

Tarifvertrag

Vertragsnummer: 01.2018.0618

vom 18. Juni 2018

betreffend die

Behandlung von Patienten in einer psychiatrischen Tagesklinik

gemäss dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG)

zwischen der

Psychiatrische Dienste Süd Kanton St.Gallen
ZSR-Nr. Y7240.17/ GLN 7601002003339

und

Liechtensteinischer Krankenkassenverband (LKV)

nachfolgend: **Leistungserbringer**

nachfolgend: **Versicherer**

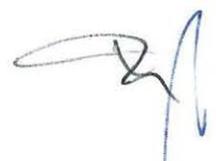
Leistungserbringer und Versicherer zusammen als **Vertragsparteien** bezeichnet

I. Allgemeine Bestimmungen

Art. 1 Persönlicher Geltungsbereich

Dieser Tarifvertrag gilt für

- a) den vertragsschliessenden Leistungserbringer,
- b) jeden im Sinn des KVG anerkannten Krankenversicherer,
- c) LKV, soweit er gemäss diesem Vertrag ausdrücklich Rechte und Pflichten für sich selbst übernimmt.



Art. 2 Sachlicher und örtlicher Geltungsbereich

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

² Dieser Vertrag regelt die pauschale Vergütung der Aufenthalte von psychiatrisch behandlungsbedürftigen Patienten in einer Tagesklinik im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung gemäss Gesetz über die Krankenversicherung des Fürstentums Liechtenstein i.d.g.Fassung.

³ Dieser Vertrag gilt ausschliesslich für Leistungen, welche im Kanton St. Gallen erbracht werden.

Art. 3 Leistungsvoraussetzungen

¹ Vergütungen werden von den Versicherern dann erbracht, wenn der Leistungserbringer die rechtlichen Voraussetzungen gemäss KVG erfüllt.

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

II. Eintrittsmeldung und Kostengutsprache

Art. 4 Eintrittsmeldung / Kostengutsprache / Verlängerungsgesuche

¹ Der Leistungserbringer holt möglichst vor Eintritt respektive so schnell wie möglich, spätestens aber nach 5 Arbeitstagen vom Versicherer eine Kostengutsprache ein. Wenn beiderseits möglich, erfolgt die Übermittlung elektronisch. Der Versicherer antwortet spätestens innert 5 Arbeitstagen nach Erhalt des Gesuchs.

² Das Kostengutsprachegesuch enthält mindestens folgende Angaben:

- a) Allgemeine Daten gemäss Art. 8 Abs. 1 dieses Vertrages
- b) Angaben über Auftraggeber Hausarzt (ZSR-Nummer und GLN), falls bekannt;
- c) geplantes respektive effektives Eintrittsdatum
- d) Eintrittsdiagnose im Klartext, ICD-10 oder WHO-Code
- e) Behandlungsgrund (Krankheit) und evtl. Hinweis auf andere Garanten
- f) (Übertritt aus stationärem Aufenthalt: ja → Information nur nötig bei Übertritt gemäss Abs. 3 nachstehend)
- g) Therapieziele
- h) Vorgesehenes Austrittsdatum
- i) Geplante Besuchsfrequenz

⁴ Falls medizinisch notwendig, kann die Kostengutsprache verlängert werden. Das Verlängerungsgesuch erfolgt spätestens 5 Arbeitstage vor Ablauf der Kostengutsprache. Dem Verlängerungsgesuch (Angaben wie Kostengutsprache gemäss Abs. 2) liegt zwingend ein ärztlicher Zwischenbericht zu Handen des Vertrauensarztes mit mindestens folgendem Inhalt bei:

- ◆ bisherige Therapieverlauf
- ◆ aktuelle Medikation und Dosierung
- ◆ aktueller psychopathologischer Befund
- ◆ Grund der Verlängerung

Der Versicherer entscheidet respektive übermittelt die Bewilligung oder begründet die Ablehnung innert 5 Arbeitstagen nach Erhalt. Trifft das Verlängerungsgesuch beim Versicherer zu spät ein, gehen die Kosten für bereits erbrachte Leistungen bei einer allfälligen Ablehnung zu Lasten des Leistungserbringers. Trifft eine Ablehnung des Versicherers zu spät beim Leistungserbringer ein, so trägt der Versicherer die ab dem 6. Arbeitstag bis zum Eintreffen der Ablehnung erbrachten Leistungen.

⁵ Konkrete Anfragen bezüglich der Leistungspflicht werden dem betreffenden Versicherer bzw. dem Vertrauensarzt unentgeltlich beantwortet.

III. Tarif

Art. 5 Leistungsumfang und Vergütung

¹ Die Vergütung der Behandlung in der Tagesklinik zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung erfolgt mittels folgender Pauschaltarife:

ab 01.01.2018

Tages- und Nachtklinik Erwachsene

pro Tag CHF 350.--

² Mit diesen Pauschaltarifen sind alle Leistungen abgegolten, welche gemäss KVG eine Pflichtleistung darstellen. Diese umfassen:

- die intern und extern der Klinik erbrachten medizinischen Untersuchungen und Behandlungen der Psychiatrie inkl. Konsilien durch die verantwortlichen Fachärzte und Klinikärzte;
- die weiteren diagnostischen und therapeutischen Leistungen (wie Röntgendiagnostik und -therapie, Ergotherapie, Logopädie usw.) durch Personen, die auf Anordnung oder im Auftrag eines Klinikarztes entsprechende Untersuchungen und Behandlungen durchführen;
- die medizinisch-technischen Verrichtungen (z.B. Untersuchungen und Behandlungen mit Spezialgeräten);
- die prophylaktischen Massnahmen;
- die Grund- und Behandlungspflege;
- die Verpflegung;
- die für die Krankenversicherer notwendigen ärztlichen Berichte, Zeugnisse und Verordnungen sowie die für die Behandlung erforderlichen ärztlichen Berichte und Gutachten.

³ Dem Patienten werden auf separater Rechnung folgende Leistungen verrechnet:

- ◆ Nichtpflichtleistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung.

⁴ Bei Verlegungen von einer stationären in die tagesklinische Behandlung und umgekehrt erfolgt jeweils ein Neueintritt bzw. Austritt.

⁵ Urlaubstage sind nicht verrechenbar.

IV. Rechnungsstellung und -bezahlung

Art. 6 Rechnungsstellung und -bezahlung

- 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 Bei längerem Aufenthalt erfolgt die Rechnungsstellung monatlich.
- 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 Absatz 3 aufgeführte Frist still.
- ⁵ In begründeten Fällen hat der Leistungserbringer auf Verlangen des Versicherers unentgeltlich zusätzliche medizinische Unterlagen zuhänden 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 Der Versicherer kann auch nach erfolgter Bezahlung der Rechnung einen Mangel in der Rechnungsstellung gegenüber dem Leistungserbringer geltend machen und die zu Unrecht ausgerichteten Leistungen jederzeit zurückfordern.
- ⁸ Falls ein Patient seinen Versicherer wechselt, erstellt der Leistungserbringer bis spätestens Ende des Folgemonats eine Zwischenabrechnung. Per 31. Dezember erstellt der Leistungserbringer grundsätzlich spätestens bis zum 31. Januar des Folgejahres eine Zwischenabrechnung.
- ⁹ Im Todesfall ist innert 30 Tagen die Endabrechnung zu erstellen.
- ¹⁰ Die Rechnungsstellung erfolgt für Pflichtleistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung. Nichtpflichtleistungen sind dem Versicherten separat in Rechnung zu stellen.

Art. 7 Angaben auf der Rechnung

- ¹ Der Leistungserbringer stellt unter Angabe folgender Informationen Rechnung:
 - a) Allgemeine Daten gemäss Art. 8 Abs. 1 dieses Vertrages
 - b) Bezug auf Eintrittsmeldung und Gesuch um Kostengutsprache
 - c) Behandlungsgrund
 - d) Eintrittsdatum
 - e) Vollständige Rechnungsnummer des Leistungserbringers für den betreffenden Versicherten inklusive Rechnungsdatum
 - f) Angaben zum überweisenden bzw. verordnenden Arzt (ZSR-Nummer und GLN)
 - g) Diagnose im Klartext, ICD-10 oder WHO-Code
 - h) Behandlungsperiode (von... bis...) und Anzahl Pflage tage
 - i) Tarif, Tarifposition, Bezeichnung der Leistung, Betrag der Leistung
 - j) Gesamtbetrag

² Die im Vertrag definierten Leistungen sind ausschliesslich mit dem Tarifcode 003 Tarmedpauschalen gemäss dem Forum Datenaustausch abzurechnen. Andere Tarifcodes dürfen für die Rechnungsstellung nicht verwendet werden

Art. 8 Datenaustausch

¹ Auf allen Korrespondenzen zwischen dem Leistungserbringer und dem jeweiligen Versicherer sind anzugeben:

- a) Name, ZSR-Nummer und GLN des Leistungserbringers
- b) Name und GLN des Versicherers
- c) Angaben zum Versicherten:
 - Versichertennummer
 - Versichertenkartennummer
 - Name
 - Vorname
 - Wohnadresse
 - zivilrechtlicher Wohnkanton
 - Geburtsdatum
 - Geschlecht
- d) Falldatum
- e) Fallnummer
- f) Patientenummer
- 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. 9 Aufklärungspflicht

¹ Der Leistungserbringer anerkennt, dass ihm von Gesetzes wegen eine besondere Aufklärungspflicht gegenüber seinen Patienten in Bezug auf die Leistungen der obligatorischen 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 Art. 36 KVV im Falle von Prämien- und Kostenbeteiligungsansprüchen.

V. Kosten- und Leistungstransparenz

Art. 10 Kosten- und Leistungstransparenz im Rahmen der Tarifverhandlungen

¹ 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) gültig in der Schweiz, ist auch für Liechtenstein anzuwenden.

- b) Der Leistungserbringer stellt dem LKV die benötigten Angaben jährlich bis zum 1. Mai des Folgejahres zu.
- c) Liefert der Leistungserbringer seine Betriebsrechnung gemäss ITAR-K Modell von H+, gilt folgendes:
- ITAR-K wird als Kostenausweis anerkannt, nicht jedoch als Tarifierungsmodell
 - Der Leistungserbringer stellt dem LKV den Gesamtausweis ITAR-K auf Ebene Gesamtunternehmung und den Kostenträgerausweis nach REKOLE zur Verfügung. Der LKV hat das Recht, weitere Informationen einzufordern.
 - Bereitstellung der Informationen zu den Leistungsdaten (bspw. Anzahl Fälle, Pflegetage sowie weitere Leistungskennzahlen) und tarifrelevanten Informationen in der notwendigen Detaillierung.

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

VI. Wirtschaftlichkeit und Qualitätssicherung

Art. 11 Wirtschaftlichkeit / Qualitätssicherung

¹ Bei sämtlichen erbrachten Leistungen sowie auch beim Einsatz von Medikamenten und von Mitteln und Gegenständen beachtet der Leistungserbringer das Wirtschaftlichkeitsgebot gemäss Art. 19 KVG.

² Der Leistungserbringer verpflichtet sich zu Massnahmen der Qualitätssicherung und -kontrolle. Die Massnahmen der Qualitätssicherung und -kontrolle können in einer separaten Vereinbarung geregelt werden.

³ Der Leistungserbringer stellt zuhanden des LKV die für die Tarifberechnungen notwendigen Daten zur Verfügung (analog Art. 9 VKL der Schweiz).

Art. 12 Reporting

Der Leistungserbringer verpflichtet sich, jeweils bis spätestens 1. Mai des Folgejahres folgende Reportingdaten an den LKV zu liefern:

- ◆ Total Anzahl Austritte
- ◆ Total Anzahl Aufenthaltstage

VII. Formelles

Art. 13 Dauer und Inkrafttreten

Dieser Vertrag ist auf unbestimmte Zeit abgeschlossen. Er tritt – unter Vorbehalt der Genehmigung durch die Regierung des Fürstentums Liechtenstein – am 01.01.2018 in Kraft.

Art. 14 Kündigung

¹ Dieser Vertrag ist kündbar mit einer Kündigungsfrist von 6 Monaten jeweils per Ende Jahr, erstmals per 31.12.2019.

Art. 15 Schlichtung

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

² Die Anrufung eines Schiedsgerichts gemäss Art. 28 KVG steht den Leistungserbringern und den Versicherern offen.

Art. 16 Vertragsgenehmigung

Das Genehmigungsverfahren gemäss Art. 16 Abs. 5 KVG wird durch den LKV nach erfolgter Unterzeichnung des Vertrages eingeleitet.

Art. 17 Schlussbestimmungen

Dieser Vertrag wird in 4-facher Ausführung ausgefertigt und unterzeichnet. Je ein Vertrags-exemplar ist für die Leistungserbringer, ein Exemplar für den LKV und ein Exemplar für die Regierung des Fürstentums Liechtenstein als Genehmigungsbehörde bestimmt.

Schaan, den 18. Juni 2018

Psychiatrische Dienste Kanton St.Gallen



Christoph Eicher
CEO



Alexander Dort
Leiter Finanzen und Personal

Schaan, den 18. Juni 2018

Namens der anerkannten Krankenkassen im Fürstentum Liechtenstein, sowie – in Bezug auf jene Regelungen, welche Rechte oder Pflichten des LKV definieren – für sich selber:

LKV Liechtensteinischer Krankenkassenverband



Dr. Donat P. Marxer
Präsident



Thomas A. Hasler
Geschäftsführer