

Verträge Tages- und Nachtstrukturen

Der Inhalt dieses Dokumentes entspricht dem Inhalt der Verträge, die mit jedem der unten aufgeführten Versicherer abgeschlossen wurden:

Vertrag

zwischen

Curaviva Kanton Zürich

Schärenmoosstrasse 77, 8052 Zürich

sowie

Gesundheits- und Umweltdepartement der Stadt Zürich

Walchestrasse 31, Postfach 3251, 8021 Zürich

und

Helsana Versicherungen AG

Sanitas Grundversicherungen AG

KPT Krankenkasse AG

**betreffend die Abgeltung von Leistungen der OKP in
Tages- oder Nachtstrukturen**

(alle Personenbezeichnungen gelten für beide Geschlechter)

Gültig ab 01. Januar 2013

Artikel 1 Vertragsparteien

Die Parteien des vorliegenden Vertrages sind

- a) die Curaviva Kanton Zürich mit den angeschlossenen Altes- und Pflegeheimen (vgl. Anhang 1)
- b) und das Gesundheits- und Umweltsdepartement der Stadt Zürich mit seinen Alters- und Pflegeheimen (vgl. Anhang 1), nachfolgend als „Leistungserbringer“ bezeichnet

und

- b) Helsana, Sanitas, KPT sowie dem im Anhang 2 bezeichneten Versicherer nachfolgend als „Versicherer“ bezeichnet.

²Diesem Vertrag können sich andere Versicherer mit Zustimmung von Helsana, Sanitas, KPT anschliessen. Die entsprechenden Versicherer werden im Anhang 2 aufgeführt und übernehmen die Bestimmungen dieses Vertrages.

³Helsana, Sanitas, KPT sind je ermächtigt, alle Handlungen im Zusammenhang mit dem vorliegenden Vertrag im Namen und auf Rechnung der im Anhang 2 genannten Versicherer vorzunehmen.

⁴Die Vertragspartner informieren sich gegenseitig über Änderungen bezüglich der beigetretenen Leistungserbringer und Versicherer (z.B. Beitritte, Austritte, Adressänderungen usw.).

Artikel 2 Beitritt, Beitrittsgebühren; Ausschluss

¹Im Kanton Zürich tätige und ordnungsgemäss zugelassene Leistungserbringer, die nicht Mitglied von Curaviva Kanton Zürich oder dem Gesundheits- und Umweltsdepartement der Stadt Zürich zugehörig sind, können diesem Vertrag mit schriftlicher Erklärung gegenüber Curaviva Kanton Zürich beitreten. Curaviva Kanton Zürich regelt die Einzelheiten des Beitrittsverfahrens und die Beitrittsgebühren in einem Reglement.

²Der Beitritt schliesst die volle Anerkennung dieses Vertrages mit allen seinen Anhängen gemäss Artikel 19 als integrierte Bestandteile dieses Vertrages ein.

³Das Beitrittsverfahren wird durch Curaviva Kanton Zürich nach vollständiger Unterzeichnung des Vertrages eingeleitet.

⁴Curaviva Kanton Zürich informiert die Vertragspartner regelmässig über die aktuellen Beitrittsliste und weitere Veränderungen (z.B. Beitritte, Austritte, Adressänderungen usw.).

Artikel 3 Beitrittsvoraussetzungen

- a) ¹Diesem Vertrag können Tages- und Nachtstätten beitreten, die die rechtlichen Voraussetzungen von Art. 39 Abs. 1 lit. a - c bzw. Abs. 3 KVG erfüllen, und
- b) der vom Kanton gemäss Art. 39 Abs. 1 lit. d KVG erstellten Planung für eine bedarfsgerechte Pflegeheimversorgung entsprechen sowie auf der im Sinne von Art. 39 Abs. 1 lit. e i. V. m. Abs. 3 KVG zu erlassenden Pflegeheimliste des Kantons figurieren und nach kantonalem Recht zur Erbringung von Leistungen für Tages –und Nachtstätten berechtigt sind.

²Die Tages- und Nachtstätten sind zur Leistungsabrechnung dann berechtigt, wenn sie als Tages- oder Nachtstrukturen über eine separate Zahlstellenregisternummer (ZSR-Nummer) von SASIS AG verfügen. Der Leistungserbringer muss zur Abrechnung seiner Leistungen zu Lasten der OKP bis spätestens 1. Januar 2014 über eine separate ZSR-Nummer für Tages- und Nachtstätten verfügen.

³Sind die Voraussetzungen gemäss Abs. 1 während der Laufzeit des Vertrages nicht mehr erfüllt, entfällt ab diesem Zeitpunkt die gesetzliche Leistungspflicht der obligatorischen Krankenpflegeversicherung.

Artikel 4 Geltungsbereich

¹Dieser Vertrag gilt für Versicherte eines der in Art. 1 Abs. 1 genannten Krankenversicherer, die im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung gemäss Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) bezugsberechtigt sind und sich in der Tages- oder Nachtstätte aufhalten.

²Für den Aufenthalt in der Tages- oder Nachtstätte müssen nachfolgende Voraussetzungen kumulativ erfüllt sein:

- Der Patient lebt zu Hause und kehrt nach dem Aufenthalt wieder nach Hause zurück (Pflegeheimbewohnern werden für den Besuch in der Tages- oder Nachtstätte keine OKP-Beiträge vergütet).
- Die Leistungserbringung erfolgt ausserhalb der üblichen Wohnräume / Wohnadresse.
- Der Patient hält sich mindestens 4 Stunden kontinuierlich in der Tages- oder Nachtstätte auf.
- Koordinationspflicht: Die verschiedenen Leistungserbringer müssen bei gleichzeitigem Einsatz bei einem Patienten ihre Dienste koordinieren und sich über das Zeitbudget und die Leistungserbringung absprechen. Eine Kumulation derselben Leistung ist ausgeschlossen.

³Dieser Vertrag gilt nicht für stationäre Aufenthalte in Spitälern und Pflegeheimen und nicht für Akut- und Übergangspflege. Der Leistungserbringer kann keine Leistungen dieses Vertrages abrechnen, während der Patient sich im Spital oder Pflegeheim befindet oder im Rahmen der Akut- und Übergangspflege betreut wird.

Artikel 5 Ärztliche Anordnung / Bedarfsmeldung

Der Leistungserbringer stellt dem zuständigen Krankenversicherer die ärztliche Verordnung innert 14 Kalendertagen nach Eintritt des Versicherten zu.

Artikel 6 Fachpersonal

In Tages- und Nachtstätten obliegt die Gesamtverantwortung einer diplomierten Pflegefachperson. Sie oder eine adäquate Vertretung ist vor Ort. Weitergehende kantonale Vorgaben sind vom Leistungserbringer zu berücksichtigen.

Artikel 7 Leistungsvergütung

¹Die Versicherer übernehmen für die Leistungen gemäss Art. 7 Abs. 2 KLV den mit Beschluss des Regierungsrates des Kantons Zürich (RRB 800/2012) festgelegten Beitrag (für

das Jahr 2013) bzw. gemäss Art. 7a Abs. 3 KLV (ab Jahr 2014) aufgrund einer einheitlichen Bedarfseinstufung (Anhang 3).

²Für versicherte Personen, die sich über Nacht in der Tages- und Nachtstätte aufhalten (Eintritt und Austritt nicht am selben Tag), kann der Beitrag gemäss Abs. 1 nur einmal verrechnet werden.

³Mit der Bezahlung des Beitrages gemäss Abs. 1 sind sämtliche krankenversicherungsrechtlichen Leistungen für Pflegemassnahmen in Tages- oder Nachtstrukturen gemäss Art. 7a Abs. 4 KLV i. V. m. Art. 7a Abs. 3 KLV und Art. 7 Abs. 2 KLV abgegolten.

⁴Weitergehende Pflichtleistungen nach KVG werden nicht über diesen Vertrag abgerechnet, sondern gemäss dem jeweils aktuell gültigen Nebenleistungsvertrag in Zürcher Pflegeheimen.

Artikel 8 Rechnungsstellung und Zahlungsmodalitäten

¹Schuldner der Vergütung gemäss diesem Vertrag ist der Versicherer (System des Tiers payant, Art. 42 Abs. 2 KVG).

²Der einzelne Leistungserbringer kann in Abweichung von Abs. 1 wählen, dass die versicherte Person die Vergütung der Leistung schuldet (Tiers garant). Der Leistungserbringer informiert die Personen darüber in angemessener Form. Die Wahl hat mit dem Beitritt zum Vertrag zu erfolgen und kann jeweils halbjährlich – unter Einhaltung einer Ankündigungszeit von 2 Monaten – gewechselt werden.

³Für die Abrechnungsperiode liegt eine entsprechende ärztliche Verordnung vor.

⁴Die Rechnung enthält die folgenden Angaben:

- a) Daten des Versicherten (Versichertennummer, Kennnummer der Versichertenkarte, AHV-Versichertennummer, Name, Vorname, Wohnadresse, Geburtsdatum)
- b) Name des Versicherers
- c) Angabe ob Krankheit, Unfall oder Invalidität
- d) Rechnungsnummer des Leistungserbringers für den betreffenden Versicherten inklusive Rechnungsdatum
- e) Zahlstellenregister-Nummer (ZSR-Nr. bzw. GLN/EAN-Nummer) des Leistungserbringers
- f) Zahlstellenregister-Nummer (ZSR-Nr. bzw. GLN/EAN-Nummer) des verordnenden Arztes
- g) Grad der Hilflosigkeit (Hilflosenentschädigung leicht/mittel/schwer)
- h) das vollständige Kalendarium (Zeitraum und Anzahl Pflagetage)
- i) Bei Verrechnung von Nebenleistungen als Einzelleistung: Leistungskalendarium für Arzt, Arznei (Pharmacode), Therapie und Pflegematerial (jeweils mit MiGeL-Positionsnummer)

⁵Der Versicherer bezahlt die Rechnung des Leistungserbringers innert 30 Tagen nach Erhalt. Bei begründeten Beanstandungen wird die Zahlungsfrist für den beanstandeten Teil der Rechnung unterbrochen. Der nicht beanstandete Anteil ist durch den Versicherer innerhalb der vereinbarten Frist zu begleichen.

⁶Falls ein Patient per 30.6. seinen Versicherer wechselt, erstellt der Leistungserbringer bis spätestens 31.7. des betreffenden, laufenden Jahres eine Zwischenabrechnung per 30.6. Per 31.12. erstellt der Leistungserbringer grundsätzlich spätestens bis 31.1. des Folgejahres eine Zwischenabrechnung.

⁷Im Todesfall ist dem Versicherer in der Regel innert 30 Tagen die Endabrechnung einzureichen.

Artikel 9 Qualitätssicherung und Wirtschaftlichkeit

¹Die Pflegeleistungen müssen nach den Kriterien der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit erbracht werden (Art. 32 KVG). Der Leistungserbringer muss seine Leistungen auf das Mass beschränken, das im Interesse des Versicherten liegt und für den Behandlungszweck erforderlich ist (Art. 56 KVG). Er klärt zu diesem Zweck den Pflegebedarf ab.

²Der Leistungserbringer verpflichtet sich, an den Massnahmen der Qualitätssicherung gemäss Art.77 KVV teilzunehmen..

Artikel 10 Auskunftspflicht des Leistungserbringers und Einstufungskontrolle

¹Der Versicherer hat den gesetzlichen Auftrag, die Leistungspflicht und die Wirtschaftlichkeit (WZW) der in Rechnung gestellten Leistungen zu überprüfen. Die Grundlagen zum Umgang mit Daten sind in den Bestimmungen des Datenschutz- sowie Krankenversicherungsrechts geregelt.

Die Versicherer führen folgende Kontrollen durch:

1. Prüfung der vom Leistungserbringer eingereichten Unterlagen beim Versicherer,
2. Prüfung von Unterlagen beim Leistungserbringer.

²Der Kontrollperson des Versicherers werden nach Massgabe des Krankenversicherungsgesetzes sämtliche prüfungsrelevanten Dokumente des verlangten Dossiers zum Studium eingereicht oder beim Leistungserbringer vor Ort vorgelegt.

Artikel 11 Aufklärungspflicht

¹Der Leistungserbringer anerkennt, dass ihm von Gesetzes wegen eine besondere Aufklärungspflicht gegenüber ihren Patienten in Bezug auf die Leistungen der sozialen Krankenversicherer und die durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung nicht gedeckten Kosten auferlegt ist.

²Die Aufklärungspflicht betrifft insbesondere die Information betreffend die gesetzliche Regelung und konkrete Auswirkungen des Leistungsaufschubes gemäss Art. 64a Abs. 7 KVG im Falle von Prämien- und Kostenbeteiligungsausständen.

Artikel 12 Elektronischer Datenaustausch (EDI)

¹Versicherer und der Leistungserbringer können nach Massgabe des Krankenversicherungsgesetzes zum Umgang mit Daten den elektronischen Datenaustausch vereinbaren. In diesem Fall werden die administrativen und medizinischen Daten mit der Bedarfsmeldung bzw. der Rechnung elektronisch an den Versicherer gesendet. Der Versicherer erhält alle Daten in strukturierter und elektronisch lesbarer Form.

²Der elektronische Datenaustausch für die Bedarfsmeldung sowie Rechnung richtet sich nach den branchenüblichen Standards.

Artikel 13 Inkrafttreten / Vertragsdauer

¹Dieser Vertrag samt Anhängen tritt auf den 01.01.2013 rückwirkend in Kraft und ist auf unbestimmte Zeit abgeschlossen.

²Für bereits abgerechnete Leistungen ab dem 1.1.2013 bis zur Vertragsunterzeichnung wird keine Rückabwicklung gewährt.

Artikel 14 Kündigung / Rücktritt

¹Der Vertrag kann unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von sechs Monaten auf das Ende eines Kalenderjahres, frühestens per 31.12.2014, von jeder vertragsschliessenden Partei gekündigt werden. Eine Kündigung bedarf der schriftlichen Form.

²Einzelne Leistungserbringer können unter Einhaltung einer sechsmonatigen Frist auf das Ende eines Jahres den Rücktritt vom Vertrag gegenüber Curaviva Kanton Zürich bzw. dem Gesundheits- und Umweltdepartement der Stadt Zürich erklären. Curaviva Kanton Zürich oder das Gesundheits- und Umweltdepartement der Stadt Zürich informiert den Versicherer über den Rücktritt einzelner Leistungserbringer. Der Rücktritt von einzelnen Vertragsbestandteilen oder einzelnen Anhängen ist nicht möglich.

Artikel 15 Schriftlichkeitsvorbehalt

Alle Änderungen und Ergänzungen zu diesem Vertrag bzw. seinen Anhängen, inklusive dieses Artikels, haben schriftlich zu erfolgen und sind von den Vertragsparteien rechtsverbindlich zu unterzeichnen

Artikel 16 Salvatorische Klausel

Sollte eine oder mehrere Bestimmungen dieses Vertrages unwirksam sein oder werden, wird die Gültigkeit dieser Vereinbarung im Übrigen nicht berührt. Unwirksame Bestimmungen sind durch Regelungen, die dem Sinn und der wirtschaftlichen Bedeutung des von den Parteien Gewollten möglichst nahe kommen, zu ersetzen.

Artikel 17 Schlichtung

¹Entstehen bei der Anwendung des Vertrages Differenzen, sollen diese grundsätzlich von den Betroffenen bereinigt werden.

²Können sich die Betroffenen nicht einigen, richtet sich das weitere Vorgehen bei Streitigkeiten nach Art. 89 KVG.

Artikel 19 Anhänge

Dieser Vertrag enthält folgende Anhänge, welche integrierender Bestandteil des Vertrages sind:

Die Anhänge 1- 3 sind integraler Bestandteil dieses Vertrages.

Anhang 1: Verzeichnis der beigetretenen Leistungserbringer

Anhang 2: Verzeichnis der beigetretenen Krankenversicherer

Anhang 3: Vergütung für Leistungen der Tages- und Nachtstrukturen

Zürich,den

Gesundheits- und Umweltdepartement
der Stadt Zürich

CURAVIVA KANTON ZÜRICH

Stadträtin Dr. Claudia Nielsen
Vorsteherin

Andreas Paintner
Präsident

Claudio Zogg
Geschäftsleiter

Zürich den

Helsana Versicherungen AG
Sanitas Grundversicherungen AG
KPT Krankenkasse AG

Anhang 1

Beigetretene Leistungserbringer inkl. TP /TG

Anhang 2

Angeschlossene Krankenversicherer:

Helsana

- Progrés Versicherungen AG
- Sansan Versicherungen AG
- Avanex Versicherungen AG
- maxi.ch Versicherungen AG
- indivo Versicherungen AG

Sanitas

- Wincare Versicherungen AG, Winterthur
- Compact Grundversicherungen AG, Zürich
- Kolping Krankenkasse AG, Dübendorf

KPT

- Publisana Krankenversicherung AG
- Agilia Krankenversicherung AG

Anhang 3: Vergütung für Leistungen in Tages- und Nachtstrukturen

1.) Von den Versicherern vergütete Leistungen

¹Vertraglich vereinbarter Pflegebeitrag mit Einzelleistungsverrechnung von Nebenleistungen gemäss jeweils aktuell geltender Vereinbarung betreffend Verrechnung von Nebenleistungen in Zürcher Pflegeheimen

²Beitrag Pflege (Art. 7 Abs 1): Einheitliche Bedarfseinstufung: Pflegebedarf von 81 bis 100 Minuten (Art. 7a Abs. 3 lit. e KLV, Stufe 5)

³Die Versicherer übernehmen gestützt auf diese einheitliche Bedarfseinstufung Beiträge in Höhe von CHF 47.85/Tag ab 1. Januar 2013 und CHF 45.00/Tag ab 1. Januar 2014.

⁴Die durch den SVK rückversicherten Leistungen (wie z.B. künstliche Ernährung, Hämodialyse, Peritonealdialyse, mechanische Heimventilation) werden für Versicherer, die einen Vertrag mit dem SVK abgeschlossen haben, laut dessen vertraglichen Bedingungen direkt in Rechnung gestellt.

Für alle anderen Versicherer werden diese Leistungen entsprechend ihren Bedingungen direkt in Rechnung gestellt

2.) Von den Versicherern nicht vergütete Leistungen

Gemäss KVG nicht kassenpflichtige Leistungen sind:

- a) Persönliche Bedürfnisse (Telefonate, TV, Radio, etc.)
- b) Anschaffungen, Reinigung, Reparatur, Pflege von Bekleidung
- c) Transportkosten
- d) Auslagen für Begleitung

Diese Liste ist nicht abschliessend.