

Vertrag betreffend Leistungen und Tarife bei Aufenthalt im Pflegeheim im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung KVG (Pflegeheimtarifvertrag des Kantons Basel-Landschaft)

Vom 16. Juli 2007

GS 36.0375

Der Verband Baselbieter Alters-, und Pflege-, und Betreuungseinrichtungen (BAP) und santésuisse beschliessen folgenden Vertrag:

Allgemeine Bestimmungen

1. Vertragsgrundlagen

Dieser Vertrag stützt sich auf:

- das Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000 (ATSG)
- die Verordnung über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 11. September 2002 (ATSV)
- das Bundesgesetz über die Krankenversicherung vom 18. März 1994 (KVG)
- die Verordnung des Bundesrates über die Krankenversicherung vom 27. Juni 1995 (KVV)
- die Verordnung des Eidg. Departementes des Innern über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung vom 29. September 1995 (KLV)
- die Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler und Pflegeheime in der Krankenversicherung vom 3. Juli 2002 (VKL)
- Das Gesetz vom 20. Oktober 2005¹ über die Betreuung und Pflege im Alter (GeBPA)
- Verordnung vom 5. Dezember 2006² zum Gesetz über die Betreuung und Pflege im Alter
- die Verordnung vom 5. Dezember 1995³ über die Pflegeheimliste

2. Geltungsbereich

Dieser Vertrag hat Gültigkeit für die Versicherten mit Wohnsitz im Kanton Basel-Landschaft, die bei einem dem Vertrag beigetretenen Krankenversicherer die

¹ GS 35.828, SGS 854

² GS 35.1064, SGS 854.11

³ GS 32.345, SGS 854.13

obligatorische Krankenpflegeversicherung abgeschlossen haben und in einem dem BAP angeschlossenen Pflegeheim vorübergehend oder dauernd gepflegt werden.

Die öffentlichen Akutspitäler des Kantons Basel-Landschaft (Kantonsspitäler Liestal, Laufen und Bruderholz) können für den Bereich der Spitalbehandlungen von Patientinnen und Patienten, bei denen gemäss KVG Art. 49 Abs. 3 die Voraussetzungen der Spitalbedürftigkeit nicht mehr erfüllt sind und demzufolge der Tarif gemäss KVG Art. 50 zur Anwendung kommt (Kategorie der so genannten "Pflegepatienten" im Spital), diesem Vertrag ebenfalls beitreten.

3. Pflegebedarfsstufen

Die Bedarfsabklärung wird mit einheitlichen anerkannten Instrumenten durch entsprechend geschulte Mitarbeitende vorgenommen. Das Ergebnis der Bedarfsabklärung wird auf einem einheitlichen Formular festgehalten.

Die Versicherer erbringen Leistungen für die Bewohner und Bewohnerinnen gemäss den in Ziffer 1 genannten Bestimmungen.

Die Leistungen der Versicherer werden nach Pflegebedarfsstufen gemäss BESA (Version 2.0 oder höher) unterschieden. Bis zum 31.12.2009 gelten folgende Pflegebedarfsstufen:

Einteilung 2008/2009

BESA-Punkte von	BESA-Punkte bis	Pflegebedarfsstufe
0	0	0
1	15	1
16	30	2
31	50	3
51	...	4

Die BESA-Punkte-Verteilung auf die einzelnen Pflegebedarfsstufen weicht gegenüber der in vielen Kantonen üblichen Zuordnung ab. Die Stufen werden ab dem 1.1.2010 wie folgt angepasst:

Einteilung ab 2010

BESA-Punkte von	BESA-Punkte bis	Pflegebedarfsstufe
0	0	0
1	11	1
12	26	2
27	44	3
45	...	4

4. Kostengutspracheverfahren

Die Pflegeheime melden dem Versicherer ihre Bewohnerinnen und Bewohner mit Angabe der Pflegebedarfsstufe inklusive Einstufungsdatum.

Änderungen betreffend die Einstufung werden dem Versicherer mit dem Einstufungsdatum gemeldet.

Aufgrund der Meldung garantieren die Versicherer den Pflegeheimen die Leistungen.

5. Überprüfung des Pflegebedarfs

Die Pflegeheime gewähren den Versicherern das Recht, den Pflegebedarf ihrer Versicherten auch im Pflegeheim vor Ort zu überprüfen.

6. Leistungen der Versicherer

Die Versicherer übernehmen für ihre Versicherten die im Anhang I festgelegten Tagespauschalen je nach Pflegebedarfsstufe.

7. Arztkosten sowie von Ärztinnen und Ärzten veranlasste Kosten

Die Arztkosten und die von Ärztinnen und Ärzten veranlassten Kosten werden zusätzlich zu den Tagespauschalen vergütet. Die von Ärztinnen und Ärzten veranlassten Kosten (Medikamente, Analysen, Hilfsmittel, Therapien, etc.) werden nur vergütet, wenn eine ärztliche Verordnung vorliegt.

Die Vergütung richtet sich nach den gültigen Verträgen mit den entsprechenden Leistungserbringern.

8. Abgabe von Mitteln und Gegenständen

Pflegeheime: Die Abgabe von Mitteln und Gegenständen ist in der vereinbarten Tagespauschale gemäss Artikel 6 dieses Vertrages inbegriffen. Die Pflegeheime dürfen keine Mittel und Gegenstände separat verrechnen.

Übrige Leistungserbringer: es gelten die Bestimmungen gemäss MiGeL-Liste.

9. Wirtschaftlichkeit und Qualitätssicherung

Bei den Behandlungen, der Pflege, der Verordnung von Massnahmen sowie dem Einsatz von Medikamenten, Mitteln und Gegenständen beachten die Pflegeheime das Wirtschaftlichkeitsgebot gemäss Artikel 56 KVG.

Die Pflegeheime verpflichten sich zu Massnahmen der Qualitätssicherung und -kontrolle ihrer Leistungen. Die Umsetzung erfolgt im Rahmen des Konzeptes "Grundangebot und Basisqualität in Alters- und Pflegeheimen".

10. Rechnungsstellung und Vergütung

Schuldner der Vergütung der Leistungen im Rahmen dieses Vertrages ist der Versicherer (System des Tiers payant). Das Pflegeheim schickt die Rechnung

dem Versicherer und stellt dem Versicherten eine Kopie zu.

Die Rechnungsstellung erfolgt nach einheitlichem Formular, auf welchem mindestens folgende Angaben enthalten sein müssen:

- Name und Adresse des Pflegeheims, die ZSR-Nr. und die EAN-Nr.
- Name, Adresse, Geburtsdatum, die Versicherten-Nummer der Bewohnerin/des Bewohners
- Aufenthaltsbeginn- und Aufenthaltsende sowie die Anzahl Aufenthaltstage je Rechnungsperiode
- Pflegebedarfsstufe der Bewohnerin/des Bewohners
- Rechnungsdatum

Die Rechnungsstellung an den Krankenversicherer erfolgt monatlich, mindestens jedoch quartalsweise. Die Zahlungen durch den Versicherer erfolgen in der Regel innert 30 Tagen nach Erhalt der Rechnung.

Die Tagespauschalen werden auch am Eintritts- und Austrittstag verrechnet, sowie an den Tagen des Beginns und des Endes eines Urlaubs oder an den Tagen einer Verlegung aus einem oder in ein Spital.

Bei vorübergehender Einweisung einer Bewohnerin bzw. eines Bewohners ins Spital sind für die Dauer der Spitalbehandlung keine Leistungen gemäss diesem Vertrag geschuldet.

11. Kostenbeteiligung

Die Kostenbeteiligung gemäss Art. 64 KVG wird durch den Versicherer den Versicherten direkt in Rechnung gestellt.

12. Reporting

Die Pflegeheime erfassen jährlich die den Versicherern in Rechnung gestellten Leistungen wie folgt:

- Anzahl Pflgetage je Pflegebedarfsstufe pro Pflegeheim
- Totalisierung Anzahl Pflgetage pro Pflegeheim
- BESA-Punkte-Verteilung (Anzahl Bewohnende pro Anzahl BESA-Punkte) und Stufen per Stichtag 31.12 des Vorjahres
- Totalisierung der Versichererleistungen eines Pflegeheimes über alle Pflegebedarfsstufen

Die Pflegeheime stellen dem Verband Baselbieter Alters-, Pflege- und Betreuungseinrichtungen (BAP) diese Daten zur Verfügung. Der BAP unterbreitet folgende Daten bis spätestens Ende April des Folgejahres der santésuisse Basel.

- Totalisierung der Anzahl Pflgetage je Pflegebedarfsstufe über alle Pflegeheime
- Totalisierung Anzahl Pflgetage über alle Pflegeheime

- Totalisierung der BESA-Punkte-Verteilung (Anzahl Bewohnende pro Anzahl BESA-Punkte) und Stufen per Stichtag 31.12 des Vorjahres über alle Pflegeheime
- Totalisierung der Versichererleistungen je Pflegebedarfsstufe über alle Pflegeheime

Die Vertragsparteien bilden eine Arbeitsgruppe Kosten- und Leistungserfassung in den Alters-, Pflege- und Betreuungseinrichtungen, die sich mit der Umsetzung der VKL im Bereich Kostenstellenrechnung befasst. Ziel und Aufgabe dieser Arbeitsgruppe sind Anhang II dieses Vertrages beschrieben.

Schlussbestimmungen

13. Inkrafttreten, Gültigkeitsdauer

Dieser Vertrag ersetzt den Vertrag vom 23. November 2005¹ und tritt nach allseitiger Unterzeichnung vorbehaltlich der Genehmigung durch den Regierungsrat des Kantons Basel-Landschaft² per 1. Januar 2008 in Kraft und wird auf unbestimmte Zeit abgeschlossen.

14. Kündigungsfrist

Dieser Vertrag kann von jeder Vertragspartei unter Einhaltung einer sechsmonatigen Kündigungsfrist, jeweils per Ende eines Kalenderjahres gekündigt werden, erstmals auf den 31. Dezember 2009.

Jedes dem Vertrag beigetretene Pflegeheim oder jeder beigetretene Versicherer kann unter Wahrung einer sechsmonatigen Kündigungsfrist per Ende eines Kalenderjahres, erstmals auf den 31. Dezember 2009, vom Vertrag zurücktreten.

15. Veränderte Rahmenbedingungen

Die Vertragsparteien verpflichten sich, während der Vertragsdauer zu den Vertragsanpassungen Hand zu bieten, die aufgrund veränderter Verhältnisse dringend notwendig werden. Vertragsanpassungen bedürfen der Genehmigung durch den Regierungsrat des Kantons Basel-Landschaft.

16. Genehmigung durch den Regierungsrat

Dieser Vertrag bedarf der Genehmigung durch den Regierungsrat des Kantons Basel-Landschaft³.

¹ GS 35.870, SGS 854.14

² Vom Regierungsrat am 6. November 2007 genehmigt.

³ Vom Regierungsrat am 6. November 2007 genehmigt.

Anhang I

Tarife - Tagespauschalen je Pflegebedarfsstufe

ab 1.1.2008 bis 31.12.2008

Pflegebedarfsstufe	Tagespauschale 1.1. – 31.12.2008
0	Fr. 00.00
1	Fr. 14.00
2	Fr. 26.00
3	Fr. 60.00
4	Fr. 77.00

ab 1.1.2009

Pflegebedarfsstufe	Tagespauschale ab 1.1.2009
0	Fr. 00.00
1	Fr. 20.50
2	Fr. 41.00
3	Fr. 66.50
4	Fr. 82.00

Anhang II

Arbeitsgruppe Kosten- und Leistungserfassung in den Baselbieter Alters-, Pflege- und Betreuungseinrichtungen

Die Parteien vereinbaren was folgt:

1. Allgemeines
 - 1.1. Die Parteien wollen gemeinsam Klarheit im Bezug auf die Offenlegung der Kostenermittlung und Leistungserfassung der Pflegeheime schaffen.
 - 1.2. Grundlage der Auseinandersetzungen bilden das Krankenversicherungsgesetz (KVG), insbesondere Art. 49 und 50, die Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler und Pflegeheime in der Krankenversicherung (VKL), insbesondere Art. 11 und 14, sowie die aktuelle Rechtssprechung.
2. Organisation
 - 2.1. Die Arbeitsgruppe besteht aus 6 ordentlichen Mitgliedern. Jede Partei ernannt die Hälfte davon. Eine Sitzung der Arbeitsgruppe kann auch durchgeführt werden, wenn nicht sämtliche Mitglieder anwesend sind.
 - 2.2. Die Arbeitsgruppe nimmt mit Inkrafttreten dieses Vertrages ihre Arbeit auf. Die erste Sitzung wird im Januar 2008 von santésuisse einberufen.
 - 2.3. Die Arbeitsgruppe löst sich auf, wenn die ihr übertragenen Aufgaben erledigt sind.
3. Aufgaben
 - 3.1. Die Arbeitsgruppe setzt sich intensiv mit der oben aufgeführten Literatur auseinander
 - 3.2. Die Arbeitsgruppe prüft im ersten Jahr der Vertragsdauer eine Stichprobe von maximal zehn Heimen im Kanton Basel-Landschaft.
 - 3.3. Die Arbeitsgruppe erarbeitet bis Ende 2008 Vorschläge zur gemeinsamen Prüfung der Kosten- und Leistungserfassung für die Folgejahre.
 - 3.4. Die Arbeitsgruppe gibt eine Empfehlung für eine Handhabung im Hinblick auf einen weiteren Vertrag im Kanton Basel-Landschaft ab.
4. Kosten
 - 4.1. Jede Partei entschädigt ihre Vertreter selbst.
 - 4.2. Es können keine Verfahrenskosten geltend gemacht werden.