

Änderung des Gesetzes über die Krankenversicherung: Ambulantes Versorgungsangebot und ambulante Pflegefinanzierung (TG KVG; RB 832.1)

Erläuternder Bericht

vom 28. November 2023

1. Ausgangslage

1.1. Umsetzung des Bundesrechts auf kantonaler Ebene

Die Pflegefinanzierung ist in Art. 25a des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10) seit 2011 verankert. Die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) leistet einen Beitrag an die Pflegeleistungen, die aufgrund einer ärztlichen Anordnung und eines ausgewiesenen Pflegebedarfs ambulant, auch in Tages- und Nachtstrukturen, oder im Pflegeheim erbracht werden. Gemäss Abs. 5 dürfen der versicherten Person von den nicht von Sozialversicherungen gedeckten Pflegekosten höchstens 20 Prozent des höchsten vom Bundesrat festgesetzten Pflegebeitrages überwältzt werden. Die Kantone regeln die Restfinanzierung.

Auf den 1. Januar 2011 wurden die kantonalen Bestimmungen der ambulanten Pflege sowie Hilfe und Betreuung im Gesetz über die Krankenversicherung (TG KVG; RB 832.1) aufgenommen. Sie werden in Bezug auf die ambulante Pflege seither unverändert in der Zuständigkeit der Politischen Gemeinden umgesetzt.

Im weiteren Zusammenhang mit der Pflegefinanzierung stehen das Binnenmarktgesetz (BGBM; SR 943.02) und das Bundesrecht zur Zulassung zur OKP sowie das Gesetz zur Förderung der Ausbildung im Bereich der Pflege:

- Ortsfremden Anbieterinnen und Anbietern darf der freie Zugang zum Markt nicht verweigert werden (Art. 3 Abs. 1 Satz 1 BGBM). Beschränkungen sind nur im engen Rahmen von Art. 3 Abs. 1 lit. a bis lit. c BGBM zulässig. Verfügt eine Gesuchstellerin oder ein Gesuchsteller über eine Bewilligung eines anderen Kantons für eine bestimmte Tätigkeit, so darf sie oder er in der Regel auch in einem anderen Kanton tätig sein; dieser Kanton muss ihr oder ihm eine entsprechende gesundheitspolizeiliche Bewilligung erteilen.
- Die Zulassungsvoraussetzungen zur Abrechnung zulasten der OKP (und der Restfinanzierer der Pflege) sehen nach Art. 51 der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) vor, dass die Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause (Spitexorganisationen) zugelassen werden, wenn sie nach der Gesetzgebung des Kantons, in dem sie tätig sind, zugelassen sind (lit. a) und wenn sie ihren örtlichen, zeitlichen, sachlichen und personellen Tätigkeitsbereich festgelegt haben (lit. b). Die Zuständigkeit für die Zulassung zur OKP obliegt seit 2022 den Kantonen; diese haben die Zulassungsvoraussetzungen zu präzisieren. Erfüllt ein Anbieter die Anforderungen, darf der Kanton ihm die Zulassung nicht verweigern. Für eine faire Abgeltung der Pflegeleistungen (Aus- und Weiterbildungsleistungen eingeschlossen) sind Leistungsaufträge der Gemeinden für das gesamte notwendige Versorgungsspektrum zu erteilen und die Leistungen mit den zu erfüllenden Qualitätsanforderungen differenziert auszuweisen.
- Ab Inkrafttreten des befristeten Gesetzes über die Förderung der Ausbildung im Bereich der Pflege, voraussichtlich Mitte 2024, kann der Kanton bei überdurchschnittlicher Kostensteigerung für die Pflegeleistungen vorsehen, dass keine

neuen Leistungserbringer zur OKP zugelassen werden. Entsprechend viele Gesuche von erwerbswirtschaftlichen Spitexorganisationen waren und sind unter bisherigem Recht zu bearbeiten.

- Das Gesetz über die Förderung der Ausbildung im Bereich der Pflege sieht Beiträge der Kantone und des Bundes vor. Das bedingt, dass die Leistungen und Aufwendungen für die nichtuniversitäre Aus- und Weiterbildung (insbesondere die praktische Ausbildung im Bereich der Pflege), die im Grundsatz ein Teil der Pflegeleistungen und damit der Restfinanzierung sind, in den Kostenrechnungen transparent ausgewiesen sind. Ausserdem sind die Aufwendungen durch alle Gemeinden – nicht wie bisher nur durch die Gemeinden mit Leistungsauftrag an die ausbildende Organisation – mitzufinanzieren.

Mit der Umsetzung der Neugestaltung des Finanzausgleichs und der Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen (NFA) per 1. Januar 2008 übernahmen im Kanton Thurgau die Politischen Gemeinden die Verantwortung für die Sicherstellung der Versorgung (§ 7 Abs. 1 Ziff. 4 des Gesundheitsgesetzes [GG; RB 810.1]) und der Finanzierung (§ 25 bis § 27a TG KVG). Grundlage der ambulanten Hilfe und Betreuung in § 22 und 27 TG KVG waren die Finanzierungsregelungen des Bundesamtes für Sozialversicherungen (BSV) gemäss Art. 101^{bis} des Bundesgesetzes über die Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHVG; SR 831.10), die vor dem NFA, galten. Mit Änderung des TG KVG auf den 1. Januar 2020 wurde § 27 um das sogenannte Begleitete Wohnen (inklusive Alltags- und Sozialberatung) ergänzt. In der Berechnung der Verbilligung durch die Gemeinden soll mit der Vernehmlassung ein Wechsel auf die Vollkosten geprüft werden.

1.2. Handlungsbedarf im Kanton Thurgau

Mit dem Grundlagenbericht Zukunft Spitexlandschaft und den mit RRB Nr. 101 vom 15. Februar 2022 genehmigten Anträgen wurde der Handlungsbedarf ausführlich aufgezeigt, und die Grundzüge der Weiterentwicklung der ambulanten Pflege wurden festgelegt. Die teilerheblich erklärte Motion „Pflegeversorgung zu Hause stärken: Änderung des Gesetzes über die Krankenversicherung in § 25 Absatz 1 und § 27a (TG KVG, RB 832.1)“ (GR 20/MO 10/120) fokussiert auf die Finanzierung der ambulanten Pflegeleistungen. Demnach sind, unter der Berücksichtigung von Qualität und Wirtschaftlichkeit nach Pflegebedarf differenzierte kantonsweit gültige Höchstansätze für die anrechenbaren Restkosten der Pflege festzulegen. Die rechtlichen Grundlagen für die Umsetzung der beiden Anliegen sollen in der TG KVG gelegt werden.

2. Anpassung kantonales Gesetz über die Krankenversicherung

2.1. Bezeichnung des ambulanten Versorgungsbereiches

Im GG und seit der Einführung der Pflegefinanzierung auf Januar 2011 im TG KVG wird der ambulante Versorgungsbereich im Gesundheitswesen als „ambulante Pflege sowie Hilfe und Betreuung“ bezeichnet. Der Begriff „Hilfe“ wird in den verschiede-

nen Sozialversicherungen (KVG, IVG, ELG) und im Sozialhilfegesetz (SHG; RB 850.1) unterschiedlich verwendet. Das AHVG kennt zudem die Altershilfe. Insbesondere werden in der KVV – bezogen auf die Pflege von Kranken – die ambulanten Organisationen der Pflege als „Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause“ bezeichnet. In der Umsetzung im Kanton Thurgau ergeben sich daraus Missverständnisse bei der Bewilligung und Zulassung der Organisationen und mit den Krankenversicherern. Das Bundesgesetz über Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (ELG; SR 831.30) verwendet den Begriff „Hilfe, Pflege und Betreuung zu Hause sowie in Tagesstrukturen“ für die kantonal zu finanzierenden Krankheits- und Behinderungskosten. Die Hilflosenentschädigung bezeichnet ihrerseits die Leistungen der Grundpflege als Hilfeleistungen im Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20). Im TG KVG und als Grundlage für die subsidiäre Finanzierung durch Ergänzungsleistungen (Hilfe, Pflege und Betreuung, vgl. Verordnung zum Gesetz über Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung [TG ELV; 831.31]) bezeichnet „Hilfe und Betreuung“ vorab folgende Leistungen:

- Hilfeleistungen der Hauswirtschaft: Tätigkeiten anstelle der Klientin oder des Klienten mit den Leistungen Raumpflege (Reinigungsarbeiten inkl. Lüften), Textilpflege (Besorgungen der Wäsche inkl. Aufhängen, Bügeln, Schuhpflege), Ernährung (Einkauf, Mahlzeiten zubereiten, Abwaschen), Abfallentsorgung, Tier- und Pflanzenpflege.
- Bei Spitexorganisationen mit Leistungsauftrag der Gemeinden werden die Leistungen der Hauswirtschaft und stellvertretenden Haushaltsführung soweit als möglich zusammen mit der Klientin oder dem Klienten ausgeführt, mit den zusätzlichen Leistungen der Anleitung, Massnahmen zur Prävention im Zusammenhang mit Selbstvernachlässigung, Ressourcenförderung, Erhaltung der vorhandenen Fähigkeiten, Entlastung der vorhandenen Fähigkeiten, Entlastung des familiären Unterstützungsnetzes (Hauswirtschaft-Sozialbetreuung).
- Betreuungsleistungen sind bspw. Entlastungsdienste, Infrastruktur und Leistungen in Tages- und Nachtaufenthalten sowie Mahlzeitendienste, Fahrdienste.

Es scheint vertretbar, in der TG KVG den Begriff Hilfe durch Hauswirtschaft zu ersetzen, im Wissen, dass es sich im Sinn der Ergänzungsleistungen weiterhin um das Begriffspaar „Hilfe und Betreuung“ handelt. Die Änderung ist durchgängig im TG KVG und GG sowie alsdann in den Ausführungsbestimmungen zu vollziehen.

2.2. Ambulantes Versorgungsangebot – Leistungsgruppenmodell

Das Spektrum der versorgungsnotwendigen Pflegeleistungen reicht von der einfachen Grundpflege über spezialisierte Pflege bei Demenz oder psychiatrischen Diagnosen bis zu hoch komplexen, wenig planbaren Pflegeeinsätzen bei mehrfacherkrankten Menschen oder Kindern. Die Leistungsaufträge der Gemeinden müssen folglich vielfältige Versorgungsbereiche abdecken. Zudem muss mindestens ein Leistungsauftrag in der Hauswirtschaft-Sozialbetreuung erteilt sein. Die weiteren Angebote der

ambulanten Hilfe und Betreuung wie Entlastungsdienste, Tages- und Nachtaufenthalte oder Mahlzeitendienste sind ergänzend wichtig für den Erhalt der Autonomie und Selbständigkeit zu Hause. Sie werden kommunal oder regional koordiniert und – soweit sie dem Bedarf (und nicht dem Bedürfnis) der Personen entsprechen – mit Mindestbeiträgen der Gemeinden gemäss § 27 TG KVG mitfinanziert. Der Fahrdienst des SRK kann zurzeit über Spenden und mit hohem Engagement der Freiwilligen sowie freiwilligen Beiträgen der Gemeinden aufrechterhalten erhalten werden. Eine Deckungslücke ist jedoch absehbar. Zudem ist die Leistung im ELG vorgesehen. Der Fahrdienst soll daher in § 22 und § 27 ergänzt werden. Der Kanton leistet an die Aufwendungen der Gemeinden ebenfalls einen Beitrag gemäss § 27a TG KVG.

Die ambulante Pflegeversorgung entwickelt sich dynamisch und führt zusammen mit einer steigenden Anzahl erwerbswirtschaftlicher Leistungserbringer und dem Fachkräftemangel zu einer starken Fragmentierung der Leistungen und den Anforderungen an deren Erbringung. Viele erwerbswirtschaftliche Leistungserbringer bieten Teilgebiete aus den Leistungsbereichen gemäss Art. 7 KLV in mehreren Kantonen an und beanspruchen in der Regel eine Zulassung für den ganzen Kanton. Der Anspruch, dass alle Spitexorganisationen das gleiche Mindestversorgungsangebot der Pflege gemäss Art. 7 der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) an 365 Tagen im Jahr erbringen, kann über die Zulassung zur OKP auf Grundlage des BGBM nicht eingefordert werden. Damit kommt der Transparenz der angebotenen Leistungen sowie den Leistungsaufträgen der Gemeinden, die das gesamte Versorgungsspektrum koordiniert abdecken eine grosse Bedeutung zu.

Die Transparenz über die Vielfalt der Angebote im Thurgau soll für die Gemeinden und die Bevölkerung durch ein einheitliches Leistungsgruppenmodell Pflege, Hauswirtschaft und Betreuung zu Hause geschaffen werden. Die Leistungen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause gemäss Art. 7 KLV und weiterer Leistungen der Hauswirtschaft und Betreuung gemäss TG KVG werden in Leistungsbereiche und Leistungsgruppen eingeteilt und mit Anforderungen an die Qualität und Verfügbarkeit verknüpft. Das Modell ist für die kantonale Zulassung der ambulanten Leistungserbringer zu den Sozialversicherungen und für die Leistungsaufträge der Gemeinden an die beauftragten Leistungserbringer massgeblich. (vgl. Erläuterungen zu § 22)

Mit dem Anspruch „Gleiche Rechte und gleiche Pflichten für alle“ sollen die Spitexorganisationen ohne Leistungsauftrag in die Qualität investieren und die Ausbildungsverpflichtung umsetzen. Sie sollen in der Qualitätsentwicklung und im Aufbau der Ausbildung gleichermassen durch die Fachstelle Spitexentwicklung des Spitex Verbandes Thurgau unterstützt werden. Ein gleichwertiger Zugang zur Fachkompetenz der Fachstelle soll geschaffen werden. Die Fachstelle Spitexentwicklung wird derzeit ausschliesslich über Mitgliederbeiträge und damit letztlich durch diejenigen Gemeinden finanziert, welche Leistungsaufträge an die Mitglieder des Spitex Verband Thurgau erteilt haben.

Erwerbswirtschaftliche Spitexorganisationen im Kanton Thurgau bilden in den Pflegeberufen keine Lernenden und Studierenden aus. Folglich werden die Beiträge für die praktische Ausbildung an die Betriebe derzeit ausschliesslich durch diejenigen

Gemeinden finanziert, deren beauftragte Spitexorganisationen ausbilden. In diesem Zusammenhang werden zudem die Ausgleichsbeiträge an die Ausbildungskosten solidarisch durch die Mitglieder des Spitex Verbandes Thurgau getragen und damit gleich wie die Fachstelle Spitexentwicklung einseitig finanziert. Der Leistungsauftrag an die Fachstelle Spitexentwicklung kann für die Finanzierung entweder in Leistungen der Ausbildung eingeschlossen werden oder aus der Pflegefinanzierung herausgelöst werden und einzig als Leistungsauftrag des Kantons finanziert werden.

Ergänzend ist darauf hinzuweisen, dass mit der Revision des TG KVG vom 16. August 2023, die per 1. Januar 2024 in Kraft gesetzt wird, die Ausbildungsverpflichtung nach § 22a TG KVG für den ambulanten Pflegebereich beschlossen wurde. Für Listenspitäler, Pflegeheime und Organisationen der ambulanten Pflege wird damit ab dem kommenden Jahr eine einheitliche Ausbildungsverpflichtung gelten. Dies wird sichergestellt, indem gleichzeitig die bestehende Ausbildungsverpflichtung für Listenspitäler (§ 38 TG KVG) verschärft und an die bestehende Ausbildungsverpflichtung für Pflegeheime (§ 15a TG KVG) angepasst wurde.

2.3. Finanzierung ambulante Leistungen der Pflege, Hauswirtschaft und Betreuung

In der Finanzierung der ambulanten Pflegeleistungen ist ein Systemwechsel vorgesehen. Den Gemeinden obliegt weiterhin die ambulante Pflegefinanzierung aufgrund der anerkannten ausgewiesenen Pflegekosten. Die Höchstansätze der Pfelegetarife, aus denen sich die Restfinanzierung ergibt, werden nicht mehr von jeder Gemeinde individuell für die Leistungserbringer mit Leistungsauftrag gemäss gültigem § 25 Abs. 1 und für solche ohne Leistungsauftrag nach § 25 Abs. 2 festgelegt. Es werden die jeweiligen anrechenbaren Kosten aufgrund der Kostenrechnungen der ambulanten Leistungserbringer mit Anspruch auf Restfinanzierung geprüft. Daraus werden die Höchstansätze pro Leistungsstunde als Pfelegetarife für die Restfinanzierung vom Regierungsrat festgesetzt. Die Höchstansätze werden mindestens differenziert nach den Leistungsbereichen gemäss KLV und für folgende Leistungserbringer separat festgelegt:

- Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause mit Leistungsauftrag der Gemeinde
- Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause ohne Leistungsauftrag der Gemeinde
- Organisationen Krankenpflege und Hilfe zu Hause in (an ein Pflegeheim angrenzenden) Wohnungen des Betreuten Wohnens
- Pflegefachpersonen mit Berufsausübungsbewilligung zur Tätigkeit in eigener fachlicher Verantwortung und auf eigene Rechnung

Ebenfalls separate Pfelegetarife werden festgelegt für die Leistungen, die durch pflegende Angehörige unter Aufsicht und Verantwortung von Pflegefachpersonen der Spitexorganisation erbracht und abgerechnet werden dürfen.

Die Leistungen der Aus- und Weiterbildung in den Pflegeberufen sind ebenfalls Teil der Restfinanzierung. Da sie nur bedingt von der Zahl der Leistungsstunden abhängig sind, soll die Abgeltung separat berechnet werden. Alle Gemeinden sollen sich an der Finanzierung gemäss der Bevölkerungszahl beteiligen.

Grundsätzlich erhalten bei einer Pauschalierung Leistungserbringer, die in der Tendenz einfachere Fälle auf einem minimal notwendigen Qualitätsniveau behandeln und pflegen, eine bessere Entschädigung. Leistungserbringer am oberen Rand des Spektrums erreichen in der Regel einen tieferen Kostendeckungsgrad. Der Qualitätsunterschied kann jedoch in aller Regel nicht ausgewiesen werden. Daher wird den Leistungserbringern ein System mit effektiver Abgeltung der ausgewiesenen und anerkannten Kosten bis zu einem Höchstansatz eher gerecht. Zudem müssen Finanzierungslösungen für besonders anspruchsvolle Pflegesituationen gefunden werden. Für spezialisierte Leistungsangebote mit erhöhten Anforderungen (z.B. spezialisierte Palliative Care, spezialisierte Demenz- und Psychiatriepflege sowie die Kinderspitex) und für Spezialleistungen wie Nachtangebote von 23.00 Uhr bis 06.00 Uhr gemäss Arbeitsgesetz und Wegentschädigungen sollen Zusatzbeiträge in Form von Pauschalen oder Zuschlägen vorgesehen werden können. Voraussetzung ist, dass diese Aufwendungen aus den Kostenrechnungen transparent ausgeschieden und geprüft werden können.

Die Gemeinden sollen weiterhin autonom die Leistungsaufträge erweitern können, beispielsweise mit einem regulären Pflegeangebot zwischen 19.00 Uhr und 22.00 Uhr. Die Zusatzaufträge gelten als Gemeinwirtschaftliche Leistungen, die wie bisher als solche separat von den Gemeinden finanziert werden. Der Anteil der Gemeinwirtschaftlichen Leistungen wird sich voraussichtlich verringern, da notwendige Spezialleistungen über die Höchstansätze und Zusatzbeiträge tarifiert werden.

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

3. Weitere Änderungen des Gesetzes über die Krankenversicherung

3.1. Zulassung zur Abrechnung zulasten der Sozialversicherungen

Die Zulassung zur Abrechnung zulasten der Sozialversicherungen, insbesondere der OKP, ist für die Spitäler und Pflegeheime über die Spital- und Pflegeheimplanung und die Anforderungen zur Aufnahme auf die Spital- und Pflegeheimliste geregelt. Die Bestimmungen betreffend die Pflegeheime sollen auf Gesetzesstufe verankert und um die Aufnahme- und Versorgungspflicht ergänzt werden.

Die Grundzüge der Zulassung der ambulanten Leistungserbringer der Pflege (insbesondere der Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause) sind, soweit sie

nicht über die Berufsausübungsbewilligung geregelt sind, ebenfalls auf Gesetzesstufe zu präzisieren und für die Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause mit kommunalem Leistungsauftrag mit der Aufnahme- und Versorgungspflicht zu ergänzen.

3.2. Pflegeheimplanung und kantonale Pflegeheimliste

Die Pflegeheimplanung und der Erlass der kantonalen Pflegeheimliste soll analog zu den Spitälern auf Gesetzesstufe anstelle der Verordnungsebene geregelt werden. Zudem soll festgehalten werden, dass bei der Aufnahme auf die Pflegeheimliste die KVG-Kriterien Qualität und Wirtschaftlichkeit massgeblich sind. In Bezug auf die Wirtschaftlichkeit sollen die Pflegeleistungen und tiefer gewichtet auch die Betreuungsleistungen und Pensionskosten beurteilt werden (vgl. Erläuterungen zu § 15b).

3.3. Aufnahme- und Versorgungspflicht in der Langzeitpflege

Die Koordination und Kooperation zwischen den Leistungserbringern sollen verbessert werden. Für die Koordination von Dienstleistern in komplexen Lebenssituationen oder Krankheitsverläufen wurde einerseits die kantonale Fachstelle Alter geschaffen. Andererseits sind schlankere Prozesse entlang der Versorgungskette, insbesondere die Aufnahme in die Versorgung und Übertritte aus den Listenspitälern, zukünftig unabdingbar. Analog zu den Listenspitälern soll eine Aufnahme und Versorgungspflicht für Pflegeheime mit Leistungsauftrag der Kantonalen Pflegeheimliste und für ambulante Leistungserbringer der Pflege, Hauswirtschaft und Betreuung mit kommunalem Leistungsauftrag eingeführt werden. In den Ausführungsbestimmungen ist insbesondere festzuhalten, wann die Leistungserbringer für die Anmeldung erreichbar sein müssen und innert welcher Fristen nach Anmeldung die Aufnahme oder die Einsätze ausgeführt werden müssen (vgl. Erläuterungen zu § 22b Abs. 3).

Weiter sind Regelungen vorgesehen, wenn eine ambulant pflegebedürftige Person nicht durch den Leistungserbringer mit Aufnahme- und Versorgungspflicht versorgt werden kann. Die Zuständigkeit liegt wie die Versorgung und Erteilung der Leistungsaufträge bei den Gemeinden (vgl. Erläuterungen zu § 22b Abs. 4).

3.4. Aufnahmepflicht der Spitäler – Verweis auf Liste säumiger Prämienzahlerinnen und Prämienzahler

Die Liste säumiger Prämienzahlerinnen und Prämienzahler wurde mit Änderung der TG KVG auf Gesetzesstufe verankert. Der Verweis in § 31 für die Spitäler ist entsprechend anzupassen.

4. Finanzielle Auswirkungen

Kantonsweite Höchstansätze in der ambulanten Pflegefinanzierung führen gemäss interkantonalem Vergleich tendenziell zu höheren Restkostentarifen, erhöhen aber die Transparenz. Ohne Regelung der Berechnung und Festlegung von Höchstansätzen sind die finanziellen Auswirkungen für den Kanton nur annähernd bezifferbar. Sie sind auf wenige hunderttausend Franken jährlich zuzüglich der ausgewiesenen Nettokosten für die Aus- und Weiterbildungsleistungen von derzeit ca. 1.8 Mio. Franken zu schätzen. Auf der Basis der Leistungsmengen, Qualifikationen und Anstellungsbedingungen im Jahr 2022 ist mit finanziellen Auswirkungen von rund 2 Mio. Franken zu rechnen. Systemisch klar ist, dass ein gewisser Spielraum der Gemeinden lokale Gegebenheiten besser berücksichtigt und tendenziell günstiger ist als kantonsweite Pauschalen. In diesem Sinne wird das in der Motion ausgeführte Ziel, die WZW-Kriterien (Wirtschaftlichkeit, Zweckmässigkeit und Wirksamkeit) in allen Gemeinden zu berücksichtigen, mit kantonalen Höchstansätzen tendenziell weniger realisiert als mit der geltenden Regelung.

Für den Vollzug der ambulanten Pflegefinanzierung gemäss § 25 sind Kosten von jährlich rund Fr. 100'000 zu veranschlagen.

Die Fachstelle Spitexentwicklung unterstützt in Zukunft alle zugelassenen Spitexorganisationen in der Qualitätsentwicklung und der Ausbildung von Pflegeberufen. Insgesamt ist für die Fachstelle Spitexentwicklung geschätzt mit 150 Stellenprozenten und Vollkosten von ca. Fr. 220'000/Jahr zu rechnen.

5. Erläuterungen zu den einzelnen Bestimmungen im TG KVG

§ 15b

Abs. 1: Der bisherige § 25 TG KVV über die Pflegeheimplanung und Pflegeheimliste soll analog zu den Spitälern auf Gesetzesstufe verankert werden. Die Pflegeheimliste wird periodisch überprüft und bei Bedarf angepasst. Zudem kann die bisherige Unterteilung in Kapazitäten für Menschen im AHV-Alter und solche für Menschen mit Behinderung sowie der Akut- und Übergangspflege nach weiteren Leistungsbereichen und Leistungsgruppen unterteilt werden.

Abs. 2 macht die Aufnahme auf die kantonale Pflegeheimliste von den KVG-konformen Kriterien der Qualität und Wirtschaftlichkeit abhängig. Als Voraussetzung für eine Wirtschaftlichkeitsprüfung sind die Pflegeleistungen in der notwendigen Qualität zu erbringen. Zudem sollen die nicht zulasten der OKP abrechenbaren Leistungen der Betreuung und Pension in der Wirtschaftlichkeitsbetrachtung für die Aufnahme und den Verbleib auf der Pflegeheimliste berücksichtigt werden.

Abs. 3: In Anlehnung an Art. 41 KVG und die Leistungsaufträge für Listenspitäler wird eine Aufnahme- und Versorgungspflicht der Pflegeheime gemäss Leistungsauftrag der kantonalen Pflegeheimliste bis zu den Kapazitätsgrenzen eingeführt. Damit

haben die Pflegeheime die Leistungen über alle Stufen der Pflegebedürftigkeit und über das gesamte Leistungsspektrum – in welchem sie gelistet sind – sicherzustellen. Versicherte Personen sind nach erfolgter Anmeldung nach rechtsgleichen Kriterien und medizinisch-pflegerischer Dringlichkeit und unabhängig von Alter, sozialem Status und Versicherungsstatus oder Vermögen gleichberechtigt aufzunehmen, und die Versorgung mit den notwendigen Pflegeleistungen ist sicherzustellen.

Titel 3.2, § 22, § 22b (neu), § 23 Abs. 1, § 27 Begrifflichkeit

Der Begriff Hilfe soll in der TG KVG und in der Folge im GG ohne inhaltliche Änderungen durch Hauswirtschaft ersetzt werden, die den grössten Anteil ausmacht. Der Grund ist, dass Hilfe in den verschiedenen Sozialversicherungen unterschiedlich verwendet wird, u.a. sind damit in der Hilflosenentschädigung und in den Verordnungen zum KVG Leistungen der Grundpflege bezeichnet (Hilfe bei den Aktivitäten des täglichen Lebens, Activities of Daily Living [ADL]). In den Ergänzungsleistungen haben die hauswirtschaftlichen und sozialbetreuerischen Leistungen (Hauswirtschaft) vermutlich den grössten Anteil der weiterhin als Hilfe bezeichneten Leistungen. Der Begriff Pflege sowie Hilfe und Betreuung wird durchgängig durch Pflege sowie Hauswirtschaft und Betreuung ersetzt. An den Inhalten ändert sich damit nichts.

§ 22

Abs. 1: Der Begriff Leistungsbereich ist in Leistungsbereiche umzubenennen. Das Versorgungsangebot, die zugehörigen Anforderungen an die Qualität und Verfügbarkeit sollen zukünftig kongruent in einem Leistungsgruppenmodell mit Leistungsbereichen und Leistungsgruppen abgebildet werden. Dieses dient zudem als Grundlage der einheitlichen Finanzierung gemäss § 25.

Die Leistungsgruppen der Pflege werden primär aufgrund der unterschiedlichen Anforderung an die Qualifikation der ausführenden Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie der notwendigen personellen und zeitlichen Verfügbarkeit der Leistungen gebildet.

Abs. 2: Der Fahrdienst wird als wichtige Leistung im ambulanten Versorgungsangebot ergänzt.

Abs. 4: In Ergänzung zur gesundheitspolizeilichen Bewilligung GG und als Voraussetzung für die Zulassung zu den Sozialversicherungen (vorab der OKP), der Leistungsaufträge der Gemeinden und damit der Finanzierung ist vorzusehen, dass das zuständige Departement Weisungen über das Versorgungsangebot und die Qualität der Leistungserbringung erlässt. Es ist eine einheitliche Darstellung der Leistungen und der zugehörigen Qualitätsanforderungen mit Bezug auf örtliche, zeitliche, sachliche und personelle Kriterien in einem Leistungsgruppenmodell vorgesehen (beispielsweise Personaldotation dipl. Pflegefachpersonen HF/FH für die minimale zeitliche Erreichbarkeit oder für 24h/7 Tage pro Woche in zwei Bezirken oder im ganzen Kanton, oder auch für Spitexorganisationen unter einem zu definierenden Leistungsvolumen pro Monat). Die Anforderungen können für Leistungserbringer mit und ohne

Leistungsauftrag differenziert werden, damit einerseits das gesamte versorgungsnotwendige Leistungsspektrum mit einheitlichen Anforderungen abgedeckt ist und andererseits gewisse Themen für Spitexorganisationen ohne Leistungsauftrag nur als Empfehlungen in die Weisungen aufgenommen werden können. Um Doppelspurigkeiten zu vermeiden und die Vergleichbarkeit der Organisationen zu fördern, können (wie bisher) Verbandsrichtlinien wie das Qualitätsmanual des Spitex Verbandes Schweiz oder Musterkonzepte des Spitex Verbandes Thurgau z.B. zum Kernprozess der Pflege, zu Palliative Care, Demenz oder Akut- und Übergangspflege, verbindlich erklärt werden.

§ 22b

Abs. 1: Die Zulassungsvoraussetzung zur OKP sind in der KVV festgelegt. So müssen beispielsweise Spitexorganisationen gemäss Art. 51 lit. b KVV ihren örtlichen, zeitlichen, sachlichen und personellen Tätigkeitsbereich festgelegt haben und nach der Gesetzgebung des Kantons, in dem sie tätig sind, zugelassen sein. Im Kanton Thurgau sollen alle Leistungserbringer ihren Tätigkeitsbereich im Leistungsgruppenmodell gemäss § 22 Abs. 4 festlegen müssen, damit die Leistungsangebote transparent und vergleichbar sind. Die Anforderungen an die Leistungsgruppen gemäss § 22 Abs. 4, die dem von ihnen festgelegten Tätigkeitsbereich entsprechen, sind zu erfüllen.

Abs. 2: Weitere Anforderungen an die Leistungserbringer als Zulassungsvoraussetzung zur OKP sollen vom Regierungsrat festgelegt werden können. Explizit genannt wird das Höchstalter der Personen, welche die ambulanten vergütungspflichtigen Pflegeleistungen an der Patientin oder am Patienten erbringen.

Abs. 3: Die Änderung des KVG aufgrund des Bundesgesetzes zur Förderung der Ausbildung im Bereich der Pflege besagt, dass die Kantone Leistungsaufträge, insbesondere (aber nicht nur) für die zu erbringende Ausbildung erteilen. Bisher und zukünftig erteilen im Kanton Thurgau die Politischen Gemeinden kommunale Leistungsaufträge zur Deckung der ambulanten Pflegeversorgung. Für die Ausbildung in Verbindung mit der Ausbildungsverpflichtung ist jedoch eine kantonale Festsetzung für alle Leistungserbringer zu prüfen. Daher soll in der kantonalen Umsetzung von Art. 36a Abs. 5 und Art. 55b KVG dem Regierungsrat die Kompetenz zur Regelung erteilt werden.

Abs. 4: Damit die Versorgung in der Pflege über 24h/365 Tage im Jahr und in der Hauswirtschaft und Betreuung bedarfsgerecht sichergestellt werden kann, ist die Aufnahme und Versorgungspflicht der Leistungserbringer mit einem kommunalen Leistungsauftrag zu verankern. Die Einzelheiten wie die Dauer zwischen Anmeldung und Ausführung sowie generelle Ausnahmen von der Versorgungspflicht sind einheitlich für den Kanton und damit durch den Regierungsrat zu regeln.

Abs. 5: Kann die Aufnahme- und Versorgungspflicht nicht wahrgenommen werden, obliegt es der beauftragenden Gemeinde, auf Verlangen hin innert angemessener Frist einen anderen Leistungserbringer (ohne Leistungsauftrag) zu vermitteln. Die

Aufgabe kann privaten oder öffentlichen Körperschaften übertragen werden. Es sollen sowohl die betroffene Person (oder deren rechtliche Vertretung) als auch das behandelnde Listenspital in Stellvertretung der Person Antrag auf Vermittlung stellen können. Dieser Antrag gilt im Sinn einer automatischen Kostengutsprache, mit der die Mehrkosten des Listenspitals ab ordentlichem Ausführungsdatum nach Abs. 6 (spätestens ab Datum des nicht mehr medizinisch bedingten Aufenthalts oder einer auslaufenden Kostengutsprache der Versicherer) sowie allfällige Mehrkosten des ambulanten Leistungserbringers ohne Leistungsauftrag zu tragen sind.

Abs. 6: Für die Festlegung von Einzelheiten ist der Verband Thurgauer Gemeinden anzuhören.

§ 23 Abs. 2

Der Verweis auf § 25 Abs. 3 ist zu streichen. Stattdessen ist generell auf § 25 zu verweisen, da mehrere Absätze von § 25 Berechnungen aufgrund festgelegter anrechenbarer Kosten voraussetzen. Zu den betriebsbezogenen Daten, die in nicht anonymisierter Form veröffentlicht werden dürfen, zählen beispielsweise die geprüften Pflēgetarife der einzelnen Leistungserbringer (zuhanden der Gemeinden).

§ 25

Abs. 1 enthält den Grundsatz, dass die Restfinanzierung der Pflegeleistungen wie bisher durch die Wohngemeinde zu gewährleisten ist. Die Formulierung präzisiert, wie die Restfinanzierung zustande kommt: Es handelt sich um die Pflegekosten, die nicht von den Sozialversicherungen und dem Beitrag der versicherten Person gedeckt sind. Die Restfinanzierung selbst ist u.a. je nach Eigenanteil gemäss § 26 für Erwachsene und Kinder unterschiedlich.

Abs. 2: Die Gemeinden müssen gemäss § 7 Abs. 1 Ziff. 4 und Abs. 2 GG das gesamte Versorgungsangebot sicherstellen oder dafür Leistungsaufträge erteilen. Werden sie auf mehrere Leistungserbringer aufgeteilt (z.B. die Hauswirtschaft durch Pro Senectute und die Grundpflege durch erwerbswirtschaftliche Spitexorganisationen), führt das bei der Spitexorganisation, welche die Behandlungspflege und spezialisierten Leistungen erbringt, zu höheren Vollkosten pro Pflegestunde infolge der notwendigen höheren Qualifizierung und des geringeren Volumens und zudem zu massgeblichen Koordinationskosten im Einzelfall. Mindestens die Koordinationsleistungen sind bei Aufteilung auf mehrere Leistungserbringer als Zusatzfinanzierung durch die Gemeinden separat als Gemeinwirtschaftliche Leistungen abzugelten. Für die gemäss Sozialversicherungsrecht verrechenbaren Pflegeleistungen, die durch Angehörige erbracht werden, sollen die Pflēgetarife kantonale festgelegt werden (Abs. 5), die daraus resultierenden Restfinanzierungsbeiträge sind durch die Wohngemeinde zu tragen.

Abs. 3: Die Höchstansätze der Pflēgetarife sollen pro Leistungsstunde festgelegt werden. Aus diesen ergibt sich nach Abzug der Beiträge der Sozialversicherungen und der versicherten Person die Restfinanzierung. Pflēgetarife sind für alle Leistun-

gen der ambulanten Pflege einschliesslich der ambulanten Pflege bei Tages- und Nachtaufenthalten, die eine Restfinanzierung bedingen, festzulegen.

Der Regierungsrat soll darüber hinaus Zusatzbeiträge in Form von Pauschalen oder Zuschlägen vorsehen können, insbesondere für:

1. Aus- und Weiterbildungsleistungen: Sie sind gemäss Systematik des KVG Teil der Pflegeleistungen und damit der Restfinanzierung. Sie werden separat als Zusatzbeiträge in Form von Pauschalen oder Zuschlägen tarifiert, da sie abhängig von den angebotenen Ausbildungsplätzen und den erbrachten Ausbildungsleistungen sind, aber nur bedingt von der Zahl der Pflegestunden abhängen. Begründet ist dies erstens damit, dass nicht alle Leistungserbringer Aus- und Weiterbildung erbringen können (und wollen). Zweitens sollen diese Leistungen zukünftig durch alle Gemeinden mitgetragen werden. Dafür müssen sie transparent ausgewiesen und verrechnet werden. Sie werden gemäss § 27c (neu) aufgrund der Einwohnerzahl auf die Gemeinden aufgeteilt. Die Einzelheiten sind auf Verordnungsstufe zu regeln, insbesondere sind allfällige Bundesbeiträge aufgrund des Gesetzes über die Förderung der Ausbildung im Bereich der Pflege anzurechnen.
2. Spezialisierte Leistungsangebote: Das können insbesondere spezialisierte Palliative Care, spezialisierte Demenz- und allenfalls Psychiatriepflege sowie die Kinderspitex sein. So können z.B. Fixkosten für die Pflegeexpertise pauschal abgegolten werden; sie steigen nicht automatisch mit der Zunahme der Leistungsmenge. Mit differenzierten Zuschlägen kann der Tatsache begegnet werden, dass eine grosse Zahl an Leistungserbringern allgemeine Leistungen (Leistungen im Sinne von Art. 7 Abs. 2 lit. a bis lit. c KLV) erbringt, und die Gesundheitsversorgung für komplexe, mehrfach Erkrankte – insbesondere die Übertritte aus den Akutspitälern – innert kurzer Fristen durch spezialisierte Organisationen oder höher qualifizierte Teams gewährleistet werden muss.

Selbstredend sind Kosten, die über Zusatzbeiträge entschädigt werden, für die Berechnung von Pfelegetarifen und Höchstansätzen auszuscheiden. Voraussetzung für differenzierte Beiträge sind harmonisierte Leistungserfassungen und transparente Kostenausweise. Diese werden sich erst im Lauf der Zeit vereinheitlichen, daher werden Zusatzbeiträge als Kann-Bestimmung aufgenommen.

Abs. 4: Die Höchstansätze der Pfelegetarife nach Abs. 3 sind mindestens differenziert nach den drei Leistungsbereichen gemäss Art. 7 Abs. 2 lit. a bis lit. c KLV separat festzulegen, idealerweise gemäss einem differenzierten Leistungsgruppenmodell. Die Kostenstrukturen der Leistungserbringer mit kommunalem Leistungsauftrag können durch exogene, nicht beeinflussbare Faktoren stark variieren, insbesondere je nach Leistungsmix (Komplexität, Hohe Anteile an Leistungen im Sinne von Art. 7 Abs. 2 lit. a und lit. b KLV), Ausbildungsstufe der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, Aufnahme- und Versorgungspflicht wie Kurzeinsätze und Einsätze in der Nacht, reguläre Dienste an Wochenend- und Feiertagen, säumige Prämienzahlerinnen und Prämienzahler. Bei Leistungserbringern mit umfassenden kommunalen Aufträgen kumulieren sich die Faktoren. Die Pfelegetarife sind daher mindestens differenziert

nach Leistungsbereichen und für vier Gruppen von Leistungserbringern separat festzulegen: Ziff. 1 und Ziff. 2: Organisationen der ambulanten Krankenpflege und Hilfe zu Hause (Spitex) mit und ohne Leistungsauftrag der Gemeinde; Ziff. 3: an Pflegeheime angegliederte Spitexorganisationen, die Synergien mit dem Pflegeheim nutzen können und keine Wegzeiten haben; Ziff. 4: Pflegefachpersonen mit Bewilligung zur Berufsausübung auf eigene Rechnung (z.B. Einzelunternehmen).

Abs. 5: Sind pflegende Angehörige im Auftragsverhältnis für eine Spitexorganisation tätig, dürfen die erbrachten Leistungen der Grundpflege (Leistungen nach Art. 7 Abs. 2 lit. c KLV) gemäss Rechtsprechung des Bundesgerichtes zulasten der Sozialversicherungen und einer allfälligen Restfinanzierung abgerechnet werden. Für diese Leistungen entfällt der überwiegende Teil der Betriebskosten der Spitexorganisation. Diese Pfelegetarife für die Restfinanzierung werden separat kantonal festgelegt aufgrund der durchschnittlichen Bruttolöhne der pflegenden Angehörigen zuzüglich eines Anteils für die u.a. in der transparenten Kostenrechnung nachgewiesene Ausbildung, die Anleitung und Überwachung durch Pflegefachpersonen, welche die Anforderungen gemäss Gesundheitsberufegesetz (GesBG; SR 811.21) erfüllen.

Abs. 6: Analog zu den Pflegeheimen soll die Restfinanzierung gekürzt werden können, wenn die Qualitätsvorgaben der Weisungen des Departementes nicht eingehalten sind oder die Kosten- und Leistungstransparenz nicht hinreichend gegeben ist, beispielsweise wenn Fristen von Auflagen aus Aufsichtsbesuchen verstrichen sind, die Personalqualifikation Pflegefachpersonal HF/FH für die zeitliche Erreichbarkeit in der Jahresherhebung, gemäss Spitexstatistik oder in der Stichprobenkontrolle nicht eingehalten ist oder keine oder keine detaillierte Kostenrechnung zur Festlegung der Pfelegetarife eingereicht wird. Sowohl die anrechenbaren Kosten des einzelnen Leistungserbringers, wenn z.B. Qualitätsvorgaben der Weisungen und Aufsichtsbesuche nicht eingehalten sind, als auch die Höchstansätze, z.B. wegen fehlender oder ungenügender Kosten- und Leistungsausweise sollen für die säumigen Leistungserbringer reduziert werden können.

Abs. 7: Die Wohngemeinde soll weiterhin die Möglichkeit haben, Leistungsaufträge auszuweiten. Die Zusatzaufträge gelten als Gemeinwirtschaftliche Leistungen. Beispielsweise können die regulären Einsatzzeiten über die minimale tägliche Einsatzzeit von 07.00 Uhr bis 19.00 Uhr plus Pikettdienst hinaus auf regulär bis 22.00 Uhr angesetzt werden. Dies ist aus Sicht der Leistungsbezügerinnen und Leistungsbezüger, der Spitäler und zur Verzögerung von Pflegeheimeintritten wünschenswert. Es bedingt einen Doppelschichtbetrieb mit Folgekosten. Soweit nicht im Höchstansatz der Pfelegetarife geregelt, kommen auch folgende, nicht abschliessend aufgezählten Zusatzleistungen als Gemeinwirtschaftliche Leistungen in Frage:

- Aufnahme- und Versorgungspflicht
- Service Public (allgemeine Erreichbarkeit, Beratung und Unterstützung pflegende Angehörige, Information über das bestehende Spitex-Angebot/Öffentlichkeitsarbeit, Vernetzung mit anderen Leistungserbringern, bedürfnisgerechte Weiterleitung von Hilfesuchenden, Gesundheitsberatung und -förderung, fachli-

che Beratung der Gemeindebehörden, Mitarbeit in Projekten und Arbeitsgruppen der Gemeinden

- Sicherstellung einer bedarfsgerechten Koordination zwischen verschiedenen Dienstleistern (Case Management)

Abs. 8: Alle Leistungserbringer haben unter Einhaltung der Zulassungsbedingungen die Möglichkeit, im Kanton Thurgau zulasten der Sozialversicherungen tätig zu werden. In diesem Fall gilt der Kanton Thurgau als Standortkanton eines ambulanten Leistungserbringers gemäss Art. 25a Abs. 5 KVG. In Analogie zu Art. 41 KVG „Wahl des Leistungserbringers und Kostenübernahme“ soll Art. 25a Abs. 5 KVG in der Anwendung dahingehend präzisiert werden, dass die Regeln der Restfinanzierung des Kantons Thurgau zur Anwendung kommen, wenn Leistungsbezügerinnen und Leistungsbezüger ausserkantonale ambulante Pflegeleistungen beanspruchen, ohne dass berufliche Gründe vorliegen oder ein Aufenthalt zwecks Pflege und zusätzlicher Betreuung erfolgt. Damit sind maximal die in § 25 TG KVG festgelegten Höchstansätze geschuldet, wenn ausserkantonale ambulante Pflegepraxen ohne weiteren Aufenthalt beansprucht werden.

Abs. 9 entspricht dem bisherigen Abs. 3, erweitert um die Pflgetarife und Höchstansätze. Um eine differenzierte Berechnung pro Leistungsstunde nach Abs. 3 und nach Leistungsbereichen und spezialisierten Angeboten nach Abs. 4 zu ermöglichen, wird auf die Kostenrechnungen mit den detailliert ausgewiesenen anrechenbaren Kosten sowie die qualitativen Besonderheiten der erbrachten Leistungen abgestellt.

§ 27

Titel und Abs. 1: Hilfe wird durch Hauswirtschaft ersetzt.

Abs. 2: Bei Leistungserbringern mit kommunalem Leistungsauftrag verbilligen die Gemeinden die Leistungen der Hauswirtschaft und Betreuung, die dem Bedarf der Leistungsbezügerin und des Leistungsbezügers entsprechen, mit einem Mindestbeitrag in Prozent der Kosten. Anstelle der bisherigen Berechnung auf den ausgewiesenen Lohnkosten wird auf die ausgewiesenen anrechenbaren Vollkosten abgestellt. Der minimal zu tragende Prozentsatz wird mit der Inkraftsetzung des Gesetzes definitiv festgesetzt. Er wird auf den mit den Leistungsstunden gewichteten Durchschnitt der eingereichten und geprüften Kostenrechnungen 2022 und 2023 der Spitexorganisationen mit kommunalem Leistungsauftrag festgelegt. Weiter wird explizit festgehalten, dass die Gemeinde (wie bisher) abgestufte Tarife aufgrund der wirtschaftlichen Verhältnisse der Leistungsbezügerinnen und Leistungsbezüger festlegen kann.

Abs. 3: Der Fahrdienst wird ergänzt, so dass Kosten für die Koordination- und Einsatzplanung durch Mindestbeiträge mitgetragen werden können.

§ 27c

Die Aus- und Weiterbildungsleistungen sind Teil der Restfinanzierung gemäss Art. 25 KVG und für die Spitexorganisationen in § 25 vorstehend geregelt. Der Kanton betei-

ligt sich gemäss § 27a an den Aufwendungen. Alle Gemeinden sollen sich gleichermaßen an den in den Spitexorganisationen unterschiedlich anfallenden Kosten für die Aus- und Weiterbildung beteiligen. Die Finanzierungsanteile für Aus- und Weiterbildungsleistungen aus § 25 sollen daher unter den Gemeinden analog zur Restfinanzierung der stationären Leistungen in Pflegeheimen aufgrund der Einwohnerzahl am 31. Dezember des Vorjahres aufgeteilt werden.

§ 31 Abs. 1

Der Verweis auf die Verordnung TG KVV wird auf die Bestimmungen im Gesetz betreffend die Liste säumiger Prämienzahlerinnen und Prämienzahler geändert.

6. Erläuterung zur Bestimmung im GG

§ 7 Abs. 1 Ziff. 4

Im TG KVG wird der Begriff „Hilfe“ durch „Hauswirtschaft“ ersetzt. Diese Änderung ist auch im GG vorzunehmen.

7. Inkraftsetzung

Das Gesetz tritt auf einen durch den Regierungsrat zu bestimmenden Zeitpunkt in Kraft.

Die einheitliche Restfinanzierung wird bei den Spitexorganisationen mit Leistungsauftrag zu unterschiedlichen Deckungsgraden führen. Mit einer raschen, kohärenten Harmonisierung der Leistungs- und damit einhergehend der Kostenerfassung können die Auswirkungen gedämpft werden. Es sollte zudem bei der Einführung nicht nur auf einzelne Datenjahre abgestellt werden, sondern auf die Datenjahre 2022, 2023 und 2024, die Mitte 2025 vorliegen. Die Politische Gemeinden und Spitexorganisationen mit Leistungsauftrag müssen sich auf die Umstellung vorbereiten können. Daher kann der Regierungsrat die Höchstbeiträge frühestens ein Jahr nach Inkraftsetzung der Änderung und damit frühestens auf den 1. Januar 2026 festsetzen.