



Verband Thurgauer Gemeinden
Geschäftsstelle
Postfach 1060
8580 Amriswil
Tel. 071 414 04 75 / Fax: 071 414 04 76
E-Mail: info@vtg.ch / Internet: www.vtg.ch

Departement für Finanzen und Soziales
Regierungsgebäude
8510 Frauenfeld

Amriswil, 22.03.2010 rk/rm

Vernehmlassungsantwort zur Änderung des Gesetzes über die Krankenversicherung vom 25.10.1995 (Neuordnung der Pflegefinanzierung).

Sehr geehrte Damen und Herren

Besten Dank für Ihre Einladung zur Vernehmlassung zu der im Titel genannten Vorlage. Gerne benutzen wir die Gelegenheit zu einer Stellungnahme im Namen des Verbandes Thurgauer Gemeinden (VTG).

Die vorliegende Antwort wurde anlässlich einer Meinungsbildungsversammlung am 22.03.2010 diskutiert. An der Versammlung nahmen 104 Gemeindevertreter aus 67 Politischen Gemeinden teil. An der Versammlung wurden keine Abstimmungen durchgeführt. Die Stellungnahme des VTG gibt den Entwurf der Antwort, der an der Versammlung zur Diskussion stand wieder und fasst die verschiedenen Voten zusammen.

Vorbemerkungen

Allgemein

Bei der neuen Pflegefinanzierung handelt es sich um eine äusserst komplizierte Vorlage, deren Auswirkungen noch wenig abgeschätzt werden können. Aufgrund der verschiedenen Ungewissheiten und des Zeitdrucks, ist die Abgabe einer Stellungnahme für die Gemeinden sehr schwierig. Ob auf Kanton und Gemeinden Mehrausgaben von 12.5 oder 25 Millionen Franken zukommen, ist doch ein gewaltiger Unterschied. An dieser Stelle sei auch auf die momentan in der Grossrätlichen Kommission beratene Steuergesetzrevision verwiesen. Kommen auf die Gemeinden solche Kosten zu, scheint der Spielraum für Steuersenkungen bzw. die Steuergesetzrevision äusserst knapp.

Die Gemeinden beobachten die anhaltenden Kostensteigerungen im Gesundheitswesen mit Ungemach. Auf der einen Seite und im Sinne der Subsidiarität wird die Zuständigkeit der Gemeinden für den Bereich der Pflege im ambulanten wie stationären Bereich erkannt und als sinnvoll erachtet. Auf der anderen Seite sind die Möglichkeiten der Gemeinden die Kosten in diesem Bereich zu beeinflussen momentan verschwindend klein. Vielfach können die Gemeinden die Kosten nur in sehr begrenztem Masse beeinflussen. Die Übernahme der Verantwortung sowie der Kosten durch die Gemeinden im Bereich der stationären Pflege müssten deshalb auch weiterführende Entscheidungsbefugnisse mit sich bringen, im Sinne, wer zahlt – befiehlt! Wäre dies möglich, könnte allenfalls auch darüber diskutiert werden, dass die Gemeinden die vollen Pflegerestkosten übernehmen und im Gegenzug z. B. im Bereich der IPV um die Mehrkosten entlastet werden oder umgekehrt. Gibt es keine Mitbestimmungsmöglichkeiten, stehen die Gemeinden der Kostenübernahme sehr skeptisch gegenüber. Eine Klärung dieser Situation und entsprechende Anpassungen müssen aus unserer Sicht vor der definitiven Ausarbeitung der Botschaft an den Grossen Rat gemeinsam, VTG und DFS, besprochen und festgelegt werden. Dabei geht es dem VTG nicht um ein Abschieben der Kosten zu Lasten Kanton sondern um eine Aufteilung, gemäss den Kompetenzen bei Forderung, Entscheidung und Kontrolle.

Versorgungsauftrag

Eher am Rande der Gesetzgebung und durch die hohen Zahlen etwas in den Hintergrund gedrängt, soll mit der Änderung des Krankenversicherungsgesetzes auch der § 11 des Gesundheitsgesetzes geändert werden. Diese Änderung beinhaltet einen sehr gewichtigen Punkt: Den Versorgungsauftrag im Bereich der Pflegeheime (die Gemeinden sorgen für eine bedarfs- und fachgerechte Pflegeversorgung ihrer Wohnbevölkerung

ambulant und im Pflegeheim). Was bedeutet dieser Versorgungsauftrag genau? Was passiert, wenn im Bereich der Pflegeversorgung Mängel bestehen? Müssen die Gemeinden dann Pflegeheime bauen oder sich andernorts einkaufen? Müssen die Gemeinden definieren, wer ins Pflegeheim darf und wer sich noch zu Hause pflegen lassen soll? Aufgrund des vom Bund vorgegebenen, grossen Zeitdrucks, können solche Fragen nicht abschliessend geklärt und breit diskutiert werden. Dieser Umstand veranlasst die Gemeinden, den Versorgungsauftrag sehr kritisch zu hinterfragen und tendenziell abzulehnen.

Kosten für die Übernahme der Pflegerestkosten der stationären Pflege

Ganz wichtig erscheint, dass die Kosten sinnvoll, im Sinn, wer zahlt – befiehlt, wie dies auch bei NFA vorgesehen war, übernommen werden müssen. **In den Bereichen der stationären Pflegeversorgung in Pflegeheimen sowie bei der stationären Akut und Übergangspflege haben die Gemeinden heute wenig bis nichts zu „befehlen“, es steht deshalb die Frage im Raum, warum sie in diesen Bereichen Kosten übernehmen müssen und ob es sich dabei um eine klare und richtige Aufteilung der Finanzen und Aufgaben handelt.** Der Kanton erzielt in den Bereichen EL und Spital tendenziell Einsparungen mit der Neuordnung der Pflegefinanzierung. Es kann nicht sein, dass diese Einsparungen zu Ungunsten der Gemeinden erzielt werden. Bei einer Verlagerung von Aufenthaltstagen im Spital zur Pflege zu Hause (ambulant vor stationär), müssten die anfallenden Kosten für Aufenthalte in den Spitälern geringer werden. Das heisst, dass dadurch auch die Krankenkassen Einsparungen erfahren würden. Hier stellt sich uns die Frage, wo die Krankenkassen in der Folge Mehrkosten übernehmen müssen. Oder ist es gar so, dass diese einmal mehr nur profitieren? In diesem Fall müssten die Prämien eigentlich sinken.

Akut und Übergangspflege

Im Bereich der ambulanten Akut und Übergangspflege wird die Übernahme der Kosten durch die Gemeinden aus zwei Blickwinkeln betrachtet. Auf der einen Seite scheint die Kostenübernahme durch die Gemeinden der richtige Weg. Die Pflege und Hilfe zu Hause wird durch die Gemeinden mit- bzw. restfinanziert. Dieser Weg entspricht der Subsidiarität und der Weiterverfolgung, der mit Einführung NFA eingeschlagenen Richtung. Die Gemeinden vereinbaren mit ihren Spitexanbietern neue umfangreichere Leistungsvereinbarungen und tragen die Kosten dafür. Aus heutiger Sicht ändert sich für die Gemeinden bzw. die Spitexorganisationen nicht wahnsinnig viel. Wahrscheinlich kommen kompliziertere Fälle früher zurück nach Hause und bedürfen intensiverer und komplexerer Pflege. Dies erhöht natürlich den Aufwand. Patienten die nach einem Spitalaufenthalt nach Hause kamen und noch Pflege durch die Spitex benötigten, gab es aber bereits bis heute und die Gemeinden finanzierten mit. Die Frage wird sein, ob die Anzahl solcher Patienten sich merklich erhöht.

Auf der andren Seite ist bei den Spitälern aufgrund der früheren Entlassungen (bloody exit) mit einer Entlassung zu rechnen. Es erfolgt eine Kostenverlagerung von den Spitälern zur Akut und Übergangspflege. Damit diese sinnvoll erfolgt, könnte der Kanton die Kosten für die Akut und Übergangspflege finanzieren. Verlagerungen aus reinen Kostengründen könnten somit vermieden werden. Ein weiterer Vorteil würde darin gesehen, dass der Kanton mit einzelnen Pflegeanbietern Verträge abschliessen könnte, die dann die Akut und Übergangspflege anböten.

Je nach Beantwortung der Frage: Stationär – Kanton, ambulant – Gemeinden, muss auch die Frage nach der Finanzierung der Akut und Übergangspflege angesehen werden. Entweder es gibt klare Aufgabeteilungen oder Verbundaufgaben und dies in allen Bereichen.

Finanzierungsmodell Pflegerestkosten bei stationären Pflegeheimen

Als Finanzierungsmodell der Pflegerestkosten wird von den Gemeinden klar die subjektbezogene Subjektfinanzierung befürwortet. Diese garantiert am ehesten eine Kostentransparenz. Es erscheint äusserst wichtig, dass die Heimbewohner, deren Umfeld, aber auch öffentliche Kreise abschätzen können, welche Kosten durch die stationäre Pflegeversorgung im Pflegeheim anfallen. Diese dürfen nicht durch Objektfinanzierungen verwässert werden.

Zur Gesetzesvorlage lassen wir uns wie folgt vernehmen:

§ 15. ¹Das Versorgungsangebot im Pflegeheim umfasst die Pflegeleistungen der Sozialversicherungsgesetzgebung im stationären Bereich einschliesslich der Leistungen der stationären Akut- und Übergangspflege sowie der notwendigen Leistungen für Unterkunft, Verpflegung und Betreuung. Ausgeschlossen sind die Pflegeleistungen in den Spitälern.

²Aufsicht, Bewilligung, Organisation und Qualitätssicherung der Einrichtungen richten sich nach der Verordnung über die Heimaufsicht.

Keine Bemerkungen

§ 16. ¹Die Kosten für die von einem Pflegeheim erbrachten Leistungen gliedern sich in:

1. Kosten für Leistungen der Akut- und Übergangspflege;
2. Kosten für Pflegeleistungen;
3. Kosten für weitere Pflichtleistungen der Sozialversicherer wie ärztliche Behandlung, Arznei, Therapien, Therapie- und Pflegematerial;
4. Kosten für Unterkunft und Verpflegung (Hotellerie);
5. Kosten für Betreuung;
6. Kosten für weitere Leistungen.

²Das zuständige Departement regelt die einheitliche, transparente Rechnungslegung und Rechnungsstellung sowie die Datenerhebung und Datenveröffentlichung. Betriebsbezogene Daten können in nicht anonymisierter Form veröffentlicht werden.

§ 23. ¹Die Kosten für ambulante Leistungen gliedern sich in:

1. Kosten der Leistungen der Akut- und Übergangspflege;
2. Kosten für Pflegeleistungen;
3. Kosten für Hilfe und Betreuung;
4. Kosten für weitere Leistungen.

Bemerkungen

Die Frage stellt sich, wie die Unterscheidung zwischen "Betreuung" und "Pflege" gemacht werden soll und wer die entsprechend in Rechnung gestellten Kosten kontrolliert. Bislang verrechnen Heime im Thurgau neben der Hotellerietaxe in aller Regel eine kombinierte Pflege-/Betreuungstaxe; die Unterscheidung auch zwischen Pflege und Betreuung ist neu.

Ergänzende Bemerkung zu § 16 Abs. 2:

Der Aufwand für die Rechnungslegung darf nicht überdimensional werden. Es besteht schon jetzt ein riesiger administrativer Aufwand, der nicht immer noch erhöht werden darf.

§ 17. ¹Die Restfinanzierung gemäss Artikel 25a Absatz 5 KVG erfolgt in Form pauschalierter Normkostenbeiträgen. Der Regierungsrat legt die Normkostenbeiträge differenziert nach dem Pflegebedarf fest. Für spezialisierte Leistungsangebote mit erhöhten Anforderungen an die Pflege kann er Zuschläge vorsehen.

²Massgebend ist der anrechenbare Aufwand nach Pflegebedarf für Pflegeleistungen, die in der notwendigen Qualität effizient und kostengünstig erbracht werden. Grundlage bilden die Kosten- und Leistungsausweise der auf der kantonalen Pflegeheimliste aufgeführten Heime, welche die Vorgaben des zuständigen Departements über die einheitliche und transparente Rechnungslegung erfüllen.

§ 18. Für pflegebedürftige Personen, die ein auf einer kantonalen Pflegeliste geführtes ausserkantonales Pflegeheim wählen, werden die ungedeckten Kosten maximal bis zur Höhe der für innerkantonale Pflegeheime geltenden Normkostenbeiträge übernommen.

Bemerkungen

Bereits hier weisen wir darauf hin, dass Nicht-Kantonseinwohner, welche im Thurgau in einem Heim wohnen, verpflichtet werden sollen, ihre "Pfleagesubvention" bei ihrem effektiven Wohnkanton einzufordern. Ein Heimeintritt sollte nicht als Wechsel des Wohnsitzes gelten. Bei Heimeintritt muss der letzte Wohnsitz bzw. Wohnkanton vor Heimeintritt, die Restkosten finanzieren. Ansonsten sind Standorte mit Heimen benachteiligt und werden für allfällige Initiative und Mitfinanzierung bestraft. Dies sollte ausdrücklich im Gesetz festgehalten werden.

§ 19. ¹Die Kosten der Restfinanzierung für die stationäre Pflegeversorgung im Pflegeheim und für den Anteil der öffentlichen Hand an der stationären Akut- und Übergangspflege werden je hälftig von Kanton und Ge-

meinden übernommen. Die Aufteilung der Finanzierungsanteile unter den Gemeinden erfolgt aufgrund der Einwohnerzahl am 31. Dezember des Beitragsjahres.

²Die Normkostenbeiträge können für Leistungserbringer, welche von den kantonalen Qualitätsvorgaben oder den Vorgaben zum Kosten- und Leistungsausweis abweichen, reduziert werden.

³Die Abrechnung der Leistungserbringung erfolgt über den Kanton. Das zuständige Departement regelt die Einzelheiten sowie die Abrechnung und Abwicklung gegenüber den Gemeinden.

Bemerkungen

Wenn die Gemeinden sich bei der Pflegefinanzierung im stationären Bereich hälftig beteiligen müssen, entsteht eine neue, heute nicht sinnvolle Verbundaufgabe. Im Rahmen der NFA-Diskussion und -Umsetzung wurde entschieden, die Finanzierung der ambulanten Dienstleistungen grundsätzlich den Gemeinden zu übertragen. Von der Übernahme der Kosten bzw. Restkosten von stationären Angeboten war nie die Rede. Wird dieser Grundsatz konsequent weiterverfolgt, übernehmen die Gemeinden die Kosten bzw. Restkosten für die Angebote im ambulanten Bereich und zwar mit den entsprechenden finanziellen Konsequenzen. Die Kosten im ambulanten Bereich werden voraussichtlich überproportional steigen. Die Zuwachsraten im stationären Bereich betragen gemäss Gesundheitsamt jährlich 6.9%, im ambulanten Bereich jedoch 9% (Artikel in der Publikation "direkt" vom Februar 2010), wovon die Gemeinden nicht begeistert sind.

Für die Finanzierung der Restkosten im stationären Bereich (stationäre Pflege sowie stationäre Akut- und Übergangspflege) soll zum heutigen Zeitpunkt im Sinn einer klaren Aufgabenteilung der Kanton allein zuständig sein. Der Kanton verfügt mit der Pflegeheimliste über das zentrale Steuerungs- und Planungsinstrument der Anzahl Heimplätze für den ganzen Kanton. Der Kanton steuert das stationäre Angebot und hat es namentlich mit der Festlegung des Richtbedarfs (heute 28% soll im Alterskonzept auf 26% gesenkt werden) in der Hand, dass dem Grundsatz "ambulant vor stationär" nachgelebt wird. Die Gefahr, dass die Gemeinden Pflegebedürftige unnötig in stationäre Angebote "lotsen", wird als klein bis nicht existent erachtet. Die Erfahrung zeigt, dass ein Heimeintritt von Angehörigen, Spitexmitarbeitenden, Hausärzten etc. beeinflusst werden kann, nicht aber von den Gemeinden als (Mit-)Finanzierer. Limitierend für einen Heimeintritt ist zudem häufig das Vorhandensein eines Pflegeplatzes, was der Kanton wie dargelegt über die Heimliste steuern kann.

Die aktuell sehr gute Finanzlage des Kantons einerseits und die zugegebenermassen ebenfalls gute Finanzlage der Gemeinden sind kein Kriterium für eine Aufteilung der Kosten nach einem willkürlich gewählten Verteilschlüssel. Massgebend für die Kostenübernahme müssen die bereits in den Vorbemerkungen gemachten Kriterien sein. Über Kostenübernahmen in anderen Bereichen kann der allenfalls nötige Ausgleich geschafften werden.

Im Weiteren gilt der Kanton mit verschiedenen Qualitäts-Forderungen als Kostentreiber für Heimkosten. Wer befiehlt, soll auch zahlen.

Sollten die Gemeinden zu einer Mitfinanzierung verpflichtet werden, kann dies nicht aufgrund der Einwohnerzahl erfolgen. Mit zu berücksichtigen wären namentlich

- Aufwendungen der Gemeinde für die Spitex (Gemeinden, die bewusst in bessere ambulante Betreuung investieren, dürfen nicht gleich stark zur Finanzierung von stationären Pflegekosten herangezogen werden)
- Investitionen der Gemeinde der letzten 15-25 Jahre im stationären Bereich (etliche Gemeinden haben in den letzten Jahren Steuermittel für den Bau/Ausbau von Pflegeheimen verwendet oder Land zu Vorzugskonditionen überlassen; andere Gemeinden haben in diesem Bereich überhaupt keine Ausgaben getätigt).
- indirekte Beiträge der Gemeinde an die laufenden Kosten wie z.B. Erledigung administrativer Arbeiten ohne Verrechnung zu den Vollkosten
- effektive Nutzer von stationären Angeboten
- etc.

Für die volle Tragung der Kostenanteils durch den Kanton spricht auch, dass der Kanton in erheblichem Umfang von EL-Leistungen entlastet wird. Im Rahmen der NFA-Aufteilung übernahm der Kanton die EL-Zahlungen (und die Gemeinden z.B. die Spitexkosten) und es ist nicht nachvollziehbar, wenn nun wenige Jahre später auf Umwegen die Gemeinden wieder einen Teil der EL bezahlen müssten.

§ 19² Die Normkostenbeiträge können für Leistungserbringer, welche von den kantonalen Qualitätsvorgaben oder den Vorgaben zum Kosten- und Leistungsausweis abweichen, reduziert werden.

Bemerkungen

Wichtig ist, dass ungezügnete Leistungserbringer verpflichtet werden, die verlangte Qualität (wieder) herzustellen. Mangelnde Qualität darf nicht einfach mit tieferen Beiträgen über längere Zeit toleriert werden.

Bemerkungen zu § 19 Abs. 3:

Interessanterweise wird im Fragebogen des Vernehmlassungsgebers zu diesem Punkt keine Stellungnahme gewünscht, obwohl die Art der Abrechnung der Leistungserbringung unseres Erachtens von wesentlicher Bedeutung ist.

Klar zu favorisieren ist die Abrechnung über die EL-Stelle. 42% aller Heimbewohner erhalten EL; allen im Altersbereich Tätigen ist das System der EL-Anmeldung bekannt. Vom VTG wird die subjektbezogene Subjektsubventionierung (Auszahlung an Heimbewohner) klar favorisiert, was auch schon im Vorgespräch Ende November 2009 postuliert wurde. In der subjektbezogenen Objektfinanzierung (Auszahlung an Heim und das Heim stellt dem Heimbewohner entsprechend reduzierte Tarife in Rechnung) wird kein Nutzen gesehen. Mit der direkten Auszahlung an den einzelnen Heimbewohner kann diesem aufgezeigt werden, in welchem Umfang er Leistungen der öffentlichen Hand erhält.

Für jene 42% Heimbewohnern (rund 1'100 Personen), die bereits heute EL beziehen, wird sich bei einer Abrechnung auch der Restkosten über die EL-Stelle im Ergebnis überhaupt nichts ändern.

Die anderen 58% (rund 1'500 Personen) werden ein Gesuch um Rückerstattung der nicht von ihnen zu tragenden Restkosten stellen müssen. Für die EL-Stelle bedeutet dies einen entsprechenden Mehraufwand, der jedoch abschätzbar ist und der keinen Aufbau einer neuen Organisation erfordert, wie das der Fall wäre, wenn sich das Gesundheitsamt mit den Auszahlungen befassen müsste. Bei der EL-Stelle ist das nötige "know-how" vorhanden, beim Gesundheitsamt müsste dies aufgebaut werden mit nur schwer kalkulierbaren Kosten und Folgekosten.

Bei der Auszahlung an die einzelnen Bewohner (auf Gesuch hin) ist zudem klar, dass nicht im TG wohnhafte Personen keine Beiträge aus Thurgauer Steuergeldern erhalten, was auch richtig ist.

Seitens der EL-Stelle wird dieser Abrechnungsmodus als problemlos realisierbar bezeichnet und er wird anderen Abrechnungsmodellen gegenüber klar bevorzugt.

Ein weitere Vorteil bei der Auszahlung via EL-Stelle liegt in der klaren Aufgabenteilung. Das Gesundheitsamt (DFS) ist zuständig für die Aufsicht über die Heime (Audits) und die Spitex (Gesundheitsbewilligung) und die Festlegung der Normkosten. Die EL-Stelle (DIV) ist zuständig für die Finanzen.

§ 20. Der Beitrag der Leistungsbezüglerinnen und Leistungsbezügler an die Kosten der Pflegeleistungen entspricht dem höchsten Anteil gemäss Artikel 25a Absatz 5 KVG, höchstens aber den nach Abzug des Beitrages der Krankenversicherung verbleibenden Kosten.

Bemerkungen

Art. 25a Abs. 5 KVG lautet: "Der versicherten Person dürfen von den nicht von Sozialversicherungen gedeckten Pflegekosten höchstens 20 Prozent des höchsten vom Bundesrat festgesetzten Pflegebeitrages überwält werden. Die Kantone regeln die Restfinanzierung."

Die vorgeschlagene Regelung bedeutet konkret, dass ein Heimbewohner an die Pflegekosten pro Tag einen Betrag von maximal CHF 21.60 bezahlen muss. Wenn sein Anteil beispielsweise CHF 18.00 ist, muss er den gesamten Eigenanteil bezahlen. Eine finanzielle Entlastung gibt es somit nur für Heimbewohner mit einem Eigenanteil von über CHF 21.60 täglich, was mit Blick auf die Kassen der öffentlichen Hand befürwortet wird.

§ 21. *Die Kosten der Leistungen für Unterkunft, Verpflegung und Betreuung sowie die Kosten für weitere Leistungen gehen zu Lasten der Leistungsbezüglerinnen und Leistungsbezügler, soweit sie nicht von den Gemeinden verbilligt werden.*

Bemerkungen

Im Bereich Hotellerie sollen künftige Heimbewohnerinnen und Heimbewohner wie heute den Standard wählen können (verbunden mit entsprechenden Kosten). Dies führt zu einer gewissen Wettbewerbssituation unter Heimen, die nicht schlecht ist.

§ 22. ¹*Das Versorgungsangebot der ambulanten Pflege umfasst den Leistungsbereich der Pflegeleistungen der Sozialversicherungsgesetzgebung im ambulanten Bereich einschliesslich die Leistungen der ambulanten Akut- und Übergangspflege.*

²*Das Versorgungsangebot der Hilfe und Betreuung zu Hause umfasst die notwendigen Dienste im hauswirtschaftlichen und betreuenden Bereich einschliesslich Mahlzeiten- und Entlastungsdienst für Personen, die wegen Krankheit, Mutterschaft, Unfall oder Behinderung nicht in der Lage sind, ihren Haushalt selbständig zu führen.*

³*Die ambulante Pflege sowie die Betreuung kann auch in Tagesheimen sowie in Tages- oder Nachtstrukturen von Pflegeheimen erbracht werden.*

Bemerkungen

Es ist darauf hinzuweisen, dass Mahlzeitendienst, Entlastungsdienst u.ä. nicht zu stark professionalisiert werden, was im Ergebnis dazu führt, dass immer weniger Freiwillige solche Dienstleistungen erbringen können. Bereits heute sehen sich diese Dienste mit immer mehr administrativen Aufwand konfrontiert und stossen häufig an die Grenzen dessen, was durch Freiwilligentätigkeit erbracht werden kann. Die Gemeinden sind gefordert, gute Infrastrukturen zur Verfügung zu stellen, um die Freiwilligenarbeit zu ermöglichen, beispielsweise durch Mitfinanzierung von Koordinationsstellen. Eine rechtzeitige Förderung der Freiwilligenarbeit lohnt sich langfristig mit Sicherheit.

§ 24. ¹*Die Wohngemeinde übernimmt den Anteil der öffentlichen Hand an den Leistungen der ambulanten Akut- und Übergangspflege.*

²*Sie entrichtet den Anteil direkt dem Leistungserbringer. Die Aufgabe kann Dritten übertragen oder in Leistungsvereinbarungen integriert werden.*

§ 25. ¹*Die Wohngemeinde vereinbart mit den von ihr beauftragten Leistungserbringern separate Tarife für die Pflegeleistungen gemäss Art. 25a Absatz 5 KVG für die Restkosten der ambulanten Pflege einschliesslich der ambulanten Pflege in Tagesheimen sowie in Tages- oder Nachtstrukturen von Pflegeheimen. Für gemeinwirtschaftliche Leistungen kann sie separate Leistungsvereinbarungen treffen.*

Bemerkungen

Die Zustimmung zur vollen Finanzierung durch die Gemeinden ist verbunden mit der Forderung der Übernahme der Kosten bzw. Restkosten im stationären Bereich durch den Kanton. Andernfalls müsste auch der ambulante Bereich als Verbundaufgabe von Gemeinden und Kanton, mit entsprechender Teilung der Kosten, bezeichnet werden.

Bemerkungen zu § 24 Abs. 2:

Es erscheint richtig, im ambulanten Bereich den Anteil der öffentlichen Hand an Leistungen der Akut- und Übergangspflege direkt dem Leistungserbringer zu bezahlen. Die Abgrenzung Akut- und Übergangspflege von der "normalen" Pflege dürfte jedoch im ambulanten Bereich recht schwierig sein, ausser es handelt sich beispielsweise um "ein Spezialteam", das nur Akut- und Übergangspflege leistet.

Der Gesetzestext von § 25 Abs. 1 (erster Satz) und der damit verfolgte Zweck ist nicht ganz verständlich. In der Bundesverordnung (neuer Art. 7a Abs. 1 KLV) werden die von der Krankenkasse zu zahlenden Beiträge an die Pflege betragsmässig definiert. Der Vorschlag wird so verstanden, dass in der Leistungsvereinbarung zwischen Gemeinde und Spitex die (kostendeckenden) Pflegetarife betragsmässig definiert werden müssen,

damit dann die vom Kunden zu zahlenden Restkosten definiert werden können. Es stellt sich jedoch die Frage, ob es richtig ist, wenn die vom Kunden zu bezahlenden Restkosten in der Spitex je nach Wohngemeinde verschieden sind. Angesichts der Tatsache, dass auch sogenannte private Spitexorganisationen inskünftig Beiträge der öffentlichen Hand verlangen können, werden die von der Gemeinde definierten Pflēgetarife wohl einfach dem von der Krankenkasse zu bezahlenden Betrag zuzüglich des Selbstbehalts der Kunden entsprechen; dieser Betrag wird jedoch für den Kanton Thurgau überall der gleiche sein. Nachdem private Spitexorganisationen in der Regel nicht nur in einer einzigen Gemeinde tätig sind, wäre ein einheitlicher kantonaler Tarif vermutlich die einfachere Lösung.

Der Vorschlag, dass für gemeinwirtschaftliche Leistungen (in der Regel mit den heutigen Spitexvereinen) eine separate - und separat entschädigte - Leistungsvereinbarung getroffen werden kann, ist richtig.

§ 26. Der Beitrag der Leistungsbezügerinnen und Leistungsbezüger an die Kosten der Pflegeleistungen gemäss § 22 Absatz 1 entspricht 20 % der verrechneten Kosten für Pflegeleistungen zu Lasten der Krankenversicherer gemäss Artikel 25a Absatz 1 KVG, höchstens aber den nach Abzug des Beitrags der Krankenversicherer verbleibenden Kosten.

Bemerkungen

Obwohl es zu einer Mehrbelastung der Gemeinden führen kann, soll der Grundsatz Ambulant vor Stationär weiter hochgehalten werden. Die Gemeinden leisten damit Ihren Beitrag an ein möglichst günstiges Gesundheitswesen. Den Spitex-Kunden soll proportional 20% der den Krankenversicherern verrechneten Kosten, maximal Fr. 15.95 / Tag) in Rechnung gestellt werden. Auf den maximalen Sockelbeitrag von Fr. 15.95 / Tag, der gemäss Bundesgesetzgebung verrechnet werden könnte, soll deshalb verzichtet werden.

In der Botschaft an den Grossen Rat werden klare Zahlenbeispiele erwartet.

§ 27. ¹Die Kosten für Hilfe und Betreuung gehen grundsätzlich zu Lasten der Leistungsbezügerinnen und Leistungsbezüger, soweit sie nicht von der Gemeinde verbilligt werden.

²Bei Leistungserbringern mit kommunalem Leistungsauftrag darf der Beitrag der Leistungsbezügerinnen und Leistungsbezüger an die Kosten höchstens 50 % der ausgewiesenen anrechenbaren Kosten betragen.

³Für den Aufenthalt in Tagesheimen, Tages- und Nachtstrukturen in Pflegeheimen sowie für die Verbilligung von Mahlzeiten legt der Regierungsrat Mindestbeiträge der Gemeinden fest.

Bemerkungen

Im Sinne „ambulant vor stationär“ dürften diese Bestimmungen richtig sein, wobei unter "ausgewiesenen" Kosten die Vollkosten vor Abzug von Subventionen der Gemeinde zu verstehen ist.

Im Sinne der Gleichbehandlung müsste überlegt werden, die Beiträge der Gemeinden an Entlastungsdienste (namentlicher SRK-Entlastungsdienst) einheitlich festlegen.

GOG § 11. ¹Die Gemeinden sorgen für eine bedarfs- und fachgerechte Pflegeversorgung ihrer Wohnbevölkerung ambulant und im Pflegeheim sowie für die Hilfe und Betreuung zu Hause.

²Sie sorgen für Beratungsstellen für Eltern von Säuglingen oder Kleinkindern.

³Sie können diese Aufgaben Dritten übertragen und Leistungsvereinbarungen treffen.

Bemerkungen

Mit Bezug auf die Mütter-/Väterberatung sowie die Spitex handelt es sich um die bisherige Regelung.

Neu werden die Gemeinden dafür verantwortlich erklärt, für ein ausreichendes Angebot im stationären Bereich zu sorgen. Diese Neuerung kann viele heute noch unbekannte Folgen mit sich bringen. Es wird als unglücklich betrachtet, dass diese Neuerung nicht breiter diskutiert und mögliche Folgen nicht genauer bezeichnet werden können. Aufgrund dieser unbekanntenen Punkte wird die Neuerung abgelehnt.

Unter dem Gesichtspunkt der Subsidiarität wäre es wohl richtig, wenn die Gemeinden für die "Altersversorgung" zuständig erklärt werden. Nicht richtig ist, dass dieser neue Auftrag im Rahmen der

Regelung der Pflegefinanzierung erteilt wird. Aus unserer Sicht muss zuerst das überarbeitete kantonale Alterskonzept vorliegen, aus welchem auch ersichtlich wäre, wieviele Gemeinden bereits eigene Alterskonzepte haben. Da diese Überarbeitung des neuen Alterskonzeptes demnächst abgeschlossen werden kann, sollte mit dieser Zuweisung abgewartet werden. Es gibt etliche Gemeinden im Thurgau, die in ihrer Gemeinde kein Pflegeheim haben und die auch keine Leistungsvereinbarung mit einem regionalen Heim haben. Für diese dürfte ein Versorgungsauftrag recht problematisch werden. Der vorgeschlagene Versorgungsauftrag (bedarfsgercht bedeutet faktisch für 26% oder 28% der über 80-jährigen muss eine stationärer Pflegeplatz zur Verfügung stehen) kann dazu führen, dass die Gemeinde Zuweisungen vornehmen muss und dass sie im Falle einer Unterversorgung Heime dazu verpflichten müsste, nur noch schwer pflegebedürftige Personen aufzunehmen. Eine derartige Planung widerspricht jedoch der im Thurgau gelebten Tradition von Eigenverantwortung und Wahlfreiheit.

Bei Fragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung. Zu einer unter dem geschilderten Zeitdruck auch kurzfristig einberaumten Besprechung möglicher Aufteilungen von Verantwortung und Kostenübernahmen sind wir gerne bereit.

Vielen Dank für die Berücksichtigung unserer Antworten.


Freundliche Grüsse

VTG

Der Präsident


Roland Kuttruff

Der Geschäftsleiter


Reto Marty