Psychiatrie-Dienste Süd

psychiatrie
st.gallen
nord

Liechtensteinischer
Krankenkassenverband
LKV

Tarifvertrag

vom 1. April 2020

betreffend die

Leistungsabgeltung nach TARPSY für stationäre psychiatrische Behandlungen

gemäss dem Krankenversicherungsgesetz (KVG)

zwischen dem

St. Gallische Psychiatrie-Dienste Süd (PDS)
Klinik St. Pirminsberg
Klosterweg 1
7312 Pfäfers
ZSR-Nr. Y724017

nachfolgend: **Leistungserbringer**

und dem

Liechtensteinischen Krankenkassenverband (LKV)
Landstrasse 151
9494 Schaan

nachfolgend: **Versicherer**

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 TARPSY für stationäre psychiatrische 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 psychiatrische Leistungen gemäss Art. 49 Abs. 1 des Schweizerischen KVG (TARPSY).

[2] Zusammen mit dem vorliegenden Tarifvertrag gelten insbesondere die Bestimmungen der folgenden Regelwerke, Unterlagen und Standards in der jeweils gültigen Version:

a) Schweizerischer Tarifstruktur-Vertrag über die Einführung der Tarifstruktur TARPSY zwischen H+, santésuisse und curafutura vom 4./5. Juli 2017;
b) Regeln und Definitionen zur Fallabrechnung unter TARPSY (hrsg. von der SwissDRG AG);
c) PCG-Katalog der SwissDRG AG; inklusiv Abrechnungsgrouper, Diagnosen- und Prozedurenklassifikation;
d) Reglement für die Durchführung der Kodierrevision unter TARPSY 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 TARPSY in Kraft, so tangiert dies die Gültigkeit dieses Vertrages nicht, namentlich gilt der in Art. 9 Abs. 1 vereinbarte Basispreis auch für die neue TARPSY-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 fünf Arbeitstage (Montag bis Freitag, ohne Feiertage) vor dem geplanten Eintritt eine Eintrittsmeldung zu.

[2] In medizinischen Notfällen erfolgt die Zustellung spätestens am zweiten 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.

[5] Es ist keine Rückmeldung des Versicherers auf die Eintrittsmeldung erforderlich.

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 TARPSY - Basispreis

[1] Die Parteien vereinbaren, denselben TARPSY-Basispreis wie tarifsuisse ag für die Klinik St. Pirminsberg, Pfäfers anzuwenden. (100% bei Kostengewicht 1.0)

[2] Mit dem TARPSY-Basispreis und den Zusatzentgelten gemäss Fallpauschalenkatalog von SwissDRG AG sind sämtliche gesetzlich beziehungsweise vertraglich vereinbarten Leistungen abgegolten. Dies betrifft alle während des stationären Spitalaufenthalts intern erbrachten diagnostischen, ärztlichen, spitaltechnischen und übrigen medizinischen, pflegerischen und therapeutischen Leistungen, sowie Verlegungstransporte gemäss Regeln und Definitionen zur Fallabrechnung unter TARPSY.

[3] Analysen, Implantate, Medikamente sowie Mittel und Gegenstände sind im TARPSY-Basispreis enthalten, soweit sie nicht als Zusatzentgelte gemäss SwissDRG Fallpauschalenkatalog separat abrechenbar sind.

[4] Zusätzlich zum Basispreis gemäss Abs. 1 dieses Artikels sind durch den Leistungserbringer ausserdem folgende Leistungen verrechenbar:

- mit nach Hause gegebene Medikamente und Materialien gemäss MiGeL, welche nicht schon für den stationären Aufenthalt benötigt wurden

[5] Die gegenüber dem vertraglich vereinbarten Basispreis entstandene Tarifdifferenz des Tarifjahres 2018 ist hiermit über den Basispreis gemäss Abs. 1 ausgeglichen.

Art. 10 Interkurrente Leistungen

[1] Extern erbrachte ambulante Leistungen können zusätzlich zur TARPSY-Pauschale in Rechnung gestellt werden, wenn die folgenden Voraussetzungen kumulativ erfüllt sind:

- Es handelt sich um die Fortführung einer sich wiederholenden, vorbestehenden ambulanten Behandlung oder es entsteht eine akute Behandlungsnotwendigkeit während des stationären Aufenthalts, die nicht durch die Klinik behandelt werden kann.
- Die Behandlungen gehören nicht zum psychiatrischen Behandlungskomplex und sind nicht durch den Leistungsauftrag der Klinik abgedeckt.
- Die Behandlungen sind nicht durch ein Zusatzentgelt gemäss SwissDRG abgedeckt.

[2] Der externe ambulante Leistungserbringer stellt nicht der Klinik Rechnung, sondern gemäss seinem Tarifvertrag entweder dem Patienten (tiers garant) oder dem Krankenversicherer (tiers payant).

[3] Allfällige Transportkosten gehen in den vorgenannten Fällen (Art.10 Abs.1) zu Lasten der Klinik.

[4] Die Klinik kodiert die externen ambulanten Leistungen gemäss Abs.1 nicht. Die ausserhalb der Tarifstruktur TARPSY extern ambulant vergüteten Leistungen werden bei der Datenerhebung für SwissDRG AG nicht berücksichtigt.

[5] Die Regelung ist nicht präjudiziell und ist nur gültig bis SwissDRG AG ihre Regelung bezüglich interkurrenten Leistungen revidiert hat.

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] Die Rechnungsstellung des Leistungserbringers an den Versicherer erfolgt innert 45 Tagen nach Abschluss der stationären Behandlung.

[3] Dauert eine Behandlung länger als 60 Tage, kann der Leistungserbringer frühestens ab dem 60. Behandlungstag eine Zwischenrechnung stellen. Die Zwischenrechnung basiert auf dem tiefsten Kostengewicht (CW) derjenigen Fallgruppe (PCG), die für die Schlussrechnung des Patienten am Wahrscheinlichsten ist. Sollte es zu einer Änderung des CW nach der Zwischenrechnung kommen, ist diese Änderung mit der Schlussrechnung zu korrigieren.

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

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

[6] Sind im Zeitpunkt der Rechnungsstellung zur Ermittlung des Leistungsumfangs zusätzliche Abklärungen notwendig (z.B. Einforderung zusätzlicher Unterlagen), steht die in Abs. 5 aufgeführte Frist still.

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

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

[9] 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 innerhalb der vom Gesetz vorgesehenen Fristen jederzeit zurückfordern.

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

[11] 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.
d) sämtliche Abwesenheiten mit den folgenden Angaben:
   - Datum und Uhrzeit (Beginn und Ende)
   - Zusatzinformation pro Abwesenheit (U= geplanter Urlaub oder A= Austritt mit anschliessendem Wiedereintritt)
e) Leistungsstelle

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] Die Psychiatrischen Dienste Süd stellen jährlich folgende Daten über die stationären 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] Die Psychiatrischen Dienste Süd stellen dem Amt für Gesundheit auf Nachfrage auch weitere Daten zur Leistungserbringung für Patienten aus dem Fürstentum Liechtenstein zur Verfügung.

Art. 15 Aufklärungspflicht

[1] 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.

[2] Die Aufklärungspflicht betrifft insbesondere die Information betreffend die gesetzliche Regelung und konkrete Auswirkungen des Leistungsaufschubes gemäss KVG im Falle von Prämien- und Kostenbeteiligungsausständen.

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 Qualitätsmanagement. 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 TARPSY festgehalten.

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

[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] Gesetz und Verordnung schreiben vor, dass sich die Tarife an der Entschädigung jener Spitäler orientieren, welche die tarifierte obligatorisch versicherte Leistung in der notwendigen Qualität effizient und günstig erbringen. Dies setzt transparente Kosten- und Leistungsdaten voraus.

[2] Bezüglich der zu gewährenden Transparenz werden folgende Grundsätze festgehalten:

a) Die Verordnung über die Kostenermittlung und Leistungserfassung durch Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime in der Krankenversicherung (VKL) ist anzuwenden.
b) Der Leistungserbringer stellt den Krankenversicherern die benötigten 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 den Gesamtausweis ITAR-K auf Ebene Gesamtunternehmung zur Verfügung. Der Krankenversicherer hat das Recht, weitere Informationen einzufordern.
   c. Bereitstellung der Informationen zu den Leistungsdaten (bspw. Summe Kostengewichte, Day Mix Index (DMI), Anzahl Fälle, Anzahl Pflegetage, usw.) und tarifstrukturrelevanten Informationen (bspw. Mengengerüst unbewertete Fallgruppen und Zusatzentgelte) in der notwendigen Detaillierung, inklusive der Katalogeffekte bei Wechsel der Tarifstruktur-Version.

[3] 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 per 01.01.2020 unter Vorbehalt der Genehmigung durch die zuständige Behörde in Kraft und ist auf unbestimmte Zeit abgeschlossen.

[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. 1[bis] 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.

Art. 20 Kündigung

Der Vertrag ist kündbar mit einer Kündigungsfrist von 6 Monaten jeweils per Ende Jahr, erstmals per 31.12.2021.

Art. 21 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. 22 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. 23 Schlussbestimmungen

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

St. Gallen, 24.06.2020

Verwaltungsrat der Psychiatrieverbunde des Kantons St. Gallen

[redacted]

Fritz Forrer
Verwaltungsratspräsident

Pfäfers, 19.6.20

St.Gallische Psychiatrie – Dienste Süd

Christoph Eicher
CEO

Schaan, 29.6.2020

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

Liechtensteinscher Krankenkassenverband (LKV)

Dr. Donat P. Marxer
Präsident

Thomas A. Hasler
Geschäftsführer