

AUSFÜHRUNGSBESTIMMUNGEN

zum Tarifvertrag über die Abgeltung von nichtärztlichen Beratungs- und Pflegeleistungen in Spitälern

Art. 1 Rechnungsstellung

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

² Auf der Rechnung müssen folgende Angaben enthalten sein:

- a Identifikation des Leistungserbringers (ZSR- und EAN-Nr. des Spitals)
- b Name, Vorname, Geburtsdatum und Adresse des Versicherten
- c Versichertennummer resp. Unfallnummer des Patienten (bzw. Betriebsnummer des Arbeitgebers für die UV-Versicherer) resp. NIF-Nummer und IV-Verfügung (für die IV-Versicherer)
- d Hinweis, ob es sich um Krankheit, Unfall oder Invalidität handelt
- e Kalendarium mit folgenden Angaben
 - I Tarifziffern und Anzahl Taxpunkte der erbrachten Leistungen
 - II Total Taxpunkte
 - III Taxpunktwert
 - IV Totalbetrag der mit Taxpunkten bewerteten Leistungen
- f Rechnungsdatum
- g Totalbetrag der Rechnung

Art. 2 Vergütungsregelung

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

² Für Nichtpflichtleistungen ist dem Versicherten gemäss KVG direkt Rechnung zu stellen.

Art. 3 Elektronische Datenübermittlung

¹ Die Vertragsparteien geben ihrem Willen Ausdruck, den elektronischen Datentransfer zwischen den Versicherern und den Leistungserbringern zu fördern. Ab 1.1.2006 erfolgt die Abrechnung zwischen Versicherern und Leistungserbringern ausschliesslich elektronisch.

² Durch eine gemeinsame Standardisierung der Schnittstellen soll der elektronische Datentransfer möglichst effizient, kostengünstig und reibungslos ablaufen.

³ Die Vertragsparteien einigen sich auf gemeinsam vereinbarte Abrechnungsstandards inkl. einheitlichem Rechungsformular. Für die Abrechnung gelten der jeweils aktuelle Übermittlungsstandard sowie das einheitliche Rechungsformular, welche vom Forum Datenaustausch festgelegt werden.

⁴ Bei der gemeinsamen Festlegung der Sicherheitstechnologie für die elektronische Datenübermittlung ist eine dem Personen- und Datenschutz genügenden Form unabdingbar. Grundlage bildet das Bundesgesetz vom 19. Juni 1992 über den Datenschutz (DSG).

Art. 4 Nichtmitglieder

¹ 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 3 Absatz 2 des Tarifvertrages beitrittsberechtigten Nichtmitgliedspitälern von H+ eine Beitragsgebühr und ein jährlicher Kostenbeitrag verlangt.

² Die Beitragsgebühr pro Spital beträgt CHF **2'000.—** und ist mit der Beitrittserklärung zu entrichten.

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

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

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

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

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

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

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

¹⁰ Zuständig für das Inkasso ist das Sekretariat der PVK.

Art. 5 Tarifadministration

¹ 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.