

AUSFÜHRUNGSBESTIMMUNGEN

zum Tarifvertrag über die Abgeltung von ambulanten logopädischen Leistungen in Spitälern

Art. 1 Ärztliche Verordnung

¹Unter Vorbehalt von Absatz 2 werden ärztliche Verordnungen nur auf dem gesamtschweizerisch gültigen Verordnungsformular akzeptiert.

²Erfolgt die Verordnung in anderer Form, müssen sämtliche auf dem offiziellen Formular enthaltenen Angaben vorhanden sein; ansonsten ist der Arzt auf die Verwendung des offiziellen Formulars aufmerksam zu machen.

Art. 2 Rechnungsstellung

¹Die Rechnungsstellung kann nach jeder Behandlungsserie erfolgen. Wird die Behandlung eines Patienten abgeschlossen, so muss die Rechnungsstellung unmittelbar nach der letzten Sitzung erfolgen.

²Auf der Rechnung resp. Verordnung müssen folgende Angaben enthalten sein:

- a Name, Vorname, Adresse, Zahlstellennummer, bzw. EAN-Nummer des verantwortlichen Leiters
- b Name, Vorname, Adresse, Zahlstellennummer, bzw. EAN-Nummer des verordnenden externen Arztes oder Name und Vorname des verordnenden Spitalarztes
- c Name, Vorname, Geburtsdatum, Adresse, Versicherten-/Unfallnummer des Patienten (bzw. Betriebsnummer des Arbeitgebers für die UV-Versicherer)
- d Hinweis, ob es sich um Krankheit, Unfall oder Invalidität handelt
- e Kalendarium mit folgenden Angaben: (I, II III bei jeder Sitzung)
 - I Name der verantwortlichen Logopädin
 - II Tarifziffern und Anzahl Taxpunkte der erbrachten Leistungen
 - III Total Taxpunkte
 - IV Taxpunktwert
 - V Totalbetrag der mit Taxpunkten bewerteten Leistungen
- f Totalbetrag der Rechnung

Art. 3 Vergütungsregelung

¹Die Versicherer verpflichten sich, die Rechnungen in der Regel innert 30 Tagen nach Rechnungseingang zu begleichen.

²Für Nichtpflichtleistungen oder für versäumte Sitzungen ist dem Versicherten direkt Rechnung zu stellen.

Art. 4 Elektronische Datenübermittlung

¹Die Vertragspartner fördern die elektronische Datenübermittlung.

²Die Vertragspartner setzen sich für einheitliche Normen und Abläufe im Zusammenhang mit der elektronischen Datenübermittlung ein.

³Die Einzelheiten werden in einer separaten Vereinbarung geregelt.

Art. 5 Nichtmitglieder

¹Um die im Zusammenhang mit der Erarbeitung und der Ausführung des Vertrages zwischen H+ und den Versicherern entstehenden Kosten zu finanzieren, wird von den im Sinne von Artikel 2 Absatz 2 des Tarifvertrages beitrittsberechtigten Nichtmitgliedspitälern von H+ eine Beitragsgebühr und ein jährlicher Kostenbeitrag verlangt.

²Die Beitragsgebühr pro Spital beträgt Fr. **1'000.-** und ist mit der Beitrittserklärung zu entrichten.

³Der jährliche Kostenbeitrag pro Spital beträgt Fr. **400.-** und gilt ab dem zweiten Vertragsjahr.

⁴Die Beitragsgebühr und der jährliche Kostenbeitrag sind im voraus zu bezahlen und werden fällig mit dem Einreichen der Beitrittserklärung resp. zu Beginn eines Kalenderjahres.

⁵Die Beitragsgebühr und der jährliche Kostenbeitrag sind innert 30 Tagen nach Erhalt der Rechnung zu bezahlen.

⁶Bei Nichtbezahlung der Beiträge durch Spitäler sind die Versicherer nicht leistungspflichtig.

⁷Die Vertragspartner richten für die Eingänge der Beiträge von Nichtmitgliedern ein gemeinsames Konto ein.

⁸Die Beiträge der Nichtmitglieder werden zweckgebunden für die Aufwendungen im Zusammenhang mit dem Tarifvertrag verwendet.

⁹Zuständiges Organ für die Festsetzung der Höhe der Beiträge von Nichtmitgliedern und deren Verwendung ist die Paritätische Vertrauenskommission (PVK).

¹⁰Zuständig für das Inkasso ist das Sekretariat der PVK.

¹¹Bis Ende Februar überreicht das Sekretariat der PVK den Vertragsparteien die Abrechnung des vergangenen Jahres.

¹²Die Vertragspartner haben jederzeit ein Kontrollrecht.

Art. 6 Tarifadministration

Für den Druck und den Versand des Tarifs und seiner Nachträge ist die Zentralstelle für Medizinaltarife zuständig. Die daraus entstehenden Kosten werden den Empfängern in Rechnung gestellt. Bis Ende Februar erstellt das Sekretariat der PVK eine Abrechnung über die eigenen Aufwendungen des Vorjahres und stellt diese den Vertragsparteien zu.