Kantonsspital Graubünden

Liechtensteinischer Krankenkassenverband LKV

Tarifvertrag

vom 16. September 2019

betreffend die

Leistungsabgeltung nach SwissDRG für akut-stationäre Behandlungen

gemäss dem Krankenversicherungsgesetz (KVG)

zwischen dem

Kantonsspital Graubünden
Loëstrasse 170
7000 Chur
ZSR-Nr. X036918

nachfolgend: **Leistungserbringer**

und dem

nachfolgend: **Versicherer**

Liechtensteinischen Krankenkassenverband (LKV)
Landstrasse 151
9494 Schaan

Leistungserbringer und Versicherer zusammen als **Vertragsparteien** bezeichnet

I. Allgemeine Bestimmungen

Art. 1 Persönlicher und örtlicher Geltungsbereich

Dieser Tarifvertrag gilt für

a) den vertragsschliessenden Leistungserbringer;

b) die in Liechtenstein zugelassenen Krankenversicherer;

c) für Personen, die bei einem vertragsschliessenden Versicherer obligatorisch gemäss KVG versichert sind oder gemäss internationalen Abkommen Anspruch auf eine Vergütung gemäss KVG haben;

d) den LKV, Schaan, soweit er gemäss diesem Vertrag ausdrücklich Rechte und Pflichten für sich selbst übernimmt.

Art. 2 Sachlicher Geltungsbereich

[1] Dieser Vertrag betrifft die Vergütung von Leistungen zu Gunsten von Personen, die entweder bei einem zugelassenen Krankenversicherer obligatorisch gemäss KVG versichert sind oder gemäss internationalen Abkommen Anspruch auf eine Vergütung gemäss KVG haben.

[2] Mit diesem Tarifvertrag regeln die Vertragsparteien die Leistungsabgeltung nach SwissDRG für akut-stationäre Spitalbehandlungen gemäss KVG. Zudem vereinbaren sie den administrativen Prozess.

Art. 3 Leistungsvoraussetzungen

[1] Vergütungen werden von den Versicherern dann erbracht, wenn der Leistungserbringer die rechtlichen Voraussetzungen eines Spitals gemäss der Gesetzgebung an seinem Standort erfüllt.

[2] Sind die Voraussetzungen gemäss Abs. 1 während der Laufzeit des Vertrages nicht mehr erfüllt, entfällt die gesetzliche Leistungspflicht der obligatorischen Krankenpflegeversicherung.

Art. 4 Anwendbare Tarifstruktur

[1] Die Vergütung der Leistungen erfolgt auf Basis der vom Bundesrat genehmigten gesamtschweizerisch einheitlichen Tarifstruktur für stationäre akutsomatische Leistungen gemäss Art. 49 Abs. 1 des Schweizerischen KVG (SwissDRG).

[2] Falls der vorliegende Tarifvertrag keine ausdrückliche Regelung enthält, gelten insbesondere die Bestimmungen der folgenden Regelwerke, Unterlagen und Standards in der jeweils gültigen Version:

a) Schweizerischer Rahmenvertrag über die Einführung der Tarifstruktur SwissDRG zwischen H+, santésuisse und der GDK vom 02.07.2009;
b) Regeln und Definitionen zur Fallabrechnung unter SwissDRG (hrsg. von der SwissDRG AG);
c) Fallpauschalenkatalog der SwissDRG AG; inklusiv Abrechnungsgrouper, Diagnosen- und Prozedurenklassifikation;
d) Reglement für die Durchführung der Kodierrevision der SwissDRG AG;
e) Kodierungshandbuch des Bundesamts für Statistik;
f) XML-Standard und Formulare des Forums Datenaustausch.

[3] Setzt der Bundesrat eine neue Version von SwissDRG in Kraft, so tangiert dies die Gültigkeit dieses Vertrages nicht, namentlich gilt die in Art. 9 Abs. 1 vereinbarte Baserate auch für die neue SwissDRG-Version.

II Deckungsabfrage und Eintrittsmeldung

Art. 5 Elektronische Deckungsabfrage

[1] Der Leistungserbringer hat die Möglichkeit, die Versicherungsdeckung und die Anspruchsberechtigung des Versicherten elektronisch via Abfragedienst vorzunehmen.

[2] Die vom Abfragedienst erhaltenen Angaben über die Versicherungsdeckung sind nur zum Zeitpunkt der Abfrage gültig.

Art. 6 Eintrittsmeldung

[1] Der Leistungserbringer stellt dem Versicherer bei Anmeldung, spätestens drei Arbeitstage (Montag bis Freitag, ohne Feiertage) nach dem geplanten Eintritt eine Eintrittsmeldung zu.

[2] In medizinischen Notfällen erfolgt die Zustellung spätestens am dritten Arbeitstag nach dem Eintritt.

[3] Falls weitere Kostenträger (andere Versicherer oder Dritte) involviert sind, weist der Leistungserbringer den Versicherer nach Möglichkeit auf die anderen Kostenträger hin.

[4] Der Versicherer meldet innerhalb von drei Arbeitstagen nach Erhalt der Eintrittsmeldung, falls die Person nicht in der angegebenen Art beim Versicherer versichert ist.

Art. 7 Angaben zur Eintrittsmeldung

Mit der Eintrittsmeldung hat der Leistungserbringer dem Versicherer mindestens die folgenden Angaben gemäss XML-Standard des Forums Datenaustausch zu liefern:

a) Allgemeine Daten gemäss Art. 13 Abs. 1 dieses Vertrages
b) Angaben über Auftraggeber Hausarzt (ZSR-Nummer und GLN), falls bekannt
c) Geplantes respektive effektives Eintrittsdatum
d) Eintrittsdiagnose

Art. 8 Abweichende Bestimmungen

Die vorliegenden Regelungen betreffend Eintrittsmeldung finden nur dann Anwendung, wenn der einzelne Versicherer mit dem Leistungserbringer diesbezüglich keine abweichende individuelle Vereinbarung getroffen hat.

III. Tarif

Art. 9 Baserate

[1] Die Parteien vereinbaren dieselbe Baserate wie tarifsuisse ag für das KSGR anzuwenden. (100% bei Kostengewicht 1.0)

[2] Das Land Liechtenstein übernimmt auf der Grundlage von Art. 24 a) Abs. 1 Bst. c KVG einen Anteil von 55% der in Abs. 1 vereinbarten Baserate.

[3] Mit der Baserate sind sämtliche gesetzlich beziehungsweise vertraglich vereinbarten Leistungen abgegolten. Dies betrifft alle während des stationären Spitalaufenthalts intern bzw. extern erbrachten diagnostischen, ärztlichen, spitaltechnischen und übrigen medizinischen, pflegerischen und therapeutischen Leistungen, insbesondere auch Verlegungstransporte.

[4] Analysen, Implantate, Medikamente sowie Mittel und Gegenstände sind in der Baserate enthalten, soweit sie nicht als Zusatzentgelte gemäss SwissDRG Fallpauschalenkatalog separat abrechenbar sind.

Art. 10 Unbewertete Fallpauschalen gemäss SwissDRG

Die Höhe der Vergütung für unbewertete Fallpauschalen wird zwischen Leistungserbringer und Versicherer für den konkreten Fall separat vereinbart.

IV. Rechnungsstellung, -prüfung und -bezahlung

Art. 11 Rechnungsstellung

[1] Schuldner der Vergütung der vorliegend vereinbarten Leistungen im Rahmen des KVG ist der Versicherer (System des tiers payant). Vorbehalten bleiben die gesetzlichen Bestimmungen bei Nichtbezahlung von Prämien und Kostenbeteiligungen.

[2] Mit der Rechnung hat der Leistungserbringer dem Versicherer diejenigen gruppierungs- und abrechnungsrelevanten administrativen und medizinischen Datensätze zu liefern, welche in der Verordnung des EDI über die Datensätze für die Datenweitergabe zwischen Leistungserbringern und Versicherern (in Kraft per 01.01.2018) festgelegt worden sind.

[3] Die Bezahlung erfolgt innert 30 Tagen nach Erhalt der Rechnung.

[4] Sind im Zeitpunkt der Rechnungsstellung zur Ermittlung des Leistungsumfangs zusätzliche Abklärungen notwendig (z.B. Einforderung zusätzlicher Unterlagen), steht die in Abs. 3 aufgeführte Frist still. Die Anfrage muss innerhalb von 30 Tagen erfolgen. Nach Erhalt der Unterlagen ist die Rechnung innert 30 Tagen zu bezahlen oder schriftlich zu beanstanden. Der nicht beanstandete Teil ist innerhalb der Frist zu begleichen.

[5] In begründeten Fällen hat der Leistungserbringer auf Verlangen des Versicherers unentgeltlich zusätzliche medizinische Unterlagen zuhanden des Vertrauensarztes zuzustellen, welche für die Rechnungskontrolle erforderlich sind.

[6] Der Versicherer begründet Beanstandungen. Die Zahlungsfrist wird für den beanstandeten Teil der Rechnung unterbrochen. Der nicht beanstandete Anteil wird auf neue Rechnung hin durch den Versicherer beglichen.

[7] Eine berechtigte Beanstandung des Versicherers bzw. des Landes Liechtenstein hat unaufgefordert auch eine neue Rechnungsstellung an den jeweils anderen Kostenträger zur Folge. Der Leistungserbringer übernimmt bezüglich der Rechnungsstellung die Koordinationsfunktion zwischen Versicherern und dem Land Liechtenstein.

[8] Der Versicherer kann auch nach erfolgter Bezahlung der Rechnung einen offensichtlichen Mangel in der Rechnungsstellung gegenüber dem Leistungserbringer geltend machen und die zu Unrecht ausgerichteten Leistungen jederzeit zurückfordern.

[9] Die Rechnungsstellung erfolgt für Pflichtleistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung. Nichtpflichtleistungen sind dem Versicherten separat in Rechnung zu stellen.

[10] Die Verrechnung mit Gegenforderungen ist unzulässig.

[11] Der Leistungserbringer stellt dem Versicherten eine Kopie der Rechnung zu.

Art. 12 Angaben zur Rechnung

[1] Die Rechnungsstellung und Datenlieferung erfolgt elektronisch gemäss jeweils geltendem XML-Standard des Forums Datenaustausch.

[2] Die Rechnung enthält mindestens folgende Angaben:

a) Allgemeine Angaben gemäss Art. 13 Abs. 1 dieses Vertrages.
b) Name und Adresse des überweisenden Arztes inkl. ZSR-Nummer und GLN, wenn vorhanden.
c) Diagnose im Klartext, ICD-10 2 stellig oder WHO-Code.

Art. 13 Datenaustausch

[1] Auf allen Korrespondenzen zwischen dem Leistungserbringer und dem jeweiligen Versicherer sind nach Möglichkeit anzugeben:

a) Name, ZSR-Nummer und GLN des Leistungserbringers
b) Name und GLN des Versicherers
c) Angaben zum Versicherten:
   - Versichertennummer
   - Versichertenkartennummer
   - Sozialversicherungsnummer (AHV-Nummer)
   - Name
   - Vorname
   - Wohnadresse
   - zivilrechtlicher Wohnkanton
   - Geburtsdatum
   - Geschlecht
d) Falldatum
e) Fallnummer
f) Patientennummer
g) nach Möglichkeit Hinweis auf andere allfällig zuständige Versicherer mit GLN

[2] Die Übermittlung erfolgt:

a) für die Rechnungen elektronisch gemäss jeweils geltendem XML-Standard des Forums Datenaustausch

b) für alle übrigen Dokumente elektronisch gemäss Vereinbarung zwischen dem Leistungserbringer und den einzelnen Versicherern. Sofern die Übermittlung nicht in digitaler Form erfolgt, sind die jeweils aktuellen Papierformulare gemäss Forum Datenaustausch zu verwenden.

Art. 14 Leistungsstatistik

[1] Das Spital / die Klinik stellt jährlich folgende Daten über die stationären und ambulanten Patienten mit Liechtensteinischer Versicherung dem Amt für Gesundheit und dem LKV zur Verfügung:

a) Fallnummer
b) Geschlecht
c) Alter bzw. Geburtsdatum
d) Wohnort
e) Hauptgarant
f) Garant
g) Versicherungsklasse
h) Eintrittsdatum
i) Austrittsdatum
j) Kostengewicht
k) Verweildauer
l) Zusatzentgelt
m) DRG-Code
n) ICD-10 Code
o) CHOP-Kode
p) Fallart
q) Zuweisung
r) Entlassung

[2] Das Spital stellt dem Amt für Gesundheit FL auf Nachfrage auch weitere Daten zur stationären Leistungserbringung für Patienten aus dem Fürstentum Liechtenstein – soweit datenschutzrechtlich möglich - zur Verfügung.

Art. 15 Aufklärungspflicht

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

V. Qualitätssicherung und Kodierrevision

Art. 16 Qualitätssicherung

[1] Die Qualität der medizinischen Leistungen ist vom Leistungserbringer sicher zu stellen. Der Leistungserbringer betreibt zur kontinuierlichen Qualitätsverbesserung ein aktives Qualitätsma-

nagement. Der Leistungserbringer anerkennt die im Rahmen des Nationalen Vereins zur Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) getroffenen Vereinbarungen in ihrer jeweils aktuellen Version und verpflichtet sich, diese anzuwenden und umzusetzen.

[2] Der Leistungserbringer setzt die Vorgaben des ANQ bezüglich Qualität und Qualitätsmessungen um. Die Vorgaben des ANQ betreffend Messzwang und Transparenz werden eingehalten.

[3] Der Leistungserbringer handelt bezüglich Qualitätsmanagement jederzeit nach dem Wirtschaftlichkeitsgebot gemäss Art. 19 KVG, insbesondere bei der Diagnosestellung, den Behandlungen, der Pflege, der Verordnung von Massnahmen sowie dem Einsatz von Medikamenten und von Mitteln und Gegenständen.

Art. 17 Kodierrevision

[1] Die Kodierrevision der stationären Fälle richtet sich nach den im Reglement für die Durchführung der Kodierrevision definierten Revisionsgrundlagen.

[2] Die Qualität der Kodierung wird jährlich überprüft. Der Zweck und das Vorgehen bezüglich Kodierrevision sind im jeweils aktuellen Reglement für die Durchführung der Kodierrevision unter SwissDRG festgehalten.

[3] Für alle Finanzierer wird nur eine Revision durchgeführt. Die Revisionsstelle wird gemäss Reglement für die Durchführung der Kodierrevision bestimmt.

[4] Der Revisionsbericht zur Kodierung wird durch den Leistungserbringer bis 1 Monat nach Abschluss der Kodierrevision an den LKV zugestellt. Der LKV übernimmt die Weiterleitung des Berichtes an die Versicherer.

[5] Die durch eine neutrale Institution durchgeführte Kodierrevision ist kein Ersatz für die Einzelfallprüfung des Versicherers im Rahmen der Rechnungskontrolle.

VI. Kosten- und Leistungstransparenz

Art. 18 Kosten- und Leistungstransparenz im Rahmen der Tarifverhandlungen

[1] Bezüglich der Kosten- und Leistungstransparenz werden folgende Grundsätze festgehalten:

a) die Verordnung über die Kostenermittlung und Leistungserfassung durch Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime in der Krankenversicherung (VKL) aus der Schweiz ist anzuwenden.
b) Der Leistungserbringer stellt den Krankenversicherern die gemäss Abs. c) geforderten Angaben jährlich bis 1. Mai des Folgejahres zu.
c) Liefert der Leistungserbringer seine Betriebsrechnung gemäss ITAR-K Modell von H+, gilt folgendes:
    a. ITAR-K wird als Kostenausweis anerkannt, nicht jedoch als Tarifierungsmodell.
    b. Der Leistungserbringer stellt dem Krankenversicherer das Register "ITAR-K Gesamtansicht" auf Ebene Gesamtunternehmung zur Verfügung. Der Krankenversicherer hat das Recht, weitere Kosten- oder Leistungsinformationen im unmittelbaren Tarifzusammenhang einzufordern.
    c. Bereitstellung der Informationen zu den Leistungsdaten (bspw. Summe Kostengewichte, CMI, Anzahl Fälle, Anzahl Outlier usw.) und tarifstrukturrelevanten Informationen (bspw. Mengengerüst unbewertete Fallgruppen und Zusatzentgelte) gemäss Kodierrevisionsbericht.

[2] Es steht den Vertragsparteien frei, andere Methoden für den Kosten- und Leistungsausweis zu vereinbaren.

VII Formelles

Art. 19 Dauer und Inkrafttreten

[1] Dieser Vertrag tritt für die Zeit ab 01.01.2017 unbefristet in Kraft. Er tritt - unter Vorbehalt der Genehmigung durch die zuständige Behörde am 01.01.2017 in Kraft.

[2] Der Vertrag fällt ohne Kündigung der Parteien auf den Zeitpunkt automatisch dahin, in dem der Leistungserbringer nicht mehr als Listenspital des Standortkantons gemäss Art. 41 Abs. 1bis des Schweizerischen KVG geführt wird. Dies gilt auch dann, wenn der Leistungserbringer gegen den Entscheid des Kantons ein Rechtsmittel ergriffen hat, dem die aufschiebende Wirkung entzogen worden ist.

[3] Der Vertrag kann mit Einhaltung einer sechsmonatigen Frist per Ende Kalenderjahr gekündet werden.

Art. 20 Schlichtung

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

[2] Die Anrufung des Schiedsgerichts gemäss Art. 28 KVG steht dem Leistungserbringer und den Versicherern offen.

Art. 21 Vertragsgenehmigung

Das Genehmigungsverfahren gemäss Art. 16c Abs. 5 KVG wird durch den LKV nach erfolgter Unterzeichnung des Vertrages eingeleitet. Der Leistungserbringer und die Versicherer tragen allfällige Gebühren je hälftig.

Art. 22 Schlussbestimmungen

Dieser Vertrag wird in 3-facher Ausführung ausgefertigt und unterzeichnet. Ein Vertragsexemplar ist für den Leistungserbringer, ein Exemplar für den LKV und ein Exemplar für die Genehmigungsbehörde bestimmt.

Chur, 11. 12. 2019

Kantonsspital Graubünden

[redacted]

Dr. oec. HSG Arnold Bachmann
Vorsitzender der Geschäftsleitung

[redacted]

Marco Oesch
Departementsleiter Services
Stv. Vorsitzender der Geschäftsleitung

Schaan, 13.12.2019

Namens der Mitglieder des LKV, sowie – in Bezug auf jene Regelungen, welche Rechte oder Pflichten des LKV definieren – für sich selber:

Liechtensteinscher Krankenkassenverband (LKV)

[redacted]

Dr. Donat P. Marxer
Präsident

[redacted]

Thomas A. Hasler
Geschäftsführer