

Rahmenvertrag

zwischen

**den Versicherern gemäss Bundesgesetz
über die Unfallversicherung,
vertreten durch
die Medizinaltarif-Kommission UVG (MTK),**

dem Bundesamt für Militärversicherung (BAMV),

**der Invalidenversicherung (IV),
vertreten durch
das Bundesamt für Sozialversicherung**

nachfolgend **Versicherer** genannt

und

H+ Die Spitäler der Schweiz

nachfolgend **H+** genannt

Art. 1 Ingress

¹ Die Versicherer und die Spitäler haben im Rahmen der Gesamtrevision des Spitalleistungskataloges (SLK) eine gesamtschweizerisch einheitliche Tarifstruktur TARMED erarbeitet, welche die Tarifstruktur des Spitalleistungskataloges (SLK) ersetzt.

² Der vorliegende Vertrag bezweckt die Einführung und Anwendung der Tarifstruktur TARMED und eine einheitliche Abwicklung der Vergütung der Spitäler durch die Versicherer.

³ Als integrierende Bestandteile des Vertrages gelten:

- a) Die von den Vertragsparteien vereinbarte Tarifstruktur TARMED, Version 1.1r vom 19.11.2002
- b) Vereinbarung betreffend den Taxpunktwert
- c) Vereinbarung betreffend die Fallkosten-Stabilisierung
- d) Vereinbarung betreffend die Anerkennung von Sparten
- e) Vereinbarung betreffend die Anerkennung von Dignitäten
- f) Vereinbarung über die Beiträge von Nichtmitgliedern
- g) Vereinbarung betreffend die Angabe von Diagnose und Diagnosecodes
- h) Vereinbarung betreffend die Paritätische Vertrauens-Kommission TARMED (PVK)
- i) Vereinbarung betreffend Sanktionen
- j) Vereinbarung betreffend den elektronischen Datentransfer

⁴ Dieser Vertrag und die dazugehörigen Vereinbarungen regeln die Beziehungen zwischen den Vertragsparteien und ersetzen sämtliche früheren Verträge und deren Anhänge.

Art. 2 Geltungsbereich

¹ Dieser Vertrag regelt die Abgeltung von Leistungen gemäss TARMED gestützt auf Artikel 56 Abs. 1 UVG und die UVV, Artikel 26 Abs. 1 MVG und die MVV sowie Artikel 27 Abs. 1 IVG und die IVV im ambulanten und im stationären Bereich eines Spitals, sofern mit Einzelleistungen abgerechnet wird.

² Dieser Vertrag gilt für alle Spitäler, die über eine Betriebsbewilligung nach kantonalem Recht verfügen, die die gesetzlichen Voraussetzungen gemäss Artikel 53 UVG, Artikel 22 MVG und Art. 26^{bis} IVG erfüllen und die diesem Vertrag beigetreten sind.

³ Dieser Vertrag gilt für alle Personen, die im Rahmen des UVG, des MVG oder des IVG versichert sind oder im Rahmen allfälliger internationaler Abkommen Anspruch auf eine Vergütung nach diesem Tarif haben.

⁴ Als ambulant gelten diagnostische und therapeutische Massnahmen während maximal 24 Stunden.

⁵ Dieser Vertrag gilt auf dem Gebiet der ganzen Schweiz.

⁶ Soweit in diesem Vertrag eine Materie nicht abschliessend geregelt wird, können H+ und die Versicherer ergänzende Bestimmungen vereinbaren.

Art. 3 Beitritt zum Vertrag

- ¹ Jedes Spital kann diesem Vertrag mittels einer schriftlichen Erklärung an H+ beitreten, sofern es die Voraussetzungen gemäss Art. 2 Abs. 2 erfüllt.
- ² H+ führt eine Liste der beigetretenen Spitäler (Mitglieder und Nichtmitglieder von H+).
- ³ H+ stellt den Versicherern die Liste der beigetretenen Spitäler zu und orientiert sie quartalsweise über Mutationen.

Art. 4 Rücktritt vom Vertrag

Ein Spital kann unter Einhaltung einer Frist von sechs Monaten jeweils auf den 30.6. bzw. 31.12. von diesem Vertrag zurücktreten. Die Rücktrittserklärung ist schriftlich bei H+ einzureichen.

Art. 5 Nichtmitglieder von H+

- ¹ Spitäler, die nicht H+ angehören, aber die Zulassungsvoraussetzungen nach Art. 2 Abs. 2 erfüllen, können dem Vertrag beitreten. Der Beitritt schliesst die volle Anerkennung des Vertrags und der dazugehörigen Vereinbarungen ein.
- ² Nichtmitglieder haben eine Beitrittsgebühr und einen jährlichen Unkostenbeitrag zu entrichten. Die Modalitäten werden in der Vereinbarung über den Beitrag von Nichtmitgliedern zu diesem Vertrag geregelt.
- ³ Dieser Vertrag gilt nach Bezahlung der Beitrittsgebühr. Die Zugehörigkeit zu diesem Vertrag entfällt, wenn der jährliche Unkostenbeitrag innerhalb von 30 Tagen nach Erhalt der zweiten Mahnung nicht bezahlt wird.
- ⁴ Die nicht H+ angehörenden Spitäler können unter Einhaltung einer Frist von sechs Monaten jeweils auf den 30.6. bzw. 31.12. vom Vertrag zurücktreten. Die Rücktrittserklärung ist schriftlich bei H+ einzureichen.
- ⁵ H+ führt jeweils auf der Liste ihrer Mitglieder die Nichtmitglieder, die dem Vertrag beigetreten sind, gesondert auf.
- ⁶ H+ orientiert die Versicherer quartalsweise über Mutationen.

Art. 6 Pflichten der Versicherer

- ¹ Die Versicherer verpflichten sich, soweit es die gesetzlichen Bestimmungen zulassen, ihre Patienten nur den dem Vertrag beigetretenen Spitälern in Behandlung zu geben.
- ² Die Versicherer verpflichten sich, in der Schweiz zugelassenen Spitälern, soweit diese nicht den Beitritt zum Vertrag erklären, keine vom vorliegenden Tarifvertrag abweichenden Bedingungen einzuräumen.

Art. 7 Dignitäten und Anerkennung ausgewählter Sparten

- ¹ Die Vertragsparteien definieren in separaten Vereinbarungen die Kriterien für die Anerkennung von Sparten und Dignitäten im Spital.
- ² Alle diesem Vertrag unterstellten Spitäler (Mitglieder und Nichtmitglieder von H+) müssen die gemeinsam zwischen den Vertragsparteien definierten Anerkennungs- und Dignitätskriterien erfüllen. Die Einhaltung der Kriterien bestimmt über die Abrechnungsberechtigung der Spitäler.
- ³ Zur Identifikation eines Leistungserbringers in Bezug auf seine Dignitäten und die Anerkennung seiner Sparten wird die EAN-Nummer verwendet.
- ⁴ Massgebend für die Abrechnungsberechtigung der Spitäler bzw. deren Aerzte in Bezug auf die Dignitäten sind die Dignitätsdatenbank der FMH und das Umsetzungskonzept für die Spitäler.
- ⁵ H+ führt die überprüften Daten für die Anerkennung der Sparten pro Spital zusammen und übermittelt den Versicherern die gültige Datenbank quartalsweise. Für die Aufnahme in die Datenbank und die Mutationen erhebt H+ eine Gebühr bei den Spitalern, die dem Vertrag beigetreten sind.
- ⁶ Die PVK prüft jährlich oder nach Bedarf die Einhaltung der Vereinbarung betreffend die Anerkennung von Sparten und der Vereinbarung betreffend die Anerkennung von Dignitäten.

Art. 8 Sanktionen bei Vertragsverletzung

Die Sanktionen bei Vertragsverletzungen sind in der Vereinbarung betreffend Sanktionen geregelt.

Art. 9 Rechnungsstellung und Vergütung

- ¹ Schuldner der Vergütung der nach TARMED verrechneten Leistungen ist der zuständige Versicherer (Tiers payant).
- ² Der Taxpunktwert wird auf gesamtschweizerischer Ebene in einer separaten Vereinbarung festgelegt.
- ³ Das Spital stellt nach Abschluss der Behandlung Rechnung. Die Rechnung muss mindestens folgende Angaben enthalten:
 - a) Name und Adresse des Spitals und die EAN - Nr.
 - b) Name, Adresse, Geburtsdatum und die Versichertennummer des Patienten;
 - c) Grund der Behandlung (Krankheit, Unfall, Mutterschaft, Geburtsgebrechen);
 - d) Kalendarium der Leistungen;
 - e) Tarifpositionen, Nr. und Bezeichnung;
 - f) Taxpunkte, Taxpunktwert(e);
 - g) Diagnosen nach dem zu vereinbarenden Diagnosecode
 - h) Rechnungsdatum
 - i) Dauer und Umfang der Arbeitsunfähigkeit, sofern durch den Spitalarzt verordnet.

⁴ Die Abrechnung erfolgt für alle Teilnehmer spätestens nach einer Uebergangsfrist von zwei Jahren in elektronischer Form.

⁵ Die Versicherer verpflichten sich, die Rechnungen innert einer Frist von 30 Tagen zu begleichen, sofern die notwendigen Dokumente vorliegen und die Zahlungspflicht gegeben ist. Kann die Zahlungsfrist nicht eingehalten werden, ist dem Spital der Grund der Verzögerung mitzuteilen.

⁶ Die Vertragsparteien legen bis spätestens drei Monate vor der Tarifeinführung ein einheitliches Rechnungsformular fest.

Art. 10 Elektronischer Datentransfer

Die Vertragsparteien fördern den elektronischen Datentransfer. Die Modalitäten sind in der Vereinbarung über den elektronischen Datentransfer geregelt.

Art. 11 Datenschutz

Im Rahmen dieses Vertrages sind die Bestimmungen des DSG, des ATSG, des UVG, des MVG und des IVG sowie der entsprechenden Verordnungen zu berücksichtigen.

Art. 12 Qualitätssicherung

¹ Die dem vorliegenden Vertrag angeschlossenen Spitäler verpflichten sich zur Mitwirkung an den vereinbarten Massnahmen für die Sicherung und Kontrolle der Qualität betreffend Dignitäten und Anerkennung ausgewählter Sparten.

² Weitere Massnahmen betreffend Qualitätserfordernisse und WZW-Kriterien werden in einem Rahmenvertrag geregelt.

Art. 13 Paritätische Vertrauens-Kommission TARMED (PVK)

Die Vertragsparteien schaffen eine Paritätische Vertrauens-Kommission TARMED (PVK). Die Modalitäten sind in der Vereinbarung über die Paritätische Vertrauens-Kommission geregelt. Sie beurteilt Streitigkeiten nach Art. 14 und trifft Sanktionen nach Art. 8 des Vertrages.

Art. 14 Streitigkeiten

¹ Streitigkeiten zwischen den Vertragsparteien aus diesem Vertrag oder den Vereinbarungen, die nicht unter einander geregelt werden können, sowie Streitigkeiten mit den diesem Vertrag angeschlossenen Spitälern, werden von der Paritätischen Vertrauens-Kommission behandelt.

² Kommt es zu keiner Einigung richtet sich das weitere Vorgehen nach Art. 57 UVG bzw. Art. 27 MVG.

³ Bei Streitigkeiten zwischen H+ und der IV bzw. zwischen den Leistungserbringern und der IV ist Art. 57 UVG im Rahmen von Art. 27 Abs. 2 IVG sinngemäss anwendbar. Sollte sich ein kantonales Schiedsgericht für unzuständig erklären, bestellen die Tarifparteien das Schiedsgericht und bestimmen das Verfahren nach den Grundsätzen von Art. 57 UVG.

⁴ Gerichtsstand bei Streitigkeiten zwischen den Vertragsparteien ist Bern.

Art. 15 Fallkosten-Stabilisierung

¹ Die Vertragsparteien vereinbaren, dass sich alleine durch die Einführung der Tarifstruktur TARMED die durchschnittlichen Gesamtkosten je Fall für alle im Rahmen von UV, MV, IV mit TARMED abgerechneten Leistungen nicht erhöhen dürfen.

² Die Vertragsparteien regeln die Details in der Vereinbarung betreffend die Fallkosten-Stabilisierung TARMED.

³ Die Fallkosten-Stabilisierung dauert maximal 12 bzw. 18 Monate. Anschliessend wird die Fallkosten-Stabilisierung ersatzlos aufgehoben. Massgeblich sind danach die diesbezüglichen weiteren Vereinbarungen.

Art. 16 Übergangsregelung

¹ Für laufende Behandlungen wird zum Zeitpunkt der Einführung des neuen Vertrages eine Zwischenrechnung nach altem Tarif gestellt. Ab Einführungstermin gilt der neue Vertrag als Basis für die Abrechnung.

² Sämtliche Spitäler müssen diesem Vertrag innert 30 Tagen ab Veröffentlichung in den Verbandsorganen mittels schriftlicher Mitteilung an H+ beitreten. Der Vertrag gilt als publiziert, sobald er auf der Homepage von H+ eingesehen werden kann und der Hinweis auf diese Einsichtsmöglichkeit im Mitgliederrundschreiben "Flash" in Deutsch und Französisch erfolgt ist.

Art. 17 Inkrafttreten / Kündigung

¹ Der Vertrag tritt per 1. Januar 2004 in Kraft.

² Der Vertrag kann von jeder Vertragspartei unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von zwölf Monaten auf das Ende eines Kalenderjahres gekündigt werden.

³ Vorbehalten bleibt eine verkürzte Kündigungsfrist im Zusammenhang mit der Fallkosten-Stabilisierung, d.h. während des ersten Jahres nach Inkrafttreten kann der Vertrag unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von drei Monaten jeweils auf Quartalsende gekündigt werden.

⁴ Die Kündigung kann sich auf den gesamten Vertrag, einzelne Bestimmungen des Vertrages und/oder einzelne Vereinbarungen zum Vertrag beziehen. Einzelne Vertragsbestandteile können in gegenseitigem Einvernehmen auch ohne vorangehende Kündigung geändert werden.

⁵ Die Vertragsparteien verpflichten sich, nach der Kündigung durch eine der Parteien unverzüglich Vertragsverhandlungen aufzunehmen.

⁶ Kommt nach Ablauf der Kündigungsfrist kein neuer Vertrag zustande, erlässt der Bundesrat nach Anhörung der Parteien die erforderlichen Vorschriften (Art. 56 Abs. 3 UVG, Art. 26 Abs. 3 MVG, Art. 27 Abs. 3 IVG).

Bern / Luzern, 1. Oktober 2003

H+ Die Spitäler der Schweiz (H+)

Der Präsident:



P. Saladin

Die Geschäftsführerin:



U. Grob

Medizinaltarif-Kommission UVG (MTK)

Der Präsident:



W. Morger

Bundesamt für Sozialversicherung
Invalidenversicherung

Die Vizedirektorin:



B. Breitenmoser

Bundesamt für Militärversicherung

Der Vizedirektor:



K. Stampfli