

HERZLICH WILLKOMMEN



FÜR DIE BESTE MEDIZIN. **SWICA**

Themen

- KVG Grundlagen
- Krankenpflege ambulant und stationär KLV 7
- Finanzierung Pflege
- Grundlagen der Leistungsvergütung
- SWICA Organisation
- Ablauf Bedarfsmeldung / Verordnung
- Leistungsüberprüfung bei SWICA
- Pflegedokumentation
- Datenschutz
- Fragen

**KRANKENVERSICHERER UND LEISTUNGSERBRINGER
MÜSSEN EINE FÜLLE VON GESETZESGRUNDLAGEN +
VERTRAGSREGELUNGEN EINHALTEN DAMIT OKP
LEISTUNGEN ABGERECHNET WERDEN KÖNNEN**



FÜR DIE BESTE MEDIZIN.

SWICA

Zusammenfassung KVG

Will ein Leistungserbringer zulasten der OKP tätig sein, bedarf er zweier Dinge:

1. Zulassung als Leistungserbringer (Art. 35ff KVG und Art. 46ff KVV)
2. Zustimmung oder Beitritt zu einem Vertrag (Art. 42_53 KVG).

Gleichzeitig bekundet ein Leistungserbringer damit seinen Willen, in der Weise an der Durchführung der OKP mitzuwirken, wie es das KVG vorsieht. Das heisst, dass er sich den vielfältigen gesetzlichen Aufgaben und Spielregeln der OKP unterwirft. Dazu gehören insbesondere:

- Respektieren des gesetzlichen Tarifschutzes (Art. 44 Abs. 1 KVG)
- Einhaltung des Wirtschaftlichkeitsgebotes (Art. 32 Abs. 1 und Art. 56 Abs. 1 KVG)
- Duldung von Wirtschaftlichkeitskontrollen (Art. 32 Abs. 2 KVG)
- Detaillierte und verständliche Rechnungsstellung (Art. 42 Abs. 3 KVG)
- Auskunfts_ und Editionsspflicht gegenüber Versicherer (Art. 42 Abs. Abs. 4 KVG)
- Aufklärungspflicht der versicherten Person (Art. 398 OR)

Die Leistungen, welche die Obligatorische Krankenpflegeversicherung übernimmt, regelt das Gesetz (Art. 24 KVG). Es handelt sich dabei um den sog. Leistungskatalog (Art. 25_31 KVG).

Das Verhältnis zwischen der versicherten Person und einem Leistungserbringer ist immer ein Auftrag gemäss Art. 394ff OR. Der Leistungserbringer hat sich über die Rechtslage und die Leistungen nach KVG zu orientieren.

Sieht der Leistungserbringer Massnahmen vor, die von der OKP nicht oder nur teilweise vergütet werden, muss er die versicherte Person rechtzeitig darauf aufmerksam machen, dass die OKP die Kostenpflicht ganz oder teilweise verneinen wird. Er muss der versicherten Person die ungefähre Höhe ihres Kostenanteils nennen. Nur so ist es ihr möglich, ihre Auslagen dem Nutzen der Behandlung gegenüberzustellen und beim Versicherer abzuklären, ob sie allenfalls aus der Zusatzversicherung eine Rückerstattung zugute hat (vgl. Krankenversicherung, ein Beobachter-Schwerpunkt, Zürich 1998, S. 126).

Der Leistungserbringer, der diese Information unterlässt oder falsche Auskunft gibt, haftet dafür.

Krankenpflege ambulant und stationär KLV 7

Art. 7, 8, 9 KLV regelt folgende OKP Leistungen:

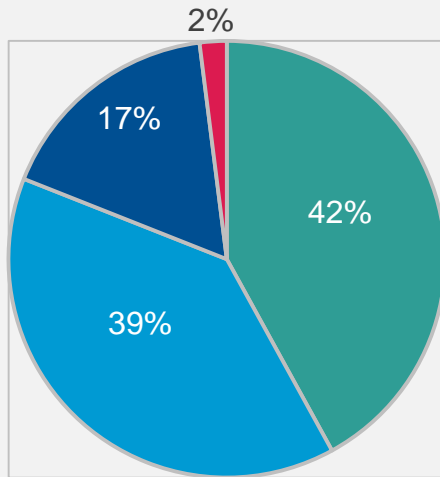
- Leistungen für Spitex, Pflegeheim, Akut und Übergangspflege
- ärztliche Anordnung, Bedarfsabklärung
- das Kontroll- und Schlichtungsverfahren
- Abrechnung

Die Leistungsumschreibung im Leistungskatalog ist abschliessend

- Massnahmen der Abklärung, Beratung und Koordination
- Massnahmen der Untersuchung und der Behandlung
- Massnahmen der Grundpflege

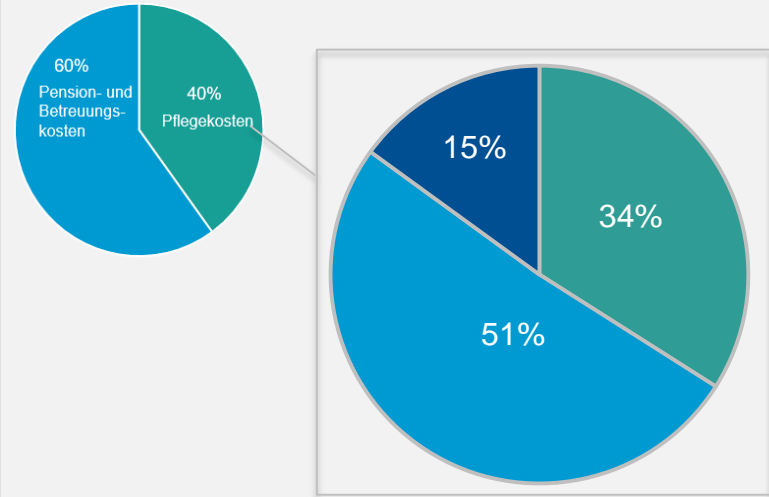
Finanzierung Leistungen KLV 7 Spitex und Pflegeheime

Verteilung der Spitexkosten



■ öffentliche Hand ■ Krankenversicherung
■ Leistungsbezüger ■ Spenden u.a.

Verteilung der Pflegeheimkosten



■ öffentliche Hand ■ Krankenversicherung ■ Leistungsbezüger

Grundlagen der Leistungsvergütung

Art. 32 KVG

Die Leistungen müssen wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein. Die Wirksamkeit muss nach wissenschaftlichen Methoden nachgewiesen sein.

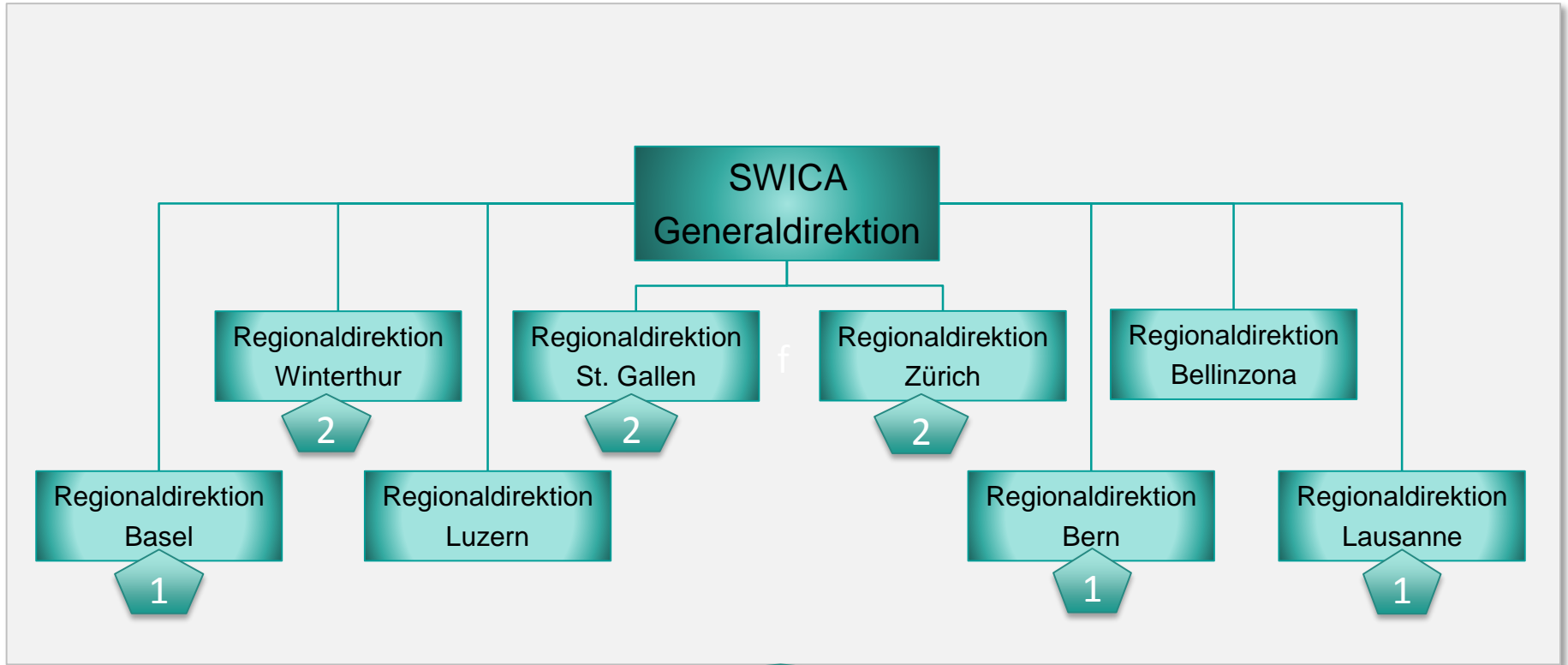
Die Wirksamkeit, die Zweckmässigkeit und die Wirtschaftlichkeit der Leistungen werden periodisch überprüft.

Art. 56 Abs.1 KVG Der Leistungserbringer muss sich in seinen Leistungen auf das Mass beschränken, dass im Interesse der Versicherten liegt und für den Behandlungszweck erforderlich ist.

weitere Grundlage

- Administrativ Vertrag zwischen schweizerischen Spitexverband / ASPS und tarifsuisse
- Administrativ Vertrag zwischen Curaviva.ch / senesuisse und tarifsuisse

SWICA Organisation



Alle Fachspezialisten bei SWICA haben eine Pflegeausbildung

Ablauf Bedarfsmeldung / Verordnung

Spitex erfasst die Bedarfsmeldung und stellt sie vom Arzt unterschrieben, dem Versicherer innerhalb 2 Wochen ab dem Pflegebeginn zu.

Wenn nicht möglich spätestens mit der ersten Monatsrechnung.

Die Bedarfsmeldung kann für 3 Monate max. für 6 Monate ausgestellt werden.

Personen mit HE mittel oder schwer gilt die ärztliche Verordnung als unbefristet.

Möglich ist, dass der Versicherer trotzdem Einkünfte über den Pflegeaufwand einholt.

Wenn in der Verordnungsphase vorübergehend mehr Leistungen erbracht werden müssen, kann dies an SWICA per Mail oder telefonisch gemeldet werden.

Es ist von Vorteil wenn die Meldungen direkt an die Fachspezialisten Krankenpflege gegeben werden.

Ist der vermehrte Pflegeaufwand dauerhaft, braucht es eine neue Bedarfsmeldung / Verordnung.

Leistungsüberprüfung bei SWICA

Die Pflegeleistungen werden von den Fachspezialisten Krankenpflege überprüft

SWICA prüft Leistungen schweizweit nach gleichen Prüfkriterien wie z.B.

- Anerkannter Leistungserbringer
- Ärztliche Anordnung, ausgewiesener Bedarf
- Pflichtleistung
- Anzahl Stunden
- Leistungszuteilung
- Wirtschaftlichkeit-Zweckmässigkeit-Wirksamkeit
- RAI HC Standartzeiten werden überprüft und akzeptiert wenn sie ausgewiesen sind, sonst individuelle Anpassung erforderlich
- Voraussichtlicher Bedarf bei mehr als 60 Stunden
- Stichproben Bedarfsmeldungen und Rechnungen

Pflegedokumentation

SWICA prüft die Leistungen auf der Basis des Leistungsplanungsblatt dem Pflegeprozess Pflegedokumentation.

Allfällige mündliche Rücksprache mit Leistungserbringer.

Die Überprüfung der Pflegedokumentation sollte keinen zusätzlichen Schreibaufwand für den Leistungserbringer bedeuten.

Die Pflegedokumentation ist ein Berufsdokument und fordert, dass jederzeit über den Stand der Tätigkeit Rechenschaft abgelegt werden kann, Sie muss lückenlos und wahr sein.

In vielen Kantonen geben die Richtlinien für Qualitätsanforderungen vor, wie umfassend eine Pflegedokumentation nach Qualitätsstandart sein muss.

Datenschutz

Sämtliche **SWICA** Mitarbeitende unterstehen:

- der Schweigepflicht
- dem Datenschutzgesetz
- dem Krankenversicherungsgesetz

Die eingeforderte Pflegedokumentation wird dem vertrauensärztlichen Dienst zugestellt. Die Unterlagen werden gescannt und dem entsprechenden Fachspezialisten Krankenpflege zugeteilt zur Überprüfung.

Zusammenarbeit

Telefonische Anfragen sind willkommen,
wenn Sie Fachthemen besprechen möchten wenden Sie sich bitte an die
Fachspezialisten Krankenpflege.

Uns ist es ein Anliegen das gegenseitige Verständnis und eine gute
Zusammenarbeit zu fördern.

**Haben Sie Fragen und Themen die Sie gerne
besprechen möchten?**



HERZLICHEN DANK FÜR IHRE AUFMERKSAMKEIT

