

Tarifvertrag

vom 10.06.2024

betreffend

**Vergütung von Leistungen für ambulante Spitalbehandlungen
(Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Ernährungsberatung,
Diabetesberatung, Hebammen, zahnärztliche Behandlungen und
nichtärztliche Beratungs- und Pflegeleistungen)**

gemäss dem Gesetz über die Krankenversicherung (KVG), LR 832.10

zwischen

Universitätsspital Zürich

Rämistrasse 100

8091 Zürich

ZSR-Nr. E7343.01

und

Liechtensteinischer Krankenkassenverband (LKV)

Wuhrstrasse 13

9490 Vaduz

nachfolgend: **Leistungserbringer**

nachfolgend: **Versicherer / LKV**

Leistungserbringer und Versicherer zusammen als **Vertragsparteien** bezeichnet.

9

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 der zugelassenen Krankenversicherer obligatorisch gemäss Art. 7 KVG versichert sind, oder gemäss internationalen Abkommen Anspruch auf eine Vergütung gemäss KVG haben;
- d) den 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 bei einem zugelassenen Krankenversicherer nach dem Gesetz über die Krankenversicherung (KVG) versichert sind.

² Dieser Vertrag ist anwendbar für die folgenden ambulanten Leistungen gemäss KVG:

- a) Physiotherapie
- b) Ergotherapie
- c) Logopädie
- d) Ernährungsberatung
- e) Diabetesberatung
- f) Leistungen von Hebammen
- g) Nichtärztliche Beratungs- und Pflegeleistungen (*soweit nicht in TARMED tarifiert*)
- h) Zahnärztliche Behandlungen

³ Dieser Vertrag gilt für alle Leistungen gemäss Abs. 2, die von dem Leistungserbringer im Kanton Zürich erbracht werden.

Art. 3 Leistungsvoraussetzungen

¹ Vergütungen werden von den Versicherern dann erbracht, wenn der Leistungserbringer die rechtlichen Voraussetzungen eines Spitals an seinem Schweizer Standort erfüllt und zugelassen ist.

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

Art. 4 Anwendbare Struktur

¹ Die Vergütung der Leistung erfolgt jeweils auf Basis der sachlich anwendbaren, vom Schweizerischen Bundesrat genehmigten bzw. verordneten Tarifstruktur.

² Genehmigt oder verordnet der Schweizerische Bundesrat eine teilrevidierte Tarifstrukturversion und setzt diese in Kraft, so tangiert dies die Gültigkeit dieses Tarifvertrages nicht, namentlich gilt der in Art. 7 vereinbarte Taxpunktwert auch für den neuen, revidierten Tarifstrukturvertrag.

³ Der Beitritt des Leistungserbringers zu den jeweils geltenden Tarifstrukturverträgen ist Voraussetzung für die Gültigkeit dieses Vertrages, soweit ein solcher Beitritt möglich ist.

II. Ärztliche Verordnung

Art. 5 Ärztliche Verordnung

¹ Die jeweils ausführenden Therapeuten erbringen Leistungen gemäss ärztlicher Verordnung.

² Hebammen benötigen mit Ausnahme der in Art. 16 KLV der Schweiz aufgeführten besonderen Fälle für ihre Leistungen keine ärztliche Verordnung.

Art. 6 Verordnungsformalitäten

¹ Die ärztliche Verordnung hat ausschliesslich mit dem jeweils für den entsprechenden Leistungsbereich gesamtschweizerisch geltenden Verordnungsformular zu erfolgen.

² In folgenden Fällen ist das Verordnungsformular nach Abschluss der Behandlungsserie zusammen mit der Rechnung dem Versicherer zuzustellen:

- a) 9 oder weniger Sitzungen für Physiotherapie
- b) 9 oder weniger Sitzungen für Ergotherapie
- c) 12 oder weniger Sitzungen für Logopädie
- d) 6 oder weniger Sitzungen für Ernährungsberatung
- e) 10 oder weniger Sitzungen für Diabetesberatung

³ Sind Folgebehandlungen von

- a) mehr als 9 Sitzungen für Physiotherapie
- b) mehr als 9 Sitzungen für Ergotherapie
- c) mehr als 12 Sitzungen für Logopädie
- d) mehr als 6 Sitzungen für Ernährungsberatung

ausgewiesen, ist das Verordnungsformular für diese Behandlungen sofort dem zuständigen Krankenversicherer zuzustellen. Die Zustimmung für die weiteren Sitzungen gilt als erteilt, wenn der Krankenversicherer nicht innert 10 Arbeitstagen nach Erhalt des Verordnungsformulars beim Leistungserbringer Einspruch erhebt.

⁴ Soll die Behandlung nach

- a) 36 Sitzungen für Physiotherapie
- b) 36 Sitzungen für Ergotherapie
- c) 60 einstündigen Sitzungen innert einem Jahr für Logopädie

d) 12 Sitzungen für Ernährungsberatung

e) 10 Sitzungen für Diabetesberatung

zu Lasten der Krankenversicherung fortgesetzt werden, so muss der behandelnde Arzt einen begründeten Vorschlag über die Fortsetzung der Therapie an den Vertrauensarzt richten. Der Vertrauensarzt schlägt dem Krankenversicherer vor, ob und in welchem Umfang die Therapie zu Lasten der Krankenversicherung fortgesetzt werden soll.

III. Taxpunktwerte

Art. 7 Taxpunktwerte

Der Leistungserbringer verrechnet den Versicherern für die in diesem Vertrag erwähnten und in den entsprechenden Rahmen- resp. Tarifstrukturverträgen geregelten Leistungen folgende Taxpunktwerte:

a) Physiotherapie	CHF 1.08
b) Ergotherapie	CHF 1.08
c) Logopädie	CHF 1.10
d) Ernährungsberatung	CHF 1.00
e) Diabetesberatung	CHF 1.00
f) Leistungen von Hebammen	CHF 1.25
g) Nichtärztl. Stomaberatung und -behandlung	TPW TARMED
h) Zahnärztliche Leistungen	CHF 3.10

IV. Rechnungsstellung und -bezahlung

Art. 8 Rechnungsstellung und Vergütung

¹ Schuldner der Vergütung der vorliegend vereinbarten Leistungen im Rahmen des KVG ist grundsätzlich 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 Krankenversicherers unentgeltlich zusätzliche medizinische Unterlagen zuhanden des Vertrauensarztes zuzustellen, welche für die Rechnungskontrolle erforderlich sind.

⁵ Der Krankenversicherer begründet Beanstandungen. Die Zahlungsfrist steht für den beanstandeten Teil der Rechnung still. Der nicht beanstandete Anteil wird auf neue Rechnung hin durch den Krankenversicherer beglichen.

⁶ Der Krankenversicherer kann auch nach erfolgter Bezahlung der Rechnung einen Mangel in der Rechnungsstellung gegenüber dem Leistungserbringer geltend machen und die zu Unrecht ausgerichteten Leistungen gemäss den anwendbaren gesetzlichen Bestimmungen zurückfordern.

⁷ Falls ein Patient seinen Versicherer wechselt, erstellt der Leistungserbringer bis spätestens Ende des Folgemonats der Kenntnisnahme eine Zwischenabrechnung. Per 31. Dezember erstellt der Leistungserbringer grundsätzlich spätestens bis zum 31. Januar des Folgejahres eine Zwischenabrechnung.

⁸ Im Todesfall ist innert 30 Tagen ab Kenntnisnahme die Endabrechnung zu erstellen.

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

Art. 9 Angaben auf der Rechnung

Der Leistungserbringer stellt unter Angabe folgender Informationen Rechnung:

- a) Allgemeine Daten gemäss Art. 10 Abs. 1 dieses Vertrages bzw. gemäss Pflicht-Attributen des geltenden XML-Rechnungsstandards
- b) Angabe, ob Krankheit, Unfall oder anderes (Prävention, Invalidität, Militär, Mutterschaft)
- c) Vollständige Rechnungsnummer des Leistungserbringers für den betreffenden Versicherten inklusive Rechnungsdatum
- e) Diagnose gemäss den geltenden gesetzlichen Bestimmungen
- f) Allgemeine Informationen zur Behandlung (Kalendarium, Kanton der Leistungserbringung)
- g) Tariftyp, Tarifposition, Bezeichnung der Leistung, TP, TPW, Betrag der Leistung, Anzahl, Gesamtbetrag

Art. 10 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 (AHV-Nummer)
 - Name
 - Vorname
 - Wohnadresse
 - Geburtsdatum
 - Geschlecht
- d) Fallnummer (ACID)

e) Patientennummer (APID)

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 offiziell ist und die erforderlichen Prozesse unterstützt werden, ist dieser anzuwenden.

V. Kosten- und Leistungstransparenz

Art. 11 Kosten- und Leistungstransparenz im Rahmen der Tarifverhandlungen

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:
 - Der Leistungserbringer stellt dem LKV den Versichererausweis ITAR-K auf Ebene Gesamtunternehmung (Kostenträgerausweis nach REKOLE) unter Offenlegung der Kostenträger für den ambulanten Bereich, insbesondere für den in diesem Vertrag geregelten Tarif, zur Verfügung. Der LKV hat das Recht, weitere Informationen einzufordern, gemäss nachfolgender Aufzählung
 - Bereitstellung der Informationen zu den Leistungsdaten (bspw. Anzahl Fälle, Pflegetage sowie weitere Leistungskennzahlen) und tarifrelevanten Informationen in der notwendigen Detaillierung.

Art. 12 Leistungsstatistik

¹ Das Universitätsspital Zürich (USZ) 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) DRG-Code
- n) ICD-10 Code
- o) CHOP-Kode
- p) Fallart
- q) Zuweisung
- r) Entlassung

² Das Universitätsspital Zürich (USZ) stellt dem Amt für Gesundheit auf Nachfrage auch weitere Daten zur Leistungserbringung für Patienten aus dem Fürstentum Liechtenstein zur Verfügung.

VI. Wirtschaftlichkeit und Qualitätssicherung

Art. 13 Wirtschaftlichkeit / Qualitätssicherung

¹ Bei der Diagnose und den Behandlungen, der Verordnung von Massnahmen sowie dem Einsatz von Mitteln und Gegenständen und Medikamenten, beachtet der Leistungserbringer das Wirtschaftlichkeitsgebot gemäss Art. 19 KVG.

² Der Leistungserbringer verpflichtet sich, an Massnahmen der Qualitätssicherung und -kontrolle seiner Leistungen gemäss aktuell geltender Vereinbarung im Sinne von Art. 19a KVG teilzunehmen.

VII. Formelles

Art 14 Dauer und Inkrafttreten

¹ Dieser Vertrag ist auf unbestimmte Zeit abgeschlossen. Er tritt – unter Vorbehalt der Genehmigung durch die zuständige Behörde – rückwirkend am 01.01.2023 in Kraft.

² Der Vertrag fällt ohne Kündigung der Parteien auf den Zeitpunkt automatisch dahin, in dem der Leistungserbringer an seinem Schweizer Standort nicht mehr als Leistungserbringer zugelassen und geführt wird. Dies gilt auch dann, wenn der Leistungserbringer gegen den Entscheid des Standortkantons ein Rechtsmittel ergriffen hat, dem die aufschiebende Wirkung entzogen worden ist.

Art. 15 Kündigung

Dieser Vertrag ist kündbar mit einer Kündigungsfrist von 6 Monaten jeweils per Ende Jahr, erstmals per 31.12.2024.

Art. 16 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 Krankenversicherern offen.

Art. 17 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 Krankenversicherer tragen allfällige Gebühren je hälftig.

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

Art. 18 Schlussbestimmungen

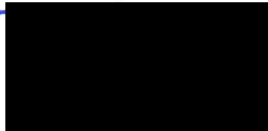
Dieser Vertrag wird in 3-facher Ausführung ausgefertigt und unterzeichnet. Ein Vertrags-exemplar ist für den Leistungserbringer, ein Exemplar für den LKV und ein Exemplar für die Genehmigungsbehörde bestimmt.

Zürich, ... 06/08/24

Universitätsspital Zürich



Dr. Monika Jänicke
Vorsitzende der Spitaldirektion/CEO



Remo Inglin
Direktor Finanzen

Vaduz, ... 17.6.2024

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

Liechtensteinischer Krankenkassenverband



Dr. Donat P. Marxer
Präsident



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