

Le TF confirme sa jurisprudence (notamment l'ATF 142 V 94) relative à la large compétence des cantons en matière de financement résiduel des coûts de soins (c. 3.2). Dans ce contexte, **si un canton décide de requérir l'utilisation d'un outil bien spécifique pour l'évaluation des besoins** en matière de soins pour garantir le caractère efficace, approprié et économique du traitement au sens de l'art. 32 LAMal, il n'y a pas de violation du droit fédéral (c. 6.2.1).

En l'occurrence, le canton de Thurgovie exigeait dans sa législation valable jusqu'au 30 juin 2015 (à partir du 1^{er} juillet 2015, l'usage d'autres outils validés par un organe externe était également accepté) l'utilisation exclusive de l'outil « RAI-Homecare » pour l'évaluation des besoins en matière de soins. En refusant de se soumettre à cette exigence, la recourante contrevient à l'art. 8 al. 3 OPAS qui prescrit que l'évaluation des soins doit se fonder sur des critères uniformes (c. 6.2.3.2).

Auteur : Waltern Huber, titulaire du brevet d'avocat à Puplinge

Beschwerde gegen den Entscheid des Verwaltungsgerichts des Kantons Thurgau vom 27. Januar 2016.

Sachverhalt:

A.

A. ist als freiberufliche Pflegefachfrau im Bereich der ambulanten psychiatrischen Pflege tätig. Am 1. Juli 2014 reichte sie der Gemeinde B. eine "Sammelrechnung Restfinanzierung April bis Juni 2014" in der Höhe von Fr. 129.15 ein. Die Gemeinde lehnte die Vergütung der Restkosten ab, da bei der Bedarfserfassung nicht, wie gemäss den massgeblichen Rechtsgrundlagen vorgesehen, das für die Leistungserbringer der ambulanten Pflege vorgeschriebene, validierte Bedarfsabklärungssystem "Resident Assessment Instrument - Home Care (RAI-HC)" (nachfolgend: "RAI Homecare") verwendet worden sei. Daran wurde mit gemeinderätlichem Beschluss vom 28. Oktober 2014 festgehalten. Den dagegen erhobenen Rekurs beschied das thurgauische Departement für Finanzen und Soziales (DFS) abschlägig (Entscheid vom 25. Februar 2015).

B.

Das Verwaltungsgericht des Kantons Thurgau wies die hiegegen eingereichte Beschwerde mit Entscheid vom 27. Januar 2016 ab.

C.

A. lässt Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten führen und beantragen, in Aufhebung des angefochtenen Entscheids sei die Gemeinde B. zu verpflichten, ihr die geltend gemachten Restkosten im Betrag von Fr. 129.15 zu bezahlen. Eventualiter sei die Angelegenheit an die Vorinstanz zurückzuweisen.

Während das kantonale Gericht auf Abweisung der Beschwerde schliesst, enthält sich die Gemeinde einer Stellungnahme in der Sache. Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) verzichtet auf eine Vernehmlassung.

Erwägungen:

1.

1.1. Die II. sozialrechtliche Abteilung des Bundesgerichtes ist zuständig für die Behandlung von Beschwerden im Bereich der Restfinanzierung von Pflegekosten, sofern diese nach Eintritt eines Leistungsfalles erhoben werden (Art. 35 lit. d des Reglements vom 20. November 2006 für das Bundesgericht [BGerR; SR 173.11.131]; BGE 142 V 94 E. 1.1 f. S. 95 f.; 138 V 377 E. 2.2 S. 379; Urteil 9C_578/2014 vom 17. Juni 2015 E. 1.1, nicht publ. in: BGE 141 V 446, aber in: SVR 2015 KV Nr. 15 S. 59). Das ist hier der Fall, weshalb auf die Beschwerde einzutreten ist.

1.2. Mit der Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten kann die Verletzung von Bundesrecht gerügt werden (Art. 95 lit. a BGG). Soweit sich der angefochtene Entscheid auf Quellen des kantonalen Rechts stützt, welche nicht in Art. 95 lit. c-e BGG genannt werden, beschränkt sich die Überprüfung durch das Bundesgericht inhaltlich auf die Frage, ob die Anwendung des kantonalen Rechts zu einer Bundesrechtswidrigkeit führt. Im Vordergrund steht dabei eine Verletzung verfassungsmässiger Rechte (BGE 133 I 201 E. 1 S. 203 mit Hinweisen).

2.

Umstritten und zu prüfen ist, ob Vorinstanz und Beschwerdegegnerin die Vergütung der von der Beschwerdeführerin geltend gemachten Restkosten zu Recht mit der Begründung abgelehnt haben, diese habe nicht das Bedarfserfassungssystem "RAI Homecare" verwendet.

3.

3.1. Seit Inkrafttreten der Neuordnung der Pflegefinanzierung am 1. Januar 2011 leistet einerseits die obligatorische Krankenpflegeversicherung einen Beitrag an die Pflegeleistungen, welche auf Grund einer ärztlichen Anordnung und eines ausgewiesenen Pflegebedarfs ambulant, auch in Tages- oder Nachtstrukturen, oder im Pflegeheim erbracht werden (Art. 25a Abs. 1 KVG). Der Bundesrat bezeichnet gemäss Abs. 3 der Bestimmung die Pflegeleistungen und regelt das Verfahren der Bedarfsermittlung. Er setzt - so Abs. 4 der Norm - die Beiträge differenziert nach dem Pflegebedarf in Franken fest. Massgebend ist der Aufwand nach Pflegebedarf für Pflegeleistungen, die in der notwendigen Qualität, effizient und kostengünstig erbracht werden. Die Pflegeleistungen werden einer Qualitätskontrolle unterzogen. Der Bundesrat legt die Modalitäten fest. Andererseits haben sich auch die öffentliche Hand und die Versicherten an den Pflegekosten zu beteiligen, wobei Letzteren nach Art. 25a Abs. 5 Satz 1 KVG von den nicht von Sozialversicherungen gedeckten Pflegekosten höchstens 20 % des höchsten vom Bundesrat festgesetzten Pflegebeitrags überwältzt werden dürfen. Die Kantone regeln gemäss Satz 2 der Bestimmung die Restfinanzierung. Diese kantonale Zuständigkeit ändert indessen nichts daran, dass der grundsätzliche Anspruch auf Übernahme ungedeckter Pflegekosten durch die öffentliche Hand (Kanton oder Gemeinden) bundesrechtlicher Natur ist (BGE 140 V 58 E. 4.1 S. 61 f.; 138 I 410). Leistungserbringer sind - je nach kantonaler Regelung - Kantone oder Gemeinden, also Personen öffentlichen Rechts, die grundsätzlich nicht dem KVG unterstellt sind, da sie ihre Leistungen nicht zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung abrechnen (BGE 142 V 94 E. 3.1 S. 98 f.; 140 V 563 E. 2.2 am Ende S. 566). Nach Art. 33 lit. b und i KVV bezeichnet das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) nach Anhörung der zuständigen Kommission u.a. die nicht von Ärzten und Ärztinnen oder Chiropraktoren und Chiropraktorerinnen erbrachten Leistungen gemäss Art. 25 Abs. 2 und Art. 25a Abs. 1 und 2 KVG sowie den in Art. 25a Abs. 1 und 4 KVG vorgesehenen und nach Pflegebedarf differenzierten Beitrag an die Pflegeleistungen. Das EDI hat in Art. 7 Abs. 1 lit. a KLV bestimmt, dass als Leistungen nach Art. 33 lit. b KVV u.a. Untersuchungen, Behandlungen und Pflegemassnahmen gelten, die auf Grund der Bedarfsabklärung nach Art. 7 Abs. 2 lit. a und nach Art. 8 KLV auf ärztliche Anordnung hin oder im ärztlichen Auftrag von Pflegefachleuten erbracht werden. Gemäss Art. 8 Abs. 1 KLV ist der ärztliche

Auftrag oder die ärztliche Anordnung von Leistungen der Pflegefachleute oder der Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause auf Grund der Bedarfsabklärung und der gemeinsamen Planung der notwendigen Massnahmen näher zu umschreiben. Die Bedarfsabklärung umfasst nach Art. 8 Abs. 2 KLV die Beurteilung der Gesamtsituation des Patienten oder der Patientin sowie die Abklärung des Umfelds und des individuellen Pflege- und Hilfebedarfs. Die Bedarfsabklärung erfolgt auf Grund einheitlicher Kriterien. Ihr Ergebnis wird auf einem Formular festgehalten. Dort ist insbesondere der voraussichtliche Zeitbedarf anzugeben. Die Tarifpartner sorgen für die einheitliche Ausgestaltung des Formulars (Art. 8 Abs. 3 KLV).

3.2. Das Bundesgericht hat in BGE 142 V 94 (E. 3.2 S. 99 f.) erkannt, dass bislang eine genauere bundesrechtliche Regelung der Restfinanzierung ungedeckter Pflegekosten fehlt. Auch den Materialien lässt sich in dieser Hinsicht nichts Erhellendes entnehmen. Der Verweis auf die kantonale Zuständigkeit in Art. 25a Abs. 5 Satz 2 KVG kam erst durch den Ständerat in das Gesetz über die Pflegefinanzierung (AB 2007 S 777, Votum Forster-Vannini; vgl. auch AB N 2007 S. 1785 f.). In mehreren höchstrichterlichen Urteilen wurde sodann präzisiert, den Kantonen stehe in der konkreten Ausgestaltung der Restfinanzierung ein weiter Ermessensspielraum zu. So könnten sie beispielsweise die Gemeinden damit beauftragen, den Leistungserbringern Auflagen zu erteilen oder Pauschaltarife festzulegen (BGE 138 I 410 E. 4.3 S. 418 f.; Urteil 2C_728/2011 vom 23. Dezember 2011 E. 3.6). Die Kantone haben - so das Gericht im Weiteren - in Ausübung der ihnen übertragenen Kompetenzen die Restfinanzierung der ungedeckten Pflegekosten denn auch unterschiedlich umgesetzt. Nicht nur bezüglich der Zuständigkeit (welche meist beim Kanton liegt, teilweise - auch im Kanton Thurgau - aber an die Gemeinden delegiert wurde) und der Finanzierungslösungen (z.B. Defizitgarantie, Bestimmung eines Kostenmaximums, Globalbudget, leistungsbezogene Abgeltung pro Pflegestunde; vgl. Zusammenstellung des Spitex Verbandes Schweiz von Mai 2011, abrufbar unter: www.spitex.ch), sondern namentlich bei der Festlegung der Höchstgrenze der Beiträge der öffentlichen Hand an die Kosten für ambulante Pflege (sogenannte Normkosten; vgl. erläuternder Bericht der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Ständerates [SGK-SR] vom 1. September 2015 zur Parlamentarischen Initiative Nachbesserung der Pflegefinanzierung [Datenbank Curia Vista Nr. 14.417, Ziff. 2.4.3 S. 15]; Rosenkranz Ruth/Meierhans Stefan, Defizite bei der Umsetzung der Pflegekostengrenze, in: *Pflegerecht* 2/2013 S. 76 ff., 77) bestehen beträchtliche Differenzen (vgl. Spitex Verband Schweiz, *Pflegefinanzierung in den Kantonen - Ambulante Pflege*, Stand Mai 2012, S. 3, abrufbar unter: www.spitex.ch).

3.2.1. Ein im Auftrag der beiden Kommissionen für soziale Sicherheit und Gesundheit von National- und Ständerat verfasster erläuternder Bericht des BAG vom 3. Oktober 2013 ortete nach Umfragen bei Kantonen und involvierten Organisationen Umsetzungsschwierigkeiten und gesetzgeberischen Klärungsbedarf vor allem bei der Finanzierung der ausserkantonalen Pflege sowie bei der von den Kantonen unterschiedlich geregelten Restfinanzierung und zeigte ebenfalls, dass insbesondere die ambulanten Leistungserbringer eine einheitliche bundesrechtliche Regelung der Restfinanzierung wünschen (Bericht, S. 17). Die Restfinanzierung sei kantonsspezifisch umgesetzt worden und interkantonal kaum koordiniert. Der im Rahmen dieser Untersuchung befragte Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (SBK) bemängelte vorrangig die unklare Definition der Restfinanzierung im Bundesgesetz und wies auf "unerträgliche Unsicherheiten und Ungerechtigkeiten" für freiberufliche Pflegefachpersonen hin. Teilweise könnten die kantonalen Restfinanzierungen nur auf dem Rechtsweg durchgesetzt werden (Anhang D 1, S. 2). Auf die Frage, welche hauptsächlichen Auswirkungen die kantonalen Ausführungsbestimmungen auf die Leistungserbringer hätten (Anhang D 2, S. 3), hielt der SBK in erster Linie fest, es beständen zwischen öffentlicher Spitex und freiberuflichen Pflegefachpersonen in Kantonen und Gemeinden mit wenigen Ausnahmen grosse Ungerechtigkeiten. Trotz ausgewiesener Vollkostenrechnung beruhe die Restfinanzierung bei freiberuflichen Pflegefachpersonen auf dem "Goodwill" der Kantone und Gemeinden, was den Vollkosten nicht gerecht werde. Zwischen den Kantonen existierten eklatante

Unterschiede (zum Ganzen: BGE 142 V 94 E. 3.3 S. 100).

3.2.2. Damit wird deutlich, dass die derzeitige Rechtslage in Bezug auf die kantonale Restkostenfinanzierung vor allem von den freiberuflichen Pflegefachpersonen als unbefriedigend und kompliziert, teilweise gar als unbillig empfunden wird. Es wird denn auch gefordert, Art. 25a Abs. 5 KVG sei in dem Sinn zu präzisieren, dass zum einen die Kantone zu verpflichten seien, sämtliche auf ihrem Gebiet anfallenden ausgewiesenen Restkosten für Pflegeleistungen vollumfänglich zu übernehmen, und zum andern der Bundesrat einheitliche Kriterien zur Festsetzung der Vollkosten wie auch zur Finanzierung der Versorgungspflicht in der ambulanten Pflege zu erlassen habe (vgl. Positionspapier Pflegefinanzierung der IG Pflegefinanzierung vom 25. März 2015, S. 3, abrufbar unter: www.curaviva.ch; BGE 142 V 94 E. 3.3 S. 100 f.).

Es erstaunt wenig, wie das Bundesgericht im Folgenden darlegte (BGE 142 V 94 E. 3.3 S. 101), dass im Zuge der Umsetzung der Pflegefinanzierung in den Kantonen auf eidgenössischer Ebene schon verschiedene, teilweise noch pendente Vorstösse zur Nachbesserung der bundesrechtlichen Regelung lanciert wurden (z.B. Standesinitiative "Ergänzung von Art. 25a KVG betreffend die Pflegefinanzierung", eingereicht vom Kanton Thurgau am 4. November 2013 [Dokumentation Curia Vista Nr. 14.317]; parlamentarische Initiative "Nachbesserung der Pflegefinanzierung", eingereicht von Ständerätin Egerszegi-Obrist am 21. März 2014 [Dokumentation Curia Vista Nr. 14.417]). Hinzu kam die Motion "Pflegesparkonto: Senkung der Krankenkassenprämien und Entlastung des Pflegepersonals", eingereicht von Ständerat Dittli am 15. Dezember 2016 (Dokumentation Curia Vista Nr. 16.4086). Im bereits erwähnten erläuternden Bericht vom 1. September 2015 (E. 3.2 hiavor) kam auch die SGK-SR zum Schluss, "die Voraussetzungen für die Festlegung von angemessenen Normkosten [seien] zu verbessern", namentlich durch einheitliche Standards bei der Kostenrechnung, Durchsetzung eines transparenten Kostenausweises etc. Allerdings sah die Kommission diesbezüglichen Handlungsbedarf nicht beim Gesetzgeber auf Bundesebene, sondern bei den Leistungserbringern und den Kantonen (Bericht, S. 15 Ziff. 2.4.3).

3.2.3. Gemäss Abs. 1 von Art. 32 KVV ("Wirkungsanalyse") führt das BAG in Zusammenarbeit mit den Versicherern, Leistungserbringern und Kantonen sowie Vertretern der Wissenschaft wissenschaftliche Untersuchungen über die Durchführung und die Wirkungen des KVG durch. Eine wichtige Basis für die Evaluation der angestrebten Neuordnung der Pflegefinanzierung wird eine vom BAG in Auftrag gegebene Konzeptstudie bilden (Antoinette Feh Widmer/Christian Rüefli, "Konzept zur Evaluation der Neuordnung der Pflegefinanzierung, Schlussbericht, 21. Januar 2015, abrufbar unter: www.goo.gl/jbXKmK; zum Ganzen: Christine Heuer/Christian Vogt, Krankenversicherung - Evaluation der Neuordnung der Pflegefinanzierung, in: Soziale Sicherheit [CHSS] 3/2016 S. 54 ff., 56; ferner Bericht des Bundesrates vom 25. Mai 2016: Bestandesaufnahme und Perspektiven im Bereich der Langzeitpflege).

3.3. Wie die vorstehenden Ausführungen aufzeigen, befindet sich der Bereich der Pflegefinanzierung zur Zeit im Fluss. Geplant ist eine Verordnungsänderung auf Bundesebene "Mindestanforderungen an Pflegebedarfssysteme und Vorgaben zur Bedarfsabklärung" (www.bsv.admin.ch, besucht am 15. Februar 2017; vgl. auch Bericht über die Ergebnisse der Vernehmlassung zur Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung, Parlamentarische Initiative Nachbesserung der Pflegefinanzierung, von März 2016 [www.bag.admin.ch]). Im vorliegenden Verfahren hat das Bundesgericht indessen ohnehin allein zu prüfen, ob die Vorinstanz die Umsetzung der hier anwendbaren, in E. 3.1 wiedergegebenen bundesrechtlichen Vorgaben durch Kanton und Beschwerdegegnerin zu Recht geschützt hat (E. 2 hiavor; vgl. auch BGE 142 V 94 E. 3.3 am Ende S. 101).

4.

4.1. Gemäss § 1 Abs. 1 des thurgauischen Gesetzes vom 25. Oktober 1995 über die

Krankenversicherung (KVG/TG; RB 832.1) regelt dieses den Vollzug des KVG. Es ordnet insbesondere die Pflegeversorgung im Pflegeheim und im ambulanten Bereich (§ 1 Abs. 2 Ziff. 2 KVG/TG). Laut Abs. 3 der Bestimmung kann der Regierungsrat des Kantons Thurgau ergänzende Vorschriften zur Bundesgesetzgebung, zur Pflegeversorgung sowie zur Hilfe und Besorgung zu Hause erlassen. § 23 Abs. 2 KVG/TG sieht unter dem Titel "Kosten- und Leistungsausweis der ambulanten Leistungserbringer, Fakturierung" vor, dass das zuständige kantonale Departement die einheitliche, transparente Rechnungslegung und -stellung sowie die Datenerhebung und -veröffentlichung regelt. Betriebsbezogene Daten dürfen in nicht anonymisierter Form veröffentlicht werden. Das Departement legt die anrechenbaren Kosten gemäss § 25 Abs. 3 und § 27 Abs. 2 KVG/TG fest. Nach § 25 Abs. 1 KVG/TG vereinbart die Wohngemeinde mit den von ihr beauftragten Leistungserbringern separate Tarife für die Restfinanzierung gemäss Art. 25a Abs. 5 KVG der ambulanten Pflege einschliesslich der ambulanten Pflege in Tagesheimen sowie in Tages- oder Nachtstrukturen von Pflegeheimen. Für gemeinwirtschaftliche Leistungen sind separate Leistungsvereinbarungen zu treffen. Die daraus folgenden Kosten sind zu übernehmen. Der Beitrag der Wohngemeinde an Leistungserbringer ohne kommunalen Leistungsauftrag entspricht den effektiven Restkosten der Pflegeleistungen gemäss Art. 25a Abs. 5 KVG, höchstens jedoch den mit Leistungserbringern in ihrer Gemeinde vereinbarten Pflgetarifen (§ 25 Abs. 2 KVG/TG). Die Festlegung der Pflgetarife erfolgt nach betriebswirtschaftlichen Kriterien unter Berücksichtigung der von den Leistungserbringern ausgewiesenen anrechenbaren Kosten und der qualitativen Besonderheiten der erbrachten Leistungen (§ 25 Abs. 3 KVG/TG).

4.2. Nach § 40 Abs. 1 der Verordnung des Regierungsrates des Kantons Thurgau zum Gesetz über die Krankenversicherung vom 20. Dezember 2011 (KVV/TG; RB 821.10) führen Leistungserbringer der ambulanten Pflege 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. Nach § 41 Abs. 1 Satz 1 KVV/TG, in der bis 30. Juni 2015 in Kraft gestandenen, hier grundsätzlich massgeblichen Fassung, hatten die Leistungserbringer der ambulanten Pflege für die Bedarfserfassung der ambulanten Langzeitpflege das Bedarfsabklärungssystem "RAI Homecare" zu verwenden. In der seit 1. Juli 2015 geltenden Fassung der Bestimmung verwenden die Leistungserbringer für die Bedarfsabklärung der ambulanten Langzeitpflege das Bedarfsabklärungssystem "RAI Homecare" oder weitere, von unabhängiger Seite validierte Bedarfserfassungssysteme. Leistungserbringer ohne zugelassenes Bedarfsabklärungssystem sind bis zu dessen Einführung nicht zur Geltendmachung der Restkostenfinanzierung berechtigt (§ 74 KVV/TG ["Fehlendes Bedarfserfassungssystem"]).

5.

5.1. Das kantonale Gericht hat in seinem Entscheid im Wesentlichen erwogen, aus BGE 142 V 94 E. 3.2 f. S. 99 ff. gehe hervor, dass bislang eine genauere bundesrechtliche Regelung der Restfinanzierung ungedeckter Pflegekosten fehle und den Kantonen bei der Ausgestaltung der Restfinanzierung ein grosses Ermessen zustehe. Entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin, wonach § 41 Abs. 1 KVV/TG gegen Bundesrecht verstosse, weil es den Kantonen infolge zwingenden Bundesrechts nicht erlaubt sei, die Vergütung der Restkosten von weiteren Bedingungen abhängig zu machen, bewege sich die Regelung des Kantons Thurgau im Rahmen der bundesrechtlichen Vorgaben. So verlange bereits Art. 25a Abs. 4 KVG, dass die Pflegeleistungen einer Qualitätskontrolle zu unterziehen seien. Sodann schreibe Art. 8 Abs. 3 KLV vor, dass die Bedarfsabklärung auf Grund einheitlicher Kriterien erfolge, wobei das entsprechende Ergebnis auf einem Formular festzuhalten sei. Dort sei insbesondere der voraussichtliche Zeitbedarf anzugeben. Die Tarifpartner sorgten für die einheitliche Ausgestaltung des Formulars. Ebenso werde in § 23 Abs. 2 KVG/TG die einheitliche, transparente Rechnungslegung und -stellung sowie die Datenerhebung und -veröffentlichung gefordert. Damit die von den unterschiedlichen Leistungserbringern geltend gemachten Restkosten verglichen werden könnten und somit eine einheitliche Beurteilung zuliessen, brauche es für deren

Erfassung gewisse Regeln. Dies werde durch § 41 Abs. 1 KVV/TG, dessen - hinreichende - Delegationsgrundlage im Übrigen § 1 Abs. 3 in Verbindung mit § 25 KVG/TG bilde, gewährleistet.

Zu beachten sei ferner, dass selbstständige Pflegefachleute, die ambulante Pflegeleistungen zu Hause erbrächten, erst seit der Neuordnung der Pflegefinanzierung überhaupt die Möglichkeit hätten, Restkosten geltend zu machen. Es handle sich dabei um eine Art "Defizitdeckung" aus allgemeinen Steuermitteln. Es liege daher auf der Hand, dass der Kanton bzw. im Kanton Thurgau die Gemeinden Gewähr dafür haben wollten, dass sie nur Beiträge an effiziente Pflegeleistungen in der notwendigen (aber nicht in einer übertriebenen unwirtschaftlichen) Qualität leisteten. Gerade weil im Kanton Thurgau, wo die Gemeinden Kostenträger seien, sämtliche Gesuche an die Wohnsitzgemeinde des Leistungsempfängers zu richten seien, bestehe ein verstärktes Bedürfnis nach einem validierten Bedarfserfassungssystem und einer nachvollziehbaren Restkostenermittlung durch die Leistungserbringer. Es solle nämlich auch für kleine und mittelgrosse Gemeinden ohne Spezialisten möglich sein, die eingereichten Leistungsabrechnungen und die Gesuche um Restkostenvergütung zu prüfen. Zwar könne man sich fragen, ob es zulässig sei, ein einziges Programm für die Bedarfsabrechnung zuzulassen, wie dies gestützt auf die 2014 geltende Rechtslage noch der Fall gewesen sei. Wie es sich damit verhalte, brauche jedoch nicht abschliessend beurteilt zu werden. Denn mittlerweile könne die Bedarfsabrechnung nicht nur mittels "RAI Homecare", sondern durch jedes weitere, von unabhängiger Seite validierte Bedarfserfassungssystem erfolgen. Die von der Beschwerdeführerin verwendeten Programme erfüllten diese Voraussetzungen nicht. Ausserdem sei auf das Positionspapier Pflegefinanzierung der IG Pflegefinanzierung ASPS, Curaviva, SBK, Senesuisse, Spitex Verband Schweiz, Seniorenrat SSR-CSA und die Gesundheitsligen GELIKO vom 25. März 2015 (abrufbar unter: www.senesuisse.ch/index.php/de/aktuell/16-aktuell/news/179-positionspapier-ig-pflegefinanzierung) zu verweisen. Dort sei auf S. 9 im Zusammenhang mit der Bedarfsermittlung die Forderung gestellt worden, es seien Kriterien für anerkannte Assessmentinstrumente in der ambulanten Pflege zu bestimmen oder es sei "RAI Homecare" als Verfahren der Bedarfsermittlung festzulegen. Hierbei sei dargelegt worden, dass "RAI Homecare" in 19 Kantonen flächendeckend, in vier Kantonen zu über 80 % und in drei Kantonen zu 50 bis 80 % eingesetzt werde. Auch vor diesem Hintergrund stosse die Kritik der Beschwerdeführerin ins Leere.

Soweit die Beschwerdeführerin die Anwendung von "RAI Homecare" im Bereich der psychiatrischen Leistungen mit der Begründung in Frage stelle, es seien keine Normzeiten hinterlegt, könne ihr - so die Vorinstanz im Weiteren - ebenfalls nicht gefolgt werden. Wie DFS und Gemeinde dargelegt hätten, sei das internationale RAI Modul 2010 für die Bedarfsabklärung in psychiatrischen Situationen angepasst worden und beinhalte seither das integrierte Modul "Mental Health". Dieses habe sich in der Praxis bewährt. Es enthalte eine ausreichend strukturierte und standardisierte Erfassungsmatrix, welche auf einer kaskadierten Punkteskala basiere und eine vertiefte sowie vernetzte Bedarfserfassung erlaube. Während "RAI Homecare" also auch im Bereich der Ermittlung des psychiatrischen Pflegebedarfs ein validiertes Bedarfserfassungssystem darstelle, treffe dies auf die von der Beschwerdeführerin verwendeten Programme nicht zu.

Ebenso wenig liege ferner ein Verstoß gegen die Wirtschaftsfreiheit vor. Wie das Bundesgericht in BGE 142 V 94 (E. 5.1 S. 102 f. mit Hinweisen) festgehalten habe, bestehe im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung kein unbeschränkter Anspruch der Leistungserbringer auf Entschädigung ihrer Vollkosten. Namentlich verschaffe die Wirtschaftsfreiheit keinen Anspruch der (freiberuflichen) Leistungserbringer, zu Lasten der sozialen Krankenversicherung in beliebiger Höhe Leistungen zu erbringen. Gesetz- und Verordnungsgeber hätten im Bereich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung im Gegenteil zahlreiche Preis- und Zulassungsbeschränkungen wie Tarife, Höchstpreise und Fallpauschalen statuiert, die nicht überschritten werden dürften.

Schliesslich verfange auch der Einwand der Beschwerdeführerin, § 41 Abs. 1 KVV/TG stehe im Widerspruch zu den in Art. 2 des Bundesgesetzes über den Binnenmarkt (Binnenmarktgesetz, BGBM;

SR 943.02) festgehaltenen Grundsätzen für den freien Zugang zum Markt, nicht. Eine Berufung auf die erwähnte Bestimmung falle schon deshalb ausser Betracht, weil es sich bei der Beschwerdeführerin um eine ortsansässige Person handle. Als solche könnte sie eine Verletzung von Art. 2 BGBM lediglich für den - hier nicht gegebenen - Fall geltend machen, dass ihr (unter Einhaltung der Vorschriften des Kantons Thurgau) in einem anderen Kanton die Restkostenvergütung verweigert worden wäre.

5.2. Die Beschwerdeführerin hält dem letztinstanzlich zur Hauptsache entgegen, der angefochtene Entscheid verletze Bundesrecht, indem übersehen werde, dass anerkannte Leistungserbringer von Bundesrechts wegen Anspruch auf Abgeltung der Pflegekosten hätten, die weder vom Krankenversicherer noch vom Leistungsempfänger übernommen würden. Die Kantone könnten zwar bestimmen, nach welchen Voraussetzungen die Anerkennung der Leistungserbringer zu erfolgen habe. Sei ein solcher jedoch einmal zugelassen, habe er einen bundesrechtlichen Anspruch auf Vergütung der Restkosten gemäss den kantonalen Ansätzen. Den Kantonen sei es insbesondere verwehrt, diesen Anspruch von weiteren Bedingungen und Auflagen abhängig zu machen. Vielmehr sei die öffentliche Hand - im Kanton Thurgau die Gemeinden - verpflichtet, die Kosten für ambulante Krankenpflege anteilmässig zu übernehmen, sofern eine ärztliche Anordnung vorliege, der Pflegebedarf gemäss den bundesrechtlichen Vorgaben abgeklärt und bejaht worden sei und es sich um einen anerkannten Leistungserbringer handle. Dadurch, dass die Vorinstanz den Anspruch auf Abgeltung der Restkosten verneine, verstosse sie gegen den Grundsatz des Vorrangs des Bundesrechts und namentlich gegen Art. 25a Abs. 5 KVG. Insofern erweise sich § 41 Abs. 1 KVV/TG als bundesrechtswidrig, zumal sich die Verordnungsbestimmung nicht auf eine hinreichende Delegationsnorm abstützen könne und deshalb auch nicht mit dem Gesetzmässigkeitsprinzip vereinbar sei. Die verwaltungsgerichtlichen Ausführungen vermöchten somit weder in Bezug auf die Frage der Rechtmässigkeit der genannten Norm noch hinsichtlich der Bedarfserfassung im vorliegend relevanten Bereich der ambulanten Krankenpflege bei psychischen Beeinträchtigungen zu überzeugen. Schliesslich werde mit der Weigerung, die Restkosten zu vergüten, auch die Wirtschaftsfreiheit tangiert.

6.

6.1. Gemäss den in E. 3.1 hiavor detailliert wiedergegebenen rechtlichen Grundlagen hat der Bundesrat das Verfahren der Bedarfsermittlung im Zusammenhang mit Pflegeleistungen zu regeln (Art. 25a Abs. 3 ff. KVG). Er hat die diesbezügliche Kompetenz gemäss Art. 33 lit. b und i KVV an das EDI abgetreten. In Art. 8 Abs. 3 KLV hat das EDI festgelegt, dass die Bedarfsabklärung auf Grund einheitlicher Kriterien zu erfolgen hat und dabei insbesondere den voraussichtlichen Zeitaufwand der benötigten Pflege angeben muss. Die Bedarfsberechnung ist also ausdrücklich prospektiv vorzunehmen. Ein konkretes Verfahren für die Bedarfsabklärung gibt der Bund (noch) nicht vor. Er beschränkt sich vielmehr darauf, die entsprechenden Kriterien aufzustellen. Die Regelung des Verfahrens im Einzelnen überlässt er damit - unter Vorbehalt der Einhaltung der massgeblichen Vorgaben (Einheitlichkeit und Prospektivität) - den Kantonen.

6.2. Vor diesem Hintergrund hat der thurgauische Regierungsrat gestützt auf die ihm vom kantonalen Gesetzgeber übertragene Regelungsbefugnis im Sinne einer kantonal einheitlichen Umsetzung des Bundesrechts bestimmt (vgl. E. 4 hiavor), dass für das Bedarfserfassungsverfahren ein fachlich validiertes System einzusetzen sei. Als Folge davon bestimmte er in § 41 Abs. 1 KVV/TG (in der bis 30. Juni 2015 gültig gewesenen Fassung) das Bedarfserfassungssystem "RAI Homecare" als verbindliches Instrument für die Erhebung des Pflegebedarfs. In der seither geltenden Fassung sind auch weitere, von unabhängiger Seite validierte Bedarfserfassungssysteme verwendbar.

Damit Abklärungsergebnisse als in diesem Sinne valid gelten können und damit den beschriebenen bundesrechtlichen Vorgaben genügen, ist systemseitig u.a. sicherzustellen, dass Abweichungen zum

Standardzeitbedarf für eine Abfolge von Pflegetätigkeiten schriftlich begründet werden müssen. Nur so kann gewährleistet werden, dass keine Restkosten für unwirtschaftlich erbrachte Leistungen geltend gemacht und vergütet werden.

6.2.1. Die in allgemeiner Hinsicht erhobene Rüge der Beschwerdeführerin, § 41 Abs. 1 KVV/TG widerspreche dem in BGE 138 II 191 (E. 4.2.3 S. 199) und 138 I 410 (E. 4.3 S. 418 f.) Festgehaltenen, wonach die Kantone verpflichtet seien, die Kosten von anerkannten Leistungserbringern ohne weitere Bedingungen zu decken, und es den Kantonen nicht gestattet sei, den im Bundesrecht verankerten Grundsatz der finanziellen Übernahme der Restkosten zusätzlichen Anforderungen zu unterstellen, verfängt nicht. Sie verkennt damit, dass es in den beiden angeführten Urteilen - anders als im hier zu beurteilenden Fall - jeweils um die Frage der Restkostenübernahme von Patienten in stationären Einrichtungen ging. Stationäre Pflegeeinrichtungen unterliegen jedoch naturgemäss einer höheren Regelungs- und Kontrolldichte als die freiberuflich tätigen Pflegefachleute. So sind die Organisation, die Arbeitsabläufe sowie die Qualitätssicherung in stationären Institutionen normiert, standardisiert und regelmässig sowohl internen wie externen Kontrollen unterworfen (vgl. § 15 Abs. 2 KVG/TG in Verbindung mit §§ 7 ff. der regierungsrätlichen Verordnung vom 22. November 2005 über die Heimaufsicht [RRV; RB 850.71]). Dies ist bei freiberuflichen Leistungserbringern nicht oder nicht im gleichen Ausmass der Fall, weshalb es in diesem Bereich möglich sein muss, zur Wahrung der geforderten Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit der erbrachten Pflegeleistungen (Art. 32 KVG) auf ein einheitliches (validiertes) Instrument abzustellen. Ob der öffentlichen Hand, welche ausfliessend aus der Bundesgesetzgebung in Bezug auf die Pflegerestkosten zahlungspflichtig ist (vgl. E. 3.1 erster Abschnitt am Ende hiervor), hinsichtlich der genannten Leistungsvoraussetzungen eine Prüfungscompetenz zukommt, kann offen gelassen werden. Entscheidend ist vorliegend ausschliesslich, dass sämtliche der im Bereich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung involvierten Akteure zu gewährleisten haben, dass das Ziel von Art. 32 KVG, nämlich die Sicherstellung einer effizienten, qualitativ hochstehenden und zweckmässigen Gesundheitsversorgung zu möglichst günstigen Konditionen (BGE 127 V 80 E. 3c/aa S. 85), erreicht wird. Die kantonalen Bestimmungen von § 25 KVG/TG und § 41 KVV/TG sind denn auch im Lichte dieser übergeordneten Zweckbestimmung zu betrachten. Ein Verstoss gegen vorrangiges Bundesrecht im Sinne von Art. 49 Abs. 1 BV ist entsprechend nicht auszumachen.

6.2.2. Was sodann das vom Kanton konkret vorgesehene Bedarfserfassungssystem "RAI Homecare" anbelangt, dient dieses - wie auch das BESA (Bewohnerinnen-Einstufungs- und Abrechnungssystem) - der Erfassung des Pflegebedarfs ausserhalb des Akutbereichs. Während "RAI Nursing Home" für die Abklärung des Pflegebedarfs in Alters- und Pflegeheimen konzipiert ist, wird mit "RAI Homecare" der Bedarf für die ambulante, spitalexterne Pflege (Spitex) bestimmt (einsehbar unter: www.qsys.ch oder www.rai.ch). Bei den RAI-Instrumenten handelt es sich um validierte und reliable Abklärungsinstrumente, die in internationaler und interdisziplinärer Zusammensetzung entwickelt wurden. Auf der Basis von "RAI Homecare" wurde im Auftrag des Spitex Verbandes Schweiz in der Folge das auf hiesige Verhältnisse angepasste Instrument "RAI Homecare Schweiz" geschaffen (dazu im Detail: Bernhard Rüttsche/Helena Zaugg, Urteil des Bundesgerichts, II. sozialrechtliche Abteilung, vom 21. Dezember 2010 [9C_702/2010], in; Pfleregerecht 1/2012 S. 50 ff., 52 unten f.). Dieses stellt zwar lediglich eine für das Gericht nicht verbindliche Empfehlung im Bereich der Hauspflege einer Berufsgruppe ohne jeglichen normativen Charakter dar (vgl. BGE 136 V 172 E. 4.3.3 S. 178 mit Hinweis auf BGE 124 V 351 E. 2e S. 354; Urteil 9C_702/2010 vom 21. Dezember 2010 E 4.2.3). Es entspricht indessen unstreitig - seit der 2010 erfolgten Integration des Zusatzmoduls "Mental Health" auch in Bezug auf pflegebedürftige Personen mit psychischen Beeinträchtigungen - den genannten bundesrechtlichen Kriterien, indem es eine einheitliche, prospektive und umfassende Abklärung des Pflegebedarfs jedes Patienten ermöglicht. Obgleich für das Zusatzmodul - im Gegensatz zum "RAI Homecare"-Basismodul - keine Normzeiten hinterlegt sind, ist, wie die Beschwerdegegnerin überzeugend darlegt, die geforderte validierte Normierung diesfalls mittels einer strukturierten und standardisierten Erfassungsmatrix, welche auf einer kaskadierten Punkteskala basiert, sichergestellt.

Da damit folglich eine dem Einzelfall angepasste und gerecht werdende Umsetzung der massgeblichen Gesetzes- und Verordnungsnormen gewährleistet wird, erweist sich § 41 Abs. 1 KVV/TG auch in dieser Hinsicht als bundesrechtskonform. Die Bestimmung kann sich zudem, wie die hiervor ausführlich beschriebene rechtliche Situation belegt, auf eine hinreichende Delegationsgrundlage abstützen, weshalb auch ein Verstoss gegen das Gesetzmässigkeitsprinzip auszuschliessen ist.

6.2.3. Des Weiteren bringt die Beschwerdeführerin vor, das kantonale Gericht zeige nicht auf, inwiefern das von ihr für die Bedarfsabklärung verwendete, auch von grossen Spitexorganisationen eingesetzte sog. "Krienser Modell" den bundesrechtlichen Anforderungen nicht genüge. Diesem lägen mit dem geforderten Bedarfserfassungssystem "RAI Homecare Mental Health" vergleichbare und damit ebenfalls einheitliche Kriterien zugrunde.

6.2.3.1. Festzuhalten ist zunächst, dass es sich bei dem von der Beschwerdeführerin ebenfalls angewendeten System "Verwaltung und Abrechnung (VeruA) " um ein Programm zu handeln scheint, mit welchem der effektive Aufwand administrativ erfasst und abgerechnet wird. Es stellt somit, jedenfalls in der hier fraglichen Form, lediglich ein Dokumentations- und Verwaltungsprogramm, nicht aber ein eigentliches Bedarfsabklärungssystem dar (Näheres unter: www.verua.ch) und erfüllt daher die Kriterien eines für die Erfassung des Pflegebedarfs verbindlichen Instruments - unstrittig - nicht. Zu keinem anderen Ergebnis führt im Übrigen der Hinweis im vorinstanzlich durch das DFS eingebrachten Schreiben des SBK zuhanden des thurgauischen Amtes für Gesundheit vom 15. November 2013, wonach sich die Einführung der "Bedarfsabklärung im Dokumentations- und Verwaltungsprogramm VeruA als Alternative zum RAI-HC" erheblich verzögere. Selbst wenn gestützt darauf vom Ziel des Verbandes auszugehen ist, "dass mit der Bedarfsabklärung im System VeruA ein kostengünstiges Instrument zur Verfügung stehen wird, das die Anforderungen im Artikel 8 der Krankenpflegeverordnung KLV erfüllen wird", hätte damit für den vorliegend massgeblichen Beurteilungszeitraum noch kein den bundesrechtlichen Mindestvorgaben genügendes Bedarfserfassungssystem vorgelegen.

6.2.3.2. Gemäss den von der Beschwerdeführerin eingereichten Unterlagen entspricht das von ihr der Erhebung des Pflegebedarfs zugrunde gelegte Formular "Bedarfsabklärung Camino ambulante psychiatrische Pflege" inhaltlich dem Formular "Bedarfsabklärung Psychiatrische Spitex-Pflege - Formular Luzern/Kriens ©", wenn auch in darstellerisch (Layout) leicht veränderter Fassung. Dieses sog. "Krienser Modell", basierend auf dem Formular "Camino", ist unbestrittenermassen lediglich auf die pflegerische Bedarfsabklärung bei Personen mit psychischen Einschränkungen zugeschnitten. Wie die Beschwerdeführerin letztinstanzlich einräumt, sind im Rahmen ihrer beruflichen Tätigkeit im Kontext mit Hilfestellungen psychischer Art jedoch oftmals auch körperliche Pflege- und Behandlungsleistungen zu erbringen. Aus den von ihr vorgelegten Abrechnungen geht in diesem Sinne hervor, dass über die gesamte Pflegeperiode von April bis Juni 2014 sowohl Massnahmen "der Abklärung, Beratung und Koordination" nach Art. 7 Abs. 2 lit. a KLV wie auch solche "der Untersuchung und der Behandlung" gemäss Art. 7 Abs. 2 lit. b KLV durchgeführt worden sind. Letztere beinhalten neben pflegerischen Vorkehren zur Umsetzung der ärztlichen Therapie im Alltag, wie Einüben von Bewältigungsstrategien und Anleitung im Umgang mit Aggression, Angst, Wahnvorstellungen (Ziff. 13), sowie der Unterstützung für psychisch kranke Personen in Krisensituationen, insbesondere zur Vermeidung von akuter Selbst- oder Fremdgefährdung (Ziff. 14), auch diverse Verrichtungen somatischer Natur (vgl. Ziff. 1 - 12).

Das Abklärungsmodell "RAI Homecare" arbeitet im Bereich des physischen Pflegebedarfs mit hinterlegten Normzeiten und ermöglicht daher eine einheitliche und standardisierte Bedarfsabklärung. Das Zusatzmodul "RAI Homecare Mental Health" wurde sodann ergänzend für die Erfassung des Pflegebedarfs psychisch beeinträchtigter Personen entwickelt, wobei die geforderte validierte Normierung diesfalls mittels einer detaillierten Bedarfsabstufung sichergestellt ist (vgl. zum

Ganzen E. 6.2.2 hiervor). Das "RAI Homecare" stellt somit in seiner Gesamtheit ein validiertes Bedarfsabklärungssystem dar, das es der behandelnden Fachkraft erlaubt, sowohl den physischen wie psychischen Pflegebedarf differenziert, umfassend und standardisiert zu ermitteln.

Das von der Beschwerdeführerin ihrer Bedarfserhebung zugrunde gelegte "Krienser Modell" verfügt dagegen, soweit ersichtlich, über keine derartige validierte Normierung. So fehlt es beispielsweise an einer ausreichend strukturierten und standardisierten Erfassungsmatrix, welche auf einer kaskadierten Punkteskala beruht. Eine solche detaillierte Bedarfsabstufung ist im Gegensatz dazu beim Modul "Mental Health" gegeben. Weiter ist klar zu erkennen, dass das Formular "Mental Health" eine bedeutend umfassendere - und mithin nachhaltig vertiefte und vernetzte - Bedarfserfassung möglich macht. Dies äussert sich nicht zuletzt darin, dass das "RAI Homecare" zusätzlich über ein Modul zur Abklärung des hauswirtschaftlichen Dienstleistungsbedarfs sowie einen Leistungskatalog verfügt, welcher eine prospektive Erhebung der zu erbringenden Hilfe- und Pflegeleistungen zulässt. Diese Qualitäten besitzt das in seiner Ausgestaltung eher rudimentäre Formular "Camino" nicht. Nicht stichhaltig ist in diesem Zusammenhang der Einwand der Beschwerdeführerin, das von ihr benutzte "Krienser Modell" werde auch von Leistungserbringern in anderen Kantonen, so etwa der Spitex Luzern, verwendet. Wie dem Detailkonzept "Psychiatrische Pflege & Betreuung" der Spitex Luzern entnommen werden kann (vgl. S. 17 Ziff. 6.2 Abs. 3, abrufbar unter: www.spitex-luzern.ch/beratung/organisationspapiere), erfolgt die Bedarfsabklärung für den somatischen Bereich hier ebenfalls auf der Basis des Erfassungssystems "RAI Homecare".

Der Verzicht der Beschwerdeführerin auf die Anwendung von "RAI Homecare" oder eines anderen vergleichbaren Bedarfserfassungssystems verstösst nach dem Gesagten gegen das in Art. 8 Abs. 3 Satz 1 KLV festgelegte Prinzip der Bedarfserfassung "auf Grund einheitlicher Kriterien".

6.3. Es erübrigen sich nähere Ausführungen zur Behauptung in der Beschwerde, die (enge) Formulierung "RAI Homecare" in der Verordnungsbestimmung verbiete eine Nichtvergütung der Restkosten infolge der Nichtverwendung des Zusatzmoduls "Mental Health" bzw. belege, da sich das Bedarfserfassungssystem "RAI Homecare" für die Abklärung des Pflegebedarfs bei rein psychischen Beeinträchtigungen unstreitig nicht eigne, dass § 41 Abs. 1 KVV/TG keine hinreichende rechtliche Basis für die Einschränkung der (Wirtschafts-) Freiheit der freiberuflichen Pflegefachpersonen darstelle.

Eine Pflicht der Beschwerdegegnerin, die von der Beschwerdeführerin geltend gemachten Restkosten in Höhe von Fr. 129.15 zu erstatten, ist zu verneinen (vgl. die entsprechende Sanktion in § 74 KVV/TG [E. 4.2 am Ende hiervor]).

7.

7.1. Soweit die Beschwerdeführerin schliesslich eine Verletzung ihrer Wirtschaftsfreiheit geltend macht, kann ihr nicht gefolgt werden

7.2. Im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung besteht nach den zutreffenden Erwägungen der Vorinstanz kein unbeschränkter Anspruch der Leistungserbringer auf Entschädigung ihrer Vollkosten. Namentlich verschafft die Wirtschaftsfreiheit keinen Anspruch der (freiberuflichen) Leistungserbringer, zu Lasten der sozialen Krankenversicherung in beliebiger Höhe Leistungen zu erbringen (BGE 142 V 94 E. 5.1 S. 102; 130 I 26 E. 4.5 S. 43). Gesetz- und Verordnungsgeber haben im Bereich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung im Gegenteil zahlreiche Preis- und Zulassungsbeschränkungen wie Tarife, Höchstpreise und Fallpauschalen statuiert, die nicht überschritten werden dürfen (BGE 142 V 94 E. 5.1 S. 102; vgl. auch BGE 141 V 206). Wie dargelegt (vorangehende E. 3.2), fehlt bislang eine bundesrechtliche Normierung der Restfinanzierung. Nach derzeit geltendem Recht liegt es nicht nur in der kantonalen Regelungshoheit, zu bestimmen, wie

hoch die sog. Normkosten angesetzt werden (E. 3.2 hiervor), sondern auch, nach welchem Modell die Restfinanzierung erfolgt (E. 3.2.1 f. hiervor; BGE 142 V 94 E. 5.1 S. 103).

Es hat daher beim angefochtenen Entscheid sein Bewenden.

8.

Dem Ausgang des Verfahrens entsprechend sind die Gerichtskosten der Beschwerdeführerin aufzuerlegen (Art. 66 Abs. 1 Satz 1 BGG). Die obsiegende Gemeinde hat keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 68 Abs. 3 BGG).

Demnach erkennt das Bundesgericht:

1.

Die Beschwerde wird abgewiesen.

2.

Die Gerichtskosten von Fr. 500.- werden der Beschwerdeführerin auferlegt.

3.

Dieses Urteil wird den Parteien, dem Verwaltungsgericht des Kantons Thurgau, dem Bundesamt für Gesundheit und dem Departement für Finanzen und Soziales des Kantons Thurgau schriftlich mitgeteilt.