

## **Erläuternder Bericht zum Entwurf eines Gesetzes betreffend die Änderung des Gesetzes über die Krankenversicherung vom 25. Oktober 1995 (Neuordnung der Pflegefinanzierung)**

vom 18. Januar 2010

### **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.

Neu geregelt werden 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 anderer stationärer Pflegeeinrichtungen im Sinne des KVG).

Nicht Bestandteil der Neuordnung der Pflegefinanzierung des Bundes sind die Kosten für Unterkunft und Verpflegung (Hotellerie) und 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).

Die Gesetzesrevision soll überdies genutzt werden, um die gesetzlichen Grundlagen in Bezug auf das Angebot und die Finanzierung aller Pflegeleistungen zu präzisieren und die Zuständigkeiten von Gemeinden und Kanton zu klären. Diese ergeben sich einerseits aus den Prinzipien der Neuordnung der Aufgabenteilung zwischen Bund, Kanton und Gemeinden (NFA) im Bereich der Hilfe und Pflege zu Hause und andererseits aus der Abgrenzung zu den Leistungen, die durch die Leistungsbezügerinnen und Leistungsbezüger zu finanzieren sind.

## **2. Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung**

Die Neuordnung der Pflegefinanzierung sieht eine Differenzierung zwischen Pflegeleistungen bei Krankheit und Leistungen der Akut- und Übergangspflege vor (neu Art. 25a KVG). Unter Pflegeleistungen (in der Folge: allgemeine Pflegeleistungen) sind solche Leistungen zu verstehen, die in der Regel längerfristig erbracht werden, ohne dass sie mit einer vorgängigen Spitalbehandlung zusammenhängen müssen. Leistungen der Akut- und Übergangspflege schliessen demgegenüber immer direkt an einen Spitalaufenthalt an. 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. Eine effiziente, zielgerichtete Erbringung der Akut- und Übergangspflege bedingt besondere personelle und organisatorische Qualifikationen.

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 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 Pfl egetag von höchstens 20 Prozent des höchsten vom Bundesrat festgesetzten Pflegebeitrags 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 Versicherer 45 %. Die Beteiligung der Leistungsbezügerinnen und Leistungsbezüger an den Kosten der Akut- und Übergangspflege entfällt.

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 Artikel 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 zu lasten 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 Tagesheimes, einige Pflegeheime haben 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 Pflagetage erbracht. Nicht eingerechnet sind ausserkantonale Pflegeheimaufenthalte von 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 Kantoneinwohnerinnen 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, 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 Pflegekosten. 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 Tagesaufenthaltern 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 dem maximal zulässigen Eigenanteil 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.  $\frac{3}{4}$  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 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 wurden 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 Pflage-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<sup>bis</sup> 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<sup>bis</sup> 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 tätige Pflegefachfrauen und -männer 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 2/3 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 ambulant und in stationären Einrichtungen in palliativen Situationen kostenlos zur Verfügung.

### **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 wurden 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. Wenn davon auszugehen ist, 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 zu Lasten der Bezügerinnen und Bezüger von 62 % bis 50 % bzw. zu Lasten der Gemeinden von 15 % bis 30 %.

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

Mit dem Entlastungsdienst des SRK wird für das Jahr 2010 als Überbrückung bis zur gesetzlichen Regelung eine Leistungsvereinbarung mit dem Kanton erstellt, so dass den Klientinnen und Klienten im ausgewiesenen Leistungsrahmen unabhängig vom Wohnort kantonsweit einheitliche Tarife gewährt werden.

## **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 Pickettdienst durch Pflegefachpersonen). Die inhaltliche Abgrenzung der Leistungen zwischen allgemeinen Pflegeleistungen (der Langzeitpflege), der Akut- und Übergangspflege und spezialisierten Pflegeleistungen wie Palliative Care, Onkologiepflege etc. ist nicht möglich. Die Übergänge sind fließend. Einzig für die Finanzierung aus der OKP wurde 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.

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<sup>bis</sup> 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 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.

## **3. Anliegen der kantonalen Interessenverbände an die Neuregelung**

Der Chef des Departementes für Finanzen und Soziales führte am 27. November 2009 eine Aussprache mit Vertretern des Verbandes Thurgauer Gemeinden (VTG), einzelnen



Gemeinden, Curaviva Thurgau und Spitex Verband Thurgau durch. Diese äusserten sich wie folgt:

### 3.1 Curaviva Thurgau

- Leistungsbezügerinnen und Leistungsbezüger sollen das Pflegeheim frei wählen können.
- Bei effizienter Leistungserbringung sollen weiterhin alle anfallenden Kosten verrechnet und vergütet werden. Regionalen Unterschieden im Lohnniveau und der Grösse des Pflegeheimes ist angemessen Rechnung zu tragen.
- Wie bisher soll gegenüber dem Pflegeheim einzig die Leistungsbezügerin beziehungsweise der Leistungsbezüger als Schuldner auftreten. Die öffentliche Hand würde ihre Beiträge an diese Einzelpersonen entrichten.
- Die Auszahlungen sollten von einer zentralen Stelle erfolgen, damit die einheitliche Handhabung und Abwicklung sowie eine einzige Anlaufstelle gegeben sind.
- Mit den kantonalen Mindestvorgaben bezüglich Personaldotation lässt sich keine qualitativ gute Pflege erbringen, es wird begrüsst, dass die Vorgaben auf den derzeitigen Durchschnitt im Kanton angehoben und auch die daraus resultierenden Kosten vergütet werden sollen.
- Die stationäre Akut- und Übergangspflege für Personen, die nicht bereits im Pflegeheim wohnen, ist für Pflegeheime unattraktiv. Der Aufwand und die Vorhalteleistungen für einen nur kurzen Aufenthalt sind sehr gross. Dieses Angebot wird sich in wenigen Pflegeheimen konzentrieren. Die Betreuungskosten sind zusätzlich zu den Pflegekosten durch die öffentliche Hand zu finanzieren.

### 3.2 Spitex Verband Thurgau

Im Wesentlichen wurden folgende Anliegen mitgeteilt:

- Der Grundsatz ambulant vor stationär soll gefördert werden, indem auf einen Eigenanteil der Klientin beziehungsweise des Klienten verzichtet wird.
- Eine Präzisierung von § 11 des Gesundheitsgesetz ist notwendig, insbesondere in Bezug auf die anzubietenden Leistungen, deren Qualität und deren Finanzierung.
- Die Finanzierung der Spitexleistungen soll aufgrund einheitlicher Kostenrechnungen erfolgen.
- Die Abwicklung der Abrechnung der Restkostenfinanzierung für die Pflege soll einfach sein (wie bisher über die Leistungsvereinbarungen mit den Gemeinden oder als Vergütung an die Klientin beziehungsweise den Klienten durch die öffentliche Hand direkt oder über die Krankenversicherer).

### 3.3 Verband Thurgauer Gemeinden, Spitex Verband Thurgau

Der VTG und der Spitex Verband Thurgau regen gemeinsam an, dass die Vergabe eines kommunalen, umfassenden Versorgungsauftrages an eine Spitexorganisation für alle ambulanten KVG-Pflichtleistungen und Nicht-KVG-Leistungen eines Gemeindegebietes ermöglicht werden soll. Damit könnten Evaluationen und kantonsweite Leistungsvereinbarungen beispielsweise mit Entlastungsdiensten oder spezialisierten Pflegeorganisationen (Kinderspitex) zentral erfolgen. Die Organisation mit umfassendem

Leistungsauftrag kann die Leistungen entsprechend diesen Vereinbarungen kaufen oder selbst erbringen. Die Gemeinde ist damit entlastet, das Angebot mehrerer Leistungserbringer fachlich zu beurteilen.

### **3.4 Gemeinden**

- Die grundsätzliche Aufgabenteilung nach NFA wird nicht in Frage gestellt.
- Auf die kostenrelevanten Faktoren im Pflegeheim (Personal, Infrastruktur) haben die Gemeinden keinen nennenswerten Einfluss.
- Die Abrechnung der Pflegerestkosten der Pflegeheime soll nicht über die Gemeinden erfolgen, sie finanzieren die Restkosten jedoch mit.
- Die Finanzierung der ambulanten Leistungen liegt wie bisher in der Zuständigkeit der Gemeinden.
- Der Grundsatz ambulant vor stationär soll gelten, dennoch soll auch für ambulante Pflegeleistungen ein Eigenanteil proportional zu den verrechneten Pflegekosten erhoben werden (20 %).
- Grundsätzlich sind gemischte Aufgaben und Finanzierungspflichten zwischen Kanton und Gemeinden zu vermeiden, für eine Entflechtung könnten andere gemischte Finanzierungen überdacht werden.

## **III. Grundzüge der Neuregelungen auf Gesetzesstufe**

### **1. Grundsätze der Neuregelung**

Im kantonalen Krankenversicherungsgesetz 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 Pflegeleistungen inklusive Akut- und Übergangspflege gemäss KLV, Hilfe und Betreuung zu Hause (Hauswirtschaft, Entlastungsdienste, Schulungen für Klientinnen und Klienten und deren Umfeld, Mahlzeitendienst, Fahrdienst), ambulante und stationäre Angebote in Pflegeheimen. Sie erteilt dazu Leistungsaufträge. Sie kann Leistungsaufträge zu umfassenden Leistungsvereinbarungen bündeln, z. B. für Pflegeheimleistungen oder für die ambulanten Leistungen ausserhalb der Pflegeheime.
- 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 Leis-

tungen 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-, Kinderpflege 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 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 erbrachten 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.

## **IV. 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 wurden zudem die Zusatzkosten der spezialisierten Pflege in Palliative Care im neu zu schaffenden Palliative Care Zentrum mit 8 Betten der Spital Thurgau AG, einem resp. zwei Mobilien Palliative Care Teams, die an das Palliative Care Zentrum angeschlossen sind und Mehrkosten für 6 bis 8 spezialisierte Organisationen ambulant zu Hause.

Die Überführung der Einstufungssysteme in das neue Beitragssystem der OKP gemäss KLV in Pflegeheimen hat einen entscheidenden Einfluss auf die Höhe der Restfinanzierung. Ohne Erhöhung der Beitragssumme der OKP sind im vorgesehenen Kostenteiler Mehrkosten der Pflege zu Lasten der Gemeinde von rund 3 Mio. Franken und des Kantons von rund 4 Mio. Franken zu rechnen.

Zusammenfassend belaufen sich die Mehrkosten zu Lasten der öffentlichen Hand auf Basis des Jahres 2008 insgesamt auf 15 Mio. Franken bis 24 Mio. Franken pro Jahr, davon Fr. 300'000.- für Nicht-KVG-Pflichtleistungen und 4,5 – 6 Mio. Franken für Palliative Care. Nicht eingerechnet sind jährliche Mengen- und Kostensteigerungen. Diese betragen 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 mit steigender Tendenz derzeit 42 % der Bewohnerinnen und Bewohner auf die subsidiäre Finanzierung der Hotellerie und Betreuung durch Ergänzungsleistungen angewiesen sind.

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.

## **V. 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.

### **§ 16**

Die einheitliche Gliederung der Kosten ist eine Grundvoraussetzung für die Vergleichbarkeit der Institutionen und die Zuweisung der Finanzierungsverantwortlichkeit für einzelne Leistungsbereiche. Die Veröffentlichung von Kenndaten 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**

Der Anspruch auf Beiträge besteht auch für Pflegeleistungen, die für Einwohnerinnen und Einwohner des Kantons Thurgau in anerkannten ausserkantonalen Pflegeheimen erbracht werden. Der Anspruch ist auf die Beiträge von innerkantonalen Institutionen begrenzt.

## **§ 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 von der strikten Anwendung der NFA-Prinzipien beteiligt sich vor diesem Hintergrund der Kanton an der Finanzierung der Pflegekosten der stationären Pflege in Pflegeheimen im Umfang von 50 %.

Die Kosten der öffentlichen Hand für allgemeine Pflegeleistungen und Pflegeleistungen der Akut- und Übergangspflege sollen durch die identischen Finanzierer getragen werden. Kompetenz- und Abgrenzungsfragen im Einzelfall werden damit vermieden. Die Finanzierung des Anteils der Gemeinden soll aufgrund der Einwohnerzahl zum 31. Dezember des Beitragsjahres erfolgen. Damit 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 kann somit verzichtet werden.

Die Finanzierung der Pflegekosten hat unabhängig von subsidiären Zahlungen, beispielsweise der EL, für alle Leistungsbezügerinnen und Leistungsbezüger einheitlich zu erfolgen. Es ist aufgrund der Mitbeteiligung des Kantons an den Kosten ein zentrales, kosteneffizientes Abrechnungssystem vorgesehen.

## **§ 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.

## **§ 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.

### **§ 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 einheitlich 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 von zugelassenen Leistungserbringern Beiträge zu leisten. Es ist daher sinnvoll für Pflegeleistungen separate Tarife zu vereinbaren. Zur Vereinheitlichung werden in Absatz 3 Rahmenbedingungen festgelegt. Demgegenüber besteht die Pflicht zur Finanzierung von gemeinwirtschaftlichen Leistungen nur gegenüber einer entsprechend beauftragten Organisation. Die Gemeinden können dafür separate Vereinbarungen treffen.

### **§ 26**

Die Leistungsbezügerinnen und Leistungsbezüger werden anstelle der maximal möglichen Kostenbeteiligung pro Pfl egetag 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. .

### **§ 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. Die Leistungsbezügerinnen und Leistungsbezüger sollen in etwa im gleichen Rahmen wie bisher belastet werden, also mit etwa 55 % der Kosten. Für Mahlzeiten-dienste und Tagesaufenthalte soll der Regierungsrat Mindestbeiträge festlegen können. Es ist vorgesehen, diese auf die Höhe der Beiträge gemäss Übergangsbestimmungen zum AHVG festzulegen und in limitiertem Umfang und zu reduziertem Tarif Tagesauf-

enthalte in Pflegeheimen ohne separate Infrastruktur zuzulassen.

## **§ 28**

Infolge der Neuordnung der Pflegefinanzierung ist § 11 GG anzupassen. Im Gesundheitsgesetz soll der Grundsatz der bedarfs- und fachgerechten Pflegeversorgung ambulant und im Pflegeheim sowie die Hilfe und Betreuung zu Hause als Aufgabe der Wohngemeinde verankert sein. Die Gemeinde kann die im TG-KVG beschriebenen Leistungsaufträge im Sinne eines umfassenden Versorgungsauftrages, beispielsweise für die Pflege, Hilfe und Betreuung zu Hause, in einer einzigen Leistungsvereinbarung an eine Organisation vergeben, und so alle damit zusammenhängenden Aufträge und Beitragszahlungen als integrierte Versorgung ihrer Wohnbevölkerung zusammenfassen.

## **§ 29**

### **Absatz 1**

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

### **Absatz 2**

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.

## **Beilagen**

- Gesetzesentwurf des Regierungsrates
- Finanzielle Auswirkungen der Neuordnung der Pflegefinanzierung (Tabelle)
- Finanzierungssystem der Pflegeleistungen und der Akut- und Übergangspflege im Pflegeheim und in der Spitex (Grafik)