

# AUSFÜHRUNGSBESTIMMUNGEN

## zum Tarifvertrag über die Abgeltung von ambulanten logopädischen Leistungen in Spitälern

### Art. 1      **Ärztliche Verordnung**

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

<sup>2</sup>Erfolgt 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**

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

<sup>2</sup>Auf 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 Tarifiziffern 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**

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

<sup>2</sup>Für Nichtpflichtleistungen oder für versäumte Sitzungen ist dem Versicherten direkt Rechnung zu stellen.

### Art. 4      **Elektronische Datenübermittlung**

<sup>1</sup>Die Vertragspartner fördern die elektronische Datenübermittlung.

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

<sup>3</sup>Die Einzelheiten werden in einer separaten Vereinbarung geregelt.

## **Art. 5 Nichtmitglieder**

<sup>1</sup>Um 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 beitragsberechtigten Nichtmitgliedspitälern von H+ eine Beitrittsgebühr und ein jährlicher Kostenbeitrag verlangt.

<sup>2</sup>Die Beitrittsgebühr pro Spital beträgt Fr. **1'000.-** und ist mit der Beitrittserklärung zu entrichten.

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

<sup>4</sup>Die Beitrittsgebühr und der jährliche Kostenbeitrag sind im voraus zu bezahlen und werden fällig mit dem Einreichen der Beitrittserklärung resp. zu Beginn eines Kalenderjahres.

<sup>5</sup>Die Beitrittsgebühr und der jährliche Kostenbeitrag sind innert 30 Tagen nach Erhalt der Rechnung zu bezahlen.

<sup>6</sup>Bei Nichtbezahlung der Beiträge durch Spitäler sind die Versicherer nicht leistungspflichtig.

<sup>7</sup>Die Vertragspartner richten für die Eingänge der Beiträge von Nichtmitgliedern ein gemeinsames Konto ein.

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

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

<sup>10</sup>Zuständig für das Inkasso ist das Sekretariat der PVK.

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

<sup>12</sup>Die 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.