Landesspital
Liechtenstein

Liechtensteinischer
Krankenkassenverband
LKV

Tarifvertrag

24.04.2024

betreffend der

Abgeltung von ambulanten Leistungen gemäss der Tarifstruktur TARMED

gemäss dem Krankenversicherungsgesetz (KVG; LR 832.10)

zwischen dem

Liechtensteinisches Landesspital (LLS)
Heiligkreuz 25
9490 Vaduz
ZSR-Nr. M703027

nachfolgend: **Leistungserbringer**

und dem

Liechtensteinischen Krankenkassenverband (LKV)
Wuhrstrasse 13
9490 Vaduz

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) 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 und örtlicher 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] Dieser Vertrag gilt für alle ambulanten Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung gemäss KVG, die in der Tarifstruktur TARMED tarifiert sind und durch den Leistungserbringer erbracht werden.

[3] Ärzte, die beim Leistungserbringer (Spital) ambulante Leistungen in eigenem Namen, auf eigene Verantwortung und auf eigene Rechnung mit einer eigenen ZSR-Nummer erbringen, sind in Bezug auf diese Leistungen diesem Vertrag nicht unterstellt. Für alle anderen durch den Leistungserbringer (Spital) erbrachten ambulanten ärztlichen Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung gemäss KVG stellt der Leistungserbringer (Spital) gemäss diesem Vertrag Rechnung.

[4] Leistungen, welche im Rahmen des KVG nach ambulanten (Pauschal-)Tarifverträgen abgerechnet werden, sind von diesem Vertrag ebenfalls nicht erfasst.

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 Struktur

[1] Die Vergütung der Leistung erfolgt auf der Basis der vom Schweizerischen Bundesrat verordneten oder genehmigten Tarifstruktur TARMED.

[2] Setzt der Schweizerische Bundesrat eine modifizierte Version einer verordneten oder genehmigten Struktur in Kraft (Teilrevision), so tangiert dies die Gültigkeit dieses Tarifvertrages nicht, namentlich gilt der in Art. 5 vereinbarte Taxpunktwert auch für die neue Strukturversion.

II. Tarif

Art. 5 Leistungsumfang und Vergütung

Die Vertragsparteien vereinbaren einen provisorischen Taxpunktwert von CHF 0.83. Der Taxpunktwert wird bei definitiver Festsetzung des Taxpunktwertes für die Spitäler von St. Gallen / Grabs entsprechend angepasst.

Bei Anhebung des Taxpunktwertes erfolgt eine pauschale Rückabwicklung ab 01.01.2024, sofern die Anhebung im Jahr 2024 erfolgt. Erfolgt die Anhebung zu einem späteren Zeitpunkt, dann stets auf den 01.01. des aktuellen Jahres. Wird der Einführungszeitpunkt in der Schweiz auf einen späteren Zeitpunkt als der 01.01. des aktuellen Jahres terminiert, so gilt dieser.

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

[3] Sind im Zeitpunkt der Rechnungsstellung zur Ermittlung des Leistungsumfangs zusätzliche Abklärungen notwendig (z.B. Einforderung zusätzlicher Unterlagen), steht die in Absatz 2 aufgeführte Frist still.

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

[5] 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.

[6] 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.

[7] Falls ein Patient seinen Versicherer wechselt, erstellt der Leistungserbringer, sobald der Wechsel bekannt ist, eine Zwischenabrechnung. Per 31. Dezember erstellt der Leistungserbringer grundsätzlich spätestens bis zum 31. Januar des Folgejahres eine Zwischenabrechnung.

[8] Im Todesfall ist die Endabrechnung sobald bekannt zu erstellen.

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

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

Art. 7 Angaben auf der Rechnung

a) Allgemeine Daten gemäss Art. 8 Abs. 1
b) Vollständige Rechnungsnummer des Leistungserbringers für den betreffenden Versicherten inklusive Rechnungsdatum
c) Angabe, ob Krankheit, Unfall oder anderes (Prävention, Invalidität, Militär, Mutterschaft)
d) Diagnose im Klartext, ICD-10 oder WHO-Code
e) Allgemeine Informationen zur Behandlung (Kalendarium, Ort der Leistungserbringung)
f) Angaben zum überweisenden bzw. verordnenden Arzt (ZSR-Nr. und GLN)
g) Tariftyp, Tarifposition, Bezeichnung der Leistung, TP, TPW, Betrag der Leistung
h) Gesamtbetrag

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
   - Sozialversicherungsnummer / IDN
   - Name
   - Vorname
   - Wohnadresse
   - zivilrechtlicher Wohnkanton
   - Geburtsdatum
   - Geschlecht
d) Falldatum
e) Fallnummer (ACID)
f) Patientennummer (APID)
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.

[3] Sobald der SHIP-Standard für den jeweiligen benötigten Datenaustausch via eCH offizialisiert ist und die erforderlichen Prozesse unterstützt werden, ist dieser anzuwenden.

Art. 9 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.

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

IV. 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) aus der Schweiz ist 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:
   a. ITAR-K wird als Kostenausweis anerkannt, nicht jedoch als Tarifierungsmodell
   b. Der Leistungserbringer stellt dem LKV den Gesamtausweis ITAR-K auf Ebene Gesamtunternehmung (Vollversion) und den Kostenträgerausweis nach REKOLE unter Offenlegung sämtlicher Kostenträger für den ambulanten Bereich, insbesondere für den in diesem Vertrag geregelten Tarif, zur Verfügung. der LKV hat das Recht, weitere Informationen einzufordern.
   c. 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.

Art. 11 Leistungsstatistik

[1] Das Landesspital Liechtenstein stellt jährlich folgende Daten über die 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) ICD-10 Code
n) Fallart

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

V. Formelles

Art. 12 Dauer und Inkrafttreten

Dieser Vertrag ist auf unbestimmte Zeit abgeschlossen. Er tritt – unter Vorbehalt der Genehmigung durch die zuständige Behörde am 01. Januar 2024 in Kraft.

Art. 13 Kündigung

Dieser Vertrag ist kündbar mit einer Kündigungsfrist von 3 Monaten jeweils per Ende Jahr, erstmals per 31.12.2024.

Art. 14 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. 15 Vertragsgenehmigung

[1] Das Genehmigungsverfahren gemäss Art. 16c Abs. 7 KVG i.V.m. Art. 73a KVV 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. 16 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.

Vaduz, 6. Mai 2024

Liechtensteinisches Landesspital LLS

[redacted]

Patrik Oehri
Präsident des Stiftungsrats

[redacted]

Sandra Copeland
Spitaldirektorin

Vaduz, 6. Mai 2024

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]

Angela-Livia Amann, lic.utr.iur.
Geschäftsführerin