

Vertrag

zwischen

AGZ Ärztegesellschaft des Kantons Zürich
Nordstrasse 15
8006 Zürich

nachfolgend "**ÄRZTEGESELLSCHAFT**" genannt

und

Helsana Versicherungen AG et al.
Zürichstrasse 130
8600 Dübendorf

Sanitas Grundversicherungen AG et al.
Jänergasse 3
8004 Zürich

KPT Krankenkasse AG
Tellstrasse 18
3000 Bern 22

nachfolgend "**HSK-Versicherer**" genannt
(Postadresse: Einkaufsgemeinschaft HSK, Postfach, 8081 Zürich)

– alle zusammen "**Parteien**" genannt –

betreffend

Vergütung ambulanter Leistungen in der Arztpraxis (TARMED)

Gültig ab 01.01.2016

Inhaltsverzeichnis

Art. 1	Parteien	3
Art. 2	Geltungsbereich und Leistungsumfang	3
Art. 3	Beitritt von Ärzten bzw. Einrichtungen zum Vertrag / Mitglieder und Nicht-Verbandsmitglieder	3
Art. 4	Beitragsgebühren / Unkostenbeiträge (Art. 46 Abs. 2 KVG)	4
Art. 5	Rücktritt vom Vertrag	4
Art. 6	Verzeichnis der Beitritte / Rücktritte	4
Art. 7	GLN-Nummer / Zahlstellenregisternummer ZSR.-Nr.	4
Art. 8	Ausschluss einzelner Ärzte bzw. Einrichtungen	5
Art. 9	Auftragsverhältnis / freie Arztwahl	5
Art. 10	Wirtschaftlichkeit / Massnahmen zur Sicherstellung der Wirtschaftlichkeit von Leistungen (Art. 56 Abs. 5 KVG und Art. 76 f KVV)	5
Art. 11	Taxpunktwert	5
Art. 12	Tarifstruktur TARMED	5
Art. 13	Rechnungstellung und Vergütung (Art. 42 KVG)	6
Art. 14	Schuldübernahme	7
Art. 15	Anstellung von Ärzten und Zusammenarbeit in der Rechtsform einer juristischen Person	7
Art. 16	Sanktionen bei Vertragsverletzung	7
Art. 17	Meinungsverschiedenheiten und Auslegungsfragen	8
Art. 18	Qualitätssicherung	8
Art. 19	Inkrafttreten und Beendigung des Vertrages	8
Art. 20	Anhänge zum Vertrag	8
Art. 21	Schriftlichkeitsvorbehalt	8
Art. 22	Salvatorische Klausel	9
Art. 23	Genehmigung	9
Art. 24	Schluss- und Übergangsbestimmungen	9
Anhang 1	– Angeschlossene Versicherer	14
Anhang 2	– Beitritt, Beitragsgebühr / Unkostenbeiträge für Nicht-Verbandsmitglieder (Art. 46 Abs. 2 KVG)	15
Anhang 3	– Anwendbarer Taxpunktwert	16
Anhang 4	– Schuldübernahme	17
Anhang 5	– Abrechnung sonstige Leistungen (Art. 13 Ziff. 6)	18

Art. 1 Parteien

- ¹ Die Parteien des vorliegenden Vertrages sind die AGZ Ärztesgesellschaft des Kantons Zürich, nachfolgend als ÄRZTEGESELLSCHAFT bezeichnet, sowie die Helsana Versicherungen AG, die Sanitas Grundversicherungen AG sowie KPT Krankenkasse AG, bzw. die im Anhang 1 Abschnitt A – B bezeichneten Versicherer, nachfolgend jeweils als HSK-Versicherer bezeichnet.
- ² Diesem Vertrag können sich andere Versicherer mit Zustimmung der dem Vertrag angehörenden HSK-Versicherer und der ÄRZTEGESELLSCHAFT anschliessen. Die entsprechenden Versicherer werden im Anhang 1 aufgeführt und übernehmen die Bestimmungen dieses Vertrages.
- ³ Die Helsana Versicherungen AG ist ermächtigt, alle Handlungen im Zusammenhang mit dem vorliegenden Vertrag im Namen und auf Rechnung der im Anhang 1 A. genannten Versicherer vorzunehmen.
- ⁴ Die Sanitas Grundversicherungen AG ist ermächtigt, alle Handlungen im Zusammenhang mit dem vorliegenden Vertrag im Namen und auf Rechnung der im Anhang 1 B. genannten Versicherer vorzunehmen.

Art. 2 Geltungsbereich und Leistungsumfang

- ¹ Dieser Vertrag regelt die Beziehungen zwischen den Ärzten bzw. Einrichtungen und Versicherern, die ihm durch schriftliche Erklärung beigetreten sind (Art. 3).
- ² Der Vertrag gilt für alle ambulanten Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung gemäß KVG, die in der von den Parteien vereinbarten und vom Bundesrat genehmigten Tarifstruktur „TARMED“ enthalten sind und die im Vertragskanton in freier Praxis erbracht werden.
- ³ Der anzuwendende Taxpunktwert richtet sich nach Art. 43 Abs. 4 KVG in Verbindung mit Art. 46 KVG.
- ⁴ Ärzte bzw. Einrichtungen, die an einem Spital ambulante Leistungen im eigenen Namen, auf eigene Verantwortung und auf eigene Rechnung mit einer eigenen ZSR-Nummer erbringen, sind in Bezug auf diese Leistungen diesem Vertrag ebenfalls unterstellt. In diesem Fall sind sie verantwortlich, dass die im Spital erbrachten Leistungen nicht vom Spital abgerechnet werden. Die Versicherer sind berechtigt, vom Arzt bzw. der Einrichtung und dem Spital entsprechende Massnahmen zur Sicherstellung der korrekten Leistungsabrechnung zu verlangen, dies auch um zu vermeiden, dass Leistungen mehrfach verrechnet werden.

Art. 3 Beitritt von Ärzten bzw. Einrichtungen zum Vertrag / Mitglieder und Nicht-Verbandsmitglieder

- ¹ Diesem Vertrag können Ärzte bzw. Einrichtungen beitreten, auf die das Tarifsysteem TARMED anwendbar ist.
- ² Neumitglieder der ÄRZTEGESELLSCHAFT (Verbandsmitglieder), für die das Tarifsysteem TARMED gilt, haben bei der Aufnahme schriftlich zu erklären, dass sie diesem Vertrag beitre-

ten. Ausnahmen hiervon sowie die Regelungen für Nicht-Verbandsmitglieder sind in Anhang 2 geregelt.

- ³ Nicht-Verbandsmitglieder der ÄRZTEGESELLSCHAFT können diesem Vertrag beitreten, sofern das Tarifsysteem TARMED auf sie anwendbar ist. Der Beitritt schliesst die volle Anerkennung dieses Vertrages mit seinen Anhängen ein. Er hat durch schriftliche Erklärung an die ÄRZTEGESELLSCHAFT zu erfolgen.

Art. 4 Beitrittsgebühren / Unkostenbeiträge (Art. 46 Abs. 2 KVG)

- ¹ Ärzte bzw. Einrichtungen, die Nicht-Verbandsmitglieder der ÄRZTEGESELLSCHAFT sind, haben an die zuständige ÄRZTEGESELLSCHAFT eine einmalige Beitrittsgebühr und einen jährlichen Unkostenbeitrag zu bezahlen.
- ² Werden diese Beiträge nicht geleistet, erlischt der Beitritt zum Vertrag.
- ³ Die Modalitäten sind im Anhang 2 dieses Vertrages geregelt.

Art. 5 Rücktritt vom Vertrag

- ¹ Einzelne Ärzte bzw. Einrichtungen und Versicherer können unter Einhaltung einer Frist von sechs Monaten jeweilig per Ende eines Kalenderjahres von diesem Vertrag zurücktreten. Die Ärzte bzw. Einrichtungen reichen ihre Rücktrittserklärung innert der vorgegebenen Frist beim jeweiligen Sekretariat der ÄRZTEGESELLSCHAFT ein und die Versicherer bei HSK. Diese informieren jeweilig die anderen Parteien.
- ² Verliert ein Arzt die Mitgliedschaft bei der ÄRZTEGESELLSCHAFT, verliert er die Zugehörigkeit zu diesem Vertrag auf den nächsten Kündigungstermin, sofern er diesem Vertrag nicht als Nicht-Verbandsmitglied beitrifft (vgl. Art. 3 Abs. 3).

Art. 6 Verzeichnis der Beitritte / Rücktritte

- ¹ Die Parteien führen ein Verzeichnis über die Beitritte und Rücktritte.
- ² Alle Mutationen werden in diesem Verzeichnis festgehalten, welches für die Parteien, aber auch für Dritte, massgebend ist.
- ³ Das Verzeichnis bezüglich der Ärzte bzw. Einrichtungen wird von der ÄRZTEGESELLSCHAFT geführt.
- ⁴ Die Parteien stellen sich die entsprechenden Verzeichnisse auf Anfrage zu.

Art. 7 GLN-Nummer / Zahlstellenregisternummer ZSR.-Nr.

- ¹ Die FMH händigt allen Ärzten eine GLN-Nummer aus.

- ² Gestützt auf diese GLN-Nummer sowie die mitgeteilten Daten über die Verrechnungsberechtigung muss jeder anerkannte Arzt bzw. jede Einrichtung gemäss Art. 36a KVG über eine Zahlstellenregisternummer (ZSR-Nr.) verfügen. Der Arzt bzw. die Einrichtung rechnet über diese ZSR-Nummer ab. Die persönliche GLN- und die ZSR-Nr. müssen auf jeder Rechnung und Verordnung aufgeführt werden (Art. 13).
- ³ Die bisherigen Zahlstellenregisternummern werden beibehalten.

Art. 8 Ausschluss einzelner Ärzte bzw. Einrichtungen

Der Ausschluss von Ärzten bzw. Einrichtungen kann nur aus wichtigen Gründen beantragt werden. Die antragstellende Partei hat ein Ausschlussbegehren mit schriftlicher Begründung an die Gegenpartei zu richten. Diese teilt ihren Entscheid dem betroffenen Arzt / der betroffenen Einrichtung bzw. Versicherer mit. Der Entscheid kann, soweit eine solche zuständig ist, an die PVK und dann an das kantonale Schiedsgericht gemäss Art. 89 KVG weitergezogen werden.

Art. 9 Auftragsverhältnis / freie Arztwahl

- ¹ Die Beziehungen zwischen Arzt und Patient richten sich nach dem Recht des einfachen Auftrags (Art. 394 ff OR).
- ² Die freie Arztwahl der Versicherten wird von den Parteien ausdrücklich garantiert. Vorbehalten bleiben Einschränkungsmöglichkeiten der freien Arztwahl durch gesetzliche Bestimmungen (z.B. besondere Versicherungsformen i.S.v. Art. 62 KVG).

Art. 10 Wirtschaftlichkeit / Massnahmen zur Sicherstellung der Wirtschaftlichkeit von Leistungen (Art. 56 Abs. 5 KVG und Art. 76 f KVV)

Sind bei der Wirtschaftlichkeitsprüfung durch die Versicherer Ungereimtheiten festzustellen, werden diese mit der ÄRZTEGESELLSCHAFT diskutiert und gemeinsam geeignete Massnahmen sichergestellt.

Art. 11 Taxpunktwert

Der gültige Taxpunktwert wird in Anhang 3 festgelegt. Er entfällt bei der einvernehmlichen Festlegung eines neuen Taxpunktwertes, bei der Kündigung dieses Tarifvertrages oder bei der Kündigung von Anhang 3.

Art. 12 Tarifstruktur TARMED

- ¹ Für die Vergütung von ambulanten Leistungen in der Arztpraxis kommt die Tarifstruktur TARMED (wie seit 1. Januar 2004 im KVG anwendbar) zur Anwendung. Die Abrechnung erfolgt gemäss der jeweils aktuellsten Version der vom Bundesrat genehmigten Tarifstruktur TARMED.



- ² Genehmigte Änderungen am TARMED werden zeitgleich mit der jeweiligen Inkraftsetzung übernommen.
- ³ Für die gesamtschweizerisch einheitliche Interpretation des TARMED ist die Paritätische Interpretationskommission/PIK alleine und umfassend zuständig. Alle Entscheide der PIK finden auf den vorliegenden Vertrag Anwendung.

Art. 13 Rechnungstellung und Vergütung (Art. 42 KVG)

- ¹ Schuldner der Vergütung der ärztlichen Leistung im Rahmen des KVG ist der Versicherte (System des tiers garant). Einzelne Versicherer und einzelne Leistungserbringer können in Abweichung hiervon das System des tiers payant vereinbaren (Schuldner der Vergütung der ärztlichen Leistung ist der Versicherer).
- ² Der Arzt bzw. die Einrichtung stellt nach dem am Ort der Leistungserbringung geltenden Tarif Rechnung.
- ³ Die Abrechnung im System des tiers payant erfolgt grundsätzlich in elektronischer Form.
- ⁴ Der Arzt bzw. die Einrichtung stellt die Rechnung gemäss dem aktuellen Standard des Forums Datenaustausch.
- ⁵ Die Rechnung hat folgende Angaben zu enthalten:
 - a) Name und Adresse des Arztes bzw. der Einrichtung, die ZSR-Nr. und die GLN-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) Tarif, Tarifziffer und Tarifbezeichnung
 - f) Taxpunkte, Taxpunktwerte, Gesamtbetrag pro Tarifposition
 - g) Diagnosen nach dem vereinbarten Diagnose-Code entsprechend den gesetzlichen Vorgaben.
 - h) Bezeichnung von Nichtpflichtleistungen gemäss KVG
 - i) Rechnungsdatum und Rechnungsnummer
 - j) GLN-Nr. des behandelnden Arztes (cf. Art. 15)
- ⁶ Auf der gleichen Rechnung wie die Tarmed Leistungen nach Tarif 001 sind unter entsprechender Detaillierung folgende Leistungen abrechenbar:

Laborleistungen, Medikamente zur Behandlung, Abgabe von Medikamenten (wenn dies kantonal erlaubt ist, direkte Medikamentenabgabe), Verbrauchsmaterial, Dialyse, Abgabe von Hilfsmitteln nach MiGel.

Die für KVG-Pflichtleistungen festgelegten Tarife sind im Anhang 5 zu finden. Werden Pflichtleistungen oder VVG-Leistungen (Anhang 5 lit.c) abgerechnet, welche in keinem Tarif enthalten sind, müssen diese gemäss gültigem Standard Forum Datenaustausch signalisiert werden.

- ⁷ Falls ein Versicherter per 30. Juni bzw. 31. Dezember seinen Versicherer wechselt, erstellt der Arzt bzw. die Einrichtung auf Verlangen des Versicherten bis spätestens am 15.08. des Kalenderjahres bzw. 15.02. des Folgejahres eine Zwischenabrechnung per 30.06 bzw. 31.12.

Variante tiers payant:

- ¹ Schuldner gegenüber dem Leistungserbringer ist der Versicherer (**System des tiers payant**).
- ² Der Arzt bzw. die Einrichtung liefert im Fall des tiers payant die Rechnung dem Versicherer und stellt dem Versicherten eine Kopie zu.
- ³ Der Versicherer vergütet dem Arzt bzw. der Einrichtung den unbestrittenen Teil bei elektronischer Abrechnung innerhalb von 30 Tagen, bei schriftlicher Abrechnung innerhalb von 45 Tagen nach Erhalt der Rechnung.
- ⁴ Die Verrechnung von Ausständen des Versicherten gegenüber dem Versicherer zulasten des Arztes bzw. der Einrichtung ist ausgeschlossen.

Art. 14 Schuldübernahme

- ¹ Der Arzt bzw. die Einrichtung hat bei Sozialhilfebedürftigkeit des Patienten, bei Personen, die gemäss Art. 1 Abs. 2 lit. c KVV versichert sind (z.B. Asylverfahren), bei Tod des Patienten vor Rechnungstellung und in gewissen Fällen im Notfalldienst das Recht, mit dem Versicherer eine Vereinbarung betreffend direkter Rechnungsbezahlung an den Arzt bzw. der Einrichtung abzuschliessen.
- ² Die Versicherer verpflichten sich, beim Vorliegen der Voraussetzungen der Schuldübernahme gemäss Anhang 4 dieses Vertrages einer solchen vorbehaltlos zuzustimmen, falls alle Prämien und alle Kostenbeteiligungen durch den Versicherten oder einen Dritten bezahlt worden sind. Die Voraussetzungen und das Verfahren sind in Anhang 4 geregelt.

Art. 15 Anstellung von Ärzten und Zusammenarbeit in der Rechtsform einer juristischen Person

Für die Anstellung von Ärzten und Zusammenarbeit in der Rechtsform einer juristischen Person ist Art. 36a KVG sowie das einschlägige kantonale Recht anwendbar.

Art. 16 Sanktionen bei Vertragsverletzung

Verletzt ein diesem Vertrag beigetretener Arzt bzw. Einrichtung oder Versicherer Bestimmungen dieses Vertrages oder seiner Anhänge, des KVG (insbesondere Weitergabe von erhaltenen Vergünstigungen Art. 56 Abs. 3 KVG) oder seiner Verordnungen, so ist, soweit eine solche zuständig ist, die PVK und dann das kantonale Schiedsgericht i.S. v. Art. 89 KVG anzurufen.

Art. 17 Meinungsverschiedenheiten und Auslegungsfragen

- ¹ Bei Meinungsverschiedenheiten und Auslegungsfragen verpflichten sich die Parteien sich gütlich zu einigen. Der Nachweis erfolgt durch das Vorlegen eines substantiierten schriftlichen Einigungsvorschlags.
- ² Können sich die Parteien nicht einigen, ist, soweit eine solche zuständig ist, die PVK und dann das kantonale Schiedsgericht i.S. v. Art. 89 KVG zuständig.

Art. 18 Qualitätssicherung

Die dem Vertrag beigetretenen Ärzte bzw. Einrichtungen verpflichten sich zur Mitwirkung bei den Massnahmen für die Sicherung und Kontrolle der Qualität nach Art. 58 KVG.

Art. 19 Inkrafttreten und Beendigung des Vertrages

- ¹ Dieser Vertrag tritt per 01.01.2016 in Kraft und ist unbefristet gültig.
- ² Der Vertrag ist von jeder Vertragspartei mit einer Kündigungsfrist von 6 Monaten, jeweils per Ende eines Kalenderjahres, kündbar. Es ist auch alleinig der Anhang 3 kündbar, für den die gleiche Frist gilt. Der Vertrag bzw. Anhang 3 bleibt für die übrigen Parteien vollumfänglich anwendbar.
- ³ Der vorliegende Vertrag ersetzt alle vorangegangenen Tarifverträge resp. Tarifvereinbarungen mit demselben Regelungsgegenstand, auch solche, welche mit den Vorgängerorganisationen der Parteien abgeschlossen wurden.

Art. 20 Anhänge zum Vertrag

Die nachfolgenden Anhänge sind integrierende Bestandteile dieses Vertrages und können für sich alleine nicht gekündigt werden. Eine Ausnahme bildet Anhang 3 (cf. Art. 11 und Art. 19 Abs. 2).

- | | |
|----------|---|
| Anhang 1 | Liste der angeschlossenen Versicherer |
| Anhang 2 | Beitritt, Beitrittsgebühren / Unkostenbeiträge (Art. 46 Abs. 2 KVG) |
| Anhang 3 | Anwendbarer Taxpunktwert |
| Anhang 4 | Schuldübernahme |
| Anhang 5 | Abrechnung sonstige Leistungen (Art. 13 Ziff. 6) |

Art. 21 Schriftlichkeitsvorbehalt

Alle Änderungen und Ergänzungen zu diesem Vertrag bzw. seinen Anhängen, inklusive dieses Artikels, haben schriftlich zu erfolgen und sind von den Vertragsparteien rechtsverbindlich zu unterzeichnen.

Art. 22 Salvatorische Klausel

Sollten eine oder mehrere Bestimmungen dieses Vertrages unwirksam sein oder werden, wird die Gültigkeit dieser Vereinbarung im Übrigen nicht berührt. Unwirksame Bestimmungen sind durch Regelungen, die dem Sinn und der wirtschaftlichen Bedeutung des von den Parteien Gewollten möglichst nahe kommen, zu ersetzen.

Art. 23 Genehmigung

- ¹ Dieser Vertrag bedarf gemäss Art. 46 Abs. 4 KVG der Genehmigung durch den Regierungsrat.
- ² Die Parteien wissen um die konstitutive Wirkung des Genehmigungsentscheids des Regierungsrates. Für den Fall, dass im Zeitpunkt des Inkrafttretens dieses Vertrages noch keine Genehmigung vorliegen sollte, erbringen die Parteien ihre vertraglich geschuldeten Leistungen unter der Fiktion, dass der Vertrag so genehmigt werde. Sollte der Regierungsrat, das Bundesverwaltungsgericht oder das Bundesgericht den Vertrag nicht oder anders genehmigen, bleibt die Anrufung von Treu und Glauben bzw. des Vertrauensschutzes in jedem Fall ausgeschlossen. Die allfällig zu viel erbrachten Leistungen sind von der bereicherten Partei binnen 6 Monaten ab dem Datum des Genehmigungsentscheids des Regierungsrates zurückzuleisten. Die Parteien anerkennen, dass die einjährige Verwirklichungsfrist für allfällige Rückforderungen mit Datum des Genehmigungsentscheids des Regierungsrates zu laufen beginnt.
- ³ Das Genehmigungsverfahren wird durch eine der Parteien eingeleitet. Allfällige diesbezügliche Gebühren werden von den Parteien hälftig getragen.

Art. 24 Schluss- und Übergangsbestimmungen

Alle Ärzte, die Mitglied der ÄRZTEGESELLSCHAFT sind, sind bei Inkrafttreten diesem Vertrag angeschlossen, sofern sie dem Sekretariat der ÄRZTEGESELLSCHAFT nicht innert 30 Tagen ab Zustellung des Vertrages bzw. ab Veröffentlichung im Verbandsorgan der ÄRZTEGESELLSCHAFT mitteilen, dass sie dem Vertrag nicht beitreten.



Für die **ÄRZTEGESELLSCHAFT** mit rechtsverbindlicher Unterschrift:

Zürich, den 14. November 2015

.....
Dr. med. Josef Widler
Präsident

.....
Dr. iur. Michael Kohlbacher
Generalsekretär

Die HSK-Versicherer:

Für Helsana Versicherungen AG:

Stettbach, den 19.10.2015



.....
Michael Willer
Leiter Leistungen



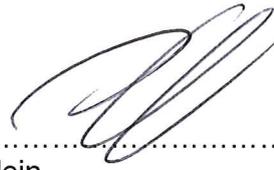
.....
Peter Graf
Leiter Leistungseinkauf

Für Sanitas Grundversicherungen AG:

Zürich, den 09.11.15.....



.....
Marco van den Heuvel
Leiter Leistungseinkauf



.....
Jutta Klein
Leiterin Leistungsmanagement

Für KPT Krankenkasse AG:

Bern, den 28.10.15.....



Beat Arnet
Leiter Leistungen



Reto Neuhaus
Leiter Leistungseinkauf

Anhang 1 – Angeschlossene Versicherer

Dem Vertrag sind die folgenden Versicherer angeschlossen:

A.

- Progrès Versicherungen AG
- sansan Versicherungen AG
- avanex Versicherungen AG
- indivo Versicherungen AG

B.

- Compact Grundversicherungen AG
- Wincare Versicherungen AG
- Kolping Krankenkasse AG

Anhang 2 – Beitritt, Beitrittsgebühr / Unkostenbeiträge für Nicht-Verbandsmitglieder (Art. 46 Abs. 2 KVG)

Gemäss Art. 3 und 4 des Vertrages vereinbaren die Parteien folgendes:

- ¹ Die ÄRZTEGESELLSCHAFT erhebt von den Nichtverbandsmitgliedern eine Beitrittsgebühr und einen jährlichen Unkostenbeitrag.
- ² Diese Beiträge dienen der Deckung der Kosten der Vertragsverhandlungen, des Vertragsabschlusses, der Erstellung der notwendigen Datengrundlagen, der Durchführung des Vertrages sowie der Tätigkeit einer allfälligen paritätischen Vertrauenskommission.
- ³ Die Höhe der Beitrittsgebühr und der jährliche Unkostenbeitrag für Nicht-Verbandsmitglieder werden von der kantonalen Ärztesgesellschaft festgelegt.
- ⁴ Beim Vertragsrücktritt eines Nichtverbandsmitgliedes im Verlauf des Jahres wird trotzdem der ganze jährliche Unkostenbeitrag geschuldet.
- ⁵ Die Beitrittsgebühr und der jährliche Unkostenbeitrag sind im Voraus zu bezahlen und werden fällig mit dem Einreichen der Beitrittserklärung resp. am 31.12. vor Beginn eines Kalenderjahres.
- ⁶ Die Anwendbarkeit des Tarifvertrages entfällt, wenn der jährliche Unkostenbeitrag nach zweimaliger Mahnung, nach einer Frist von 30 Tagen nach der zweiten Mahnung nicht bezahlt wird. In der Mahnung ist das Nichtverbandsmitglied auf diese Sanktion ausdrücklich hinzuweisen. Nach Ablauf dieser Frist wird dem Nichtverbandsmitglied die Abrechnungsberechtigung entzogen.

Anhang 3 – Anwendbarer Taxpunktwert

Der Taxpunktwert beträgt für Behandlungen ab dem 1. Januar 2016 CHF 0.89 .

Anhang 4 – Schuldübernahme

Gemäss Art. 14 des Vertrages vereinbaren die Parteien folgendes:

Art. 1

Der Arzt bzw. die Einrichtung kann vom Versicherer eine Schuldübernahme fordern, wenn:

- ¹ der Patient Sozialhilfebezüger ist;
- ² bei Patienten, die ein Asylgesuch gestellt, denen vorübergehender Schutz gewährt wurde oder für welche die vorläufige Aufnahme verfügt wurde (Art. 1 Abs. 2 lit. c KVV);
- ³ der Patient vor Rechnungsstellung durch den Arzt bzw. der Einrichtung verstirbt, sofern die Rechnung nicht innert 6 Monaten bezahlt wird;
- ⁴ im Notfalldienst in den Fällen von Ziff. 1-3

Art. 2

In allen Fällen ist die Unterschrift des Versicherten, des gesetzlichen Vertreters oder einer bevollmächtigten Person nötig. Die Unterschrift kann auch nach erfolgter Leistungserbringung erbracht werden.

Art. 3

- ¹ Die Schuldübernahme kann für den ausstehenden oder für künftige Rechnungsbeträge gefordert werden, jedoch mit einer maximalen zeitlichen Beschränkung von 12 Mte. pro Unterschrift des Patienten. Sie hat vor Rechnungsstellung zu erfolgen (ausgenommen Art. 1 Ziff. 3 und 4).
- ² Die Übernahme erfolgt für den Teil der Rechnung, der nach Abzug des Selbstbehaltes und einer Franchise übrig bleibt und sofern die Prämien und die ausstehenden Kostenbeteiligungen durch den Versicherten oder einen Dritten bezahlt worden sind.
- ³ Einreden und Einwendungen, die der Versicherer gegenüber dem Patienten aus deren Vertragsverhältnis hat, können gegenüber dem Arzt bzw. der Einrichtung erhoben werden.

Art. 4

- ¹ Besteht zwischen Arzt bzw. Einrichtung und Versicherer in einem konkreten Fall eine Vereinbarung betreffend Schuldübernahme (max. 12 Mte. gültig), hat der Arzt bzw. die Einrichtung die Rechnung an den Versicherer zu senden (Tiers soldant). Dem Patienten ist eine Kopie der Rechnung zuzustellen.
- ² Der Versicherer vergütet dem Arzt bzw. der Einrichtung den unbestrittenen Teil der Rechnung bei elektronischer Abrechnung innert 30 Tagen, bei schriftlicher Abrechnung innerhalb von 45 Tagen nach Erhalt der Rechnung.

Anhang 5 – Abrechnung sonstige Leistungen (Art. 13 Ziff. 6)

- a) Laborleistungen: Tarif 317 Analysenliste
- b) Medikamentenstamm (inkl. Zugriff via EAN und Zugriff via Swissmedic): Tarif 400, 402, 403
- c) übrige Leistungen welche nicht in offiziellen Tarifen definiert sind (KVG/VVG), z.B. Verbrauchsmaterial gemäss Tarmed GI-20 Position 2000: Tarif 406
- d) Hilfsmittel nach MiGel: Tarif 452
- e) Leistungsarten SVK-KV (Dialyse): Tarif 500