Kantonsspital Graubünden

Liechtensteinischer Krankenkassenverband LKV

Tarifvertrag

vom 25.11.2022

betreffend die

Leistungsabgeltung nach SwissDRG für akut-stationäre Behandlungen

gemäss dem Krankenversicherungsgesetz (KVG)

zwischen dem

Spital Walenstadt
Spitalstrasse 5
8880 Walenstadt
ZSR-Nr. R593017 / GLN 7601001608948

nachfolgend: **Leistungserbringer**

und dem

nachfolgend: **Versicherer**

Liechtensteinischen Krankenkassenverband (LKV)
Wuhrstrasse 13
9490 Vaduz

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, Vaduz, 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. 8 Abs. 1 vereinbarte Baserate auch für die neue SwissDRG-Version.

II. Datenaustausch

Art. 5 Digitaler Datenaustausch: Grundsatz

Der Leistungserbringer und die Versicherer vereinbaren, alle Informationen zum Behandlungsfall wie folgt digital auszutauschen:

- Die Übermittlung der Rechnungen erfolgt mit dem jeweils aktuell geltenden XML Standard gemäss dem Forum Datenaustausch.
- Die Übermittlung aller übrigen Daten erfolgt über das bidirektionale Meldesystem SHIP gemäss den verfügbaren eCH-Standards der Fachgruppe „Administration Gesundheitswesen".
- Wo die Übermittlung der Daten mit SHIP noch nicht möglich ist, erfolgt diese mit dem jeweils aktuell geltenden XML Standard des Forums Datenaustausch.

Art. 6 Ergänzende Bestimmungen zur Rechnungsstellung

Folgende, gemäss Forum Datenaustausch als optional definierte Elemente / Attribute müssen für die Rechnungsstellung vom Leistungserbringer zusätzlich deklariert werden:

- Angaben zum Patienten
  - Sozialversicherungsnummer
  - Versichertennummer
  - Versichertenkartennummer

- Angaben zur versicherten Person, wenn diese nicht mit dem Patienten identisch ist (z.B. bei gesunden Säuglingen oder Lebend-Spender-Leistungen)
  - Sozialversicherungsnummer (z.B. der Mutter oder des Organempfängers)
  - Versichertennummer (z.B. der Mutter oder des Organempfängers)
  - Versichertenkartennummer (z.B. der Mutter oder des Organempfängers)

- Fallspezifische Angaben
  - Fallnummer (ACID)
  - Patientennummer (APID)
  - Name und Adresse des überweisenden Arztes inkl. ZSR-Nr. und GLN
  - Eintrittsdiagnose im Klartext, ICD-10 oder WHO-Code
  - Leistungsstelle (Austrittsabteilung)
  - ausführender Leistungserbringer (provider_id)
  - verantwortlicher Leistungserbringer (responsible_id)

Art. 7 Nicht digitaler Datenaustausch (ohne SHIP)

Leistungserbringer und Kostenträger, welche noch nicht in der Lage sind, Behandlungsfalldaten mit SHIP eCH-konform auszutauschen, regeln den Austausch wie folgt:

Art. 7.1 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. 7.2 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] Es ist keine Rückmeldung des Versicherers auf die Eintrittsmeldung erforderlich.

[4] Mit der Eintrittsmeldung hat der Leistungserbringer dem Versicherer mindestens die folgenden Angaben zu liefern:

a) Name, ZSR-Nummer und GLN des Leistungserbringers
b) Name und GLN des Versicherers
c) Angaben zum Versicherten:
   - Versichertennummer
   - Versichertenkartennummer
   - Sozialversicherungsnummer
   - Name
   - Vorname
   - Wohnadresse
   - Geburtsdatum
   - Geschlecht
d) Falldatum
e) Fallnummer (ACID)
f) Patientennummer (APID)
g) Angaben über Auftraggeber Hausarzt (ZSR-Nummer und GLN), falls bekannt
h) Geplantes respektive effektives Eintrittsdatum
i) Eintrittsdiagnose

[5] Die vorliegenden Regelungen finden nur dann Anwendung, wenn der einzelne Versicherer mit dem Leistungserbringer diesbezüglich keine abweichende individuelle Vereinbarung getroffen hat und wenn die Datenübermittlung nicht digital mit SHIP gemäss eCH-Standard erfolgt.

III. Tarif

Art. 8 SwissDRG-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 SwissDRG-Baserate und den Zusatzentgelten gemäss Fallpauschalenkatalog von SwissDRG AG 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, sowie Verlegungstransporte gemäss Regeln und Definitionen zur Fallabrechnung unter SwissDRG und TARPSY.
[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] Die Rechnungsstellung des Leistungserbringers an den Versicherer erfolgt innert 30 Tagen nach Abschluss der stationären Behandlung.

[3] 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 01.01.2013) festgelegt worden sind.

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

[5] Sind im Zeitpunkt der Rechnungsstellung zur Ermittlung des Leistungsumfangs zusätzliche Abklärungen notwendig (z.B. Einforderung zusätzlicher Unterlagen), steht die in Abs. 4 aufgeführte Frist still.

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

[7] 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.

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

[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 jederzeit zurückfordern.

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

V. Qualitätssicherung und Kodierrevision

Art. 12 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 KVG, insbesondere bei der Diagnosestellung, den Behandlungen, der Pflege, der Verordnung von Massnahmen sowie dem Einsatz von Medikamenten und von Mitteln und Gegenständen.

Art. 13 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. Der Revisor wird gemeinsam von den Vertragsparteien bestimmt. Der Leistungserbringer hat ein Vorschlagsrecht.

[4] Der Revisionsbericht zur Kodierung wird durch den Leistungserbringer bis 1 Monat nach Vorliegen des Revisionsberichtes 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. 14 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 (Vollversion). Der Krankenversicherer hat das Recht, weitere Informationen 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) in der notwendigen Detaillierung, inklusive der Katalogeffekte bei Wechsel der Tarifstruktur-Version.

Art. 15 Leistungsstatistik

[1] Das Kantonsspital Graubünden 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. 16 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.

VII. Formelles

Art. 17 Dauer und Inkrafttreten

Dieser Vertrag ist auf unbestimmte Zeit abgeschlossen. Er tritt – unter Vorbehalt der Genehmigung durch die zuständige Behörde am 01. Januar 2023 in Kraft.

Art. 18 Kündigung

Dieser Vertrag ist kündbar mit einer Kündigungsfrist von 6 Monaten jeweils per Ende Jahr, erstmals per 31.12.2023.

Art. 19 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. 20 Vertragsgenehmigung

[1] 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.
[2] Die Parteien dieses Tarifvertrags machen vorliegenden Vertragsabschluss von der umfassenden Genehmigung des Tarifvertrags inklusive der Einigung über die geltende Vertragsdauer durch die zuständige Behörde abhängig.

Art. 21 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, den 20.11.2022

Kantonsspital Graubünden – Standort Walenstadt

[redacted]

CEO/
Vorsitzender der Geschäftsleitung

[redacted]

Bereichsleiter
Patientenadministration/ Kodierung

Vaduz, 22.12.2022

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