

Rahmenvertrag TARMED

Vertragsparteien

- **santésuisse, Römerstrasse 20, 4502 Solothurn**
- **Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte, Elfenstrasse 18, 3000 Bern 16 („FMH“)**

Art. 1 Vertragsgegenstand

¹ Die Versicherer und die Ärzte¹ haben im Rahmen der Gesamtrevision Arzttarif und Spitalleistungskatalog (TARMED) eine gesamtschweizerisch einheitliche Tarifstruktur erarbeitet, welche die unterschiedlichen Tarifstrukturen UV/MV/IV, die kantonalen Ärzttarife für die Krankenversicherung und den Spitalleistungskatalog (SLK) ersetzt.

² Der vorliegende Vertrag bezweckt die Einführung und Anwendung dieser gesamtschweizerisch vereinbarten Tarifstruktur und eine einheitliche Abwicklung der durch die Versicherer in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung gemäss KVG an die Ärzte zu vergütenden Leistungen.

³ Als integrierende Bestandteile des Vertrages gelten folgende Anhänge

Die mit *bezeichneten Anhänge gelten für die Parteien als wesentlich, d.h. sie müssen bei der Genehmigung des Rahmenvertrages durch die zuständigen Organe der Parteien vorliegen. Die anderen Anhänge können später genehmigt werden.

- * 1. Die von den Parteien vereinbarte und vom Bundesrat genehmigte Tarifstruktur.
- * 2. Vereinbarung zur Kostenneutralität
- * 3. Vereinbarung betreffend Eröffnung Dignitätsdaten und Rechnungsstellung
- * 4. Regelung über Diagnose / Diagnosecode
- * 5. Regelungen über Beitrittsgebühren und jährliche Unkostenbeiträge von Nicht-Verbandsmitgliedern
- 6. Regelung über Qualitätserfordernisse und WZW-Kriterien (Wirksamkeit, Zweckmässigkeit, Wirtschaftlichkeit)
- 7. Vereinbarung betreffend die gemeinsame Paritätische Interpretationskommission PIK
- 8. Vereinbarung betreffend den Rahmentarif

¹ Im Interesse besserer Verständlichkeit wird im Rahmenvertrag und in allen Anhängen bei Personenbezeichnungen nur die männliche Form gewählt, sie gilt aber für beide Geschlechter.

Art. 2 Geltungsbereich

¹ Dieser Vertrag gilt für:

- a) alle selbständig praktizierenden Ärzte, die eine Berufsausübungsbewilligung nach kantonalem Recht erhalten haben, die gesetzlichen Voraussetzungen nach KVG erfüllen und diesem Vertrag beigetreten sind;
- b) alle Ärzte, die Leistungen nach den besonderen Versicherungsformen erbringen (HMO, Hausarztmodell, Einrichtungen der ambulanten Krankenpflege usw.), soweit sie nach Einzelleistungstarif abrechnen und diesem Vertrag beigetreten sind. Für diese Leistungserbringer gelten dieselben vertraglichen Rechte und Pflichten wie für selbständig praktizierende Ärzte, soweit nichts anderes vereinbart wird.;
- c) alle nach KVG zugelassenen Versicherer, die diesem Vertrag beigetreten sind;
- d) alle Versicherten, die im Rahmen des KVG oder internationalen Abkommen Anspruch auf eine Vergütung durch die Krankenversicherer haben.

² Dieser Vertrag gilt auf dem Gebiet der ganzen Schweiz.

³ Soweit in diesem Vertrag eine Materie nicht abschliessend geregelt wird, können Ärzte und Versicherer auf überkantonaler, kantonaler oder regionaler Ebene ergänzende Bestimmungen erlassen. Sonderregelungen bezüglich Tarifstruktur, Interpretation, Ergänzungen etc. sind ausgeschlossen.

Art. 3 Beitritt zum Vertrag

¹ Dieser Vertrag gilt für jeden Arzt, der nach seinem Inkrafttreten von der FMH als ordentliches Mitglied aufgenommen wird, die Zulassungsvoraussetzungen nach Ziffer 2 Abs. 1 lit. a dieses Vertrages erfüllt, und ihm mittels einer schriftlichen Erklärung an die FMH beigetreten ist. Für Ärzte, die im Zeitpunkt des Inkrafttretens dieses Vertrages bereits der FMH angehören, gilt Art. 1 Übergangsbestimmungen dieses Vertrages.

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

³ Die santésuisse und FMH führen jeweils eine Liste ihrer Mitglieder und Nicht-Verbandsmitglieder, die diesem Vertrag angeschlossen sind. Die Nicht-Verbandsmitglieder, sind gesondert aufzuführen.

⁴ Die FMH und santésuisse stellen einander die Mitgliederlisten zu.

Art. 4 Rücktritt vom Vertrag

¹ Einzelne Ärzte und Versicherer können unter Einhaltung einer Frist von sechs Monaten jeweils per 30.6. und per 31.12. vom Vertrag zurücktreten. Die Rück-

trittserklärung muss innert der vorgegebenen Frist beim zuständigen Berufsverband eingereicht werden.

² Verliert ein Arzt die Mitgliedschaft bei der FMH bzw. ein Versicherer bei santésuisse, verliert er die Zugehörigkeit zu diesem Vertrag auf den nächsten Kündigungstermin gemäss Art. 4 Abs. 1, sofern er diesem Vertrag nicht als Nicht-Verbandsmitglied beitrifft.

Art. 5 Nicht-Verbandsmitglieder

¹ Als Nicht-Verbandsmitglieder werden in diesem Vertrag und in den Anhängen frei praktizierende Ärzte und Spitalärzte, die nicht der FMH angehören bzw. Versicherer, die nicht santésuisse angehören, bezeichnet.

² Nicht-Verbandsmitglieder, welche die Zulassungsvoraussetzungen nach Art. 2 erfüllen, können diesem Vertrag beitreten. Der Beitritt schliesst die volle Anerkennung des Vertrags mit seinen Anhängen ein. Nicht-Verbandsmitglieder haben eine Beitrittsgebühr und einen jährlichen Unkostenbeitrag zu entrichten. Die Modalitäten sind in Anhang 5 dieses Vertrages geregelt.

³ Dieser Vertrag kann erst nach Bezahlung der Beitrittsgebühr angewendet werden. Die Anwendbarkeit dieses Vertrages entfällt per sofort, wenn der jährliche Unkostenbeitrag nach zweimaliger Mahnung innerhalb von 30 Tagen nach Erhalt der zweiten Mahnung nicht bezahlt wird. Für verspätete Zahlungen wird ein Verzugszins von 5% berechnet.

⁴ Die Nicht-Verbandsmitglieder können gemäss Art. 4 Abs. 1 vom Vertrag zurücktreten.

Art. 6 EAN-Nummer/Registriernummer (Reg.-Nr.)

¹ Die FMH händigt allen Ärzten eine EAN-Nummer aus (einheitliche europäische Individualisierungsnummer).

² Gestützt auf diese EAN-Nummer sowie die mitgeteilten Daten über die Verrechnungsberechtigung erteilt santésuisse dem gemäss Art. 2 dieses Vertrages als Leistungserbringer anerkannten Arzt eine Registriernummer (Reg.-Nr.). Der Arzt rechnet über diese Registriernummer ab. Die persönliche EAN- und die Reg.-Nr. müssen auf jeder Rechnung und Verordnung aufgeführt werden.

³ santésuisse übermittelt dem zugelassenen Arzt die Registriernummer innert 10 Tagen nachdem das entsprechende Begehren mit den Unterlagen, aus denen hervorgeht, dass es sich um einen gemäss Art. 2 dieses Vertrages als Leistungserbringer anerkannten Arzt handelt, eingereicht worden ist und nachdem die Aufnahmegebühr bezahlt ist.

Art. 7 Anerkennung der Infrastrukturen, Dignitäten und Spezialausbildungen

¹ Die Parteien vereinbaren, dass als Basis für die Anerkennung der Infrastrukturen und Dignitäten das von der Projektleitung TARMED verabschiedete Konzept über die Anerkennung von Sparten nach TARMED und das von der Projektleitung TARMED verabschiedete Konzept Dignität TARMED - zur Zeit Version 9.0 - gelten

² Alle diesem Vertrag beigetretenen Mitglieder und Nicht-Verbandsmitglieder der FMH, müssen die definierten Anerkennungskriterien erfüllen. Die Einhaltung der Kriterien ist Voraussetzung für die Abrechnungsberechtigung.

Art. 8 Praxisassistentenz und Stellvertretung

¹ Der Arzt ist grundsätzlich verpflichtet, seine Leistung persönlich zu erbringen.

² Er kann unter Berücksichtigung der kantonalen Gesetzgebung einen Praxisassistenten oder Stellvertreter beiziehen.

³ Ein Praxisassistent kann zur Weiterbildung während maximal 6 Monaten angestellt werden. Vorbehalten sind anderweitige Lösungen in der WBO (Weiterbildungsordnung). Der Praxisinhaber gibt santésuisse die EAN-Nummer und die Dauer der Anstellung des Praxisassistenten bekannt.

⁴ Ein Stellvertreter kann bei länger dauernder Abwesenheit des Praxisinhabers angestellt werden. Bei regelmässigen, im voraus bekannten Tagesabwesenheiten und bei Ferienabwesenheiten von mehr als 14 Tagen sind Name und Dignität des Stellvertreters santésuisse bekannt zu geben. Dauert eine Stellvertretung länger als sechs Monate, so hat der betreffende Stellvertreter eine eigene Registriernummer zu beantragen.

⁵ Der Arzt als Inhaber der Registriernummer trägt im Rahmen dieses Vertrages die Verantwortung für das ärztliche Verhalten seines Stellvertreters oder Assistenten.

Art. 9 Anstellung von Ärzten und Zusammenarbeit in der Rechtsform einer juristischen Person

¹ Die Anstellung von Ärzten unter der Verantwortung und Aufsicht eines anstellenden Arztes ist zulässig.

² Die anzustellenden Ärzte müssen santésuisse und der FMH vor Antritt der Stelle gemeldet werden. Im Zeitpunkt der Anstellung müssen für den anzustellenden Arzt die Voraussetzungen gemäss Art. 36 KVG und Art. 38 KVV erfüllt sein.

³ Eine Zusammenarbeit in der Rechtsform einer juristischen Person (AG, Kommanditgesellschaft, GmbH, Genossenschaft, Verein etc.) ist möglich.

⁴ Sind mehrere Ärzte unter einer einzigen Reg.-Nr. tätig, haften sie im Rahmen dieses Vertrages gegenüber den Krankenversicherern bei vertragswidrigem Verhalten solidarisch.

⁵ Die erbrachten Leistungen müssen den einzelnen Ärzten mittels EAN-Nummer so zugeordnet werden können, dass aus der Rechnung der Arzt ersichtlich ist, der die Leistungen hauptverantwortlich erbringt.

⁶ Die Anstellung von Ärzten bzw. die Zusammenarbeit in der Rechtsform einer juristischen Person richtet sich im übrigen nach der kantonalen Gesetzgebung und den Vereinbarungen zwischen Ärzten und Versicherern auf überkantonaler, kantonaler oder regionaler Ebene.

Art. 10 Sanktionen bei Vertragsverletzung

¹ Verletzt ein diesem Vertrag beigetretener Arzt oder Versicherer Bestimmungen dieses Vertrages, seiner Anhänge, des KVG oder seiner Verordnungen, so kann die zuständige PVK folgende Sanktionen aussprechen:

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

² Die einzelnen Sanktionen können kumulativ ausgesprochen werden.

³ Die Einreichung einer Strafanzeige bei Verdacht auf eine strafbare Handlung bleibt ausdrücklich vorbehalten.

Art. 11 Rechnungsstellung und Vergütung

¹ Schuldner der Vergütung der ärztlichen Leistung im Rahmen des KVG ist der Versicherte (System des tiers garant). Ärzte und Versicherer können das System des tiers payant vereinbaren.

² Der Taxpunktwert wird auf kantonaler Ebene ausgehandelt. Die Modalitäten der Berechnung der Starttaxpunktwerte werden in Anhang 2 geregelt.

³ Der Arzt stellt Rechnung nach dem Tarif am Ort der Leistungserbringung. Es gilt der Tarifschutz.

⁴ Der Arzt stellt die Rechnung mittels einem einheitlichen Rechnungsformular gemäss Anhang 3 dieses Vertrages.

⁵ Die Abrechnung erfolgt innert zwei Jahren nach Einführung von TARMED in elektronischer Form. Allfällige Ausnahmen, insbesondere für Ärzte kurz vor der Praxisaufgabe und die Modalitäten beim elektronischen Datentransfer im tiers payant und im tiers garant sind in Anhang 3 dieses Vertrages geregelt.

⁶ Im Fall des tiers garant schickt der Arzt die Rechnung dem Versicherten und - falls dieser bei einem Versicherer eine Rückforderung geltend macht - stellt er dem Versicherer gemäss Anhang 3 dieses Vertrages eine elektronische Kopie zur Verfügung.

⁷ Der Arzt liefert im Falle des tiers payant die Rechnung dem Versicherer und stellt dem Versicherten eine Kopie zu.

⁸ Die Rechnung muss folgende Angaben enthalten:

- a) Name und Adresse des Arztes, die Reg. - Nr. und die EAN - Nr.
- b) Name, Adresse, Geburtsdatum und - soweit vorhanden - die Versicherten – Nummer des Patienten
- c) Grund der Behandlung (Krankheit, Unfall, Mutterschaft und Geburtsgebrechen)
- d) Kalendarium der Leistungen
- e) Tarifpositionen, Nr. und Bezeichnung
- f) Taxpunkte, Taxpunktwerte, Gesamtbetrag pro Tarif
- g) Diagnosen nach dem vereinbarten Diagnosecode
- h) Bezeichnung von Nichtpflichtleistungen gemäss KVG
- i) Rechnungsdatum

⁹ Falls ein Patient per 30. Juni bzw. 31. Dezember seinen Versicherer wechselt, erstellt der Arzt auf Verlangen des Patienten bis spätestens am 15.08. des Kalenderjahres bzw. 15.02. des Folgejahres eine Zwischenabrechnung per 30.06. bzw. 31.12.

¹⁰ Der Versicherer vergütet dem Arzt - falls das System des tiers payant vereinbart worden ist - den unbestrittenen Teil bei elektronischer Abrechnung innerhalb von 30 Tagen, bei schriftlicher Abrechnung innerhalb von 45 Tagen nach Erhalt der Rechnung.

¹¹ Die Verrechnung von Ausständen des Versicherten gegenüber dem Versicherer zu Lasten des Arztes ist im tiers payant ausgeschlossen.

¹² Weitergehende überkantonale, kantonale und regionale Lösungen bleiben vorbehalten.

Art. 12 Schuldübernahme

¹ In Einzelfällen kann der Arzt mit dem Versicherer vor Rechnungsstellung schriftlich vereinbaren, dass ihm dieser den Rückforderungsbetrag, den er dem Versicherten schuldet, direkt bezahlt.

² Einzelheiten werden in den überkantonalen, kantonalen oder regionalen Verträgen geregelt.

Art. 13 Qualitätssicherung

Die dem Vertrag angeschlossenen Ärzte verpflichten sich zur Mitwirkung bei den Massnahmen für die Sicherung und Kontrolle der Qualität nach Art. 58 KVG. Diese Massnahmen werden in Anhang 6 dieses Vertrages festgehalten.

Art. 14 Vertrauensärzte, elektronischer Datentransfer

¹ Für die Behandlung von Daten, die sich auf bestimmte oder bestimmbare Personen beziehen, insbesondere im elektronischen Datentransfer, gilt Art. 84 KVG.

² Die Parteien regeln die Weitergabe von medizinischen Daten und die Stellung und Weiterbildung von Vertrauensärzten im Anhang 3 dieses Vertrages und im Vertrauensarztvertrag vom 14.12.01.

Art. 15 Wirtschaftlichkeit

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

² 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 unter Berücksichtigung der gesetzlichen Rahmenbedingungen bis spätestens zum Ablauf der kostenneutralen Einführungsphase abgeschlossen sein.

Art. 16 Paritätische Interpretationskommission (PIK)

¹ Die Vertragspartner schaffen zusammen mit H+, der Medizinaltarif-Kommission UVG (MTK), dem Bundesamt für Militärversicherung (BAMV), der Invalidenversicherung (vertreten durch das Bundesamt für Sozialversicherung) und der SDK eine Paritätische Interpretationskommission (PIK) mit der alleinigen und umfassenden Zuständigkeit, den TARMED gesamtschweizerisch einheitlich und verbindlich zu interpretieren. Die Modalitäten sind in Anhang 7 dieses Vertrages geregelt.

² Bei Auslegungsfragen und Unklarheiten dieses Vertrages und der Anhänge ist der deutsche Text massgebend.

Art. 17 Paritätische Vertrauenskommission

¹ Ärzte und Versicherer haben auf überkantonaler, kantonaler oder regionaler Ebene eine Paritätische Vertrauenskommission (PVK) einzurichten.

² Diesen PVK's können folgende Aufgaben übertragen werden:

- a) Führen von Verhandlungen bei gekündigten überkantonalen, kantonalen oder regionalen Verträgen oder im vertragslosen Zustand;
- b) Interpretation der überkantonalen, kantonalen oder regionalen Verträge;
- c) Schlichten von Streitigkeiten zwischen Ärzten und Versicherern;
- d) Überprüfen beanstandeter Arztrechnungen;
- e) Überprüfen von ärztlichen Behandlungen gemäss den von den Parteien erarbeiteten WZW-Kriterien (Anhang 6)
- f) Verhängen von Sanktionen gegenüber einzelnen Ärzten oder Versicherern bei Verletzung des KVG, seiner Verordnungen, des Rahmenvertrages santésuisse-FMH, seiner Anhänge oder der überkantonalen, kantonalen oder regionalen Verträge;
- g) Erteilen von Ratschlägen;
- h) weitere Aufgaben, die ihr von den Vertragsparteien gemeinsam unterbreitet werden.

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

Art. 18 Kündigung

¹ Dieser Vertrag kann erstmals auf das Ende des achtzehnten Monats nach dem in Art. 20 Abs. 3 dieses Vertrages erwähnten Einführungsdatums gekündigt werden.

² Wird der Vertrag bis zu diesem Zeitpunkt nicht gekündigt, kann er in den folgenden sechs Monaten auf das Ende eines Monats gekündigt werden.

³ Erfolgt innert dieser Fristen keine Kündigung, ist in den folgenden Jahren eine Kündigung jeweils auf das Ende eines Kalenderjahres möglich.

⁴ Die Kündigungsfrist beträgt in jedem Fall sechs Monate. Massgebend für die Einhaltung der Kündigungsfrist ist das Datum des Poststempels der Kündigung.

⁵ Nach der Kündigung durch eine der Parteien nehmen die beiden Parteien unverzüglich Vertragsverhandlungen auf.⁶ Kommt nach Ablauf der Kündigungsfrist von 6 Monaten kein neuer Vertrag zustande, informieren die Vertragsparteien das Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV).

⁶ Falls während der Einführungsphase der Kontrahierungszwang durch eine Gesetzesänderung aufgehoben oder abgeändert wird, kann dieser Vertrag entweder nach ungenutztem Ablauf der Referendumsfrist oder nach der Referendumsabstimmung innert drei Monaten per 30. Juni bzw. per 31. Dezember gekündigt werden.

Art. 19 Schiedsgericht santésuisse/FMH

¹ Streitigkeiten aus diesem Vertrag oder der Anhängen, mit Ausnahme von Tarifstreitigkeiten und Interpretationsfragen gemäss Art. 16 dieses Vertrages, sollen nach Möglichkeit auf dem Verhandlungsweg zwischen den Parteien und anschliessend auf der Ebene der Paritätischen Vertrauenskommissionen, soweit sie die überkantonalen, kantonalen oder regionalen Verträge betreffen, erledigt werden.

² Kommt es zu keiner Einigung, entscheidet ein vertraglich von den Parteien eingesetztes Schiedsgericht abschliessend über Streitigkeiten aus diesem Vertrag.

³ Beide Parteien ernennen je zwei Schiedsrichter, welche den Obmann bestimmen. Bei Säumigkeit der Parteien ernennt der Präsident des Obergerichtes des Kantons Solothurn die Schiedsrichter.

⁴ Das Schiedsgericht bezweckt die einheitliche Auslegung dieses Vertrages und seiner Anhänge.

⁵ Das Schiedsgericht bestimmt das Verfahren selbst. Es hat seinen Sitz in Solothurn. Im übrigen gelten die Vorschriften der Zivilprozessordnung des Kantons Solothurn.

⁶ In überkantonalen, kantonalen oder regionalen Verträgen können eigene Schiedsgerichte eingesetzt werden.

Art. 20 Inkrafttreten

¹ Dieser Vertrag tritt nach Unterzeichnung beider Vertragsparteien mit Datum der Genehmigung durch den Bundesrat in Kraft.

² Falls der Bundesrat oder das zuständige Departement diesen Vertrag und die als wesentlich bezeichneten Anhänge nicht genehmigt, wird der gesamte Vertrag mit seinen Anhängen mit Ausnahme des Anhangs 1 (Tarifstruktur) für die Parteien gegenstandslos.

³ In allen Kantonen wird ab einem vom beiden Parteien gemeinsam festgelegten Zeitpunkt nach der neuen TARMED-Tarifstruktur abgerechnet. Die nach früherem Tarif erbrachten Leistungen (inklusive Analysen, Physiotherapien etc.) müssen mit einer Abrechnung bis zu diesem Stichtag in Rechnung gestellt werden. Ab diesem Stichtag sind die übrigen zur Zeit gültigen eidgenössischen Tarife integral anzuwenden.

⁴ Die vor dem Stichtag nach früherem Tarif erbrachten Leistungen (inklusive Analysen, Physiotherapien etc.) müssen mit einer separaten Abrechnung in Rechnung gestellt werden.

Übergangsbestimmungen

I. Anwendbarkeit für FMH-Ärzte

Alle der FMH angehörenden Ärzte sind bei Inkrafttreten diesem Vertrag angeschlossen, sofern sie nicht innert 30 Tagen ab Veröffentlichung in den Verbandsorganen der FMH mitteilen, dass sie dem Vertrag nicht beitreten.

II. Berechnung der Starttaxpunktwerte und Steuerung der Kostenneutralität

Die Vertragsparteien regeln in Anhang 2 die Modalitäten der kantonalen oder regionalen Starttaxpunktwert-Berechnungen und die Steuerung der Kostenneutralität.

III. Tarifstruktur

¹ Bis 31. März 2002 können die Tarifpartner beim Feststellen von offensichtlichen Fehlern, die dokumentiert und zahlenmässig belegt sind, oder beim Fehlen von Leistungspositionen in der Version 1.1 der POL Antrag auf Anpassung der Tarifstruktur und Verabschiedung einer korrigierten Folgeversion stellen.

² Die Verabschiedung der Folgeversion zur Genehmigung an den Bundesrat bedarf der Einstimmigkeit unter den Tarifpartnern.

³ Die kostenmässigen Auswirkungen der Folgeversion sind zu quantifizieren und beim S-TPW zu berücksichtigen.

⁴ Die Tarifpartner vereinbaren, zwischen 1. April 2002 und 31. März 2003 dem Bundesrat keine weiteren Strukturänderungen zu beantragen.

Bern / Solothurn, den 5. Juni 2002

Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH)
Der Präsident Die Generalsekretärin

H.H. Brunner

A. Müller Imboden

santésuisse Die Schweizer Krankenversicherer
Der Präsident Der Direktor

Ch. Brändli

M.-A. Giger

Nachtrag zum Rahmenvertrag TARMED

I. Einführungstermin

In Ausführung von Art. 20 Abs. 3 des Rahmenvertrages zwischen santésuisse und FMH vereinbaren die Parteien, dass die Einführung gleichzeitig mit den Spitälern erfolgt. Frühester Stichtag ist der 1.1.2003.

II. Eidgenössische Tarife

Bei den in Art. 20 Abs. 3 des Rahmenvertrages erwähnten eidgenössischen Tarifen handelt es sich zur Zeit der Unterschrift um folgende Tarife:

- Analysenliste AL (Anhang 3 KLV), Fassung vom 1.1.2002
- Arzneimittelliste mit Tarif (ALT) (Anhang 4 KLV), Fassung vom 1.6.1996
- Ergotherapie-Vertrag
- Logopädie-Vertrag
- Mittel- und Gegenstände-Liste (MiGeL) (Anhang 2 KLV), Fassung vom 1.1.2002
- Spezialitätenliste (SL), Stand 1.4.2002
- Physiotherapie-Vertrag

III. PIK

Die Funktion der PIK kann in gemeinsamen Einverständnis aller Parteien der TARMED-Nachfolgeorganisation (TARMED Suisse) übertragen werden.

Bern / Solothurn, den 5. Juni 2002

Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH)

Der Präsident

Die Generalsekretärin

H.H. Brunner

A. Müller Imboden

santésuisse Die Schweizer Krankenversicherer

Der Präsident

Der Direktor

Ch. Brändli

M.-A. Giger