiträgen drängt sich auf, da sich bezüglich des Umfangs der Leistungspflicht der Gemeinden im Nachgang zur Umsetzung der NFA Unklarheiten ergaben. Ohne diese Regelung haben die Gemeinden die Beiträge gemäss der Übergangsbestimmung zu Art. 101^{bis} des Bundesgesetzes vom 20. Dezember 1946 über die Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHVG) an die Hilfe und Pflege zu Hause für Betagte und Behinderte auszurichten. Die vorliegende Regelung ermöglicht es den Gemeinden, Beitragsleistungen nur an Leistungserbringer mit kommunalem Leistungsauftrag zu erbringen. Der Gesetzesentwurf nimmt ausserdem das Anliegen der Mehrheit auf und bezieht einerseits den Entlastungsdienst mit ein und setzt andererseits für die Hilfe und Betreuung zu Hause den Mindestbeitrag der Gemeinden auf mindestens 24 % der ausgewiesenen Lohnkosten des Vorjahres fest, was der Übergangsbestimmung des Bundes entspricht. Die Gemeinden sind frei, die Leistungen weitergehend zu vergünstigen.

6. Problematik Wohnsitzwechsel bei Heimeintritt

- 6.1 Ein Teil der Vernehmlassungsteilnehmer macht auf die Problematik des Wohnsitzwechsels bei einem Heimeintritt im inner- und interkantonalen Verhältnis aufmerksam.
- 6.2 Im inner- sowie interkantonalen Verhältnis gelten grundsätzlich die Bestimmungen des Zivilgesetzbuches (ZGB), wonach bei einem Heimeintritt in der Regel kein neuer Wohnsitz begründet wird (Art. 26 ZGB). Erfolgt der Heimeintritt jedoch auf freiwilliger Basis und mit der Absicht des dauernden Verbleibs, begründet er dennoch einen neuen Wohnsitz. Befürchtet wird seitens der Vernehmlassungsteilnehmer auch, dass vor dem Heimeintritt durch Wohnsitzwechsel der Wohnsitz am Ort des Pflegeheims begründet wird. Im interkantonalen Verhältnis kann diese Problematik nicht einseitig durch den Kanton gelöst werden, da die Finanzierungspflicht dem Wohnsitzkanton obliegt. Auf eine spezielle Regelung im innerkantonalen Verhältnis wird daher ebenfalls verzichtet. Die bisherige Praxis hat keine namhaften Problemfälle ergeben.

IV. Grundzüge der Neuregelungen auf Gesetzesstufe

1. Grundsätze der Neuregelung

Im Revisionsentwurf zum kantonalen Ausführungsgesetz zum KVG (TG KVG; RB 832.1) sind die Präzisierung der Verantwortlichkeiten und die Finanzierung nach folgenden Grundsätzen vorgesehen:

1.1 Allgemeine Grundsätze

- Der Gemeinde obliegt die Verantwortung für die Versorgung ihrer Wohnbevölkerung mit ambulanten und stationären Pflegeleistungen. Dieses Angebot umfasst die allgemeinen Pflegeleistungen, die Akut- und Übergangspflege gemäss KLV sowie Hilfe und Betreuung zu Hause (Hauswirtschaft, Entlassungsdienste, Schulungen für Klientinnen und Klienten und deren Umfeld, Mahlzeitendienst, Fahrdienst). Sie erteilt dazu Leistungsaufträge. Sie kann Leistungsaufträge zu umfassenden Leistungsvereinbarungen bündeln.
- Die Gemeinde sorgt für die Durchlässigkeit und Vernetzung der Leistungsangebote.
- Dem gesundheitspolitischen Grundsatz „ambulant vor stationär“ soll in Bezug auf Angebot und Finanzierung Rechnung getragen werden.
- Leistungen und Finanzierung werden mittels transparenter, einheitlicher Rechnungslegung und Rechnungsstellung sowie Datenerhebung und Datenveröffentlichung dargelegt. Die anrechenbaren Kosten an die Pflegeleistungen werden festgelegt.
- Die Beiträge der öffentlichen Hand an Leistungserbringer ohne Leistungsauftrag der Gemeinden beschränken sich auf den Bereich der Pflegeleistungen und der Leistungen der Akut- und Übergangspflege gemäss Art. 7 KLV. An die Hilfe und Betreuungsleistungen dieser Leistungserbringer werden keine Beiträge ausgerichtet.

1.2 Finanzierungsgrundsätze

1.2.1 Stationäre Pflegeversorgung

- Die Beteiligung der Leistungsbezügerinnen und Leistungsbezüger erfolgt im maximal zulässigen Umfang gemäss Bundesgesetzgebung.
- Für die Finanzierung der Pflegeleistungen werden Normpflegesätze festgelegt. Sie können nach Angebot differenziert werden (z. B. Demenzstation, Palliative Care). Die anerkannten Pflegerestkosten ergeben sich nach Abzug der Beiträge der Sozialversicherung und der Leistungsbezügerinnen und Leistungsbezüger.
- Gemeinden und Kanton beteiligen sich je zur Hälfte an den anerkannten Pflegerestkosten sowie an den Kosten der öffentlichen Hand für Akut- und Übergangspflege.

1.2.2 Ambulante Pflegeversorgung

- Die Beteiligung der Leistungsbezügerinnen und Leistungsbezüger bei Pflegeleistungen, die im notwendigen Umfang erbracht werden, erfolgt proportional zu den verrechneten Pflegekosten im Umfang von 20 % bis zur maximal zulässigen Limite gemäss Bundesgesetzgebung.
- Die Restfinanzierung der pflegerischen Leistungen sowie der Beiträge an die Akut- und Übergangspflege erfolgt durch die Gemeinden. Sie finanzieren zudem allfällige, berechnete Zusatzkosten der Pflege sowie gemeinwirtschaftliche Leistungen (Bereitschaftsdienst, Aufnahmepflicht, spezielle Aufwendungen für die Sicherung der Palliative Care, Onkologie-, Psychiatrie-, Kinder-

pflege oder Organisationen der Patientenübernahme nach einem Spitalaufenthalt usw.) bei Organisationen mit kommunalem Leistungsauftrag und bei Lücken im kommunalen Angebot.

1.2.3 Palliative Care

- Der festgelegte Finanzierungsanteil für Spitäler gilt auch für das künftige Palliative Care Zentrum der Spital Thurgau AG. Der Kanton finanziert den Anteil der öffentlichen Hand.
- Der Kanton finanziert die Restkosten von bedarfs- und fachgerecht durch mobile Care Teams erbrachte Leistungen bei optimaler Nutzung der Synergien mit den stationären Einheiten der Spital Thurgau AG.
- Der Kanton fördert die Vernetzung unter allen autorisierten Beteiligten mit der Finanzierung eines elektronischen Case-Management-Systems.
- Die Gemeinden finanzieren die ungedeckten Kosten der Palliative Care zu Hause, insbesondere Vorhalteleistungen, sowie Fort- und Weiterbildungen. Für Palliative Care Abteilungen in Pflegeheimen können Zuschläge zu den Normkostenbeiträgen gewährt werden. Die Finanzierung erfolgt analog den Normkostenbeiträgen.

1.3 Abrechnungsgrundsätze

- Die Gemeinden regeln die Restfinanzierung der Organisationen mit kommunalem Auftrag für ambulante Pflege sowie Hilfe und Betreuungsleistungen in Leistungsvereinbarungen.
- Leistungserbringern ohne Leistungsauftrag werden ihre Ansprüche gemäss den festgelegten Beiträgen gegen Rechnung an die von der Gemeinde bezeichnete Stelle vergütet.
- Der Kanton ist für die Abwicklung und Abrechnung der Restkostenbeiträge der Pflege in Pflegeheimen zuständig. Er setzt dies mit einer kosteneffizienten Lösung um.

V. Zusammenfassung der finanziellen Auswirkungen

Die finanziellen Auswirkungen gemäss den vorstehenden Grundsätzen der Neuregelung sind in der beiliegenden Tabelle zusammengestellt. Inhaltlich sind unter den einzelnen Bezeichnungen folgende Leistungen aufgeführt: Ambulante Pflegeleistungen, inklusive Akut- und Übergangspflege zu Hause, ambulante Pflegeleistungen in Pflegeheimen (Tagesheime, Tages- und Nachtplätze), Hilfe und Betreuung zu Hause, inklusive Entlastungsdienste, Mahlzeitendienst, Fahrdienst, sowie stationäre Pflegeleistungen, inklusive Akut- und Übergangspflege in Pflegeheimen. Ebenfalls betroffen sind die Ergänzungsleistungen. Separat ausgewiesen werden zudem die Zusatzkosten der spezialisierten Pflege in Palliative Care im neu zu schaffenden Palliative Care Zentrum der Spital Thurgau AG mit 8 Betten, einem resp. zwei mobilen Palliative Care Teams, die an das Palliative Care Zentrum angeschlossen sind sowie Mehrkosten für 6 bis 8 spezialisierte Organisationen ambulant zu Hause.

Zusammenfassend belaufen sich die Mehrkosten zu Lasten der öffentlichen Hand auf Basis des Jahres 2008 insgesamt auf 15 Mio. bis 24 Mio. Franken pro Jahr, davon Fr. 300'000.-- für Nicht-KVG-Pflichtleistungen und 4.5 bis 6 Mio. Franken für Palliative Care. Nicht eingerechnet sind jährliche Mengen- und Kostensteigerungen. Diese betrugen in den Jahren 2006 bis 2008 pro Jahr 6.9 % bei der stationären Versorgung in Pflegeheimen und 9 % pro Jahr im Bereich der Spitex. Die Kostensteigerung in den Pflegeheimen hat nicht nur Auswirkungen auf die Restkosten der Pflege, sondern direkt auch auf die Ergänzungsleistungen, da derzeit 42 % der Bewohnerinnen und Bewohner auf die subsidiäre Finanzierung der Hotellerie und Betreuung durch Ergänzungsleistungen angewiesen sind, wobei die Tendenz steigend ist. Bei den Gemeinden dürfte die neue Pflegefinanzierung im Sozialhilfebereich zu einer Entlastung führen, da die Heimbewohnerinnen und Heimbewohner im Vergleich zu heute deutlich entlastet werden. Es ist daher langfristig mit einer sinkenden Zahl von Sozialhilfebezügerinnen und Sozialhilfebezügern im Pflegeheim zu rechnen.

Da eine Prüfung der Kostenrechnung der Pflegeheime durch die Versicherer entfällt, sind die Kantone gehalten, die Pflegekosten der Pflegeheime zu beurteilen. Daraus ergeben sich für das kantonale Gesundheitsamt als für den Vollzug zuständige Stelle personelle Mehraufwendungen, die noch zu ermitteln sind.

VI. Erläuterungen zu den einzelnen Bestimmungen

§ 1

Der Geltungsbereich des Gesetzes ist über die Versicherungspflicht und Prämienverbiligung hinaus auf die generelle Umsetzung des KVG auszurichten. Insbesondere ist die Pflegeversorgung sowie die Hilfe und Betreuung zu Hause zu integrieren.

§ 1a

Dieser neue Artikel regelt die Zuständigkeit für die Festlegung des gemäss Art. 49a Abs. 2 KVG vom Kanton jeweils für das Kalenderjahr spätestens neun Monate vor dessen Beginn festzulegenden Anteils der öffentlichen Hand an den zwischen den Krankenversicherern und den Spitälern resp. den Leistungserbringern der Akut- und Übergangspflege vereinbarten Vergütungen.

§ 15

Hier werden die Grundprinzipien des stationären Angebotes in Pflegeheimen definiert und von den pflegerischen Leistungen bei Spitalaufenthalten abgegrenzt. Pflegeleistungen, welche in Tagesheimen sowie in Tages- oder Nachtstrukturen von Pflegeheimen erbracht werden, gelten als ambulante Pflege und werden daher in § 22 ff. geregelt.

§ 16

Die einheitliche Gliederung der Kosten ist eine Grundvoraussetzung für die Vergleichbarkeit der Institutionen und die Zuweisung der Finanzierungsverantwortlichkeit für einzelne Leistungsbereiche. Die Unterscheidung zwischen Kosten für Pflegeleistungen (= allgemeine Pflegeleistungen) und Kosten der Akut- und Übergangspflege sowie der

Kosten für Betreuung ist aufgrund der neuen Finanzierungsregelung erforderlich. Unter Therapie- und Pflegematerial sind auch die Mittel und Gegenstände gemäss Art. 20a KLV zu verstehen (Liste der Mittel und Gegenstände). Die Veröffentlichung von Kenn-daten der von Gemeinden und Kanton unterstützten Leistungserbringer schafft Transparenz und fördert gleichzeitig Qualität und Wirtschaftlichkeit.

§ 17

Anspruch auf Beiträge der OKP sowie auf Beiträge der öffentlichen Hand zur Restfinanzierung der stationären Kosten für pflegerische Leistungen sowie für Pflegeleistungen der Akut- und Übergangspflege für Einwohnerinnen und Einwohner des Kantons haben alle auf einer kantonalen Pflegeheimliste aufgeführten Institutionen maximal im Rahmen und im Umfang des gesetzlichen Angebotes. Entsprechend sind die Restkostenbeiträge für Pflegeleistungen kantonal festzulegen. Anstelle einer individuellen Defizitfinanzierung wird die Finanzierung über Normkostenbeiträge bei effizienter, wirtschaftlicher Leistungserbringung angestrebt. Damit nachgewiesenermassen personalintensivere Leistungen, beispielsweise für Palliative Care oder Demenz in entsprechenden Abteilungen aufwandgerecht entschädigt werden, können Zuschläge vorgesehen werden. Die anrechenbaren Kosten für Pflegeleistungen sind für alle Institutionen einheitlich festzulegen.

§ 18

Für die Restfinanzierung hat jeweils der Wohnkanton aufzukommen. Der Wohnsitz bestimmt sich nach ZGB. Der Anspruch auf Beiträge besteht somit auch für Pflegeleistungen, die für Einwohnerinnen und Einwohner des Kantons Thurgau in anerkannten ausserkantonalen Pflegeheimen erbracht werden. Der Anspruch ist auf die Beiträge an innerkantonale Institutionen begrenzt. Der Anspruch auf Beiträge bei Leistungsbezüger und Leistungsbezügerinnen mit Wohnsitz in einem anderen Kanton richtet sich nach dem Wohnkanton.

§ 19

Die finanziellen Auswirkungen der Gesetzesänderungen sind in der stationären Pflege beträchtlich und mit erheblichen Unsicherheiten behaftet. Insbesondere ist unklar, ob und in welchem Ausmass es neben der Zusatzbelastung der EL durch die Anhebung der Vermögensfreibeträge auch zu einer Entlastung durch die neuen Beiträge der OKP kommen wird. In Abweichung einer strikten Anwendung der NFA-Prinzipien, aber in Übereinstimmung mit der bereits heute geltenden Kompetenzordnung beteiligt sich vor diesem Hintergrund der Kanton an der Finanzierung der Pflegekosten der stationären Pflege in Pflegeheimen im Umfang von 50 %.

Die Finanzierung der Pflegekosten hat unabhängig von subsidiären Zahlungen, beispielsweise der EL, für alle Leistungsbezügerinnen und Leistungsbezüger einheitlich zu erfolgen. Die Abrechnung der allgemeinen Pflegeleistungen und der Pflegeleistungen der Akut- und Übergangspflege erfolgt daher über den Kanton. Damit können Kompetenz- und Abgrenzungsfragen im Einzelfall vermieden werden. Der Anteil der Gemein-

den an der Finanzierung wird aufgrund der Einwohnerzahl zum 31. Dezember des Beitragsjahres berechnet. Somit ist die Belastung der Gemeinde weitgehend unabhängig vom Wohnsitz der einzelnen Leistungsbezügerin bzw. des Leistungsbezügers. Auf eine spezifische Definition des Wohnsitzes, beispielsweise auf einen Zeitpunkt vor dem Heimeintritt, ausschliesslich für die Restfinanzierung wird verzichtet.

§ 20

Die Bewohnerinnen und Bewohner sollen mit der maximal möglichen Kostenbeteiligung belastet werden. Damit wird in der stationären Pflegeversorgung die Restfinanzierung der öffentlichen Hand auf das zulässige Minimum beschränkt. Für Bezügerinnen und Bezüger von EL ist die Kostenbeteiligung wiederum subsidiär Teil der anrechenbaren Ausgaben für die EL-Berechnung.

§ 21

Zur Präzisierung der Finanzierungsverantwortlichkeiten wird festgehalten, dass alle Kosten ausserhalb der Pflichtleistungen der OKP vollumfänglich von den Bewohnerinnen und Bewohnern zu übernehmen sind. Die Gemeinden sind frei, die Leistungen zu subventionieren.

§ 22

Analog zur stationären Pflegeversorgung wird als Grundlage für die Finanzierung das Angebot der ambulanten Pflegeversorgung gemäss KVG sowie der Hilfe und Betreuung zu Hause präzisiert und festgehalten, für welchen Personenkreis die Leistungen zu erbringen sind. Zur ambulanten Pflege zählen auch die Pflegeleistungen, welche in Tagesheimen sowie in Tages- oder Nachtstrukturen von Pflegeheimen erbracht werden.

§ 23

Analog zur stationären Pflegeversorgung sind die Kosten für ambulante Leistungen differenziert zu gliedern und die Voraussetzungen für Betriebsvergleiche zu schaffen. Im Hinblick auf die Finanzierung der Restkosten sind für alle zugelassenen Organisationen und in eigenem Namen tätige Personen einheitliche Rechtsgrundlagen zu schaffen.

§ 24

Die Verantwortung für alle ambulanten Pflegeleistungen gemäss KVG sowie der Hilfe und Betreuung zu Hause soll bei den Gemeinden bleiben. Künstliche Trennlinien, wie Akut- und Übergangspflege oder Palliative Care, die inhaltlich zu Abgrenzungsfragen und erhöhtem Aufwand für Rechnungsstellung und Controlling führen würden, sollen vermieden werden.

§ 25

Die Gemeinden sind verpflichtet, an anderweitig nicht gedeckte Restkosten für Pflegeleistungen gemäss Art. 25a Abs. 5 KVG an sämtliche zugelassenen Leistungserbringer Beiträge zu leisten. Demgegenüber besteht die Pflicht zur Finanzierung von gemeinwirtschaftlichen Leistungen nur gegenüber der entsprechend beauftragten Organisation.

Als gemeinwirtschaftliche Leistungen gelten beispielsweise Bereitschaftsdienst, Aufnahmepflicht, spezielle Aufwendungen für die Sicherung der Palliative Care, Onkologie-, Psychiatrie-, Kinderpflege oder die Organisation der Patientenübernahme nach einem Spitalaufenthalt. Die Gemeinden können zur Abgeltung der Kosten der gemeinwirtschaftlichen Leistungen separate Vereinbarungen treffen. Die Kosten sind aber in jedem Fall abzugelten. Ohne eine separate Vereinbarung erfolgt die Abgeltung über die Tarife für die Restfinanzierung gemäss Absatz 1 der Bestimmung. Sie steht diesfalls auch Leistungserbringern ohne kommunalen Leistungsauftrag zu. Es ist daher sinnvoll, zusätzlich zu den allgemeinen Pflorgetarifen separate Tarife für gemeinwirtschaftliche Leistungen zu vereinbaren.

§ 26

Die Leistungsbezügerinnen und Leistungsbezüger werden anstelle der maximal möglichen Kostenbeteiligung pro Pflgetag mit einer proportionalen Kostenbeteiligung zum fakturierten OKP-Pflegebeitrag von 20 % belastet, höchstens jedoch bis zur maximalen Kostenbeteiligung gemäss Art. 25a Absatz 1 KVG. Damit wird die ambulante Pflege gegenüber der stationären Pflegeversorgung bevorzugt behandelt. An die Akut- und Übergangspflege leisten die Leistungsbezügerinnen und Leistungsbezüger von Bundesrechts wegen keine Beiträge. Die Kosten werden vollständig von den Krankenversicherern und der öffentlichen Hand getragen.

§ 27

Die Übergangsregelung des AHVG soll durch eine kantonale Regelung abgelöst werden. Beiträge der Gemeinden sind nur an beauftragte Organisationen der Hilfe und Betreuung zu Hause zu entrichten, wobei für Leistungen der Entlastungsdienste mindestens im Umfang des SRK und des Hospiz Dienstes sowie der Schulungen für Patientinnen und Patienten resp. unentgeltlich in der Pflege tätige Nahestehende ein jeweils kantonsweit einheitlicher Auftragsrahmen mit einheitlicher Leistungsvereinbarung zu treffen ist. Der Mindestbeitrag der Gemeinden wird für die Hilfe und Bereuung zu Hause in Berücksichtigung des Vernehmlassungsergebnisses auf mindestens 24 % der ausgewiesenen Lohnkosten des Vorjahres festgelegt. Für Mahlzeitendienste und Tagesaufenthalte soll der Regierungsrat Mindestbeiträge an die Leistungserbringer festlegen können. Es ist vorgesehen, diese ebenfalls auf die Höhe der Beiträge gemäss Übergangsbestimmungen zum AHVG festzulegen und in limitiertem Umfang und zu reduziertem Tarif Tagesaufenthalte in Pflegeheimen ohne separate Infrastruktur zuzulassen.

§ 28

Für die Bestimmung der Normkostenbeiträge für die stationäre Langzeitpflege ist eine Übergangsregelung vorzusehen, da derzeit noch keine einheitlichen Vorgaben zur Rechnungslegung der Pflegeheime bestehen.

§ 29

Die derzeitige Regelung betreffend Beitrag der öffentlichen Hand an die kantonalen Spitäler ist auf den Zeitpunkt des Inkrafttretens der neuen Regelung gemäss revidiertem KVG aufzuheben.

VI. Inkraftsetzung der Gesetzesänderungen

Der Bundesrat hat die Inkraftsetzung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung auf Antrag der Kantone auf den 1. Januar 2011 verschoben. Die kantonalen Gesetzesänderungen sind auf diesen Zeitpunkt in Kraft zu setzen.

VII. Antrag

Wir ersuchen Sie, sehr geehrte Frau Präsidentin, sehr geehrte Damen und Herren, den Gesetzesentwurf Ihrer Beratung zu unterziehen und uns über die Beschlüsse in üblicher Weise zu benachrichtigen.

Der Präsident des Regierungsrates

Dr. Claudius Graf-Schelling

Der Staatsschreiber

Dr. Rainer Gonzenbach

Beilagen

- Gesetzesentwurf des Regierungsrates
- Finanzielle Auswirkungen der Neuordnung der Pflegefinanzierung (Beilage 1)
- Finanzierungssystem der Pflegeleistungen und der Akut- und Übergangspflege im Pflegeheim und in der Spitex (Beilage 2)
- Berechnungsbeispiele Spitex (Beilage 3)