

Vertrag
zwischen
Spitalamt Solothurn
Visana Versicherungen AG
über die Rechnungsstellung
für Behandlungen von Visana-Versicherten
der Halbprivat- und Privatabteilung

Vertrag vom 06.10.2003

Inhaltsverzeichnis

zum Vertrag zwischen dem Spitalamt Solothurn und Visana Versicherungen AG

I Parteien	Art. 1	Parteien
II Geltungsbereich	Art. 2	Geltungsbereich
III Pflichten der Klinik/ des Spitals	Art. 3	Zweckmässig-, Wirksam- und Wirtschaftlichkeit
	Art. 4	Aufnahmepflicht
	Art. 5	Eintrittsmeldung
	Art. 6	Aufklärungspflicht
IV Pflichten der Visana	Art. 7	Kostengutsprache (KOGU)
V Rechnungsstellung	Art. 8	Grundsatz
	Art. 9	Rechnungsstellung an Visana
	Art. 10	Rechnungsstellung an Dritte
	Art. 11	Abzüge und Verrechnung
	Art. 12	Beanstandung der Rechnung
VI Tarife	Art. 13	Grundsatz
	Art. 14	Säuglinge und Kinder
	Art. 15	Hotellerietaxen
	Art. 16	Spitalpauschalen
	Art. 17	Ärztliche Leistungen
VII Qualitätssicherung	Art. 18	Reporting
	Art. 19	Qualitätskontrolle
VIII Schlussbestimmungen	Art. 20	Streitigkeiten
	Art. 21	Vertragsänderungen
	Art. 22	Inkrafttreten
	Art. 23	Vertragsdauer und Kündigung
Anhang 1		Liste über gültige Anhänge

I Parteien

Art. 1

Dieser Vertrag gilt zwischen

1. Spitalamt Solothurn (nachfolgend: Spital)
2. Visana Versicherungen AG, Thunstrasse 162, 3074 Muri BE
(nachfolgend: Visana)

vertreten durch: Visana Services AG, Weltpoststrasse 19,
3000 Bern 15

II Geltungsbereich

Art. 2 Geltungsbereich

¹Dieser Vertrag bezieht sich nur auf die Pflichtleistungen gemäss dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) und für die beim Versicherer gültigen Allgemeinen und Besonderen Versicherungsbedingungen (AVB).

²Er gilt für Versicherte der Visana, die über die Spitalzusatzversicherung für die Privat oder Halbprivatabteilung verfügen und die sich in einer der genannten Abteilungen im Rahmen eines medizinisch indizierten stationären Aufenthaltes behandeln lassen. Der Patient ist berechtigt, in einer tieferen Spitalklasse als versichert, behandelt zu werden. Er gilt solange als stationär, wie sie gemäss Art. 49 Abs. 3 KVG der Behandlung und der Pflege oder medizinische Rehabilitation im Spital bedarf.

³Die Definition des stationären Patienten ist identisch mit jener im Vertrag mit dem Spitalamt bezüglich der allgemeinen Abteilung.

⁴Die jeweils gültigen Anhänge werden in Anhang 1 aufgeführt.

⁵Die Versicherer haften nur, wenn kein Dritter leistungspflichtig ist.

III Pflichten des Spitals

Art. 3 Zweckmässigkeit, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit

Das Spital verpflichtet sich, die diagnostisch-therapeutischen Massnahmen zweckmässig, wirksam und wirtschaftlich durchzuführen (nach Gebot Art. 32 des KVG).

Art. 4 Aufnahmepflicht

¹Das Spital verpflichtet sich, die Versicherten nach Massgabe der offiziellen Aufnahmebedingungen und soweit es die verfügbaren Räume gestatten, Aufnahme in einem Ein- (privat)/Zweibettzimmer (halbprivat) zu gewähren.

Halbprivat- und Privatversicherte können auf die freie Arztwahl und gleichzeitig den zusätzlichen Komfort verzichten. Das Spital verpflichtet sich, diese Patienten zu denselben Bedingungen wie Allgemeinversicherte aufzunehmen. Ein Klassenwechsel während des Spitalaufenthaltes ist nur in besonderen Fällen möglich (z.B. befristete oder fehlende Kostensprache des Versicherers)

²Notfälle werden ohne ärztliche Einweisung aufgenommen.

Art. 5 Eintrittsmeldung

¹Das Spital stellt der Visana in der Regel fünf Arbeitstage vor dem Eintritt eines Patienten eine Eintrittsmeldung auf dem durch die Vertragsparteien definierten Formular zu. In Notfällen erfolgt die Meldung spätestens zwei Arbeitstage nach dem Spitaleintritt.

²Die Eintrittsmeldung enthält folgende Angaben:

- a) Personalien und Versicherungsdaten (Name des Versicherers, Versicherten-Nr. (wenn möglich), Name, Vorname, Adresse, Ort, Geburtsdatum, Zivilstand)
- b) vorgesehenes Eintrittsdatum
- c) Spitalklasse
- d) medizinische Fachabteilung
- e) ZSR-Nummer des Spitals
- f) nach Möglichkeit Name und ZSR-Nummer des einweisenden Arztes oder der Institution (vorzugsweise)
- g) Eintrittsdiagnose nach ICD-10 sowie die geplanten Massnahmen nach ICD-9-CM, vorbehaltlich der rechtlichen Lage oder bis zur rechtlichen Klärung, die Diagnose und geplante Massnahmen in Klartext.
- h) spezifische Zuordnung Krankheit, Unfall, unfallähnliche Körperschädigung und Mutterschaft, Hinweis auf andere Kostenträger (z.B. UV, IV, MV etc.)
- i) voraussichtliche Aufenthaltsdauer

Bei Rehabilitationen
Genauere Diagnose
Relevante Nebendiagnosen
Rehabilitationsziel

³Auf Verlangen (in Ausnahmefällen) stellt das Spital und/oder der behandelnde Arzt dem Vertrauensarzt die von der Visana zur Beurteilung der Leistungspflicht benötigten ärztlichen Berichte, Zeugnisse, Austrittsberichte, Kurverordnungen etc. unentgeltlich zur Verfügung.

⁴Falls der Versicherte die Grundversicherung und die Zusatzversicherung nicht beim gleichen Versicherer abgeschlossen hat oder, falls auch Dritte leistungspflichtig sind, stellt das Spital jedem Kostenträger die Eintrittsmeldung mit dem entsprechenden Gesuch um Kostengutsprache zu.

⁵Dauert eine medizinisch begründete Akuthospitalisation erheblich länger als die in der Kostengutsprache vorgesehene Aufenthaltsdauer, so stellt das Spital dem Versicherer rechtzeitig ein Kostengutspracheverlängerungsgesuch zu. Gleichzeitig wird dem Versicherer ein ärztlicher Bericht mit schlüssiger Begründung für die Verlängerung zugestellt.

⁶Sobald technisch und finanziell möglich, erfolgt die Übermittlung der Eintrittsmeldung elektronisch. Dabei sind die Vertragsparteien gehalten, den Datenschutz zu beachten.

Art. 6 Aufklärungspflicht

¹Die Patientinnen bzw. Patienten sind bei nichtkassenpflichtigen Behandlungen und Eingriffen vom Spital bzw. behandelnden Arzt im Rahmen seiner Aufklärungspflicht vorgängig zu orientieren. Im Falle von Unklarheiten oder Unsicherheiten sind sie an ihren Krankenversicherer zu verweisen.

²Liegt keine Akut- oder Rehabilitationsbehandlung im Sinne von Art 49, Abs. 3 KVG mehr vor, informiert das Spital die Patientin oder den Patienten und den Versicherer schriftlich.

³Beim Wechsel von der Akutbehandlung in die Rehabilitation siehe Art. 7. Ziff. 6.

IV Pflichten der Visana

Art. 7 Kostengutsprache (KOGU)

¹Die Visana garantiert innert fünf Arbeitstagen nach Erhalt der Eintrittsmeldung die Übernahme der Kosten im Rahmen dieses Vertrages oder lehnt die Kostenübernahme mit einer schriftlichen Begründung ab.

²Die KOGU wird in der Regel für die voraussichtliche Aufenthaltsdauer garantiert. Dies gilt auch für Verlängerungen. Der Versicherer kann eine zeitlich oder leistungsmässig limitierte KOGU abgeben. Jegliche Einschränkung der KOGU berechtigt das Spital zur Erhebung eines Depots.

³Benötigt die Visana weitere Angaben zur Beurteilung der Leistungspflicht, hat sie sie innert fünf Arbeitstagen nach Erhalt des KOGU-Gesuches einzuverlangen. Sie erteilt dann innert zehn Arbeitstagen ab Erhalt dieser Angaben KOGU oder lehnt sie mit einer schriftlichen Begründung ab. Das Spital kann die weiteren Angaben dem Vertrauensarzt des Versicherers zustellen.

⁴Entscheidet die Visana nicht innert Frist, haftet sie dem Spital für die Kosten, wie wenn sie Gutsprache erteilt hätte. Davon ausgenommen bleiben Nichtpflichtleistungen und Leistungen gemäss Anhang 4, die das Spital dem Versicherten direkt in Rechnung stellt.

⁵Stellt sich nachträglich heraus, dass generell oder infolge eines Versicherungsvorbehaltes keine Leistungspflicht besteht, kann die Visana die KOGU unverzüglich mit einer schriftlichen Begründung zurückziehen. Die Visana haftet bis zum Rückzug der KOGU (maximal ein Tag nach Datum des Empfangs).

⁶Beim Wechsel der Akutbehandlung in die Rehabilitation ist vorzeitig eine neue Kostengutsprache erforderlich, damit die Leistungspflicht neu beurteilt werden kann.

V Rechnungsstellung

Art. 8 Grundsatz

¹Das Spital stellt nach Austritt des Patienten die Rechnung der Visana zu (System des Tiers Payant). Die Visana bezahlt die Rechnung innert 30 Tagen nach Erhalt. Wird der Rechnungsbetrag innerhalb von 60 Tagen nach Erhalt der Rechnung nicht beglichen, wird – nach einmaliger Mahnung- ein Verzugszins gemäss Art. 104 OR verrechnet.

²Aus der Rechnungsstellung müssen der Gesamtrechnungsbetrag, die Kosten zu Lasten der Visana, die Kosten zu Lasten des Wohnkantons sowie allfällige Kosten zu Lasten des Versicherten oder sonstigen Dritten ersichtlich sein.

³Hat die versicherte Person die Grundversicherung (OKP) und die Zusatzversicherung bei zwei verschiedenen Versicherern abgeschlossen, erfolgt die Rechnungsstellung entsprechend zu Lasten der einzelnen Versicherer.

⁴Bei Aufenthalten über das Jahresende stellt das Spital bis und mit 31. Dezember und ab 1. Januar je separat Rechnung.

⁵Das Spital lässt dem Versicherten eine Rechnungskopie zukommen.

⁶Sobald technisch und finanziell möglich, erfolgt die Übermittlung der Rechnung elektronisch. Dabei sind die Vertragsparteien gehalten, den Datenschutz zu beachten.

Art. 9 Rechnungsstellung an Visana

¹Auf der Rechnung macht das Spital folgende Angaben:

- a) Name, Vorname, Wohnort, Geburtsdatum, Zivilstand und Versicherungsnummer des Versicherten,
- b) Name des Versicherers unter Angabe der Geschäftsstelle, LZ
- c) vollständige Rechnungsnummer des Spitals für den betreffenden Versicherten,
- d) ZSR-Nummer des Spitals,
- e) Rechnungsdatum,
- f) Diagnose- und Operationscode gemäss Absatz 2 und 3,
- g) Ein- Austritts- und Urlaubstage,
- h) einweisende Institution oder Arzt resp. verantwortlicher Arzt (inkl. ZSR-Nr. sofern vorhanden) und Name des behandelnden Arztes,
- i) Arzt/Institution der Nachbehandlung wenn bekannt,
- j) spezifische Zuordnung Krankheit, Unfälle, unfallähnliche Köperschädigung und Mutterschaft, Hinweis auf andere Kostenträger (z.B. UV, IV, MV etc.)

²Auf der Rechnung ist der zweistellige ICD-Code (der Hauptdiagnose) oder die Klartextdiagnose anzugeben. In einzelnen besonderen Fällen ist die Klinik berechtigt, die medizinischen Angaben nur dem Vertrauensarzt der Visana mitzuteilen (vorbehältlich künftige Regelung Datenschutz).

³Spätestens auf den Zeitpunkt der Einführung des ICD-10-Diagnosencodes und des ICD-9-CM-Operationscodes sowie der Klärung der diesbezüglichen Rechtsfragen wird auf der Rechnung der vollständige ICD-10-Code der Hauptdiagnose und der vollständige ICD-9-CM-Operation-scode der Hauptoperation angegeben.

⁴Grundsätzlich ist für die Verrechnung der stationären Leistungen die Spitalklasse massgebend, in welcher der Patient tatsächlich hospitalisiert wurde.

⁵Das Spital stellt der Visana gemäss KVG resp. UVG, separat für die gesetzlichen obligatorisch versicherten Leistungen, Rechnung.

Art.10 Rechnungsstellung an Dritte

Das Spital stellt dem Patienten oder dem sonst Zahlungspflichtigen direkt Rechnung für die Leistungen, die durch die Visana nicht gedeckt werden. Diese Leistungen sind im Anhang 4 aufgelistet.

Art. 11 Abzüge und Verrechnung

¹Abzüge irgendwelcher Art, insbesondere von Franchise oder Selbstbehalt des Versicherten, sind nicht gestattet.

²Die Verrechnung mit Gegenforderungen ist unzulässig.

Art. 12 Beanstandung der Rechnung

¹Die Visana kann die Rechnung innert 30 Tagen nach Erhalt beanstanden. Der nicht beanstandete Teil ist innert 30 Tagen zu begleichen.

²Wird nachträglich eine offensichtlich mangelhafte Rechnungsstellung (falsche Tarifierung, Rechnungsfehler etc.) bemerkt, können auch nach Ablauf der 30-tägigen Frist Rückforderungen seitens der Visana gegenüber dem Spital gestellt werden.

VI Tarife

Art. 13 Grundsatz

Die Parteien vereinbaren Pauschalen. Diese setzen sich aus der Spitalpauschale, Hotellerietaxe und ärztlichen Mehrleistungen zusammen.

Art 14 Säuglinge und Kinder

¹Die Kosten der gesunden Säuglinge sind mit der Pauschale der Mutter abgegolten.

²Für kranke Säuglinge und Kinder gelten die gleichen Pauschalen wie für Erwachsene und bedürfen für die volle Kostendeckung eine eigene entsprechende Zusatzversicherung.

Art. 15 Hotellerietaxe

¹Mit der Hotellerietaxe sind die Mehrkosten der Unterkunft und der Verpflegung abgegolten. Persönlich gewünschte zusätzliche Getränke und Speisen gehen zu Lasten des Patienten (vgl. Anhang 4).

²Die Höhe der Taxen wird in Anhang 2 festgelegt.

Art. 16 Spitalpauschalen

¹Mit der Spitalpauschale sind mit Ausnahme der Hotellerietaxen und der ärztlichen Mehrleistungen sämtliche Leistungen abgegolten. Diese wurden für die Halbprivat- resp. Privatabteilung von den Ansätzen der Grundversicherung hochgerechnet.

²Die Pauschalen sind in Anhang 2 aufgeführt.

Art. 17 Ärztliche Leistungen

¹Die Verrechnung der ärztlichen Mehrleistungen erfolgt auf der Grundlage der in Anhang 3 aufgeführten Pauschalen. Mit diesen Pauschalen sind alle ärztlichen Mehrleistungen abgegolten.

VII Qualitätssicherung

Art. 18 Reporting

¹Das Spital garantiert, zur Dokumentation der Wirtschaftlichkeit eine Kostenträger-, Kostenarten- und Kostenstellenrechnung sowie eine Leistungsstatistik zu führen und auf Anfrage hin der Visana Einsicht zu gewähren.

²Das Spital stellt der Visana den aktuellen Jahresbericht unentgeltlich zu.

Art. 19 Qualitätskontrolle

¹Das Spital verpflichtet sich, dem zwischen H+ und der santésuisse abgeschlossenen Rahmenvertrag über die Qualitätssicherung beizutreten oder eine gleichwertige Qualitätssicherung zu betreiben.

²Der Vertrauensarzt des Versicherers hat jederzeit das Recht, zusätzliche Auskünfte über die Behandlung des Versicherten sowie die Wirtschaftlichkeit, Zweckmässigkeit und Wirksamkeit der erbrachten Leistungen gemäss Art. 3 dieses Vertrages einzuholen. Arztberichte und –zeugnisse, welche direkt mit der Patientengeschichte in Verbindung stehen, sind für den Versicherer unentgeltlich.

VIII Schlussbestimmungen

Art. 20 Streitigkeiten

¹Im Falle von Streitigkeiten suchen die Parteien eine gütliche Lösung.

²Kann keine gütliche Lösung gefunden werden und soweit die Streitigkeit Leistungen gemäss KVG betrifft, ist das Schiedsgericht nach KVG am Sitz des Spitals zuständig. Betrifft die Streitigkeit andere Fragen, gilt das ordentliche Gerichtsverfahren.

Art. 21 Vertragsänderungen

¹Änderungen können durch übereinstimmende schriftliche Erklärungen aller Parteien wie auch bilateral zwischen einzelnen Versicherern und Spitälern jederzeit und ohne formelle Kündigung des Vertrages vereinbart werden. Diese werden in Anhang 1 jeweils protokolliert.

²Im 2. Halbjahr 2004 werden die Taxansätze gemeinsam überprüft und bei Bedarf per 1. Januar 2005 angepasst.

³Klären wegleitende Gerichtsentscheide mit Auswirkung auf den vorliegenden Vertrag die anstehenden Auslegungsfragen zum KVG oder VVG, werden die nötigen Vertragsanpassungen in Nachträgen geregelt.

Art. 22 Inkrafttreten

¹Der Vertrag tritt am 1. Januar 2004 in Kraft.

²Der Vertrag ersetzt alle bisherigen Verträge der Halbprivat- und Privatabteilung.

Art. 23 Vertragsdauer und Kündigung

Dieser Vertrag ist auf unbestimmte Zeit abgeschlossen und kann von beiden Seiten, wie auch bilateral zwischen einzelnen Versicherern und Spitälern, unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von 6 Monaten jeweils auf den 30. Juni oder 31. Dezember, erstmals auf den 31. Dezember 2005 gekündigt werden, sowohl als Ganzes wie auch für einzelne Spitälern.

Solothurn,
Spitalamt Solothurn

Bern, 6. Oktober 2003

Visana Services AG, Bern

Franz Müller

M. Heidelberger W. von Deschwanden

Anhang 1

zum Vertrag über die Rechnungsstellung für Behandlungen von Visana-Versicherten der Halbprivat- und Privatabteilung

Integrierende Bestandteile zum Vertrag bilden die folgenden Anhänge:

- Anhang 1 Übersicht über die gültigen Anhänge
- Anhang 2 Hoteltaxen / Spitalpauschalen
- Anhang 3 Ärztliche Leistungen
- Anhang 4 nicht gedeckte Leistungen

Anhang 2

zum Vertrag über die Rechnungsstellung für Behandlungen von Visana-Versicherten der Halbprivat- und Privatabteilung

1. Hotellerietaxen gemäss Art. 15

Hotelpauschale Halbprivat	CHF	150.—
Hotelpauschale Privat	CHF	200.—

Die Hotelpauschalen gelten als Mehrleistung des Komforts in der halbprivaten und privaten Abteilung und sind für 2er- resp. 1er-Zimmer bestimmt.

2. Spitalpauschalen gemäss Art. 16

	Spitalpauschale pro Tag	
	Halbprivat	Privat
Bürgerspital Solothurn	1'006.—	1'006.—
Kantonsspital Olten	1'006.—	1'006.—
Spital Grenchen	831.—	831.—
Spital Dornach	831.—	831.—
Allerheiligenberg	381.—	381.—
Psychiatrische Dienste	531.—	531.—

Mit der Spitalpauschale sind mit Ausnahme der Hotellerietaxe und der ärztlichen Mehrleistungen sämtliche Leistungen abgegolten.

Rettungs- und Transportkosten werden analog OKP verrechnet.
Dialysen werden nach dem Schweizerischen Dialysenvertrag abgerechnet.

Anhang 3 **zum Vertrag über die Rechnungsstellung für Behandlungen von Visana-** **Versicherten der Halbprivat- und Privatabteilung**

Ärztliche Mehrleistungen gemäss Art. 17

Für die Mehrleistungen der Ärzte für die Halbprivat- resp. Privatbehandlung der zusatzversicherten Patienten können nachfolgende Pauschalen verrechnet werden.

	Tagespauschale	
	Halbprivat	Privat
Pauschale in der Abteilung Medizin	62.—	93.—
Pauschalen in den übrigen Abteilungen ¹⁾	78.—	117.—
Rehabilitation und Allerheiligenberg	50.—	75.—
Psychiatrie	50.—	75.—

Mit diesen Tagespauschalen sind sämtliche Mehrleistungen der Ärzte abgegolten.

¹⁾Gilt für alle Abteilungen der somatischen Akutspitäler ausser in der Abteilung Medizin (inkl. Rehabilitation und Langzeitpflege)

Anhang 4

zum Vertrag über die Rechnungsstellung für Behandlungen von Visana-Versicherten der Halbprivat- und Privatabteilung

Von der Visana nicht garantierte Leistungen gemäss Art. 7 und Art. 10

- a) Nicht von der obligatorischen Krankenversicherung zu übernehmende Mittel und Gegenstände
- b) Hilflosenentschädigung der IV und AHV
- c) Persönliche Bedürfnisse der Patienten
- d) Unkosten bei Todesfällen
- e) Bettenreservation und Effektenaufbewahrung während Urlaub und Entlassungsversuchen
- f) Beherbergung von Begleitpersonen
- g) Auslagen für Begleitung
- h) Kosten für Sachbeschädigungen
- i) Kosten für Spezialärzte sowie Medizinalpersonen die ohne medizinische Notwendigkeit und auf Begehren und zu Lasten der Patienten zugezogen werden
- j) Kosten für während des Aufenthaltes im Spital in externen Kliniken und Instituten durchgeführte medizinische Behandlungen, welche nicht im Zusammenhang mit dem Aufenthalt im Spital stehen und auf Wunsch des Patienten veranlasst worden sind
- k) Krankentransporte für Besuche beim Coiffeur, Zahnarzt usw.

Diese Liste ist nicht abschliessend.

Anhang 5

zum Vertrag über die Rechnungsstellung für Behandlungen von Visana-Versicherten der Halbprivat- und Privatabteilung

Rechnungsschema zur Abrechnung der Leistungen nach Vertrag

Musterberechnung Zusatzversicherte gem. neuem Vertrag Beispiel 2. Klasspatient für Bürgerspital Solothurn

	<u>Anz.Tg</u>	<u>Tarif</u>	<u>Betrag Fr.</u>
2. Zusschläge P/HP			
2.1 Spitalpauschale	5	1'006.00	5'030.00
2.2 Hotellerietaxe	5	150.00	750.00
2.3 Ärztliche Mehrleistungen	5	62.00	310.00
3. Private Mehrleistungen (Tel. usw.)			50.00
Total Rechnungsbetrag			6'140.00
Rechnungsstellung an Garanten:			
Total zulasten OKP	5	442.00	2'210.00
Total Sockelbeitrag Kanton	5	442.00	2'210.00
Total zulasten Patient			50.00
Rest zulasten Zusatzversicherung			1'670.00