Verordnung des Regierungsrates zum Gesetz über die Krankenversicherung (TG KVV)

vom 20. Dezember 2011 (Stand 1. Januar 2019)

1. Allgemeine Bestimmungen

§ 1 Inhalt

[1] Diese Verordnung regelt den Vollzug des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung vom 18. März 1994 (KVG)[1)] sowie des Gesetzes über die Krankenversicherung vom 25. Oktober 1995[2)].

§ 2 Zuständigkeit

[1] Das Departement für Finanzen und Soziales leitet und beaufsichtigt den Vollzug.

[2] Soweit nichts anderes bestimmt ist, obliegt der Vollzug dem Amt für Gesundheit. Dieses erteilt den beauftragten Stellen die erforderlichen Weisungen. *

[3] Für den Vollzug der Bestimmungen über die Versicherungspflicht sind die Krankenkassen-Kontrollstellen der Gemeinden zuständig.

[4] Das Departement beauftragt die kantonale Ausgleichskasse auf der Grundlage von Leistungsvereinbarungen mit Vollzugsaufgaben in den Bereichen Prämienverbilligung, Pflegefinanzierung und Versicherungspflicht. *

[5] Das Departement beauftragt die kantonale Dienststelle für Statistik auf der Grundlage einer Leistungsvereinbarung mit der Bearbeitung von Daten der Leistungserbringer gemäss Artikel 59a KVG. *

2. Versicherungspflicht

§ 3 Zuweisung

[1] Bei der Zuweisung von Personen, die der Versicherungspflicht nicht nachkommen, ist auf eine angemessene Verteilung auf die Versicherer zu achten.

---

1) SR 832.10
2) 832.1

* Änderungstabelle am Schluss des Erlasses

§ 4 Zuständige kantonale Behörde

[1] Das Departement bestimmt die zuständige kantonale Behörde sowie die Revisionsstelle gemäss Artikel 64a KVG. *****

§ 5 Verlustscheine und gleichwertige Rechtstitel

[1] Als Verlustscheine und einem Verlustschein gleichwertige Rechtstitel im Sinne von Artikel 64a KVG[1)] gelten:

1. definitiver Verlustschein nach Artikel 149 beziehungsweise 265 des Bundesgesetzes über Schuldbetreibung und Konkurs (SchKG)[2)];
2. Pfändungsurkunde nach Artikel 115 Absatz 1 SchKG, wenn kein pfändbares Vermögen vorhanden ist, und nach Artikel 115 Absatz 2 SchKG (provisorischer Verlustschein);
3. SchKG-Urkunde oder Auszug des Schweizerischen Handelsamtsblattes nach der Durchführung einer konkursamtlichen Liquidation einer Erbschaft gemäss Artikel 193 SchKG;
4. behördliche Insolvenzbestätigung aus Ländern der Europäischen Union, Island und Norwegen;
5. behördliche Bestätigung betreffend Ausschlagung der Erbschaft;
6. Verfügung betreffend Einstellung des Konkursverfahrens mangels Aktiven gemäss Artikel 230 SchKG.

§ 6 Beiträge an Verlustscheine und gleichwertige Rechtstitel

[1] Die Wohnsitz- oder Aufenthaltsgemeinde des Versicherten übernimmt nach Massgabe des KVG die in der Schlussabrechnung des Versicherers ausgewiesenen Forderungen aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung, die zur Ausstellung eines Verlustscheins geführt haben.

[2] Rückvergütungen gemäss Artikel 64a Absatz 5 KVG werden Gemeinden erstattet, die Forderungen gemäss Absatz 1 übernommen haben.

[3] Die Wohnsitz- oder Aufenthaltsgemeinde, die Forderungen gemäss Absatz 1 übernommen hat, hat gegenüber früheren Wohnsitz- und Aufenthaltsgemeinden im Kanton das Rückgriffsrecht anteilmässig für dort entstandene Forderungen, die in den Verlustscheinen und gleichwertigen Rechtstiteln zusammengefasst wurden. Rückvergütungen gemäss Absatz 2 sind anteilmässig zurückzuerstatten. *****

---

1) SR 832.10
2) SR 281.1

§ 7 Rückgriffsrecht, Rückerstattung von übernommenen Ausständen *

[1] Übernimmt die Wohnsitz- oder Aufenthaltsgemeinde die gesamten ausstehenden Prämienrückstände, Kostenbeteiligungen, Verzugszinsen und Betreibungskosten, hat sie gegenüber früheren Wohnsitz- und Aufenthaltsgemeinden im Kanton das Rückgriffsrecht für dort entstandene Prämienrückstände und Kostenbeteiligungen, abzüglich die bezogenen Entschädigungen gemäss § 8 Absatz 2.

[2] Von der Gemeinde übernommene Ausstände sind vom Versicherten zurückzuerstatten. *

§ 8 Beiträge aus der Prämienverbilligung

[1] Zur Abgeltung der von den Gemeinden übernommenen Ausstände von Versicherten wird aus den Mitteln der Prämienverbilligung ein vom Regierungsrat jährlich festzulegender Betrag zur Verfügung gestellt. An die Beiträge der Gemeinden für Verlustscheine und gleichwertige Rechtstitel aus Vorjahren erfolgt keine Mitfinanzierung. *

[2] Liegen die Aufwendungen der Gemeinden über dem Betrag gemäss Absatz 1, werden die Gemeinden für ihre Aufwendungen anteilmässig entschädigt. *

[3] Die Gemeinden reichen dem Kanton die Abrechnungen der von ihnen im Kalenderjahr übernommenen Aufwendungen bis zum 15. Januar des Folgejahres ein.

§ 9 Liste der säumigen Prämienzahler *

[1] Der Kanton führt eine Liste gemäss Artikel 64a Absatz 7 KVG[1)] von Personen, die ihrer Prämienpflicht nicht nachkommen. Er betreibt dafür eine elektronische Applikation und macht die Liste den Berechtigten zugänglich. *

[2] Zum Zugriff auf die elektronische Applikation berechtigt sind die kantonale Behörde gemäss § 4, die Politischen Gemeinden des Kantons sowie das Amt für Gesundheit und der Datenschutzbeauftragte. *

[3] Zur Einsicht in die Liste der säumigen Prämienzahler berechtigt sind die Stellen gemäss Absatz 2 und die zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung zugelassenen Leistungserbringer, sofern sie über eine Zahlstellennummer der Versicherer verfügen. *

§ 10 Datenerfassung

[1] Der Versicherer meldet der kantonalen Behörde Schuldner und Schuldnerinnen von Forderungen aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung spätestens bei Anhebung der Betreibung.

---

1) SR 832.10

[2] Die kantonale Behörde erfasst die Betroffenen in der elektronischen Applikation und erstattet dem Versicherer Meldung. Sie setzt die zuständige Gemeinde über die Erfassung sowie den Leistungsaufschub des Versicherers in Kenntnis. *

[3] Die kantonale Behörde übermittelt der Gemeinde elektronisch die Meldung des Versicherers über die Aufhebung des Leistungsaufschubs und löscht den Listeneintrag auf Meldung der Gemeinde. *

[4] Die Wohn- oder Aufenthaltsgemeinde ist für die vollständige Erfassung und die Bereinigung der Daten verantwortlich.

[5] Die kantonale Behörde entscheidet auf Antrag der betroffenen Person über die Rechtmässigkeit des Listeneintrages. *

§ 11 Case Management

[1] Die Gemeinden setzen Versicherte mit Leistungsaufschub über die Eintragung auf der Liste der säumigen Prämienzahler und die damit verbundenen Folgen in Kenntnis. *

[2] Sie betreiben ein Case Management mit dem Ziel, den Versicherungsschutz wiederherzustellen und die Entstehung von Verlustscheinen zu vermeiden.

[3] Versicherte mit Leistungsaufschub sind zur Mitwirkung im Case Management verpflichtet.

§ 12 Verlustscheine

[1] Die kantonale Behörde erfasst die Verlustscheinmeldungen der Versicherer in der elektronischen Applikation. *

[2] Sie erstellt die Schlussabrechnung über die im Vorjahr angefallenen Verlustscheine und gleichwertigen Rechtstitel zur Weiterverrechnung an die Gemeinden jeweils bis zum 31. August. *

§ 13 Ausstand

[1] Leistungserbringer, die es im Sinne von Artikel 44 Absatz 2 KVG[1)] ablehnen, gesetzliche Leistungen zu erbringen, haben dies dem Amt für Gesundheit zu melden. *

3. Prämienverbilligung

§ 14 Ansätze

[1] Die Prämienverbilligungen betragen:

1. * Fr. 2 208.– bis zum Steuerbetrag von Fr. 400.– einfache Steuer zu 100 %;

[1)] SR 832.10

2. * Fr. 1 656.– bis zum Steuerbetrag von Fr. 600.– einfache Steuer zu 100 %;
3. * Fr. 1 104.– bis zum Steuerbetrag von Fr. 800.– einfache Steuer zu 100 %;
4. * Fr. 984.– für Kinder bis zum Steuerbetrag von Fr. 800.– einfache Steuer zu 100 % und ohne steuerbares Vermögen der Eltern;
5. * Fr. 612.– für Kinder bis zum Steuerbetrag von Fr. 1 600.– einfache Steuer zu 100 % und ohne steuerbares Vermögen der Eltern;
6. * Fr. 3 972.– für erwachsene Sozialhilfeempfänger;
7. * Fr. 984.– für Sozialhilfeempfänger bis zum 18. Altersjahr.

§ 15 Bemessung für Niedergelassene und Jahresaufenthalter

[1] Solange keine definitive Einschätzung vorliegt, wird die Prämienverbilligung aufgrund der vorjährigen provisorischen Steuerrechnung bemessen.

[2] Lassen sich gestützt auf die definitive Steuerveranlagung, im Falle der Jahresaufenthalter gestützt auf die Tarifkorrektur, verschlechterte wirtschaftliche Verhältnisse nachweisen, kann die versicherte Person spätestens innert 30 Tagen seit Rechtskraft der Schlussrechnung respektive der Tarifkorrektur eine Neubemessung der Prämienverbilligung verlangen. Differenzbeträge von weniger als Fr. 30.– werden weder ausbezahlt noch zurückgefordert. *

[3] Eine Neubemessung ist ausgeschlossen, wenn der Anspruch gemäss § 9 Absatz 2 des Gesetzes verfallen ist. *

§ 16 Bemessung für Kurzaufenthalter und Grenzgänger

[1] Bemessungsgrundlage für Kurzaufenthalter und Grenzgänger mit Wohnsitz in einem Mitgliedstaat der EU oder EFTA und Kurzaufenthalter mit Wohnsitz in einem Drittstaat, welche für sich allein eine Prämienverbilligung beanspruchen, ist das in der Schweiz erzielte und nach der Kaufkraft bereinigte quellensteuerpflichtige Einkommen. *

[2] Wird die Prämienverbilligung von EU- oder EFTA-Bürgern und -Bürgerinnen mit Aufenthalt in der Schweiz auch für die in einem EU- oder EFTA-Staat wohnhaften nicht erwerbstätigen Familienangehörigen beantragt, ist auf das gesamte im In- und Ausland erzielte und nach der Kaufkraft bereinigte Einkommen und Vermögen abzustellen. *

[3] Für das erzielte Einkommen und Vermögen sind die neuesten Daten wie Steuerveranlagung, Liegenschaftenbewertung, Bankbelege usw. heranzuziehen.

[4] Die antragstellende Person trägt für die Feststellung des erzielten Einkommens und Vermögens die volle Mitwirkungs- und Beweispflicht.

§ 17 Prämienverbilligung bei Zahlungsausständen

[1] Die Wohnsitz- oder Aufenthaltsgemeinde kann die Prämienverbilligung von Anspruchsberechtigten mit ausstehenden Prämien direkt beantragen und durch die kantonale Ausgleichskasse dem Versicherer zur Deckung der Ausstände überweisen lassen. *

[2] Reicht eine berechtigte Person mit ausstehenden Prämien ihren Antrag nicht oder unvollständig ein, kann die Wohnsitz- oder Aufenthaltsgemeinde die Prämienverbilligung beantragen und durch die kantonale Ausgleichskasse direkt dem Versicherer zur Deckung der Ausstände überweisen lassen. *

§ 18 Kinder und junge Erwachsene in Ausbildung

[1] Versicherte Kinder, deren Eltern ein steuerbares Vermögen ausweisen, erhalten keine Prämienverbilligung. Bei leiblichen Eltern im Konkubinat sind die steuerlichen Verhältnisse der Mutter massgebend. *

[2] Der Prämienverbilligungsanspruch für Kinder beträgt 50 % der effektiven Prämie, maximal jedoch 50 % der vom Eidgenössischen Departement des Innern errechneten kantonalen Durchschnittsprämie für Kinder.

[3] Junge Erwachsene mit einem Steuerbetrag von maximal Fr. 800.– einfache Steuer zu 100 %, welche das 18., aber noch nicht das 25. Altersjahr vollendet und sich am Ende des Jahres, für das die Prämienverbilligung geltend gemacht wird, in einer Ausbildung im Sinne des kantonalen Steuerrechts befunden haben, haben Anspruch auf eine Verbilligung von 50 % der effektiven Prämie, maximal von 50 % der vom Eidgenössischen Departement des Innern errechneten kantonalen Durchschnittsprämie von Fr. 4 416.– für junge Erwachsene. Für die Geltendmachung dieser Prämienverbilligung gilt § 15 Absatz 2. *

§ 19 Sozialhilfeempfänger

[1] Die Prämien der obligatorischen Krankenversicherung für Sozialhilfeempfänger werden von der Sozialhilfe der zuständigen Gemeinde oder von einem Hilfswerk übernommen. Die Prämienverbilligung ist anzurechnen. *

§ 20 Empfänger von Ergänzungsleistungen

[1] Die kantonale Ausgleichskasse stellt den Gemeinden zu Beginn des Jahres die Daten der Empfänger und Empfängerinnen von Ergänzungsleistungen zur AHV und IV zu. Die Gemeinden schliessen diese Personen von der Prämienverbilligung nach §§ 4 und 5 des Gesetzes aus. *

[2] Die kantonale Ausgleichskasse meldet den Versicherern zu Gunsten der Empfänger und Empfängerinnen den Anspruch auf die Prämienpauschale monatlich im Ausmass der vom Eidgenössischen Departement des Innern festgelegten Durchschnittsprämien. *

§ 21 Anspruch von Niedergelassenen und Jahresaufenthaltern

[1] Die Ansprüche von Personen, die Sozialhilfe oder Ergänzungsleistungen zur AHV/IV erhalten, bestehen unabhängig von der Bezugsfrist und der Verwirkungsfrist nach § 9 Absatz 2 des Gesetzes.

[2] Trotz Ablauf der Bezugsfrist und Verwirkungsfrist nach § 9 Absatz 2 des Gesetzes lebt der Anspruch einer versicherten Person unter den Voraussetzungen gemäss § 15 Absatz 2 wieder auf.

[3] Der Anspruch erlischt für die Zeit der Sistierung der Versicherungspflicht gemäss Artikel 3 Absatz 4 des Bundesgesetzes[1)]. Die Rückforderung richtet sich nach § 12 des Gesetzes.

§ 22 Anspruch von Kurzaufenthaltern und Grenzgängern

[1] Für EU- oder EFTA-Bürger und -Bürgerinnen, die aufgrund der Bilateralen Abkommen bei einem Schweizer Krankenversicherer gemäss KVG obligatorisch grundversichert sind und Leistungen aus der schweizerischen Sozialhilfe oder Ergänzungsleistungen zur AHV/IV erhalten, verfällt der Anspruch auf Prämienverbilligung nach erfolgter Abreise aus der Schweiz. *****

[2] Für EU- oder EFTA-Bürger und -Bürgerinnen, die aufgrund der Bilateralen Abkommen bei einem Schweizer Krankenversicherer gemäss KVG obligatorisch grundversichert sind und Leistungen aus der schweizerischen Arbeitslosenversicherung erhalten, verfällt der Anspruch auf Prämienverbilligung mit dem Erlöschen der Versicherungspflicht. *****

[3] Kurzaufenthalter haben den Antrag auf die Prämienverbilligung bis spätestens 30 Tage vor Ablauf der Aufenthaltsbewilligung beziehungsweise bis spätestens 30 Tage vor ihrer Abreise ins Ausland zu stellen, ansonsten der Anspruch auf die Prämienverbilligung verfällt.

[4] Grenzgänger haben den Antrag auf die Prämienverbilligung bis zum 31. Dezember des Jahres zu stellen, für das die Prämienverbilligung geltend gemacht wird. Mit Ablauf dieser Frist verfällt der Anspruch auf die Prämienverbilligung.

§ 23 Fehlender Wohnsitz in der Schweiz

[1] Personen ohne Wohnsitz in der Schweiz, die gemäss KVG bei einem Schweizer Krankenversicherer obligatorisch grundversichert sind, haben Anspruch auf Prämienverbilligung, sofern sie die Anspruchsvoraussetzungen im Sinne dieser Verordnung erfüllen und bei der zuständigen Gemeinde einen Antrag auf Prämienverbilligung stellen.

[1)] SR 832.10

§ 24 Auszahlung und Abrechnung *

[1] Die Prämienverbilligung für 2014 und die nachfolgenden Jahre wird an die Versicherer ausgerichtet. Der Versicherer meldet jährlich bis zum 31. Januar den gesamten aktuellen Versichertenbestand mittels Datenaustauschplattform Sedex an die kantonale Ausgleichskasse. *

[2] Der Versicherer legt der kantonalen Ausgleichskasse bis zum 31. Januar des Folgejahres die Jahresrechnung vor. Die Rechnung umfasst sämtliche Zahlungen und Gutschriften des Kalenderjahres. *

[3] Der Kanton stellt den Gemeinden Rechnung über den Gemeindeanteil der ausgerichteten Prämienverbilligungen. *

4. Pflegefinanzierung

4.1. Stationäre Pflegeversorgung im Pflegeheim

§ 25 Pflegeheimliste

[1] Der Regierungsrat erlässt für eine bedarfsgerechte Versorgung mit stationären Pflegeleistungen eine Pflegeheimliste gestützt auf eine Pflegeheimplanung.

§ 25a * Abgabestelle für Mittel und Gegenstände

[1] Pflegeheime der Pflegeheimliste sind als Abgabestelle für Mittel und Gegenstände gemäss Artikel 55 der Verordnung über die Krankenversicherung[1)] zugelassen.

§ 26 Rechnungslegung

[1] Die Pflegeheime führen eine Leistungserfassung sowie eine Kostenrechnung, welche die Kostenarten, die Kostenstellen und die Kostenträger umfasst. Zur Ermittlung der Kosten für die Anlagenutzung ist eine Anlagebuchhaltung zu führen. Für die Rechnungslegung ist das aktuelle Handbuch des Branchenverbandes Curaviva Schweiz massgebend. *

[2] Dem Kostenträger Pflege werden nur Leistungen der stationären Pflege gemäss Artikel 25a Absatz 1 KVG[2)] zugeordnet. Akut- und Übergangspflege, Tages- und Nachtstrukturen sowie weitere Leistungen sind als separate Kostenträger zu führen. *

1) SR 832.102
2) SR 832.10

[3] Das Departement legt ein einheitliches Formular für die Kostenrechnung sowie den anwendbaren Verteilschlüssel für die Abgrenzung der direkten und indirekten Pflegekosten von den nicht anrechenbaren Kosten fest.

§ 26a * Ausserkantonale Pflegeheimaufenthalte

[1] Die Pflegeheime sind verpflichtet, freie Plätze auf der Webseite von Curaviva Thurgau aufzuführen.

[2] Der Kanton gliedert sich entlang der direkten Verbindung zwischen den Städten Frauenfeld, Weinfelden und Kreuzlingen in zwei Teile, wobei diese Städte zu beiden Kantonsteilen zählen.

[3] Belegt die versicherte Person mit einem datierten Ausdruck, dass zum Zeitpunkt ihres Entscheides zum Heimeintritt, jedoch höchstens einen Monat vor dem effektiven Heimeintritt, kein Pflegeheimplatz im Kantonsteil ihres Wohnortes verfügbar ist, gelten die Beiträge der Restkostenfinanzierung des Standortkantons des Leistungserbringers gemäss Artikel 25a Absatz 5 KVG.

§ 27 Bedarfserfassungssysteme

[1] Die Pflegeheime verwenden für die Bedarfserfassung der stationären Langzeitpflege die aktuellen Bedarfsabklärungssysteme BESA oder RAI / RUG NH.

§ 28 Datenerhebung

[1] Die Pflegeheime sind verpflichtet, die für die Festlegung der Normkostenbeiträge und die Vergleichbarkeit der Heime notwendigen Daten kostenlos bekannt zu geben.

[2] Die Pflegeheime stellen dem Amt für Gesundheit und der Dienststelle für Statistik die Daten gemäss Artikel 59a KVG vollständig, fristgerecht und kostenlos zur Verfügung. Das Amt für Gesundheit erlässt Vorgaben zu Inhalt, Form und Terminen der Datenlieferungen. Die Kostenrechnung ist bis am 30. April des dem Geschäftsjahr folgenden Jahres dem Amt für Gesundheit einzureichen. *****

[3] Auf Anfrage sind dem Amt für Gesundheit weitere Daten, wie Bilanz und Erfolgsrechnung, zur Überprüfung der Kostenrechnung und Kostenentwicklung sowie der wirtschaftlichen und effizienten Leistungserbringung in der erforderlichen Qualität bekannt zu geben. *****

[4] Leistungserbringern, welche die Datenbekanntgabe verweigern, werden die Normkostenbeiträge nach vorangegangener Verwarnung um bis zu 20 % gekürzt. Die dadurch ungedeckten Kosten dürfen nicht dem Leistungsbezüger oder der Leistungsbezügerin auferlegt werden.

§ 29 Datenbearbeitung und Datenveröffentlichung *

[1] Das Amt für Gesundheit und die Dienststelle für Statistik dürfen betriebsbezogene Daten und Daten nach Artikel 59a KVG bearbeiten und veröffentlichen. Veröffentlichte Daten dürfen keine Rückschlüsse auf natürliche Personen zulassen. *

[2] Es können insbesondere Daten über den Rechtsträger, die Rechtsform, das Leistungsangebot, die Pflegeleistungen, die Kosten der Pflege- und Betreuungsleistungen sowie der Hotellerie und das Verhältnis zwischen Fach- und Verwaltungspersonal sowie übrigem Personal veröffentlicht werden.

§ 30 Festlegung der Normkostenbeiträge

[1] Für die Abgeltung der Pflegerestkosten im Pflegeheim gelten die pauschalierten Normkostenbeiträge gemäss Anhang. *

§ 31 Zuschläge für spezialisierte Angebote

[1] Für spezialisierte Leistungsangebote können folgende Zuschläge gewährt werden:

1. für eine Demenzstation oder für ausgewiesene Sonderleistungen im Bereich Demenz (Demenzkonzept) bis zu 5 % auf die anrechenbaren Normkosten;
2. für eine Psychiatriestation oder für ausgewiesene Sonderleistungen im Bereich der Psychiatrie (Psychiatriekonzept) bis zu 5 % auf die anrechenbaren Normkosten;
3. für Pflegeheime mit zertifiziertem Palliative Care Konzept bis zu 5 % auf die anrechenbaren Normkosten.

[2] Mit Ausnahme von Ziffer 3 können die Zuschläge nicht kumuliert werden. Das Departement entscheidet über die Gewährung der Zuschläge aufgrund des Leistungsangebots und den erhöhten Anforderungen an die Pflege.

[3] Die Zuschläge werden halbiert, sobald mehr als 50 % der Leistungsbezüger und Leistungsbezügerinnen im Kanton Thurgau in einem Pflegeheim mit spezialisiertem Leistungsangebot wohnen; die Zuschläge entfallen, sobald ein Anteil von 80 % erreicht ist. *

§ 32 Zuständigkeit

[1] Die kantonale Ausgleichskasse ist für die Festsetzung, Auszahlung und allfällige Rückforderung der Restfinanzierungsbeiträge für stationäre Pflegeleistungen im Pflegeheim zuständig.

[2] Der Kanton trägt die Kosten der kantonalen Ausgleichskasse, die Gemeinden die Kosten der AHV-Gemeindezweigstellen.

§ 33 Geltendmachung

[1] Gesuche um Ausrichtung der Restfinanzierung sind schriftlich bei der AHV-Gemeindezweigstelle am Wohnsitz des Leistungsbezügers oder der Leistungsbezügerin einzureichen.

[2] Für die monatliche Weitergewährung der Restfinanzierung muss jeweils die Rechnung des Pflegeheims bei der kantonalen Ausgleichskasse eingereicht werden.

[3] Bezieht der Gesuchsteller oder die Gesuchstellerin Ergänzungsleistungen oder werden solche beantragt, wird die monatliche Restfinanzierung zusätzlich zu den Ergänzungsleistungen ausgerichtet. Sofern aufgrund der Prüfung kein Anspruch auf Ergänzungsleistungen besteht, ist die EL-Anmeldung als Gesuch um Ausrichtung der Restfinanzierung zu betrachten.

§ 34 Auskunft

[1] Personen, die Leistungen der Restkostenfinanzierung beanspruchen, haben alle Personen und Stellen, namentlich Pflegeheime, Ärzte und Ärztinnen, Versicherungen sowie Organe der Sozialversicherungen zu ermächtigen, die für die Abklärung von Leistungsansprüchen erforderlichen Auskünfte zu erteilen.

§ 35 Verfahren

[1] Gegen Entscheide über Leistungen der Restfinanzierung kann bei der kantonalen Ausgleichskasse innert 30 Tagen schriftlich Einsprache erhoben werden. Die Einsprache muss einen Antrag und eine Begründung enthalten sowie die Beweise anführen.

§ 36 Rechtsmittel

[1] Zur Beurteilung von Rekursen gegen Einspracheentscheide der kantonalen Ausgleichskasse ist das Departement für Finanzen und Soziales zuständig.

§ 37 Rückforderung

[1] Zu Unrecht ausgerichtete Beiträge für die Restfinanzierung sind zurückzuerstatten.

§ 38 Abrechnung gegenüber den Gemeinden

[1] Die kantonale Ausgleichskasse erstellt die Schlussabrechnung über die Restfinanzierung pro Kalenderjahr zuhanden des Departementes für Finanzen und Soziales jeweils bis zum 31. Januar. Für die Abrechnung gegenüber den Gemeinden sind die tatsächlich ausbezahlten Beträge pro Kalenderjahr massgebend.

4.2. Ambulante Pflege sowie Hilfe und Betreuung

§ 39 * Spitexorganisationen, Tagesheime, Tages- und Nachtstrukturen *

[1] Private und öffentlich-rechtliche Spitexorganisationen, gemeindeeigene Spitexdienste sowie Tagesheime, Tages- und Nachtstrukturen werden als Leistungserbringer im Sinne des KVG[1)] zugelassen, sofern sie über eine gesundheitspolizeiliche Bewilligung verfügen. Sie sind als Abgabestelle für Mittel und Gegenstände gemäss Artikel 55 der Verordnung über die Krankenversicherung[2)] zugelassen. *

§ 40 Rechnungslegung

[1] Leistungserbringer der ambulanten Pflege führen eine Leistungserfassung und eine Kostenrechnung, welche die Kostenarten, die Kostenstellen und die Kostenträger umfasst. Für die Rechnungslegung ist das aktuelle Finanzmanual des Spitex Verbandes Schweiz massgebend.

[2] Dem Kostenträger Pflege werden nur Leistungen der ambulanten Pflege gemäss Artikel 25a Absatz 1 KVG zugeordnet. Die Akut- und Übergangspflege gemäss Artikel 25a Absatz 2 KVG ist als separater Kostenträger zu führen. *

§ 41 Bedarfserfassungssysteme

[1] Die Leistungserbringer verwenden für die Bedarfsabklärung der ambulanten Langzeitpflege das Bedarfsabklärungssystem interRAI HC Schweiz oder ein vergleichbares, von unabhängiger Seite validiertes Bedarfserfassungssystem. Ausgenommen sind Leistungen der isolierten Wundbehandlung, der Wochenbettbetreuung, der Stillberatung sowie die in separaten Tarifverträgen abschliessend bezeichneten speziellen Leistungen der Ligen. *

[2] Für die Leistungserfassung im Tagesheim und in bewilligten Tages- und Nachtstrukturen im Pflegeheim ist ein vereinfachtes Bedarfsabklärungssystem zu verwenden. Die Restfinanzierung gemäss Artikel 25a Absatz 5 KVG[3)] ist geschuldet, wenn das Bedarfsabklärungssystem RAI D/N oder weitere, von unabhängiger Seite validierte Bedarfsabklärungssysteme verwendet werden. *

§ 42 Datenerhebung

[1] Die Leistungserbringer geben die für die Festlegung der anrechenbaren Kosten und für die Vergleichbarkeit der Leistungserbringer der ambulanten Pflege notwendigen Daten kostenlos bekannt, insbesondere diejenigen gemäss Artikel 59a KVG. *

---

1) SR 832.10
2) SR 832.102
3) SR 832.10

§ 43 Datenbearbeitung und Datenveröffentlichung *****

[1] Das Amt für Gesundheit und die Dienststelle für Statistik dürfen betriebsbezogene Daten und Daten nach Artikel 59a KVG bearbeiten und veröffentlichen. Veröffentlichte Daten dürfen keine Rückschlüsse auf natürliche Personen zulassen. *****

[2] Es können insbesondere Daten über den Rechtsträger, die Rechtsform, das Leistungsangebot, die Leistungen und die Pflegetage, die Kosten der Pflegeleistungen sowie der Hilfe zu Hause und das Verhältnis zwischen Fach- und Verwaltungspersonal sowie übrigem Personal veröffentlicht werden.

§ 44 Mindestbeiträge der Gemeinden an die Leistungserbringer *****

[1] Der Mindestbeitrag pro Aufenthaltstag in Tagesheimen, die über eine kantonale oder kommunale Bewilligung verfügen, beträgt Fr. 60.–, in einer vom Kanton oder von der Gemeinde bewilligten Tages- und Nachtstruktur im Pflegeheim oder Kleinheim für Menschen im AHV-Alter Fr. 40.–. *****

[2] Der Mindestbeitrag pro ausgelieferte Mahlzeit beträgt einen Franken.

[3] Der Mindestbeitrag für den Entlastungsdienst beträgt pro Betreuungsstunde im Durchschnitt Fr. 12.–. Die Gemeinden können mit den Entlastungsdiensten abgestufte Tarife vereinbaren, welche die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit des Bezügers oder der Bezügerin berücksichtigen.

§ 44a * Gemeindebeiträge an Hebammen

[1] Der Beitrag der Gemeinden an die Gewährleistung der Versorgungspflicht der Hebammen gemäss den nachfolgenden Absätzen beträgt mindestens 15 Rappen pro Einwohner und Einwohnerin.

[2] Der zeitgerechte Zugang zu den Leistungen der Hebammen für Wöchnerinnen wird über eine telefonische Vermittlung des Vereins freipraktizierender Hebammen gewährleistet.

[3] Die in selbständiger Berufsausübung praktizierenden Hebammen verpflichten sich zur rechtsgleichen Aufnahme jeder Wöchnerin mit Wohn- oder Aufenthaltsort im Kanton.

[4] Sie stellen die zeitgerechte Vermittlung und Leistungserbringung über einen Pikettdienst während 365 Tagen pro Jahr, und wo angezeigt den Beizug von Dolmetscherdiensten, sicher. Sie gewährleisten die Kontinuität der Versorgung für Mutter und Kind, insbesondere stellen sie die Koordination zu weiteren Dienstleistungen der Versorgungskette sicher.

4.3. Akut- und Übergangspflege

§ 45 Zweck

[1] Die Akut- und Übergangspflege bezweckt die Förderung der Genesung und die Erhöhung der Selbstpflegekompetenzen des Patienten oder der Patientin durch pflegerische Massnahmen nach einem Spitalaufenthalt, damit der Patient oder die Patientin die vor dem Spitalaufenthalt vorhandenen Fähigkeiten und Möglichkeiten wieder in der gewohnten Umgebung nutzen kann.

§ 46 Anordnung der Akut- und Übergangspflege

[1] Die Akut- und Übergangspflege kann vom Spitalarzt oder der Spitalärztin verordnet werden, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:

1. die akuten gesundheitlichen Probleme sind bekannt und stabilisiert,
2. der weitere Aufenthalt in einem Akutspital, der Aufenthalt in einer Rehabilitationsklinik oder der dauerhafte Neueintritt in ein Pflegeheim ist medizinisch nicht indiziert und
3. der Patient oder die Patientin benötigt zur weiteren Genesung oder zur Erhöhung der Selbstpflegekompetenzen vorübergehend eine qualifizierte fachliche Pflege durch eine diplomierte Pflegefachperson.

[2] Die Anordnung der Akut- und Übergangspflege beinhaltet die für die Genesung und Erhöhung der Selbstpflegekompetenzen erforderlichen Massnahmen.

§ 47 Leistungserbringer

[1] Zur Erbringung von Leistungen der Akut- und Übergangspflege ist eine Zusatzbewilligung zur kantonalen Berufsausübungsbewilligung als Pflegefachfrau oder Pflegefachmann, zur kantonalen Bewilligung als Spitexorganisation oder zur kantonalen Betriebsbewilligung für Pflegeheime oder für Spitäler der Rehabilitation erforderlich. *****

[2] Die Bewilligung wird erteilt, wenn

1. der Leistungserbringer über genügendes Fachwissen und über genügend qualifiziertes Fachpersonal zur Erbringung der Akut- und Übergangspflege verfügt,
2. die Fort- und Weiterbildung gewährleistet ist,
3. die Erbringung der Akut- und Übergangspflege örtlich, zeitlich, sachlich und personell in einem Konzept geregelt ist und
4. die Zusammenarbeit mit der örtlichen Spitex, den Pflegeheimen, den betreuenden Ärzten sowie den Spitälern sichergestellt ist.

[3] Das Departement regelt die Einzelheiten.

§ 48 Ambulante Leistungserbringer

[1] Ambulante Leistungserbringer verfügen über besondere Kenntnisse und Erfahrung in der Erbringung der Akut- und Übergangspflege. Sie richten ihre Tätigkeit speziell auf diese aus.

[2] Sie koordinieren ihre Leistungen mit der örtlichen Spitex.

[3] Für die Erbringung der Akut- und Übergangspflege sind die Spitex-Richtlinien des Kantons Thurgau massgebend.

§ 49 Einrichtungen der Akut- und Übergangspflege *****

[1] Einrichtungen, welche Leistungen der Akut- und Übergangspflege erbringen, bedürfen der Aufnahme auf die Pflegeheimliste mit der entsprechenden Anzahl Pflegebetten in der Kategorie Akut- und Übergangspflege. Für die Aufnahme auf die Pflegeheimliste ist ein Angebot an Akut- und Übergangspflege mit mindestens vier Betten erforderlich. *****

[2] Davon ausgenommen sind Pflegeheime, welche die Akut- und Übergangspflege im Bedarfsfall nur für Heimbewohner und Heimbewohnerinnen anbieten, welche bereits vor dem Eintritt in ein Spital in diesem Pflegeheim wohnten.

[3] Die Einrichtungen der Akut- und Übergangspflege koordinieren ihre Leistungen mit der örtlichen Spitex. *****

§ 50 Anteil an der Akut- und Übergangspflege

[1] Der Anteil der öffentlichen Hand an der Akut- und Übergangspflege wird auf 55 % festgesetzt.

[2] Der Leistungserbringer stellt dem Kanton monatlich eine detaillierte Sammelrechnung oder Einzelrechnungen zu und weist die auf Kanton und Versicherer entfallenden Anteile gesondert aus. *****

[3] Der Leistungserbringer gibt dem Kanton alle Angaben bekannt, die er benötigt, um die Berechnung der Vergütung und die Wirtschaftlichkeit der Leistung überprüfen zu können.

5. Spitalplanung und Spitalfinanzierung

5.1. Spitalplanung

§ 51 Spitalplanung

[1] Der Kanton koordiniert seine Spitalplanung insbesondere mit den in der Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und Gesundheitsdirektoren der Ostschweizer Kantone und des Fürstentums Lichtenstein zusammengeschlossenen Kantonen. Der Regierungsrat kann dazu Vereinbarungen abschliessen.

§ 52 Spitalliste

[1] Die vom Regierungsrat erlassene Spitalliste gliedert sich in die Bereiche Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie, die jeweils in Leistungsbereiche und Leistungsgruppen unterteilt sind.

[2] Rechtskräftige Entscheide der Interkantonalen Vereinbarung über die hochspezialisierte Medizin gelten übergeordnet. Die Spitalliste wird aufgrund der rechtskräftigen Entscheide des Beschlussorgans nachgeführt.

[3] Mit der Spitalplanung ist eine Konzentration der Leistungsaufträge und Standorte anzustreben.

§ 53 Leistungsaufträge

[1] Die Leistungsaufträge an die gemäss geltender Spitalliste aufgeführten Spitäler führen insbesondere auf:

1. Kooperationspartner, auf Basis vorgängig zur Leistungserbringung genehmigter Vereinbarungen einschliesslich Untervergabe von Supportleistungen;
2. zusätzliche Leistungsaufträge für gemeinwirtschaftliche Leistungen;
3. Qualitätsmanagement und Berichtswesen;
4. Vorgehen und Massnahmen bei Nichteinhaltung von Teilen des Leistungsauftrages oder der Leistungserbringung gemäss Spitalliste und Richtlinien;
5. Finanzierungsmodalitäten.

[2] Die Leistungsaufträge werden den Trägerschaften der Leistungserbringer erteilt. Sie sind an den zugelassenen Standorten gemäss gesundheitspolizeilicher Bewilligung zu erbringen. Eine Verlegung des Standortes bedingt die Zustimmung des Departementes.

[3] Die Listenspitäler erbringen ihre Leistungen in der Regel nur auf Zuweisung durch die niedergelassenen Ärzte und Ärztinnen.

[4] Kann der Leistungsauftrag nicht mehr oder nicht vollumfänglich erfüllt werden, ist das Departement umgehend zu informieren. Dieses ordnet die nötigen Massnahmen an.

[5] Die Rückgabe von Leistungsaufträgen oder einzelnen Leistungsgruppen ist nur aus wichtigen Gründen zulässig. Sie kann nach schriftlicher Ankündigung an das Departement mit einer Frist von mindestens zwölf Monaten auf den 31. Dezember des Folgejahres erfolgen, in der Regel nur auf den Zeitpunkt des Ablaufs des vierjährigen Leistungsauftrags.

[6] Als Verstösse gegen den Leistungsauftrag gelten insbesondere Qualitätsmängel in einzelnen Leistungsgruppen, Nichterfüllen von Anforderungen der Aufsichtsinstanzen oder wiederholte Unterlassung der fristgerechten Einreichung von Unterlagen.

[7] Der Entzug oder die Sistierung der gesundheitspolizeilichen Bewilligung führen gleichzeitig zum Entzug oder zur Sistierung des Leistungsauftrags.

§ 54 Aufnahme- und Behandlungspflicht

[1] Die Aufnahmepflicht umfasst die Aufnahme der Patienten und Patientinnen bis zum Abschluss der medizinischen, therapeutischen und pflegerischen Behandlung.

[2] Die Anordnung von Akut- und Übergangspflege kann nur im Anschluss an Aufenthalte in Spitälern der Akutsomatik und der Psychiatrie erfolgen.

[3] Der durchschnittliche Mindestanteil von ausschliesslich grundversicherten Thurgauer Patienten und Patientinnen an der Summe aller im Spital behandelten Thurgauer Patienten und Patientinnen wird pro Listenspital festgelegt. Listenspitäler der Akutsomatik und Rehabilitation sind verpflichtet, mindestens diejenigen Pflegetage an ausschliesslich grundversicherte Thurgauer Patienten und Patientinnen zu erbringen, welche der bis 31. Dezember 2011 gültigen Bettenobergrenze multipliziert mit 365 Tagen entspricht. Nach Um- und Erweiterungsbauten ist der durchschnittliche Mindestanteil anteilsmässig zu steigern. Der Mindestanteil wird vom Amt für Gesundheit unter Berücksichtigung des kantonalen Bedarfs neu festgelegt. *****

[4] Die Kantonsspitäler Münsterlingen und Frauenfeld sowie die Psychiatrischen Kliniken Clienia Littenheid AG und PKM Münsterlingen haben eine umfassende Aufnahme- und Behandlungspflicht für die Thurgauer Wohnbevölkerung.

§ 55 Mindestfallzahlen

[1] Es gelten die in den Weisungen des Regierungsrates zur Erteilung einer gesundheitspolizeilichen Bewilligung festgelegten Mindestfallzahlen pro Jahr und Leistungsgruppe.

[2] Bei Unterschreitung der Mindestfallzahlen über zwei Jahre in Folge respektive bei drei von fünf aufeinander folgenden Jahren überprüft das Departement den Leistungsauftrag.

§ 56 Referenztarife

[1] Die Referenztarife werden für die Akutsomatik, die Psychiatrie und die Rehabilitation einzeln festgelegt.

[2] Die Referenztarife orientieren sich an den mit den Patientenströmen gewichteten Tarifen der relevanten kantonalen Listenspitäler. Als relevant gilt ein Spital dann, wenn der kantonale Bedarf mehrheitlich durch dieses Spital erbracht wird. In der Regel sind dies die kantonalen Listenspitäler mit Standort im Kanton.

[3] Die Referenztarife werden auf der Homepage des Amtes für Gesundheit publiziert. *****

§ 57 Daten

[1] Die Listenspitäler stellen dem Amt für Gesundheit und der Dienststelle für Statistik die Daten gemäss Artikel 59a KVG vollständig, fristgerecht und kostenlos zur Verfügung. Das Amt für Gesundheit und die Dienststelle für Statistik dürfen betriebsbezogene Daten und Daten nach Artikel 59a KVG bearbeiten und veröffentlichen. Veröffentlichte Daten dürfen keine Rückschlüsse auf natürliche Personen zulassen *****

[2] Für die betriebliche Rechnungslegung sind die Richtlinien des Branchenverbandes Hplus (Rekole) verbindlich anzuwenden.

[3] Für die Wirtschaftlichkeitsprüfung sind die Kosten nach dem Integrierten Tarifmodell Kostenträgerrechnung (ITAR-K) des Branchenverbandes Hplus und in Abstimmung mit der Finanzbuchhaltung darzustellen. Für Projekte und zusätzliche Aufträge sind im Leistungsauftrag separate Regelungen zu treffen.

5.2. Spitalfinanzierung

§ 58 Finanzierungsanteil

[1] Der Regierungsrat setzt den Finanzierungsanteil des Kantons an den stationären Behandlungen nach Artikel 49a Absatz 2 KVG fest[1)]. *****

§ 59 Abgeltungen des Kantons

[1] Die Abgeltungen der stationären Leistungen durch den Kanton und die Krankenversicherer basieren auf den Finanzierungsanteilen des Kantons multipliziert mit dem rechtsgültigen Tarif zu 100 % des Listenspitals für die beauftragte Leistung.

[2] Die Beiträge des Kantons für die stationären Leistungen sind von den Listenspitälern mit Standort im Kanton in ihren Jahresrechnungen gesondert nach Erträgen aus Leistungsfinanzierung, Projektfinanzierung sowie für gemeinwirtschaftliche Leistungen auszuweisen.

[1)] 55 %, ABl. 2017, Seite 3104.

[3] Für Listenspitäler ohne Leistungsauftrag des Kantons kommt der Tarif des Spitals bis höchstens zum Thurgauer Referenztarif für die entsprechende Leistung zur Anwendung. Von dieser Regelung ausgenommen sind vorgängig erteilte Kostengutsprachen und Indikationsentscheide sowie Notfallbehandlungen. Zusätzliche Abgeltungen für Aus- und Weiterbildung oder weitere gemeinwirtschaftliche Leistungen sind nicht geschuldet.

[4] Fehlen anderweitige Regelungen, ist für die Tarifanwendung der Zeitpunkt des Spitaleintritts massgebend.

[5] Differenzbeträge aus Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung, insbesondere aus höheren Tarifen des Leistungserbringers oder gemeinwirtschaftlichen Aufwendungen, sind unter Berücksichtigung des Tarifschutzes der versicherten Person beziehungsweise ihrer Zusatzversicherung in Rechnung zu stellen.

[6] … *

[7] Mit der Sistierung oder dem Entzug eines Leistungsauftrags entfallen die Abgeltungen des Kantons für die betroffenen Leistungsgruppen. Das Departement entscheidet über die Rückforderung bereits geleisteter Abgeltungen.

§ 60 Kodierrevision

[1] Die Listenspitäler haben die mit den Krankenversicherern vereinbarten Kodierrevisionen durchzuführen.

[2] Der Jahresbericht der Kodierrevision ist dem Amt für Gesundheit jeweils spätestens bis zum 31. Mai zuzustellen. *

§ 61 Kostengutsprache und Indikationsentscheid

[1] Wird eine medizinische Pflichtleistung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung in Spitälern der Thurgauer Spitalliste nicht erbracht oder ist sie vorübergehend nicht verfügbar, kann dafür vom kantonsärztlichen Dienst an andere zugelassene Leistungserbringer Kostengutsprache erteilt werden. Die Abgeltung basiert auf den rechtsgültigen Tarifen des Leistungserbringers, höchstens jedoch der gelisteten Universitätsspitäler.

[2] Auf Indikationsentscheid des kantonsärztlichen Dienstes kann für die Finanzierung von Spitalaufenthalten im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung anstelle des Referenztarifs ein anderer Tarif, in der Regel derjenige des behandelnden Listenspitals des Standortkantons angewendet werden.

[3] Liegt eine Kostengutsprache beziehungsweise ein Indikationsentscheid vor, können angemessene Beiträge für gemeinwirtschaftliche Leistungen gemäss den §§ 37 bis 39 des Gesetzes gewährt werden.

[4] Die Kostengutsprache oder der Indikationsentscheid müssen bei Spitaleintritt vorliegen.

[5] Hospitalisationen in Rehabilitations- und Psychiatrischen Kliniken von mehr als 30 Tagen bedürfen einer neuen Kostengutsprache oder eines neuen Indikationsentscheids.

[6] Vorbehalten bleiben besondere Regelungen mit anderen Kantonen und den betroffenen Listenspitälern.

§ 62 Notfallbehandlung

[1] Für Notfallbehandlungen gilt:

1. Leistungserbringer mit Standort ausserhalb des Kantons: Ein Notfall liegt vor, wenn der Zustand der zu behandelnden Person es nicht erlaubt, diese in ein innerkantonales Listenspital zu transportieren;
2. * Massgebend für die Behandlung von Notfällen sind die Bestimmungen gemäss Artikel 64a Absatz 7 KVG in Verbindung mit § 9 dieser Verordnung über die Liste der säumigen Prämienzahler.

[2] Notfälle sind dem kantonsärztlichen Dienst innert drei Tagen zu melden, sofern Anspruch auf Entschädigungen gestellt werden, die höher sind als die geltenden Referenztarife.

[3] Der kantonsärztliche Dienst prüft die Behandlung auf ihre medizinische Notwendigkeit hin und trifft den Kostengutsprache- beziehungsweise Indikationsentscheid betreffend des anwendbaren Tarifs.

[4] Für Behandlungen von Personen mit Leistungsaufschub des Krankenversicherers, die über Absatz 1 hinaus gehen, kommt der Kanton nicht auf. Die Behandlungskosten sind dem Patienten oder der Patientin in Rechnung zu stellen.

[5] Wird der Kanton in diesen Fällen dennoch für Behandlungskosten in Anspruch genommen, steht ihm das Rückgriffsrecht auf den Patienten oder die Patientin zu.

§ 63 Investitionen

[1] Betriebsnotwendige Investitionen gemäss Artikel 8 Absatz 1 der Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime in der Krankenversicherung[1)] sind über den rechtsgültigen Tarif durch den Kanton und den Krankenversicherer abgegolten.

[2] Die Betriebsnotwendigkeit definiert sich aus dem Leistungsauftrag gemäss Artikel 39 KVG[2)] beziehungsweise dem Leistungsspektrum gemäss Artikel 58e Absatz 2 der Verordnung des Bundesrates über die Krankenversicherung (KVV)[3)].

[3] Zur Prüfung der laufenden Investitionen ist eine Übersicht über die Anlagebuchhaltung gemäss den aktuellen Richtlinien des Branchenverbandes Hplus (Rekole) sowie eine zweckmässige Investitionsplanung zu führen.

---

1) SR 832.104
2) SR 832.10
3) SR 832.102

[4] Die Investitionsplanung ist dem Amt für Gesundheit jeweils spätestens bis zum 31. Mai einzureichen. *****

§ 64 Universitäre Lehre und Forschung

[1] Die Abgeltung von Leistungen für universitäre Lehre und Forschung gemäss § 37 des Gesetzes erfolgt nach Massgabe der Ostschweizer Spitalvereinbarung vom 17. August 2011.

§ 65 Nicht universitäre Aus- und Weiterbildung

[1] Die zugelassenen Leistungserbringer haben gesamthaft mindestens ihren Bedarf an Pflegefachpersonen der Tertiärstufe und der Sekundarstufe II auszubilden. Sie können zu diesem Zweck Ausbildungskooperationen bilden.

[2] Das Departement legt nach Anhörung der Leistungserbringer den Bedarf fest. Wird die jährliche Ausbildungsleistung ein Jahr nach Festlegung des Bedarfs nicht erreicht, ordnet der Regierungsrat Massnahmen zulasten jener Leistungserbringer an, welche diese Leistung nicht erreichen. *****

§ 66 Weitere gemeinwirtschaftliche Leistungen

[1] Der Regierungsrat kann an die folgenden gemeinwirtschaftlichen Leistungen von Listenspitälern gemäss § 39 des Gesetzes Pauschalen gewähren:

1. durch die Tarife nicht gedeckte Behandlungskosten des Ostschweizer Kinderspitals;
2. Palliative Care gemäss kantonalem Konzept;
3. Behandlung von Kleinkindern auf der Eltern-Kind-Station der Psychiatrischen Dienste Thurgau (PDT);
4. intensivierte ambulante Angebote der Psychiatrie;
5. Notfall- und Rettungswesen;
6. koordinierter Sanitätsdienst;
7. ***** Gesundheitsförderung, Prävention und Sucht gemäss gültigen kantonalen Konzepten;
8. ***** Kindesschutz.

§ 67 Verfahren

[1] Anträge für gemeinwirtschaftliche Leistungen für das Folgejahr sind jeweils bis zum 31. Januar beim Amt für Gesundheit einzureichen. *****

§ 68 Abrechnung und Auszahlung

[1] Abgeltung und Rechnungsabwicklung für stationäre Leistungen durch den Kanton basieren auf den mit den Krankenversicherern vereinbarten und kontrollierten Einzelabrechnungen pro Fall.

[2] Der Datenaustausch betreffend Kostengutsprache, Indikationsentscheid und Rechnungsabwicklung erfolgt elektronisch. Das Amt für Gesundheit regelt die Einzelheiten der Einführung und die Übergangsfristen. *****

[3] Die Rechnungen haben zusätzlich zu den mit den Krankenversicherern vereinbarten Angaben bei Notfallbehandlungen, Kostengutsprache- oder Indikationsentscheiden den entsprechenden Identifikator zu beinhalten.

[4] Bezüglich Leistungs- und Rechnungsprüfung ist der kantonsärztliche Dienst dem Vertrauensarzt der Krankenversicherung gleichgestellt.

[5] Rechnungsabwicklung und Reporting von gemeinwirtschaftlichen Leistungen werden im Leistungsauftrag geregelt.

§ 69 Aufsicht

[1] Die Listenspitäler reichen dem Amt für Gesundheit die für die Budgetierung des Folgejahres notwendigen Leistungsdaten und Projektanträge jeweils bis zum 31. Januar ein. *****

[2] Die revidierte Jahresrechnung und der Geschäftsbericht sind spätestens bis zum 31. Mai des dem Geschäftsjahr folgenden Jahres dem Amt für Gesundheit einzureichen. *****

6. Medikamentenabgabe

§ 70 Verordnete Medikamente

[1] Die Abgabe ärztlich verordneter Medikamente erfolgt durch die öffentlichen Apotheken, durch die praktizierenden Ärzte, die Privatkliniken und Pflegeheime mit einer Privatapotheke sowie durch die Apotheke der Spital Thurgau AG.

[2] Patientinnen oder Patienten steht das Wahlrecht zu, wo sie ärztlich verordnete Medikamente beziehen wollen.

[3] Die Einzelheiten legt eine Regelung fest, welche der Thurgauische Apothekerverein und die Thurgauische Ärztegesellschaft vereinbaren.

[4] Diese Regelung ist dem Departement zur Genehmigung zu unterbreiten.

7. Übergangs- und Schlussbestimmungen

§ 71 Leistungsaufschübe bis 31. Dezember 2011

[1] Bei Leistungsaufschüben der Versicherer, die vor dem 31. Dezember 2011 verfügt und der Wohnsitz- oder Aufenthaltsgemeinde angezeigt wurden, übernimmt die Gemeinde die Prämienrückstände, Kostenbeteiligungen, Verzugszinsen und Betreibungskosten oder die Behandlungskosten.

[2] Übernimmt die Gemeinde die Behandlungskosten, so hat der Leistungserbringer Inkassobemühungen bis zum allfälligen Rechtsvorschlag des Versicherten nachzuweisen. Für Behandlungen unter Fr. 500.– genügt der Nachweis, dass der Versicherte nach der Rechnungsstellung zweimal erfolglos gemahnt worden ist.

[3] Begleicht die Wohnsitz- bzw. Aufenthaltsgemeinde im Versicherungsfall die Kosten gemäss Absatz 2, hat sie gegenüber früheren Wohnsitz- und Aufenthaltsgemeinden im Kanton das Rückgriffsrecht für dort entstandene Prämienrückstände und Kostenbeteiligungen, abzüglich die bezogenen Entschädigungen gemäss § 8 Absatz 2.

§ 72 Bundesrechtliche Tarife

[1] Es gelten die vom Bundesrat festgesetzten Beiträge an die Pflegeleistungen ab Inkrafttreten dieser Verordnung.

[2] Die vorher geltenden Tarife werden aufgehoben. Die Tarifverträge bleiben im Übrigen bestehen, soweit sie nicht gekündigt werden oder den neuen rechtlichen Bestimmungen nicht widersprechen.

§ 73 Festlegung der Tarife durch die Gemeinden

[1] Die Gemeinden legen die Pflegetarife gemäss § 25 des Gesetzes innert drei Jahren nach Inkrafttreten der Neuordnung der Pflegefinanzierung fest.

[2] Bis zur Festlegung der Pflegetarife durch die Gemeinden gelten für die zugelassenen Leistungserbringer mit kommunalem Leistungsauftrag die bisherigen Finanzierungen der Gemeinden.

[3] Für zugelassene Leistungserbringer ohne kommunalen Leistungsauftrag kann der Verband Thurgauer Gemeinden (VTG) mit den Branchenverbänden die Pflegetarife vereinbaren. Soweit die Gemeinden diesen Vereinbarungen beitreten, gelten die vereinbarten Tarife als Pflegetarife gemäss § 25 Absatz 2 des Gesetzes.

§ 74 Fehlendes Bedarfserfassungssystem

[1] Leistungserbringer ohne zugelassenes Bedarfsabklärungssystem sind bis zu dessen Einführung nicht zur Geltendmachung der Restkostenfinanzierung berechtigt.

§ 75 Aufhebung bisherigen Rechtes

[1] Die Verordnung des Regierungsrates zum Gesetz über die Krankenversicherung vom 19. Dezember 1995 wird aufgehoben.

§ 76 Inkrafttreten

[1] Diese Verordnung und das Gesetz vom 29. Juni 2011 betreffend die Änderung des Gesetzes über die Krankenversicherung vom 25. Oktober 1995 treten auf den 1. Januar 2012 in Kraft.

Änderungstabelle - Nach Paragraph

Element	Beschluss	Inkrafttreten	Änderung	Amtsblatt
Erlass	20.12.2011	01.01.2012	Erstfassung	ABl. 51/2011
§ 2 Abs. 2	18.11.2014	01.01.2015	geändert	47/2014
§ 2 Abs. 4	10.12.2013	01.01.2014	eingefügt	50/2013
§ 2 Abs. 4	29.11.2016	01.01.2017	geändert	48/2016
§ 2 Abs. 5	11.12.2018	01.01.2019	eingefügt	50/2018
§ 4 Abs. 1	29.11.2016	01.01.2017	geändert	48/2016
§ 6 Abs. 3	10.12.2013	01.01.2014	eingefügt	50/2013
§ 6 Abs. 3	29.11.2016	01.01.2017	geändert	48/2016
§ 7	29.11.2016	01.01.2017	Titel geändert	48/2016
§ 7 Abs. 2	29.11.2016	01.01.2017	geändert	48/2016
§ 8 Abs. 1	28.11.2017	01.01.2018	geändert	48/2017
§ 8 Abs. 2	10.12.2013	01.01.2014	geändert	50/2013
§ 9	29.11.2016	01.01.2017	Titel geändert	48/2016
§ 9 Abs. 1	29.11.2016	01.01.2017	geändert	48/2016
§ 9 Abs. 2	18.11.2014	01.01.2015	geändert	47/2014
§ 9 Abs. 2	29.11.2016	01.01.2017	geändert	48/2016
§ 9 Abs. 3	29.11.2016	01.01.2017	geändert	48/2016
§ 10 Abs. 2	29.11.2016	01.01.2017	geändert	48/2016
§ 10 Abs. 3	29.11.2016	01.01.2017	geändert	48/2016
§ 10 Abs. 5	29.11.2016	01.01.2017	eingefügt	48/2016
§ 11 Abs. 1	29.11.2016	01.01.2017	geändert	48/2016
§ 12 Abs. 1	29.11.2016	01.01.2017	geändert	48/2016
§ 12 Abs. 2	18.11.2014	01.01.2015	geändert	47/2014
§ 12 Abs. 2	29.11.2016	01.01.2017	geändert	48/2016
§ 13 Abs. 1	18.11.2014	01.01.2015	geändert	47/2014
§ 14 Abs. 1, 1.	18.11.2014	01.01.2015	geändert	47/2014
§ 14 Abs. 1, 1.	24.11.2015	01.01.2016	geändert	48/2015
§ 14 Abs. 1, 1.	29.11.2016	01.01.2017	geändert	48/2016
§ 14 Abs. 1, 1.	28.11.2017	01.01.2018	geändert	48/2017
§ 14 Abs. 1, 1.	11.12.2018	01.01.2019	geändert	50/2018
§ 14 Abs. 1, 2.	18.11.2014	01.01.2015	geändert	47/2014
§ 14 Abs. 1, 2.	24.11.2015	01.01.2016	geändert	48/2015
§ 14 Abs. 1, 2.	29.11.2016	01.01.2017	geändert	48/2016
§ 14 Abs. 1, 2.	28.11.2017	01.01.2018	geändert	48/2017
§ 14 Abs. 1, 2.	11.12.2018	01.01.2019	geändert	50/2018
§ 14 Abs. 1, 3.	18.11.2014	01.01.2015	geändert	47/2014
§ 14 Abs. 1, 3.	24.11.2015	01.01.2016	geändert	48/2015
§ 14 Abs. 1, 3.	29.11.2016	01.01.2017	geändert	48/2016
§ 14 Abs. 1, 3.	28.11.2017	01.01.2018	geändert	48/2017
§ 14 Abs. 1, 3.	11.12.2018	01.01.2019	geändert	50/2018
§ 14 Abs. 1, 4.	10.12.2013	01.01.2014	geändert	50/2013
§ 14 Abs. 1, 4.	18.11.2014	01.01.2015	geändert	47/2014
§ 14 Abs. 1, 4.	29.11.2016	01.01.2017	geändert	48/2016
§ 14 Abs. 1, 4.	28.11.2017	01.01.2018	geändert	48/2017

Element	Beschluss	Inkrafttreten	Änderung	Amtsblatt
§ 14 Abs. 1, 4.	11.12.2018	01.01.2019	geändert	50/2018
§ 14 Abs. 1, 5.	10.12.2013	01.01.2014	geändert	50/2013
§ 14 Abs. 1, 5.	18.11.2014	01.01.2015	geändert	47/2014
§ 14 Abs. 1, 5.	29.11.2016	01.01.2017	geändert	48/2016
§ 14 Abs. 1, 5.	28.11.2017	01.01.2018	geändert	48/2017
§ 14 Abs. 1, 5.	11.12.2018	01.01.2019	geändert	50/2018
§ 14 Abs. 1, 6.	10.12.2013	01.01.2014	eingefügt	50/2013
§ 14 Abs. 1, 6.	18.11.2014	01.01.2015	geändert	47/2014
§ 14 Abs. 1, 6.	24.11.2015	01.01.2016	geändert	48/2015
§ 14 Abs. 1, 6.	29.11.2016	01.01.2017	geändert	48/2016
§ 14 Abs. 1, 6.	28.11.2017	01.01.2018	geändert	48/2017
§ 14 Abs. 1, 6.	11.12.2018	01.01.2019	geändert	50/2018
§ 14 Abs. 1, 7.	10.12.2013	01.01.2014	eingefügt	50/2013
§ 14 Abs. 1, 7.	18.11.2014	01.01.2015	geändert	47/2014
§ 14 Abs. 1, 7.	29.11.2016	01.01.2017	geändert	48/2016
§ 14 Abs. 1, 7.	28.11.2017	01.01.2018	geändert	48/2017
§ 14 Abs. 1, 7.	11.12.2018	01.01.2019	geändert	50/2018
§ 15 Abs. 2	18.11.2014	01.01.2015	geändert	47/2014
§ 15 Abs. 3	18.11.2014	01.01.2015	eingefügt	47/2014
§ 16 Abs. 1	29.11.2016	01.01.2017	geändert	48/2016
§ 16 Abs. 2	29.11.2016	01.01.2017	geändert	48/2016
§ 17 Abs. 1	10.12.2013	01.01.2014	geändert	50/2013
§ 17 Abs. 2	10.12.2013	01.01.2014	geändert	50/2013
§ 18 Abs. 1	24.11.2015	01.01.2016	geändert	48/2015
§ 18 Abs. 3	27.11.2012	01.01.2013	geändert	48/2012
§ 18 Abs. 3	10.12.2013	01.01.2014	geändert	50/2013
§ 18 Abs. 3	18.11.2014	01.01.2015	geändert	47/2014
§ 18 Abs. 3	24.11.2015	01.01.2016	geändert	48/2015
§ 18 Abs. 3	29.11.2016	01.01.2017	geändert	48/2016
§ 19 Abs. 1	10.12.2013	01.01.2014	geändert	50/2013
§ 19 Abs. 1	24.11.2015	01.01.2016	geändert	48/2015
§ 19 Abs. 1	29.11.2016	01.01.2017	geändert	48/2016
§ 20 Abs. 1	10.12.2013	01.01.2014	geändert	50/2013
§ 20 Abs. 2	10.12.2013	01.01.2014	geändert	50/2013
§ 20 Abs. 2	18.11.2014	01.01.2015	geändert	47/2014
§ 22 Abs. 1	29.11.2016	01.01.2017	geändert	48/2016
§ 22 Abs. 2	29.11.2016	01.01.2017	geändert	48/2016
§ 24	10.12.2013	01.01.2014	Titel geändert	50/2013
§ 24 Abs. 1	10.12.2013	01.01.2014	geändert	50/2013
§ 24 Abs. 2	10.12.2013	01.01.2014	eingefügt	50/2013
§ 24 Abs. 3	10.12.2013	01.01.2014	eingefügt	50/2013
§ 25a	30.06.2015	01.07.2015	eingefügt	27/2015
§ 26 Abs. 1	11.12.2018	01.01.2019	geändert	50/2018
§ 26 Abs. 2	11.12.2018	01.01.2019	geändert	50/2018
§ 26a	11.12.2018	01.01.2019	eingefügt	50/2018
§ 28 Abs. 2	02.10.2012	01.01.2013	geändert	40/2012

Element	Beschluss	Inkrafttreten	Änderung	Amtsblatt
§ 28 Abs. 2	18.11.2014	01.01.2015	geändert	47/2014
§ 28 Abs. 2	11.12.2018	01.01.2019	geändert	50/2018
§ 28 Abs. 3	18.11.2014	01.01.2015	geändert	47/2014
§ 29	11.12.2018	01.01.2019	Titel geändert	50/2018
§ 29 Abs. 1	11.12.2018	01.01.2019	geändert	50/2018
§ 30 Abs. 1	05.12.2017	01.01.2018	geändert	49/2017
§ 31 Abs. 3	24.10.2017	01.01.2018	geändert	43/2017
§ 39	02.10.2012	01.01.2013	geändert	40/2012
§ 39	30.06.2015	01.07.2015	Titel geändert	27/2015
§ 39 Abs. 1	30.06.2015	01.07.2015	geändert	27/2015
§ 40 Abs. 2	11.12.2018	01.01.2019	geändert	50/2018
§ 41 Abs. 1	30.06.2015	01.07.2015	geändert	27/2015
§ 41 Abs. 1	11.12.2018	01.01.2019	geändert	50/2018
§ 41 Abs. 2	24.10.2017	01.01.2018	geändert	43/2017
§ 42 Abs. 1	11.12.2018	01.01.2019	geändert	50/2018
§ 43	11.12.2018	01.01.2019	Titel geändert	50/2018
§ 43 Abs. 1	11.12.2018	01.01.2019	geändert	50/2018
§ 44	02.10.2012	01.01.2013	Titel geändert	40/2012
§ 44 Abs. 1	30.06.2015	01.07.2015	geändert	27/2015
§ 44a	30.06.2015	01.07.2015	eingefügt	27/2015
§ 47 Abs. 1	24.10.2017	01.01.2018	geändert	43/2017
§ 49	24.10.2017	01.01.2018	Titel geändert	43/2017
§ 49 Abs. 1	24.10.2017	01.01.2018	geändert	43/2017
§ 49 Abs. 3	24.10.2017	01.01.2018	geändert	43/2017
§ 50 Abs. 2	11.12.2018	01.01.2019	geändert	50/2018
§ 54 Abs. 3	18.11.2014	01.01.2015	geändert	47/2014
§ 56 Abs. 3	18.11.2014	01.01.2015	geändert	47/2014
§ 57 Abs. 1	18.11.2014	01.01.2015	geändert	47/2014
§ 57 Abs. 1	11.12.2018	01.01.2019	geändert	50/2018
§ 58 Abs. 1	24.10.2017	01.01.2018	geändert	43/2017
§ 59 Abs. 6	11.12.2018	01.01.2019	aufgehoben	50/2018
§ 60 Abs. 2	18.11.2014	01.01.2015	geändert	47/2014
§ 62 Abs. 1, 2.	11.12.2018	01.01.2019	geändert	50/2018
§ 63 Abs. 4	18.11.2014	01.01.2015	geändert	47/2014
§ 65 Abs. 2	11.12.2018	01.01.2019	geändert	50/2018
§ 66 Abs. 1, 7.	13.09.2016	01.01.2017	geändert	37/2016
§ 66 Abs. 1, 8.	13.09.2016	01.01.2017	eingefügt	37/2016
§ 67 Abs. 1	18.11.2014	01.01.2015	geändert	47/2014
§ 68 Abs. 2	18.11.2014	01.01.2015	geändert	47/2014
§ 69 Abs. 1	18.11.2014	01.01.2015	geändert	47/2014
§ 69 Abs. 2	18.11.2014	01.01.2015	geändert	47/2014
Anhang 1	27.11.2012	01.01.2013	Name und Inhalt geändert	48/2012
Anhang 1	24.09.2013	01.01.2014	Name und Inhalt geändert	39/2013
Anhang 1	23.09.2014	01.01.2015	Name und Inhalt geändert	39/2014

Element	Beschluss	Inkrafttreten	Änderung	Amtsblatt
Anhang 1	18.08.2015	01.01.2016	Inhalt geändert	34/2015
Anhang 1	13.09.2016	01.01.2017	Inhalt geändert	37/2016
Anhang 1	24.10.2017	01.01.2018	Inhalt geändert	43/2017
Anhang 1	28.08.2018	01.01.2019	Name und Inhalt geändert	35/2018
Anhang 2	05.12.2017	01.01.2018	eingefügt	49/2017
Anhang 2	06.08.2018	01.07.2018	Name und Inhalt geändert	32/2018
Anhang 2	28.08.2018	01.01.2019	Name und Inhalt geändert	35/2018