



Spitex Verband Schweiz

## FAQ zum Administrativvertrag vom 20.12.2010

Stand 02.04.2012

<p><b>Argumente für Beitritt zum Vertrag</b></p>	<p><b>Warum soll eine Spitex-Organisation dem Vertrag beitreten?</b></p> <p><b>Vorteil 1:</b> Die administrativen Abläufe zwischen der Spitex-Organisation und dem Versicherer sind verbindlich geregelt.</p> <p><b>Vorteil 2:</b> RAI-Home-Care ist offiziell als eines der möglichen Bedarfsabklärungsinstrumente anerkannt.</p> <p><b>Vorteil 3:</b> Die Wirtschaftlichkeitsprüfung durch den Krankenversicherer ist verbindlich und transparent für beide Seiten geregelt. Standardisierte Prozesse und Dokumentationen können den Aufwand für die Spitex-Organisation je nach Fall erheblich reduzieren.</p> <p><b>Vorteil 4:</b> Der Formular-Wildwuchs wird eingedämmt. Stufenweise werden landesweit einheitliche Formulare eingeführt, z.B. für die Fakturierung, die ärztliche Anordnung und die Bedarfsmeldung.</p> <p><b>Vorteil 5:</b> Die aufwändigen und oft mühsamen Vertragsverhandlungen auf Kantonsebene mit Santésuisse sind Vergangenheit. Verhandelt wird neu auf nationaler Ebene durch eine Verhandlungsdelegation unter der Federführung des Spitex Verbands Schweiz.</p> <p><b>Vorteil 6:</b> Mittel und Gegenstände aus der MiGeL können nur zu Lasten des Versicherers fakturiert werden, wenn ein entsprechender Vertrag zwischen Leistungserbringer und Versicherer vorliegt (Art. 55 KVV). Der Administrativvertrag vom 20.12.2010 ist ein solcher Vertrag.</p>
<p><b>Verhandlungspartner</b></p>	<p><b>Wer ist Verhandlungspartner der Spitex?</b></p> <p>Seit 2011 gibt es zwei Varianten:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Santésuisse oder</li> <li>2) einerseits Tarifsuisse und andererseits Helsana/KPT/Sanitas</li> </ol> <p>Es ist abhängig vom Thema, wer Verhandlungspartner von Spitex sein wird. Santésuisse beschliesst über die Grundsätze; Tarifsuisse führt die Verhandlungen durch.</p>

<p><b>Genehmigungspflicht</b></p>	<p><b>Ist der Administrativvertrag genehmigungspflichtig?</b></p> <p>Nein, der Administrativvertrag ist weder durch den Bundesrat noch durch die Kantonsregierung genehmigungspflichtig.</p> <p>Der Administrativvertrag enthält keine Tarife. Die Beiträge sind in der KLV festgelegt. Die Kompetenz für die Festsetzung der Beiträge liegt beim Bundesrat (EDI). Deshalb werden seit Einführung der neuen Pflegefinanzierung keine Tarifverhandlungen im Langzeitbereich geführt.</p> <p>Der Administrativvertrag regelt administrative Abläufe und Durchführungsbestimmungen, die vor Ort angewendet werden. Über Preise wird nicht verhandelt. Der Vertrag ist deshalb nicht durch die Kantonsregierung genehmigungspflichtig.</p> <p>Streitigkeiten über diesen Administrativvertrag dürften vom Schiedsgericht (Art. 89 KVG) zu klären sein.</p>
<p><b>Elektronischer Datenaustausch</b></p>	<p><b>Bis wann sind die Formulare ausgearbeitet?</b></p> <p>Die Verhandlungsdelegationen konnten sich bezüglich Weiterverwendung der Formulare (Rechnung und Bedarfsabklärung) darauf einigen, dass die <b>alten Formulare unter dem neuen Regime des Administrativvertrages bis zum 31.12.2012</b> gebraucht werden können. Im Juni 2012 wird entschieden, ob der Wechsel auf die neuen Formulare vollzogen werden kann.</p> <p>Die prov. Formulare für die Bedarfsmeldung von Tages- und Nachtstätten und für Inhouse-Pflege liegen vor.</p> <p><b>Wie wird der elektronische Datenaustausch realisiert?</b></p> <p>Die Standards sind im Forum Datenaustausch definiert worden. Im Projekt eKARUS Pflege werden die Grundlagen für den elektronischen Datenaustausch zwischen Institutionen der stationären und ambulanten Pflege und Krankenversicherern erarbeitet. VertreterInnen des Spitex Verbands Schweiz arbeiten in diesem Projekt mit.</p> <p>In der Umsetzungsphase (eKARUS Pflege TechDesign) sind folgende EDV-Anbieter eingebunden: Distler, ID Informatique et Développement, Root Service, Syseca Informatik, Swing, Medical Link, Curabill, Abraxas, Domis, Micromed, Sage, Dedicare und Topcare.</p> <p>Informationen zu eKARUS Pflege sind zu finden unter:  <a href="http://www.santesuisse.ch">www.santesuisse.ch</a> &gt; Politik und Recht &gt; eHealth &gt; eKARUS Pflege</p> <p><b>Für die elektronische Fakturierung ist eine GLN (früher EAN) erforderlich. Wie kommt die Spitex-Organisation zur GLN?</b></p> <p>Die Antwort zu dieser Frage ist dem <a href="#">Merkblatt GLN</a> zu entnehmen:  <a href="http://www.spitex.ch/fachunterlagen">www.spitex.ch/fachunterlagen</a> &gt; Elektronischer Datenaustausch</p>
<p><b>Begründung &gt; 60 Stunden Spitex-Pflege pro Quartal</b></p>	<p><b>Braucht es das Formular „Begründung &gt; 60 Stunden“ weiterhin?</b></p> <p>Für die Übergangszeit, in der noch die alten Formulare verwendet werden, empfehlen wir, dieses Formular weiter zu verwenden.</p>

<p><b>Konsequenzen eines Nicht-Beitritts zum Vertrag</b></p>	<p><b>Mit welchen Konsequenzen muss eine Spitex-Organisation rechnen, wenn sie dem Administrativvertrag nicht beitrifft?</b></p> <p>Die Versicherer müssen die Pflegeleistungen (Art. 7 KLV) auch dann vergüten, wenn kein Vertrag unterzeichnet wurde. ABER: es gab anfangs 2011 (vor Eröffnung des Beitrittsverfahrens) Versicherer, die für Spitex-Rechnungen einen Leistungsstopp verfügten. Die Versicherer von ihrer Leistungspflicht zu überzeugen, erfordert erheblichen administrativen Aufwand.</p> <p>Mittel und Gegenstände aus der MiGeL können ohne Vertrag nicht zu Lasten des Versicherers fakturiert werden (Art. 55 KVV).</p> <p>Wenn kein Vertrag besteht, der die administrativen Abläufe zwischen Leistungserbringer und Versicherer regelt, kann jeder Versicherer die eigenen Vorgaben setzen und das eigene Kontrollsystem einführen. Der Aufwand für den Leistungserbringer kann dadurch sehr gross werden.</p> <p>Es kann nicht davon ausgegangen werden, dass die Versicherer den Leistungserbringern „ohne Vertrag“ einfachere und bessere Bedingungen gewähren werden als diejenigen mit Vertrag.</p>
<p><b>Kontrolle der Beitrittsberechtigung</b></p>	<p><b>Wer kontrolliert, ob der Leistungserbringer dem Vertrag beitreten kann?</b></p> <p>Beitreten kann, wer eine ZSR-Nr. hat, Art. 51 KVV erfüllt und über eine Zulassung nach kantonalem Recht verfügt.</p> <p>Sasis (Tochtergesellschaft von Santésuisse) prüft die ZSR-Nummer. Santésuisse kann einen Leistungserbringer nicht zum Vertrag zulassen (vgl. Art. 2 Abs. 4).</p> <p>Zudem sind wir den Spitex-Kantonalverbänden dankbar für Zusatzinformationen.</p>
<p><b>Art. 2 Abs. 4</b></p>	<p><b>Welches sind die Gründe, einen Leistungserbringer nicht zum Vertrag zuzulassen?</b></p> <p>Sollte ein Kanton nach wie vor die Betriebsbewilligung nicht an Bedingungen knüpfen, kann Santésuisse aktiv werden. Dieser Artikel zielt auf die steigende Anzahl von kommerziellen Leistungserbringern, allenfalls in Zusammenarbeit mit „care workern“ aus osteuropäischen Staaten. Die NPO-Spitex-Organisationen sind nicht im Visier.</p>
<p><b>Art. 2 Abs. 9</b></p>	<p><b>Wer tritt bei?</b></p> <p>Jede Spitex-Organisation kann beitreten; das Beitrittsverfahren sollte kantonal strukturiert werden.</p> <p><b>Was ist gemeint mit „geltendem, konkurrierendem Vertragsverhältnis“?</b></p> <p>Ein geltendes, konkurrierendes Vertragsverhältnis ist gegeben, wenn ein ungekündigter kantonaler Tarifvertrag besteht.</p> <p><b>Muss eine Spitex-Organisation, welche eine Tages- und Nachtstruktur betreibt, zweimal dem Vertrag beitreten?</b></p> <p>Nein: Ein Beitritt genügt, aber zwei ZSR-Nummern sind nötig.</p>

<b>Art. 3</b>	<p><b>Definitionen</b></p> <p>Wir werden entsprechend den Rückmeldungen die Definitionen allenfalls überarbeiten. Dazu sind Verhandlungen mit Santésuisse/Tarifsuisse nötig. Im Moment starten wir mit den Definitionen im Vertrag.</p>
<b>Art. 3 Abs. 4</b>	<p><b>Wie werden Pflegeleistungen abgerechnet, welche im Stützpunkt erbracht werden?</b></p> <p>Einzelne Pflegeleistungen können im Stützpunkt erbracht werden, sie werden mit dem Stundentarif gemäss Art. 7a Abs. 1 KLV abgerechnet.</p>
<b>Art. 3 Abs. 5</b>	<p><b>Ist die Kumulation von Tages- und Nachtstruktur möglich?</b></p> <p>Nein: Innerhalb 24 h kann entweder der Aufenthalt in der Tagesstätte oder in der Nachtstätte verrechnet werden. Verrechnung einmal entsprechend Art. 7a Abs. 3.</p> <p><b>Jemand ist Nacht und Tag, aber mit Unterbruch in der Struktur? (z.B. die Nacht vom Dienstag auf Mittwoch und Freitag tagsüber)</b></p> <p>Verrechnung zweimal entsprechend Art. 7a Abs. 3.</p> <p><b>Jemand nutzt am gleichen Tag zuerst Spitex, dann die Tagesstätte?</b></p> <p>Am gleichen Tag kann sowohl die Spitex-Leistung gemäss Stundentarif (z.B. am Morgen zum Aufstehen) als auch der Aufenthalt in der Tagesstätte (am Nachmittag) verrechnet werden.</p>
<b>Art. 4</b>	<p><b>Muss immer ein ärztlicher Auftrag vorliegen? Kann der Auftrag nicht auch von Angehörigen kommen? Warum gibt man der Pflegefachperson nicht mehr Kompetenzen?</b></p> <p>Hier besteht kein Verhandlungsspielraum. Das KVG verlangt die ärztliche Anordnung (Art. 25a Abs. 1 KVG), wenn die Zahlungspflicht der OKP ausgelöst werden soll.</p>
<b>Art. 5 Abs. 1</b>	<p><b>Welche anderen Bedarfsabklärungsinstrumente neben RAI-HC sind akzeptiert?</b></p> <p>Es sind alle Bedarfsabklärungsinstrumente frei wählbar, welche standardisiert sind. Neu ist, dass die Versicherer offiziell RAI-HC anerkennen.</p>
<b>Art 5 Abs. 2</b>	<p><b>Was ist der Unterschied zwischen „diplomierter Pflegefachperson“ und „befähigter, diplomierter Pflegefachperson“?</b></p> <p>Eine diplomierte Pflegefachfrau hat die Ausbildung entsprechend der Bildungssystematik (z.B. dipl. Pflegefachfrau HF); eine zur Bedarfsabklärung befähigte Pflegefachfrau hat zusätzlich zur Ausbildung eine Weiterbildung auf dem Instrument (z.B. für RAI-HC).</p>
<b>Art. 5 Abs. 5</b>	<p><b>Welche Leistungserbringer sind hier gemeint?</b></p> <p>Mit „Leistungserbringer“ sind hier Leistungserbringer für ambulante Pflege gemeint (NPO, kommerzielle, selbständig tätige dipl. Pflegefachleute HF oder FH). Sind also mehrere Spitex-Leistungserbringer im Einsatz, müssen sie sich über das Zeitbudget absprechen.</p>

<p><b>Art. 6</b></p>	<p><b>Ist die ärztliche Anordnung das gleiche wie die Bedarfsmeldung?</b></p> <p>Auf dem Bedarfsmeldeformular hält die Pflegefachperson den voraussichtlichen Bedarf an Pflegeleistungen fest. Die ärztliche Anordnung erfolgt durch die Unterzeichnung des Bedarfsmeldeformulars durch den Arzt / durch die Ärztin.</p>
<p><b>Art. 6 Abs. 3</b></p>	<p><b>Welche Daten müssen identisch sein?</b></p> <p>Der Leistungsbeginn muss mit der Gültigkeitsdauer der ärztlichen Verordnung übereinstimmen.</p> <p>Akzeptiert:  Leistungsbeginn: 1. Mai 2011  Ärztliche Verordnung gültig: 1. Mai – 1. September 2011  Datum / Unterschrift des Arztes: 15. Mai 2011 (rückwirkend möglich)</p> <p>Nicht akzeptiert:  Leistungsbeginn: 1. Mai 2011  Ärztliche Verordnung gültig: 1. Juni – 1. Oktober 2011</p> <p>Weil bekannt ist, dass der Arzt oft verspätet die ärztliche Verordnung / Bedarfsmeldung unterzeichnet, haben wir im Vertrag Art. 6 Abs. 2 festgehalten, dass die Zustellung an den Versicherer sofort nach Unterzeichnung, spätestens aber mit der ersten Rechnung zu erfolgen hat.</p>
<p><b>Art. 6 Abs. 4</b></p>	<p><b>Was ist, wenn der Versicherer später als innerhalb von 14 Tagen Antwort gibt?</b></p> <p>Der Vertrag gilt für alle Vertragspartner, auch für die Versicherer. Die Leistungspflicht gilt als gegeben, solange die Leistungen wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sind.</p> <p><b>Ist es das Risiko der Spitex-Organisation, wenn der Versicherer im Nachhinein die Leistung nicht akzeptiert?</b></p> <p>Die Versicherer haben die Pflicht zu kontrollieren. Beanstandet der Versicherer einen Teil der Rechnung, dann wird für diesen Teil die Zahlungsfrist unterbrochen (Art. 9 Abs. 8). Der Rest der Rechnung hat der Versicherer zu bezahlen.</p> <p><b>Weshalb gibt es den Vorbehalt des Prinzips von WZW? Warum hat der Spitex Verband Schweiz diesen Vorbehalt akzeptiert?</b></p> <p>Das Prinzip von WZW ist mit Art. 32 KVG verbindlich vorgeschrieben und Wirtschaftlichkeit wird in Art. 56 Abs. 1 KVG genauer definiert.</p> <p>Wenn das Gebot der Wirtschaftlichkeit verletzt wird, kann der Versicherer nicht nur die Vergütung verweigern, sondern eine bereits bezahlte Vergütung während 5 Jahren zurückfordern (Art. 56 Abs. 2 KVG).</p> <p>Dieses Recht des Versicherers kann durch eine Regelung im Tarifrespektive Administrativvertrag nicht ausgeschaltet werden.</p>

<b>Art. 6 Abs. 5a</b>	<p><b>Was sind die Versichertennummer und die Sozialversicherungsnummer?</b></p> <p>Versichertennummer: Nummer, welche der Versicherer verteilt („Kundennummer“).  Sozialversicherungsnummer: Neue AHV-Nummer.</p>
<b>Art. 6 Abs. 5e</b>	<p><b>Warum wollen die Versicherer den Grad der Hilflosigkeit kennen?</b></p> <p>Das wissen wir nicht; darum steht: „... wenn bekannt“.  Es besteht keine Pflicht, dazu eine Angabe zu machen.</p>
<b>Art. 6 Abs. 5h</b>	<p><b>MiGeL: Was heisst „zweistelliger Nummer der Produktgruppe“?</b></p> <p>z.B.: 10 Gehhilfen, 15 Inkontinenzhilfen, 29 Stomaartikel</p> <p><b>Muss der voraussichtliche Bedarf eines Produkts beziffert werden?</b></p> <p>Nein. Hier müssen nur die Produktgruppen angegeben werden, an denen ein Bedarf besteht. Es muss keine Menge genannt werden.</p>
<b>Art. 8 Abs. 4</b>	<p><b>Spitalaustritt: Gespräch mit Pflegenden im Spital, Runder Tisch? Komplexe Austritte? Wer zahlt was?</b></p> <p>Wenn der Patient noch im Spital ist, können keine Leistungen nach Art. 7 KLV verrechnet werden. Die Bedarfsabklärung kann frühestens am Austrittstag verrechnet werden. Santésuisse zeigte sich in diesem Punkt nicht verhandlungsbereit; das KVG lasse es nicht zu, dass gleichzeitig ambulante und stationäre Leistungen abgerechnet würden. Es ist im KVG aber keine solche Regelung vorhanden.</p> <p>Der Austritt gehört zum Spitalaufenthalt und geht damit eigentlich zu Lasten der Spitalrechnung; das Genfer Uni-Spital hat dafür eine „Infirmière de liaison“ angestellt, welche an der Schnittstelle ambulant – stationär die Spitex-Organisation berät.</p> <p>Die Spitex-Organisationen / Kantonalverbände müssen mit Blick auf die Einführung der DRG das Gespräch mit dem Spital / den Spitälern suchen. Das sind kantonale Prozesse, die vereinbart werden müssen.</p>

<p><b>Art. 8 Abs. 5</b></p>	<p><b>Welches Material darf verrechnet werden?</b></p> <p>Dies ist im Gesetz geregelt. Nur was auf der Mittel- und Gegenstände-Liste (Anhang 2, KLV) aufgeführt ist, darf verrechnet werden. Voraussetzungen sind, dass eine ärztliche Verordnung vorliegt, dass die versicherte Person (allenfalls pflegende Angehörige) das Material anwendet (Art. 20 KLV) und dass ein entsprechender Vertrag zwischen Leistungserbringer und Versicherer vorliegt (Art. 55 KVV – der Administrativvertrag ist ein solcher Vertrag).</p> <p><b>Verbrauchsmaterial gilt nicht als „Mittel und Gegenstände“; die MiGeL kommt nicht zur Anwendung. Darf dieses Verbrauchsmaterial den KlientInnen als Nicht-Pflichtleistung in Rechnung gestellt werden?</b></p> <p>Nein, die Kosten für das Verbrauchsmaterial können den KlientInnen nicht in Rechnung gestellt werden. Die Finanzierung der Pflegeleistungen nach Artikel 25a KVG umfasst sowohl Lohn- wie auch Sachkosten. Verbrauchsmaterial, welches im Rahmen der Erbringung der Pflegeleistungen benötigt wird, ist als Bestandteil der Pflegeleistungen zu betrachten und kann weder als Pflichtleistung zulasten des Versicherers noch als Nichtpflichtleistung zulasten der KlientIn in Rechnung gestellt werden. Diese Position vertritt auch das Bundesamt für Gesundheit.</p> <p><b>Der Versicherer bezahlt für Mittel und Gegenstände 85 % vom Höchstvergütungsbetrag. Dürfen die restlichen 15 % der Klientin in Rechnung gestellt werden?</b></p> <p>Nein. Bis zum Höchstvergütungsbetrag der Mittel- und Gegenstände-Liste (MiGeL) bezahlt im Grundsatz der Versicherer. In Art. 8 Abs. 5 des Administrativvertrages wird nun aber vereinbart, dass er nur 85 % bezahlt, 15 % gehen zu Lasten der Leistungserbringer, welche dem Vertrag beigetreten sind. KLV Art. 24 Abs. 2 kommt hier nicht zur Anwendung: Dieser Artikel beschreibt die Situation, dass Mittel und Gegenstände abgegeben werden, deren Preis über dem Höchstvergütungsbetrag liegen. Solche Mittel und Gegenstände könnten abgegeben werden, wenn die versicherte Person diese wählt. KLV Art. 24 Abs. 2 beschreibt <u>nicht</u> die Situation, dass Versicherer und Leistungserbringer einen Preis unterhalb des Höchstvergütungsbetrags vereinbart haben.</p>
<p><b>Art. 8 Abs. 7</b></p>	<p><b>Müssen die PatientInnen die Medikamente also selber besorgen?</b></p> <p>Spitex darf keine Medikamente zu Lasten der OKP verkaufen. Spitex kann die Medikamente in der Apotheke holen und dem Patienten bringen. Zum Verkauf von Medikamenten sind nur Apotheken und selbstdispensierende Ärztinnen und Ärzte berechtigt.</p>

<p><b>Art. 9 Abs. 1</b></p>	<p><b>Ab wann gilt Tiers Payant (TP)? Wie lange gilt Tiers Garant (TG)?</b></p> <p>Ab 1.1.2012 gilt grundsätzlich TP. Die ersten TP-Rechnungen werden im Februar 2012 verschickt (für die Pflegeleistungen, die im Januar 2012 erbracht werden).</p> <p>Die Spitex-Organisationen sind gebeten, beim Wechsel auf TP zu überprüfen, ob ihre administrativen Daten, die bei sasis hinterlegt sind, noch korrekt sind.</p> <p><b>Ist die elektronische Fakturierung Voraussetzung für Tiers Payant (TP)?</b></p> <p>Nein: TP heisst nicht, dass elektronisch abrechnet werden muss. Mit TP können dem Versicherer auch Papier-Rechnungen geschickt werden. Mit TP/ TG wird entschieden, wohin die Rechnung geschickt wird. Die elektronische Fakturierung aber erfordert TP.</p> <p><b>Was passiert im TP, wenn ein Klient die Krankenkassenprämien nicht bezahlt?</b></p> <p>Art. 64a KVG regelt das Vorgehen bei Nichtbezahlung von Prämien oder Kostenbeteiligungen durch die versicherte Person. Der Artikel wurde revidiert, die neue Regelung tritt am 1.1.2012 in Kraft. Neu müssen die Versicherer auch dann bezahlen, wenn die Prämien ausstehen.</p> <p>Eine Leistungssistierung (Leistungsaufschub) erfolgt nur auf Anordnung des Kantons. Der Krankenversicherer muss ausstehende Prämien auf dem SchKG-Weg eintreiben. Falls aus dem Betreibungsverfahren Verlustscheine hervorgehen, hat der zuständige Kanton dem Versicherer 85% des Betrags zu überweisen. Der Kanton kann Personen, die ihrer Prämienpflicht nicht nachkommen, auf eine Liste setzen, und dem Krankenversicherer melden. Der Krankenversicherer ist dann verpflichtet, bei diesen Personen die Übernahme der Kosten für Leistungen zu sistieren, es sei denn, es handle sich um Notfallbehandlungen (zur Sistierung vgl. auch Frage zu Art. 9 Abs. 9).</p>
<p><b>Art. 9 Abs. 4</b></p>	<p><b>Müssen wir die Klientinnen und Klienten darüber informieren, dass die Vergütung neu im Tiers payant erfolgt?</b></p> <p>Eine solche Information ist sinnvoll, aber nicht Pflicht. Die bestehenden KlientInnen zu informieren, verhindert Rückfragen zur neuen Rechnung. Auch bei den neuen KlientInnen ist die Information sinnvoll und kann beispielsweise in den Vertrag zwischen Klienteln und Spitex oder in den Geschäftsbedingungen eingefügt werden.</p>



<p><b>Art. 9 Abs. 4 Art. 10</b></p>	<p><b>Was steht auf der Rechnung für den Versicherer? Und was auf der Kopie für den Klienten?</b></p> <p>Die Rechnung für den Versicherer enthält ausschliesslich die Leistungen nach KLV 7 (Spitex-Pflegeleistungen); die Klienten erhalten eine Rechnungskopie der Pflegeleistungen sowie eine Rechnung für die nicht kassenpflichtigen Leistungen (die hauswirtschaftlichen Leistungen, sowie allenfalls die Patientenbeteiligung etc.).</p> <p><b>Die Spitex-Organisation muss also zwei verschiedene Rechnungen schreiben. Warum dieser Aufwand?</b></p> <p>Das Gesetz verlangt es: Art. 59 Abs. 3 KVV. Diese Regelung ist im Datenschutz begründet: Es geht die obligatorischen Krankenversicherungen nichts an, ob die KlientInnen weitere Spitex-Leistungen beanspruchen.</p> <p><b>Kantone verlangen eine Rechnung, wo nebst den Leistungen der Versicherer die Restfinanzierung des Kantons und die Beteiligung des Klienten aufgeführt werden. Wie kann man das ohne grossen Zusatzaufwand lösen?</b></p> <p>Der Administrativvertrag betrifft den Austausch zwischen Leistungserbringer und Versicherer.</p> <p>Die Information an den Klienten kann individuell und kantonale oder kommunal verschieden gestaltet werden.</p> <p>Wer zahlt – befiehlt! Der Kanton kann daher verlangen, dass auf der Rechnung an den Klienten auch die Restfinanzierung des Kantons und die Patientenbeteiligung aufgeführt wird. Der Spitex Verband Schweiz stellte dazu den Spitex-Kantonalverbänden eine Musterrechnung zu.</p> <p>Es ist erstaunlich, dass die Kantone gerade bei der Pflegefinanzierung ihre Restfinanzierung ausgewiesen haben wollen. Das verlangen sie weder beim Schullager noch beim KITA-Platz.</p>
<p><b>Art. 9 Abs. 8</b></p>	<p><b>Wie lange kann eine Versicherung die Rechnung beanstanden?</b></p> <p>Dies ist abhängig von den gesetzlichen Fristen. Forderungen in der OKP verjähren nach 5 Jahren.</p> <p>Normalerweise teilt der Versicherer beim Tiers Payant schnell mit (innert 10-14 Tagen), dass er einen Teil der Rechnung bestreitet oder einer genaueren Prüfung unterzieht.</p>
<p><b>Art. 9 Abs. 9</b></p>	<p><b>Können Spitex-Organisationen Leistungen einstellen, wenn der Versicherer die Kostenübernahme sistiert?</b></p> <p>Im KVG ist die Sistierung der Übernahme der Kosten geregelt (Art. 64a Abs. 7 KVG). Vgl. auch Frage oben zu Art. 9 Abs. 1.</p> <p>Ob die Spitex-Organisation die Leistungen einstellen kann, wenn die Kostenübernahme sistiert ist, hängt von der Vereinbarung mit der Gemeinde/dem Kanton ab. Wenn die öffentliche Hand (z.B. im Leistungsvertrag) eine Leistungspflicht verlangt, können die Leistungen nicht ohne Rücksprache eingestellt werden. Solange der Versicherte die Schulden nicht bezahlt hat, müsste allenfalls die öffentliche Hand die Pflegeleistungen bezahlen. Der Krankenversicherer zahlt die Pflegeleistungen erst wieder, wenn der Versicherte die Schulden (Prämien, Selbstbehalt etc.) bezahlt hat.</p>

<b>Art. 10</b>	<p><b>Weshalb müssen so viele Administrativdaten angegeben werden?</b></p> <p>Dass so viele Daten benötigt werden, ergibt sich aus Art. 42 Abs. 3 KVG in Verbindung mit Art. 59 Abs. 1 KVV. Sie dienen der Berechnung der Vergütung, der Überprüfung der Wirtschaftlichkeit der Leistung und der Abwicklung der Vergütung.</p>
<b>Art. 10 Abs. 1 lit. k)</b>	<p><b>Was ist gemeint mit „Kalendarium mit der entsprechenden Beitragsstufe“?</b></p> <p>Dieser Punkt bezieht sich auf die Tages- und Nachtstätten und Inhouse-Spitex (vgl. Art. 10 Abs. 2). Gemeint ist die Beitragsstufe gemäss Art. 7a Abs. 3 KLV.</p>
<b>Art. 11</b>	<p><b>Verwenden alle Versicherten die gleiche Schnittstelle?</b></p> <p>Ja: Alle Versicherten (und auch alle Leistungserbringer) benützen den gleichen EDI-Standard. Die Grundlagen werden im Forum Datenaustausch erarbeitet.</p>
<b>Art. 12</b>	<p><b>Was bedeutet diese Aufklärungspflicht?</b></p> <p>Zwischen der Spitex-Organisation und den KlientInnen besteht ein Vertragsverhältnis. In der Regel hält die Spitex-Organisation in einem Vertrag fest, welche Rechte und Pflichten entstehen. Dies beinhaltet beispielsweise, welche Leistungen die Spitex wann erbringt.</p> <p>Art. 12 Abs. 1 führt auf, dass die KlientInnen darüber hinaus auch informiert werden müssen, dass die obligatorische Krankenpflegeversicherung die Pflegeleistungen nach KLV übernimmt, solange sie einem Bedarf entsprechen; nicht von der OKP übernommen werden aber z.B. die hauswirtschaftlichen Leistungen.</p> <p>Art. 12 Abs. 2 bezieht sich auf die Aufklärungspflicht im Zusammenhang mit dem Leistungsaufschub bei Prämienausständen. Die Spitex-Organisation muss die KlientInnen darüber informieren, dass der Versicherte bei Prämienausständen die Bezahlung der Leistungen einstellen kann. KVG-Artikel 64a Abs. 7 tritt per 1.1.2012 zusammen mit der Spitalfinanzierung in Kraft.</p>
<b>Art. 15</b>	<p><b>Welches ist der Inhalt des Qualitätsprogramms?</b></p> <p>Den Inhalt kennen wir noch nicht. Das Qualitätsprogramm wird bis 2014 verhandelt. Es wird die Struktur-, die Prozess- und die Ergebnisqualität berücksichtigen.</p>
<b>Art. 17 Abs. 1</b>	<p><b>Kann das Leistungsblatt der BfS-Statistik eingereicht werden?</b></p> <p>Soweit der Kanton die Pflegeleistungen in a, b, und c Leistungen differenziert: Ja.</p>

<p><b>Art. 19 Abs. 1</b></p>	<p><b>Werden alle Streitigkeiten in der PVK entschieden?</b></p> <p>Nein: Grundsätzlich sollen der Leistungserbringer und der Versicherer die Streitigkeit bilateral lösen.</p> <p>Gelingt dies nicht, kann der Leistungserbringer oder der Versicherer an die PVK gelangen. Die PVK führt ein Schlichtungsverfahren durch, falls der Antragsgegner (Leistungserbringer oder Versicherer) einverstanden ist.</p> <p>Gründe, um an die PVK zu gelangen, sind unter anderem, dass die Wirtschaftlichkeit, Zweckmässigkeit, Wirksamkeit überprüft werden soll; dass der Inhalt der Bedarfsabklärung oder der ärztlichen Anordnung angezweifelt wird und vertragsrechtliche Interpretationen im konkreten Fall.</p> <p>Aufgaben und Organisation der PVK sind im Reglement betreffend die Paritätische Vertrauenskommission (PVK) festgelegt. Diesem Reglement kann auch entnommen werden, wie vorzugehen ist, wenn man der PVK einen Fall unterbreiten will.</p> <p>Die PVK kann nur Empfehlungen abgeben und ihr Schlichtungsverfahren ersetzt den Rechtsweg nach Art. 89 KVG (kantonales Schiedsgericht) nicht.</p>
<p><b>Art. 19 Abs. 3</b></p>	<p><b>Kann die regionale PVK, die es heute gibt, weiter benützt werden?</b></p> <p>Dies ist nicht vorgesehen.</p> <p>In Art. 19 Abs. 3 ist festgehalten, dass die Vertragsparteien regionale PVK errichten können. Derzeit sehen die Vertragsparteien davon ab.</p>
<p><b>Art. 22 Abs. 2</b></p>	<p><b>Was bedeutet „die alten Formulare, den neuen Leistungen entsprechend angepasst“?</b></p> <p>Die Formulare müssen folgende Leistungen ausweisen: Massnahmen der Abklärung und der Beratung (Art. 7 Abs. 2 lit. a KLV); Massnahmen der Untersuchung und der Behandlung (Art. 7 Abs. 2 lit. b KLV); Massnahmen der Grundpflege (Art. 7 Abs. 2 lit. c KLV). Die Unterscheidung in Grundpflege einfach und komplex und Mischtarife gibt es mit der neuen Pflegefinanzierung nicht mehr. Die Formulare müssen also nötigenfalls angepasst werden.</p>
<p><b>Art. 22 Abs. 2 + 3</b></p>	<p><b>Wer stellt die Formulare zur Verfügung?</b></p> <p>Die Formulare werden auf gesamtschweizerischer Ebene erarbeitet und nötigenfalls durch die Kantonalverbände den kantonalen Vorgaben (z.B. Pflegefinanzierung) angepasst.</p>