

Tarifstruktur-Vertrag zur Vergütung pauschalierter Leistungen im ambulanten Bereich

vom 1. Januar 2024

zwischen

a) **H+** Die Spitäler der Schweiz
Lorrainestrasse 4A, 3013 Bern

(nachfolgend „H+“)

und

c) **santésuisse** Die Schweizer Krankenversicherer
Römerstrasse 20, 4500 Solothurn

(nachfolgend „Krankenversicherer“)

(zusammen nachfolgend „die Vertragspartner“)

Hinweis: Dieser Tarifstrukturvertrag ist unter der Voraussetzung, dass H+ und santésuisse Vertragspartner sind, abgefasst. Die Aufnahme von weiteren Vertragspartnern (z.B. FMCH, FMH, curafutura) ist möglich und erwünscht, jedoch müssten einzelne Artikel entsprechend angepasst und gegebenenfalls verhandelt werden.

Aus Gründen der einfacheren Lesbarkeit wird auf die geschlechtsneutrale Differenzierung verzichtet. Entsprechende Begriffe gelten im Sinne der Gleichbehandlung grundsätzlich für beide Geschlechter.

Ingress

- ¹ Die Vertragsparteien achten auf eine ausreichend lange Umsetzungszeit vor Inkrafttreten der Tarifstruktur.
- ² Die Tarifierung von Leistungen im ambulanten Bereich sieht einerseits Pauschaltarife und andererseits Einzelleistungstarife vor. Die Vertragsparteien sind sich einig, dass dieser Tarifstrukturvertrag vorbehältlich Teil V des vorliegenden Vertrages ausschliesslich die Pauschaltarife im ambulanten Bereich regelt. Sie sind sich weiter einig, dass ein Einzelleistungstarif subsidiär gemäss Art. 43 Abs. 5^{ter} KVG zur Anwendung kommen muss. Die Ausgestaltung des Einzelleistungstarifs ist nicht Gegenstand dieses Tarifstrukturvertrags. Es kommt der jeweils gültige Einzelleistungstarif zur Anwendung.
- ³ Dieser Vertrag hat die gesetzeskonforme Einführung der Tarifstruktur ambulante Pauschalen im Bereich des KVG zum Gegenstand.

Teil I: Allgemeines

1. Vertragsparteien

H+ und santésuisse sind Parteien dieses Tarifstrukturvertrags.

2. Vertragsgegenstand

Vorliegender Tarifstrukturvertrag regelt die Vergütung von Leistungen im ambulanten Bereich mittels Pauschalen gemäss Anhang A gestützt auf die Definition der Anwendungsregeln (Anhang B). Es gilt die jeweils von den Parteien der solutions tarifaires suisses ag verabschiedete und vom Bundesrat genehmigte Tarifstruktur ambulante Pauschalen inklusive der Anhänge sowie das Monitoring, Korrekturmassnahmen und Normierung Folgeversionen gemäss Teil V des vorliegenden Vertrags.

3. Geltungsbereich

- ¹ Dieser Vertrag gilt:
 - a) für alle zugelassenen Leistungserbringer gemäss Art. 36, 36a und Art. 39 KVG, welche Leistungen gemäss Teil I Ziff. 2 zulasten der OKP erbringen.
 - b) für alle Versicherer, die nach KVAG zugelassen sind.
- ² Dieser Vertrag gilt auf dem Gebiet der ganzen Schweiz.

4. Beitrittsverfahren

- ¹ Mit der Genehmigung dieses Tarifstrukturvertrages durch den Bundesrat erlangt dieser nationale Verbindlichkeit gemäss Art. 43 Abs. 5^{ter}.
- ² Die Vertragspartner verzichten auf ein Beitrittsverfahren.

Teil II: Tarifstruktur

1. Tarifstruktur

- ¹ Die Vertragsparteien vereinbaren hiermit die Tarifstruktur der ambulanten Pauschalen gemäss den Anhängen A und B:
Anhang A Fallpauschalenkatalog;

Anhang B Definition der Anwendungsregeln (Regeln und Definitionen zur Fallabrechnung unter dem ambulanten Pauschalensystem).

2. Rechnungsstellung

- ¹ Die Datenübermittlung erfolgt in elektronischer Form gemäss anerkannten elektronischen Standards.
- ² Die Definition der abrechnungsrelevanten Daten wird von den Vertragsparteien vorbehältlich anderer gesetzlicher Bestimmungen wie folgt vereinbart.
- ³ Mit der Rechnungsstellung werden für die Diagnosen, Prozeduren und Medikamenten die nachstehenden Angaben dem Versicherer zugestellt:
 - A) Diagnose gemäss Grouper-Output
 - B) gruppierungsrelevante CHOP-Codes
 - C) Medikamente, die für den Risikoausgleich relevant sind

Teil III: Qualität

1. Instrumente und Mechanismen zur Gewährleistung der Qualität der Leistungen

- ¹ Die Qualität der Leistungen ist sicherzustellen. Die Vertragspartner verpflichten sich, die Vorgaben, die sich aus Art. 58a KVG sowie entsprechenden Qualitätsverträgen ergeben, umzusetzen.

Teil IV: Anwendungsmodalitäten

1. Paritätische Kommission Ambulante Leistungspauschalen (PIKAL)

- ¹ Für die Klärung von Interpretations- und Auslegungsfragen setzen die Vertragsparteien eine paritätische Kommission Ambulante Leistungspauschalen (PIKAL) ein.
- ² Aufgaben, Rechte und Pflichten der PIKAL sind in einem durch die Vertragsparteien zu erlassendem Reglement zu regeln.

2. Kodierrichtlinien

- ¹ Das jeweils aktuelle Medizinische Kodierungshandbuch stellt den offiziellen Leitfaden der Kodierrichtlinien in der Schweiz dar. Die Tarifpartner erstellen einen darauf basierenden Leitfaden für die Anwendung im ambulanten Bereich soweit notwendig.

Teil V: Monitoring, Korrekturmassnahmen und Normierung Folgeversionen

1. Zweck

- ¹ Die folgenden Bestimmungen regeln den Übergang von der bisher angewendeten Tarifstruktur TARMED (Tariftyp 001) und freiwilligen Pauschalen (Tariftyp 003) zur neuen, national einheitlichen Tarifstruktur (ambulante Pauschalen in Kombination mit Einzelleistungstarif (aP+ELT)) und stellen die Umsetzung von Art. 59c Abs. 1 lit. c KVV durch ein 2-jähriges Monitoring inkl. verbindlicher Korrekturmassnahmen auf Tarifstruktur-Ebene dar (Teil V, Ziffer 2 – 10).
- ² Weiter verpflichten sich die Vertragspartner zur Umsetzung der Normierung der Folgeversionen (Teil V, Ziffer 11).

- 3 Das Monitoring, welches in diesem Tarifstrukturvertrag vereinbart wird, betrifft das Gesamtvolumen ambulant gemäss Absatz 1 der beigetretenen Leistungserbringer und Versicherer.

2. Monitorisierte Grössen

2.1. Case-Mix-Index^{national} (CMI^{national})

- 1 Der CMI^{national} berechnet sich aus der Summe aller Kostengewichte der ambulanten Patientenkontakte dividiert durch die Summe aller ambulanten Patientenkontakte im Anwendungsbereich von aP+ELT.
- 2 Es werden keine Korrekturmassnahmen ergriffen, wenn der CMI^{national} im Jahr 2024 und im Jahr 2025 einen vorgegebenen Wert (Zielkorridor) nicht unter- oder überschreitet.

2.2. Anzahl ambulante Patientenkontakte^{national} (aPatK^{national})

- 1 Die aPatK^{national} des Referenzjahres, welche für die Simulation und Berechnung des CMI^{national} des Referenzjahres verwendet werden, entsprechen einer gemeinsam definierten repräsentativen Stichprobe oder einer Vollerhebung.
- 2 Die aPatK^{national} der monitorisierten Jahre, welche für die Berechnung des CMI^{national} verwendet werden, entsprechen der gemeinsame definierten repräsentativen Stichprobe des Referenzjahres oder der Vollerhebung.
- 3 Die Entwicklung der aPatK^{national} wird monitorisiert. Hierzu werden keine Korrekturmassnahmen vereinbart.

3. Monitorisierte Jahre

- Referenzjahr: 2023
- Monitorisierte Jahre: 2024 und 2025

4. Obergrenze und Untergrenze

- 1 Der CMI^{national} 2023 entspricht einem Index-Wert von 100.0.
- 2 Überschreitet der CMI^{national} folgende Indexwerte, werden verbindliche Korrekturmassnahmen gemäss Teil V, Ziffer 8 ergriffen:
- a. Index^{Obergrenze 2024}: 101.0
 - b. Index^{Obergrenze 2025}: 102.0
- 3 Unterschreitet der CMI^{national} folgende Indexwerte, werden verbindliche Korrekturmassnahmen gemäss Teil V, Ziffer 8 ergriffen:
- a. Index^{Untergrenze 2024}: 99.0
 - b. Index^{Untergrenze 2025}: 98.0

5. Verantwortlichkeit, Dauer und Datengrundlage

- 1 Das Monitoring des CMI^{national} sowie die Berechnung der leistungserbringerindividuellen Korrekturen nach Massgabe folgender Bestimmungen werden von den Vertragspartnern durchgeführt.
- 2 Den Vertragspartnern ist gegenseitige Daten- und Berechnungstransparenz zu gewähren.
- 3 Zur Durchführung des Monitorings wird eine Monitoring-Kommission gemäss Teil V, Ziffer 6 eingesetzt.

- 4 Basis des Monitorings bilden die Daten der Statistik «Patientendaten Spital ambulant» des Bundesamtes für Statistik, Abrechnungsdaten der Versicherer und Abrechnungsdaten der Leistungserbringer.
- 5 Der CMI^{national} der entsprechenden Jahre wird mit folgenden Groupversionen ermittelt:
 - a. 2023: aP 1.0, Planungsversion 2023/2024
 - b. 2024: aP 1.0, Abrechnungsversion 2024/2024
 - c. 2025: im Jahr 2025 gültige Abrechnungsversion

6. Monitoring-Kommission

- 1 Gestützt auf Teil V, Ziffer 5 des Tarifstrukturvertrags schaffen die Tarifpartner eine paritätische Monitoring-Kommission.
- 2 Die Monitoring-Kommission wird im ersten Quartal 2025 aktiv. Die Monitoring-Kommission tagt im Rahmen des Notwendigen und nach Massgabe des Tarifstrukturvertrages längstens bis zum Abschluss des letzten Jahres, in dem Korrekturen nötig sind.
- 3 Die Monitoring-Kommission ist zuständig für das Monitoring der monitorisierten Grösse und der Qualität der verwendeten Daten.
- 4 Die Monitoring-Kommission erstellt in Berücksichtigung von Teil V, Ziffer 5 bis 30. November 2025 und 30. November 2026 je einen Bericht zuhanden der Vertragspartner hinsichtlich der Frage, ob per 1. Januar des kommenden Jahres Korrekturmassnahmen notwendig sind.
- 5 Die Kommunikation der notwendigen Korrekturmassnahmen gegenüber den involvierten Stellen und den Behörden erfolgt durch die Vertragspartner gemäss Teil V, Ziffer 9.
- 6 Die Monitoring-Kommission setzt sich aus 4 Experten zusammen, je 2 von Leistungserbringer- und Kostenträger-Seite. Jeder Tarifpartner bestimmt und entschädigt seine Experten und Stellvertreter, welche erstere im Abwesenheitsfall ersetzen.
- 7 Die Kommission fällt Beschlüsse einstimmig. Sie ist beschlussfähig, wenn drei Viertel der jeweiligen Seite anwesend sind.
- 8 Es kann jeweils ein Vertreter seitens der Kantone (GDK) und der nationalen ambulanten Tariforganisation im Beobachterstatus an den Sitzungen teilnehmen.
- 9 Der Vorsitz ist folgendermassen geregelt:
 - 2025: H+
 - 2026: santésuisse
 - 2027: H+
- 10 Das Sekretariat der Monitoring-Kommission wird durch die Organisation, welche den Vorsitzenden stellt, geführt. Das Sekretariat nimmt Daten der Tarifpartner entgegen und leitet diese den Experten weiter, bereitet Sitzungen vor und führt das Sitzungsprotokoll samt Pendenzenliste. Der Vorsitzende kann diese Tätigkeiten (auf Kosten seiner Organisation) delegieren und bei Sitzungen einen Protokollführer beiziehen. Die Vertragspartner können bei Bedarf auch ein externes Sekretariat beauftragen. In dem Fall werden die Kosten von den Vertragspartnern je hälftig getragen.
- 11 Die Vertragspartner sorgen für eine fristgerechte Dateneinsicht und -lieferung. Diese Daten dürfen ausschliesslich für die Kommissionsarbeit verwendet werden.
- 12 Im Falle von notwendigen Korrekturen erhalten die betroffenen Leistungserbringer und Einkaufsgemeinschaften Einsicht in die Datengrundlagen.
- 13 Falls kein einstimmiger Entscheid zustande kommt, ernennen die Vertragspartner einen neutralen Gutachter, der das Monitoring durchführt und die individuellen Korrekturmassnahmen berechnet. Die Vertragspartner teilen sich die Kosten für den

externen Gutachter (50% Leistungserbringer, 50% Versicherer). Der Entscheid des neutralen Gutachters ist für die Vertragsparteien bindend.

7. Bestimmung Indexwerte

- 1 Der $\text{Index}^{\text{effektiv}}_{2024}$ berechnet sich aus der Division des $\text{CMI}^{\text{national}}_{2024}$ durch $\text{CMI}^{\text{national}}_{2023}$. Die Berechnungen werden bis am 15. Oktober 2025 durchgeführt.
- 2 Der $\text{Index}^{\text{effektiv}}_{2025}$ berechnet sich aus der Division des $\text{CMI}^{\text{national}}_{2025}$ durch $\text{CMI}^{\text{national}}_{2023}$. Die Berechnungen werden bis am 15. Oktober 2026 durchgeführt.

8. Berechnung der Korrekturfaktoren bei Überschreitung des Zielkorridors

- 1 Falls gemäss Teil V, Ziffer 4.2 und 4.3 Korrekturmassnahmen notwendig sind, erfolgen diese bei denjenigen Leistungserbringern, deren effektiver Index-Wert ($\text{Index}^{\text{effektivLERB}}$) unter oder über dem Index-Wert ($\text{Index}^{\text{Untergrenze}}$, $\text{Index}^{\text{Obergrenze}}$) gemäss Teil V, Ziffer 4.2 und 4.3 liegt.
- 2 Die relevanten CMI und Indizes der betroffenen Leistungserbringer berechnen sich nach gleicher Logik wie die nationalen CMI und Indizes, jedoch mit den Kostengewichten und ambulanten Patientenkontakten des jeweiligen Leistungserbringers.
- 3 Der Korrekturfaktor eines Leistungserbringers berechnet sich wie folgt:
2024:
 - $\text{Index}^{\text{Obergrenze}}_{2024} - \text{Index}^{\text{effektivLERB}}_{2024}$
 - $\text{Index}^{\text{Untergrenze}}_{2024} - \text{Index}^{\text{effektivLERB}}_{2024}$
2025:
 - $\text{Index}^{\text{Obergrenze}}_{2025} - \text{Index}^{\text{effektivLERB}}_{2025}$
 - $\text{Index}^{\text{Untergrenze}}_{2025} - \text{Index}^{\text{effektivLERB}}_{2025}$
- 4 Die Berechnungen der Korrekturfaktoren werden bis am 31. Oktober 2025 für das Leistungsjahr 2023 respektive 31. Oktober 2026 für das Leistungsjahr 2025 durchgeführt.

9. Information / Kommunikation

- 1 Die Vertragspartner stellen folgende Informationen zur Verfügung:
 - Für Einkaufsgemeinschaften der Krankenversicherer sowie die betroffenen Leistungserbringer: die von Korrekturmassnahmen betroffenen Leistungserbringer und deren individuelle Korrekturfaktoren.
 - Für die GDK und das BAG eine Liste der von Korrekturmassnahmen betroffenen Leistungserbringer und die Bandbreite der individuellen Korrekturfaktoren.
- 2 Die Kommunikation der Korrekturfaktoren erfolgt bis am 30. November 2025 für das Leistungsjahr 2024 respektive 30. November 2026 für das Leistungsjahr 2025.

10. Umsetzung der Korrekturmassnahmen

- 1 Die Leistungserbringer sind verpflichtet, die von den Vertragspartnern gemeinsam beschlossenen oder vom neutralen Gutachter ermittelten Korrekturmassnahmen umzusetzen.
- 2 Die Rückvergütung erfolgt mittels eines Korrekturfaktors auf den Rechnungen des Jahres 2026 (Korrektur für Leistungsjahr 2024) respektive 2027 (Korrektur für Leistungsjahr 2025). Sollte die Anwendung eines Korrekturfaktors in den Jahren 2026 und/oder 2027 nicht möglich sein, werden die Korrekturen mittels Pauschalausgleich geregelt.

- ³ Leistungserbringer oder Verhandlungsgemeinschaften von Leistungserbringern und die Einkaufsgemeinschaften der Versicherer können in ihren Tarifverträgen die Auswirkung geänderter Leistungsspektren auf die individuellen Korrekturfaktoren der Leistungserbringer und andere Umsetzungsmechanismen der Korrekturmassnahmen vereinbaren.

11. Normierung der Folgeversionen

Die Vertragspartner verpflichten sich, die Folgeversionen gemäss nachfolgender Systematik jeweils zu normieren. Diese Normierung erfolgt im Rahmen der Weiterentwicklung der aP+ELT. Systematik:

- Σ effektiver Kostengewichte Vorversion = Σ aktuelle Version
- Gleiches Datenjahr
- Vorgabe: kein nationaler Katalogeffekt

Teil VI: Schlussbestimmungen

1. Vertragsbestandteile:

Folgende Anhänge sind integrierende Bestandteile dieses Vertrags:

- A Fallpauschalenkatalog;
- B Regeln und Definitionen zur Fallabrechnung unter dem ambulanten Pauschalensystem.

2. Gültigkeit, Kündigung, Pflichten nach Vertragsauflösung

- ¹ Der Vertrag erlangt eine unbefristete Gültigkeit. Die Vertragspartner legen nach erfolgter Genehmigung durch den Bundesrat die Inkraftsetzung auf den Beginn eines Kalenderjahres fest.
- ² Die Kündigungsfrist beträgt 6 Monate auf das Ende eines Kalenderjahres. Die kündigende Partei hat ihre Kündigung schriftlich gegenüber den anderen Vertragsparteien anzuzeigen. Es gilt das Eingangsprinzip.

3. Weiterführende Bestimmungen

- ¹ Bei strittigen Fragen zur Interpretation dieses Vertrags suchen die Vertragsparteien nach konsensualen Lösungen.
- ² Massgebend ist die deutsche Version dieses Vertrags.
- ³ Gerichtsstand ist Bern.

Bern, 23.12.2021

H+ Die Spitäler der Schweiz

Isabelle Moret
Präsidentin

Anne-Geneviève Bütikofer
Direktorin

Solothurn, 23.12.2021

santésuisse – Die Schweizer Krankenversicherer

Heinz Brand
Präsident

Verena Nold
Direktorin