

# Rahmenvertrag TARMED

Vertragsparteien:

- **santésuisse Die Schweizer Krankenversicherer,  
Römerstrasse 20, 4502 Solothurn**
- **H+ Die Spitäler der Schweiz  
Lorrainestr. 4a, Postfach 302, 3000 Bern 11 („H+“)**

## Art. 1 Ingress

<sup>1</sup> Die Versicherer und die Spitäler haben im Rahmen der Gesamtrevision Arzttarif und Spitalleistungskatalog (TARMED) eine gesamtschweizerisch einheitliche Tarifstruktur erarbeitet, welche die unterschiedlichen Tarifstrukturen UV/MV/IV, die kantonalen Einzelleistungstarife für die Krankenversicherung und den Spitalleistungskatalog (SLK) ersetzt. Die Tarifstruktur TARMED gemäss Anhang 1 und die Vereinbarung zur Kostenneutralität gemäss Anhang 2 bilden integrierenden Bestandteil dieses Vertrages und treten gemeinsam mit diesem Vertrag in Kraft.

<sup>2</sup> Der vorliegende Vertrag bezweckt die Einführung und Anwendung dieser gesamtschweizerisch vereinbarten einheitlichen Tarifstruktur und eine einheitliche Abwicklung der Vergütung der Spitäler durch die Versicherer in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung gemäss Art. 49 Abs. 5 KVG.

<sup>3</sup> Als Bestandteile des Vertrages gelten folgende Anhänge:

1. Die von den Parteien vereinbarte und vom Bundesrat genehmigte Tarifstruktur
2. Vereinbarung zur Kostenneutralität
3. Vereinbarung über den elektronischen Datentransfer - Datenbanken
4. Vereinbarung über Diagnose / Diagnosecode
5. Vereinbarung über die Beitragsgebühren und die jährlichen Unkostenbeiträge
6. Vereinbarung über Qualitätserfordernisse und WZW<sup>1</sup>-Kriterien
7. Vereinbarung über die gemeinsame Paritätische Interpretationskommission PIK
8. Vereinbarung betreffend Umsetzung Konzept Dignität im Spital

## Art. 2 Geltungsbereich

<sup>1</sup> Dieser Vertrag gilt für:

- a. alle Spitäler, die eine Betriebsbewilligung nach kantonalem Recht erhalten haben, die gesetzlichen Voraussetzungen nach KVG erfüllen und diesem Vertrag beigetreten sind;

---

<sup>1</sup> WZW = Wirksamkeit, Zweckmässigkeit, Wirtschaftlichkeit

- b. alle Spitäler, die Leistungen nach besonderen Versicherungsformen (z.B. HMO) erbringen, soweit sie nach Einzelleistungstarif abrechnen und diesem Vertrag beigetreten sind;
- c. alle nach KVG zugelassenen Versicherer, die diesem Vertrag beigetreten sind;
- d. alle Versicherten, die im Rahmen des KVG oder von internationalen Abkommen Anspruch auf eine Vergütung durch die Krankenversicherer haben.

<sup>2</sup> Er gilt auf dem Gebiet der ganzen Schweiz.

<sup>3</sup> Soweit in diesem Vertrag eine Materie nicht abschliessend geregelt wird, können die Spitäler oder deren Verbände und die Versicherer ergänzende Bestimmungen erlassen. Diese getroffenen Sonderregelungen müssen den Vertragspartnern unverzüglich gemeldet werden. Sonderregelungen bezüglich Tarifstruktur und Interpretation sind ausgeschlossen.

### **Art. 3 Beitritt zum Vertrag**

<sup>1</sup> Jeder Leistungserbringer muss diesem Vertrag mittels einer schriftlichen Erklärung an H+ beitreten, damit er für ihn Gültigkeit erlangt.

<sup>2</sup> Dieser Vertrag gilt für jeden nach KVG zugelassenen und santésuisse angehörenden Krankenversicherer, der ihm durch eine schriftliche Erklärung an santésuisse beigetreten ist.

<sup>3</sup> H+ und santésuisse führen jeweils eine Liste der beigetretenen Vertragspartner (Mitglieder und Nicht-Mitglieder).

<sup>4</sup> H+ und santésuisse stellen einander die Listen der beigetretenen Vertragspartner zu.

### **Art. 4 Rücktritt vom Vertrag**

Will ein Spital oder ein Versicherer von diesem Vertrag zurücktreten, hat es oder er schriftlich eine Rücktrittserklärung bei H+ bzw. bei santésuisse einzureichen. Der Rücktritt kann frühestens nach Ablauf von 2 Jahren nach dem Inkrafttreten, respektive nach Ablauf der Einführungsphase gemäss Vereinbarung zur Kostenneutralität, erfolgen. Der Rücktritt erfolgt unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von 6 Monaten auf das Ende des Kalenderjahres. Massgebend für die Einhaltung der Kündigungsfrist von 6 Monaten ist das Datum des Poststempels.

### **Art. 5 Nicht-Mitglieder von H+ / santésuisse**

<sup>1</sup> Spitäler, die nicht Mitglied von H+, bzw. Versicherer, die nicht Mitglied von santésuisse sind, und die die Zulassungsvoraussetzungen nach Art. 2 Abs. 1. lit. a, b und c erfüllen, können dem Vertrag beitreten. Der Beitritt schliesst die volle Anerkennung des Vertrags mit dessen Anhängen ein. Nichtmitglieder haben eine Beitrittsgebühr und einen jährlichen Unkostenbeitrag zu entrichten. Die Modalitäten werden in Anhang 5 zu diesem Vertrag geregelt.

<sup>2</sup> Dieser Vertrag kann nach Bezahlung der Beitrittsgebühr angewendet werden. Die Anwendbarkeit dieses Vertrages entfällt per sofort, wenn der jährliche Unkostenbei-

trag nach zweimaliger Mahnung innerhalb von 30 Tagen nach Erhalt der zweiten Mahnung nicht bezahlt wird. Für die verspätete Zahlung wird ein Verzugszins von 5% berechnet.

<sup>3</sup> Spitäler, die nicht Mitglied von H+, sowie Versicherer, die nicht Mitglied von santésuisse sind, können unter Einhaltung einer Frist von 6 Monaten per 30.6. oder 31.12. vom Vertrag zurücktreten. Die Rücktrittserklärung muss schriftlich beim jeweiligen Verband eingereicht werden.

<sup>4</sup> Auf der jeweiligen Liste der angeschlossenen Vertragspartner sind die Nicht-Mitglieder, die dem Vertrag beigetreten sind, ebenfalls und gesondert aufgeführt.

## **Art. 6 Anerkennung der Sparten und Dignitäten in den Spitälern**

<sup>1</sup> Die Parteien vereinbaren, dass als Basis für die Anerkennung der Infrastrukturen das von der Projektleitung TARMED verabschiedete Konzept über die Anerkennung von Sparten nach TARMED gilt. Als Basis für die Anerkennung der Dignitäten gilt das von der Projektoberleitung TARMED verabschiedete Dignitatskonzept.

<sup>2</sup> Die Vertragspartner definieren in Anhang 8 dieses Rahmenvertrages die vom Dignitatskonzept abweichenden Regelungen, die sich bei der Umsetzung des Konzeptes im Spital ergeben.

<sup>3</sup> Alle diesem Vertrag unterstellten Spitäler, Mitglieder und Nicht-Mitglieder von H+, müssen die gemeinsam zwischen den Vertragsparteien definierten Anerkennungs- und Dignitatskriterien erfüllen. Die Einhaltung der Kriterien bestimmt über die Abrechnungsberechtigung der Spitäler.

<sup>4</sup> H+ erfasst die Daten für die Anerkennung der Sparten pro Spital und übermittelt quartalsweise die gültige Spartendatenbank an santésuisse. Für die Aufnahme in die Datenbank und die Mutationen erhebt H+ eine Gebühr.

<sup>5</sup> Die Partner richten eine paritätische Revisionsstelle ein, welche jährlich oder nach Bedarf die Aktivitäten über die Anerkennung der Sparten und Dignitäten aller beigetretenen Spitäler überprüft. Die Überprüfung erfolgt nach gemeinsamen Kriterien bzw. auf Basis der gemeinsamen Anerkennungskriterien der Sozialversicherer.

<sup>6</sup> Bei Falschdeklarationen müssen die zu Unrecht bezahlten Leistungen zurückerstattet werden. Es können zusätzliche Sanktionen ergriffen und strafrechtliche Massnahmen und Verfahren eingeleitet werden. Eine Neuaufnahme erfolgt erst nach Ablauf eines Jahres seit Entdeckung des Vergehens und Verhängung allfälliger Sanktionen. Sanktionen, Verfahren und Instanzen sind in Artikel 8 dieses Vertrages geregelt.

## **Art. 7 Pflichten der Versicherer**

<sup>1</sup> Die Versicherer setzen sich dafür ein, soweit es die gesetzlichen und vertraglichen Bestimmungen zulassen, ihre Patienten denjenigen Spitälern in Behandlung zu geben, welche dem Vertrag beigetreten sind.

<sup>2</sup> Die Versicherer verpflichten sich, in der Schweiz zugelassenen Spitälern, sofern diese nicht den Beitritt zum Vertrag erklären, das Beitrittsrecht zu separaten Verträgen mit höchstens gleichen Vertragskonditionen einzuräumen.

## **Art. 8 Sanktionen bei Vertragsverletzung**

<sup>1</sup> Verletzt ein dem Rahmenertrag H+/santésuisse beigetretener Versicherer oder Leistungserbringer Bestimmungen dieses Vertrages, seiner Anhänge, des KVG oder seiner Verordnungen, so kann die zuständige Paritätische Vertrauenskommission (PVK) gemäss Art. 13 folgende Sanktionen aussprechen:

- a. schriftliche Mahnung
- b. Bezahlung von zu Unrecht verweigerten Vergütungen  
Auferlegung von Verzugszinsen  
Nichtbezahlung von zu Unrecht verrechneten Leistungen  
Rückforderung von zu Unrecht bezahlten Vergütungen
- c. Busse bis Fr. 50'000.-
- d. Ausschluss vom Vertrag  
Veröffentlichung in den Publikationsorganen der Vertragsparteien

<sup>2</sup> Der Schweregrad eines Vergehens ist definiert durch die Art des Vergehens, die Dauer der Übertretung, das finanzielle Volumen der resultierenden Konsequenzen und die Anzahl Wiederholungen. Die einzelnen Sanktionen können kumulativ ausgesprochen werden.

<sup>3</sup> Die Einreichung einer Strafanzeige bei Verdacht auf eine strafbare Handlung bleibt ausdrücklich vorbehalten.

## **Art. 9 Rechnungsstellung und Vergütung**

<sup>1</sup> Das vor Einführung von TARMED geltende kantonale oder auf Stufe Vertragsgemeinschaft angewandte Vergütungssystem (tiers payant oder tiers garant) wird während der Kostenneutralitätsphase grundsätzlich beibehalten. Spitäler und Versicherer können bilateral von diesem Grundsatz abweichende Bestimmungen für den Zahlungsverkehr vereinbaren. Im Falle eines Systemwechsels müssen die Auswirkungen bei der Berechnung der Start-Taxpunktwerte und der Kontrolle der Kostenneutralität berücksichtigt werden. Dasselbe gilt bei allfälligen Änderungen der Modalitäten betreffend Rabattierungspraxis im Spitalbereich, der Abrechnung teilstationärer Leistungen und der Abrechnung der Belegärzte.

<sup>2</sup> Taxpunktwerte werden auf kantonaler Ebene vereinbart. Die Modalitäten der Berechnung der Starttaxpunktwerte werden in Anhang 2 geregelt.

<sup>3</sup> Das Spital stellt Rechnung nach dem Tarif am Ort der Leistungserbringung. Es gilt der Tarifschutz gemäss KVG. Nach Ablauf der Einführungsphase gemäss Vereinbarung zur Kostenneutralität können im Spital erbrachte Leistungen nur vom Spital in Rechnung gestellt werden.

<sup>4</sup> Die Abrechnung erfolgt innert zwei Jahren nach Einführung von TARMED für alle Teilnehmer in elektronischer Form. Die Modalitäten beim elektronischen Datentransfer sind in Anhang 3 dieses Vertrages geregelt.

<sup>5</sup> Im Fall des tiers payant liefert das Spital die Rechnung für alle ärztlichen und technischen Leistungen und für die verrechenbaren Verbrauchsmaterialien dem Versicherer und stellt dem Versicherten eine Kopie zu.

<sup>6</sup> Für den Fall des tiers garant wird im Rahmen des „Forums für den elektronischen Informations- und Datenaustausch im Gesundheitswesen“ (s. Anhang 3) bis zur Ein-

führung von TARMED eine verbindliche und praktikable Lösung betreffend Modalitäten der elektronischen Abrechnung erarbeitet.

<sup>7</sup> Die Rechnung muss folgende Angaben enthalten:

- a. Name, Adresse und Registriernummer (Reg.-Nr.)<sup>2</sup> des Spitals; EAN-Nr. und allenfalls Dummy-Nr. der leistungserbringenden Ärzte gemäss Anhang 8; Rechnungs-Nr.
- b. Name, Adresse, Geburtsdatum und - soweit vorhanden - die Versichertennummer des Patienten
- c. Grund der Behandlung (Krankheit, Unfall, Mutterschaft und Geburtsgebrechen)
- d. Kalendarium der Leistungen
- e. Tarifpositionen, Nr. und Bezeichnung
- f. Taxpunkte, Taxpunktwerte
- g. Diagnosen nach dem vereinbarten Diagnosecode gemäss Anhang 4
- h. Bezeichnung von Nichtpflichtleistungen gemäss KVG
- i. Rechnungsdatum

<sup>8</sup> Falls ein Patient per 30. Juni bzw. 31. Dezember seinen Versicherer wechselt, erstellt das Spital auf Verlangen des Versicherten bis spätestens 15.08. des Kalenderjahres bzw. 15.02. des Folgejahres eine Zwischenabrechnung per 30.06. bzw. 31.12.

<sup>9</sup> Der Versicherer vergütet dem Spital den unbestrittenen Teil bei elektronischer Abrechnung innerhalb von 30 Tagen.

<sup>10</sup> Die Verrechnung von Ausständen des Versicherten gegenüber dem Versicherer zu Lasten des Spitals ist im Tiers payant ausgeschlossen.

<sup>11</sup> Bei verspäteter Zahlung durch den Garanten wird ein Verzugszins von 5% nach 30, d.h. ab dem 31. Tag berechnet.

<sup>12</sup> Weitergehende kantonale Vereinbarungen bleiben vorbehalten.

## **Art. 10 Qualitätssicherung**

<sup>1</sup> Die dem vorliegenden Vertrag angeschlossenen Spitäler verpflichten sich zur Mitwirkung an den Massnahmen für die Sicherung und Kontrolle der Qualität nach Art. 58 KVG. Die Qualitätsförderung in den Spitälern wird durch die Massnahmen im Rahmenvertrag betreffend Qualitätsmanagement zwischen H+ / KSK (heute santésuisse) geregelt.

<sup>2</sup> Im Rahmen von TARMED werden die spezifischen Qualitätserfordernisse an Sparten und Dignitäten gemäss Art. 6 dieses Vertrages geregelt.

## **Art. 11 Wirtschaftlichkeit**

<sup>1</sup> Die Vertragsspitäler haben sich in der Behandlung, in der Verordnung und Abgabe von Arzneimitteln sowie in der Anordnung und Durchführung von wissenschaftlich anerkannten Heilanwendungen und Analysen auf das durch das Interesse des Versicherten und den Behandlungszweck erforderliche Mass zu beschränken (Art. 56 KVG).

---

<sup>2</sup> santésuisse erteilt jedem anerkannten Leistungserbringer eine Registriernummer (Reg.-Nr.)

<sup>2</sup> Die Parteien verpflichten sich im Sinne von Art. 56 Abs. 5 KVG und Art. 76 und 77 KVV zur Erarbeitung von Datengrundlagen und Messkriterien für die Sicherstellung der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit der Leistungen gemäss diesem Gesetz. Die Arbeiten sollen bis spätestens zum Ablauf der kostenneutralen Einführungsphase abgeschlossen sein. Die Modalitäten sind in Anhang 6 zu diesem Vertrag zu regeln.

## **Art. 12 Paritätische Interpretationskommission (PIK)**

Die TARMED-Vertragspartner schaffen eine Paritätische Interpretationskommission (PIK) mit der alleinigen und umfassenden Zuständigkeit, TARMED gesamtschweizerisch einheitlich und verbindlich zu interpretieren. Die Modalitäten sind in Anhang 7 zu diesem Vertrag geregelt.

## **Art. 13 Paritätische Vertrauenskommissionen**

<sup>1</sup> Spitäler und Versicherer haben auf nationaler Ebene eine Paritätische Vertrauenskommissionen (PVK) einzurichten.

<sup>2</sup> Der nationalen PVK können folgende Aufgaben übertragen werden:

- a. Führen von Verhandlungen bei gekündigtem Rahmenvertrag TARMED zwischen santésuisse und H+ oder im vertragslosen Zustand
- b. Interpretation des Rahmenvertrages TARMED zwischen santésuisse und H+
- c. Überprüfen beanstandeter Spitalrechnungen
- d. Überprüfen von Spitalbehandlungen gemäss den von den Parteien erarbeiteten WZW-Kriterien
- e. Verhängen von Sanktionen gegenüber einzelnen Spitälern oder Versicherern bei Verletzung des KVG, seiner Verordnungen, des Rahmenvertrages TARMED zwischen santésuisse - H+ oder seiner Anhänge
- f. Auskunftserteilung zu relevanten Themen
- g. weitere Aufgaben, die ihr von den Vertragsparteien gemeinsam übertragen werden.

<sup>3</sup> Die von einer Partei angerufene PVK hat spätestens innert einer Frist von 2 Monaten nach Anrufung zu einer Vermittlungsverhandlung einzuladen.

<sup>4</sup> Auf interkantonalen, kantonalen oder intrakantonalen Ebene können eigene Paritätische Vertrauenskommissionen eingerichtet werden. Diesen können folgende Aufgaben übertragen werden:

- a. Führen von Verhandlungen bei gekündigten interkantonalen, kantonalen oder intrakantonalen Verträgen oder im vertragslosen Zustand
- b. Interpretation der interkantonalen, kantonalen oder intrakantonalen Verträge
- c. Schlichten von Streitigkeiten zwischen Spitälern und Versicherern
- d. Verhängen von Sanktionen gegenüber einzelnen Spitälern oder Versicherern bei Verletzung der überkantonalen, kantonalen oder intrakantonalen Verträge
- e. weitere Aufgaben, die ihr von den Vertragsparteien gemeinsam übertragen werden.



