

Vertrag

zwischen

den Solothurnischen Spitälern

(Kantonsspital Olten; Bürgerspital Solothurn, Spital Grenchen, Spital Dornach, Höhenklinik Allerheiligenberg, Psychiatrische Dienste)

vertreten durch das

Spitalamt, 4509 Solothurn

und

santésuisse Aargau-Solothurn

betreffend

Vergütung der **stationären Behandlung der Allgemeinabteilung von Patienten in den Akutspitälern des Kantons Solothurn (nachfolgend „Spitäler“ genannt)** im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nach KVG.

(Alle Personenbezeichnungen gelten für beide Geschlechter)

Gültig ab 1. Januar 2005

Inhalt

PRÄAMBELFEHLER! TEXTMARKE NICHT DEFINIERT.

I PARTEIENFEHLER! TEXTMARKE NICHT DEFINIERT.

Artikel 1 Vertragsparteien **Fehler! Textmarke nicht definiert.**

II GELTUNGSBEREICHFEHLER! TEXTMARKE NICHT DEFINIERT.

Artikel 2 Geltungsbereich **Fehler! Textmarke nicht definiert.**

Artikel 3 Leistungsvoraussetzungen **Fehler! Textmarke nicht definiert.**

III KOSTENGUTSPRACHEFEHLER! TEXTMARKE NICHT DEFINIERT.

Artikel 4 Allgemeine Pflichten **Fehler! Textmarke nicht definiert.**

IV TARIFEFEHLER! TEXTMARKE NICHT DEFINIERT.

Artikel 5 Taxen / Leistungsumfang **Fehler! Textmarke nicht definiert.**

Artikel 6 Rechnungsstellung **Fehler! Textmarke nicht definiert.**

Artikel 7 Vergütung der Leistungen **Fehler! Textmarke nicht definiert.**

V QUALITÄTSSICHERUNG / WIRTSCHAFTLICHKEIT / REPORTING .. FEHLER!
TEXTMARKE NICHT DEFINIERT.

Artikel 8 Qualitätssicherung / Wirtschaftlichkeit / Reporting**Fehler! Textmarke nicht definiert.**

VI SCHLUSSBESTIMMUNGEN.....FEHLER! TEXTMARKE NICHT DEFINIERT.

Artikel 9 Schlichtungsinstanz **Fehler! Textmarke nicht definiert.**

Artikel 10 Kündigung, Vertragsrücktritt **Fehler! Textmarke nicht definiert.**

Artikel 11 Anhänge zum Vertrag **Fehler! Textmarke nicht definiert.**

Artikel 12 Schweigepflicht..... **Fehler! Textmarke nicht definiert.**

Artikel 13 Inkrafttreten **Fehler! Textmarke nicht definiert.**

Anhang 1 10

Anhang 2..... 11

Anhang 3 12

Anhang 4 13

Präambel

Diesem Vertrag liegt der Wille der Vertragsparteien zugrunde, eine partnerschaftliche Zusammenarbeit einzugehen, damit einerseits den Versicherten qualitativ hochwertige medizinische Leistungen zu vernünftigen Preisen angeboten werden können und andererseits die administrativen Abläufe und Zahlungsmodalitäten auf Seiten des Spitals wie auch des Versicherers vereinfacht werden.

I Parteien

Artikel 1 Vertragsparteien

¹ Unter den Bestimmungen dieses Vertrages stehen:

- a) Die durch das Spitalamt des Kantons Solothurn vertretenen Spitäler gemäss Anhang 1a, (nachstehend Spitäler genannt).
- b) Die santésuisse Aargau-Solothurn angehörenden Krankenversicherer, soweit sie nicht ausdrücklich auf den Beitritt zu diesem Vertrag verzichtet haben. (vgl. Anhang 1b)

² Versicherer, welche nicht santésuisse angehören, können schriftlich den Beitritt zu diesem Vertrag erklären. Sie verpflichten sich, den Vertrag vollumfänglich anzuerkennen. Sie haben santésuisse eine einmalige Beitrittsgebühr und einen jährlichen Beitrag an die Unkosten des Vertragsabschlusses und der Durchführung zu entrichten. Über die Höhe der zu entrichtenden Gebühr entscheidet santésuisse im Bedarfsfall.

³ santésuisse informiert das Spitalamt Solothurn bezüglich Nichtbeitritte und Mutationen.

II Geltungsbereich

Artikel 2 Geltungsbereich

¹ Dieser Vertrag regelt die Vergütung der stationären Behandlung von Patienten in den Spitälern gemäss Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG).

² Als stationär gelten Patienten, deren Zustand diagnostische und therapeutische Massnahmen mit einem notwendigen Aufenthalt von länger als 24 Stunden nach sich ziehen. Stirbt ein Patient nach dem Spitaleintritt oder muss er in ein anderes Spital verlegt werden, gilt er als stationärer Patient, wobei auch dann nur 1 Tag verrechnet werden darf, wenn Ein- und Austritt auf zwei Tage fallen, aber innert 24 Stunden liegen.

Die Anwendung der neuen Definitionen der VKL (Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler und Pflegeheime) werden ab 1. Januar des nach der Kostenneutralitätsphase TARMED folgenden Jahres berücksichtigt. Bis zu diesem Zeitpunkt gelten die Regeln nach dem bisherigen Grundversicherungsvertrag.

³ Dieser Vertrag gilt für Versicherte, die

- a) Mitglieder einer der in Artikel 1, Buchstabe b) genannten Versicherer sind.
- b) im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung gemäss KVG genussberechtigt sind und
- c) entweder im Kanton Solothurn Wohnsitz haben oder zwar ausserhalb des Kantons Solothurn Wohnsitz haben jedoch aus medizinischen Gründen die Dienste eines sich im Kanton Solothurn befindlichen öffentlichen oder öffentlich-subventionierten Spitals beanspruchen.

⁴ Dieser Vertrag ist nur für Patienten anwendbar, welche in der Allgemeinen Abteilung behandelt werden. Werden aus Veranlassung der Spitäler (Platzmangel, Krankheitszustand, etc.) Zusatzleistungen erbracht (z.B. Einer- oder Zweierzimmer), so gilt dieser Vertrag ebenfalls.

⁵ Dieser Vertrag bezieht sich nicht auf Patienten, die

- a) gemäss Art. 49 Abs. 3 KVG nicht mehr der Behandlung und Pflege oder der medizinischen Rehabilitation in einem Spital bedürfen,
- b) gemäss Artikel 41 Abs. 4 KVG ihr Wahlrecht beschränkt haben und die behandelnde Klinik nicht in ihrem Wahlrecht steht.

Artikel 3 Leistungsvoraussetzungen

¹ Vergütungen werden von den Krankenversicherern dann erbracht, wenn die Spitäler die rechtlichen Voraussetzungen von Artikel 39 Abs. 1 lit. a) - c) des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) erfüllen und die erforderlichen Nachweise erbracht haben, der vom Kanton gemäss Artikel 39 Abs. 1 lit. d) KVG aufgestellten Planung für eine bedarfsgerechte Spitalversorgung entsprechen sowie auf der im Sinne von Artikel 39 Abs. 1 lit. e) KVG zu erlassenden Spitalliste des Kantons figurieren.

² Sind die Voraussetzungen gemäss Abs. 1 während der Laufzeit des Vertrages nicht mehr erfüllt, entfällt die gesetzliche Leistungspflicht der obligatorischen Krankenversicherung.

III Kostengutsprache

Artikel 4 Allgemeine Pflichten

¹ Die Spitäler melden den Versicherern bzw. deren zuständigen Geschäftsstelle so früh wie möglich (allenfalls bereits vor Eintritt; i.d.R. innert 5 Arbeitstagen) den Eintritt eines Patienten auf dem durch die Vertragsparteien vereinbarten Formular und verlangen eine Kostengutsprache. Dieses Formular enthält folgende Angaben:

- a) Daten der versicherten Person (Name, Vorname, Adresse, Geburtsdatum, Vers.Nr.)
- b) Name des einweisenden Arztes und deren ZSR-Nummer
- c) Behandlungsgrund Krankheit, Unfall, Mutterschaft
- d) Diagnose im Klartext oder der ICD-10 Diagnose Code (3 stellig); vorbehalten bleibt Art. 42 Abs. 5 KVG sowie die Klärung der aktuellen Rechtslage
- e) Andere Kostenträger (z.B. IV, MV, Unfallversicherer gemäss UVG)

²Die Versicherer können ein Kostengutsprache gesuch schriftlich begründet innert 5 Arbeitstagen ab Erhalt der Eintrittsmeldung ablehnen. Nach Ablauf dieser Frist gilt die Kostengutsprache im Rahmen des vorliegenden Vertrages (d.h. auf Basis Akut- bzw. Rehataxe) als erteilt. Vorbehalten bleiben jedoch die Nichtpflichtleistungen gemäss Anhang 4 B. Die Kostengutsprache kann mit Begründung zeitlich begrenzt werden.

³Beim Wechsel der Akutbehandlung in die Rehabilitation ist vorzeitig eine neue Kostengutsprache erforderlich, damit die Leistungspflicht gemäss Anhang 1/11 KLV neu beurteilt werden kann.

⁴Bei Ablehnung der Kostengutsprache bzw. bei fehlender Leistungspflicht des Krankenversicherers informieren die Versicherer den Patienten schriftlich.

⁵Liegt keine Behandlung im Sinne von Artikel 49 Abs. 3 KVG mehr vor, informieren die Spitäler den Patienten und den Krankenversicherer in der Regel umgehend schriftlich.

⁶Besteht kein Leistungsanspruch mehr bzw. kein voller Leistungsanspruch mehr, informieren die Krankenversicherer die Klinik und den Patienten umgehend schriftlich.

⁷Die Spitäler stellen die von den Krankenversicherern benötigten ärztlichen Berichte, Zeugnisse, Kurverordnungen etc. unentgeltlich aus.

⁸Auf allen Korrespondenzen zwischen Kliniken und Versicherern sind sobald bekannt anzugeben:

- a) Daten der versicherten Person (Name, Vorname, Adresse, Geburtsdatum, Versichertennummer)
- b) Bezeichnung des Versicherers
- c) Rechnungsnummer

⁹Beim Kassenwechsel eines Versicherten ist der Versicherer dem Spital dabei behilflich den neuen Versicherer ausfindig zu machen.

IV Tarife

Artikel 5 Taxen / Leistungsumfang

¹Die Spitäler verrechnen den Krankenversicherern für die stationäre Behandlung eine Pauschale gemäss Anhang 2. In den Pauschalen sind sämtliche kassenpflichtigen Leistungen, welche in Anhang 3 definiert sind, inbegriffen. Ausnahmen sind in Anhang 4 geregelt.

Artikel 6 Rechnungsstellung

¹Die Rechnungsstellung hat nach gemeinsam vereinbarten Fakturierungsstandards zu erfolgen.

²Die Parteien vereinbaren den Tiers payant.

³Die Spitäler stellen dem Versicherer in der Regel innert 30 Tagen nach Austritt des Patienten Rechnung.

⁴Bei längerem Aufenthalt (in der Regel nach 30 Tagen) erfolgt die Rechnungsstellung monatlich. Bei Aufenthalten über das Jahresende erfolgt in jedem Fall eine Rechnung per 31.12.

⁵Die Kosten für die Zusatzversicherung, für Nichtpflichtleistungen sowie für Zusatzverrechnungen können unterteilt nach Schuldnern auf dem gleichen Formular in Rechnung gestellt werden.

⁶Aus der Rechnung müssen ersichtlich sein:

- a) Daten der versicherten Person (Name, Vorname, Adresse, Geburtsdatum, Vers. Nr.)
- b) der Ein- und Austrittstag
- c) Urlaubstage
- d) ZSR-Nummer des Spitals, sofern bekannt auch des einweisenden Arztes
- e) Taxpositionen zu Lasten der obligatorischen Grundversicherung. Andere Leistungen (Zusatzversicherung, Nichtpflichtleistungen sowie Zusatzverrechnungen) sind gemäss Art. 59 KVV von diesen klar zu unterscheiden.

Artikel 7 Vergütung der Leistungen

¹Die Zahlungsfrist beträgt 30 Tage ab Rechnungsdatum. Ab dem 50. Tag seit Rechnungsstellung kann ein Verzugszins gemäss Art. 104 Abs. 1 OR von 5% erhoben werden, sofern vorher mindestens einmal gemahnt wurde.

²Bei elektronischer Abrechnung gelten die Regeln über die Rechnungsstellung und Vergütung nach dem Rahmenvertrag TARMED und dem entsprechenden kantonalen Anschlussvertrag.

³Der Versicherer kann die Rechnung innert 30 Tagen ab Rechnungsdatum beanstanden. Der nicht beanstandete Teil ist im „Tiers payant“ durch den Krankenversicherer innert 30 Tagen zu begleichen. Die Beanstandung unterbricht die Zahlungsfrist nur für den beanstandeten Teil der Rechnung.

³Bei der Zahlung ist im „Tiers payant“ durch den Krankenversicherer die Rechnungsnummer aufzuführen. Der elektronische Zahlungsverkehr ist spätestens innert 2 Jahren anzustreben. Für die in diesem Vertrag geregelten Pflichtleistungen gemäss KVG besteht Tarifschutz. Es dürfen für diese Leistungen weder von den Spitälern noch von den behandelnden Ärzten weitergehende Vergütungen von den Versicherten verlangt werden (Artikel 44 KVG).

⁴Der Versicherer kann die Übernahme der Kosten für die Leistungen unter den Voraussetzungen von Art. 90 Abs. 4 KVV aufschieben. In diesem Falle gilt für die Rechnungsstellung das System des „Tiers payant“ nicht.

⁵Die Verrechnung mit Gegenforderungen wird wegbedungen.

V Qualitätssicherung / Wirtschaftlichkeit / Reporting

Artikel 8 Qualitätssicherung / Wirtschaftlichkeit / Reporting

¹ Bei sämtlichen erbrachten Leistungen sowie auch beim Einsatz von Medikamenten und Mittel und Gegenständen beachten die Leistungserbringer das Wirtschaftlichkeitsgebot gemäss Artikel 56 KVG.

² Die Spitäler und Versicherer verpflichten sich zu gemeinsamen Massnahmen der Qualitätssicherung und –kontrollen (z.B. Outcome-Messungen) gemäss Artikel 58 KVG und gemäss Artikel 77 KVV. Diese werden in einem separaten Vertrag geregelt.

³ Die Spitäler legen der zuständigen Geschäftsstelle von santésuisse jährlich (mit Vorjahresvergleich) die Kosten- und Leistungsrechnung sowie die Leistungsstatistik als Grundlage für das Taxmodell vor. Die Zahlen sind vollständig ermittelt und erfasst bis 30. April des Folgejahres auf Papier und in elektronischer Form abzuliefern. Sie sind Teil der Preis- und Vertragsverhandlungen im Sinne von Artikel 49 Abs. 1 KVG.

VI Schlussbestimmungen

Artikel 9 Schlichtungsinstanz

¹ Entstehen bei der Anwendung des Vertrages Differenzen, sollen diese grundsätzlich von den Betroffenen bereinigt werden.

² Zur einheitlichen Interpretation von Vertragsbestimmungen sowie zur Schlichtung von Differenzen wird auf Antrag einer Vertragspartei eine Paritätische Vertrauenskommission (PVK) tätig. Die PVK setzt sich je aus zwei Vertretern der Spitäler und der Krankenversicherer zusammen.

³ Die Paritätische Kommission hört die Beteiligten an und unterbreitet ihnen innerhalb von vier Monaten einen schriftlichen Vorschlag bzw. einen Schlichtungsantrag. Die Verfahrenskosten werden in der Regel von den Vertragsparteien hälftig getragen.

⁴ Können die Differenzen nicht innerhalb der gesetzten Frist geschlichtet werden, so steht jeder Partei die Anrufung des kantonalen Schiedsgerichtes gemäss Artikel 89 KVG offen. Im übrigen richtet sich die Rechtspflege nach den Bestimmungen des KVG.

Artikel 10 Kündigung, Vertragsrücktritt

¹ Dieser Vertrag kann unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von sechs Monaten auf das Ende eines Kalenderjahres von einer der beiden vertragsschliessenden Parteien gekündigt werden.

² Einzelne Krankenversicherer und einzelne Spitäler können unter Einhaltung einer sechsmonatigen Frist auf das Ende eines Kalenderjahres den Rücktritt aus dem Vertrag samt den Anhängen erklären. Der Rücktritt von einzelnen Vertragsbestandteilen oder Anhängen ist nicht möglich.

³ Anpassungen, Änderungen oder Ergänzungen dieses Vertrages können jeweils auf Beginn eines Kalenderjahres in Kraft gesetzt werden. Sie müssen bis spätestens Ende Juni des Vorjahres verbindlich verhandelt und festgelegt sein.

Artikel 11 Anhänge zum Vertrag

¹ Die in der Folge aufgeführten Anhänge sind zwingende Bestandteile des Vertrages.

Anhang 1 a

Liste der durch das Spitalamt Solothurn vertretenen Spitäler

Anhang 1 b

Liste der Krankenversicherer, die dem Vertrag nicht beigetreten sind

Anhang 2

Tagespauschalen

Anhang 3

In der Pauschale inbegriffene Leistungen

Anhang 4

Zusätzlich verrechenbare Leistungen und nicht bezahlte Leistungen

Artikel 12 Schweigepflicht

¹ Personen, die an der Durchführung, Kontrolle oder Beaufsichtigung von Leistungen der Krankenversicherung beteiligt sind, haben über ihre Wahrnehmungen gegenüber Dritten Stillschweigen zu bewahren.

Artikel 13 Inkrafttreten

¹ Dieser Vertrag tritt auf den 1. Januar 2005 in Kraft und ist auf unbestimmte Zeit abgeschlossen. Er ersetzt alle bisherigen Verträge und Anhänge.

² Der Vertrag bedarf der Genehmigung durch den Regierungsrat des Kantons Solothurn.

Baden, Solothurn, 25. November 2004

Spitalamt Solothurn
Chef Spitalamt

Franz Müller

santésuisse Aargau-Solothurn
Leiterin Region Mitte

Geschäftsführer

Ruth Humbel Näf

Daniel Maag

Anhang 1

a: Liste der durch das Spitalamt Solothurn vertretenen Spitäler

Name Klinik	Ort
Kantonsspital Olten	Olten
Bürgerspital Solothurn	Solothurn
Spital Grenchen	Grenchen
Spital Dornach	Dornach
Höhenklinik Allerheiligenberg	Allerheiligenberg
Psychiatrische Dienste	Solothurn

b: Liste der Krankenversicherer, die dem Vertrag nicht beigetreten sind

Liste der nicht beigetretenen Versicherer		
BSV-Nr.	Institution	Ort

Anhang 2:

Tagespauschalen per 01.01.2005

Leistungserbringer	Tages- taxe
	Fr.
Kantonsspital Olten Erwachsene und Kinder	457.--
Bürgerspital Solothurn Erwachsene und Kinder	457.--
Spital Grenchen Erwachsene und Kinder	385.--
Spital Dornach Erwachsene und Kinder	385.--
Höhenklinik Allerheiligenberg Erwachsene und Kinder	210.--
Psychiatrische Dienste (Kantonale Psychiatrische Dienste, Pflegeheim Fridau, Gotthelfhaus) Erwachsene und Kinder	270.--
Tages- oder Nachtpatienten	135.--

Für Outcome-Messungen zusätzlich je Fall **10.--**

¹ Diese Pauschalen gelten gemäss Artikel 2 Abs. 3 dieses Vertrages für grundversicherte Patienten mit Wohnsitz im Kanton Solothurn oder ausserkantonale Patienten, welche aus medizinischen Gründen die Dienste eines Spitals bedürfen.

² Betreffend der Verrechnung der Tagespauschalen gelten folgende Regeln:

- Die Tagespauschalen werden vorbehältlich Art. 2 Abs. 2 auch am Eintritts- und Austrittstag geschuldet, wie auch an den Tagen des Beginns und des Endes einesurlaubes oder an den Tagen einer Verlegung aus einer anderen oder in eine andere Klinik.
- Für Kinder und kranke Säuglinge gelten die gleichen Taxen wie bei den Erwachsenen. Ein Säugling gilt dann als krank, wenn sein Gesundheitszustand aus zwingenden medizinischen Gründen unabhängig vom Spitalaufenthalt der Mutter eine stationäre Hospitalisation erfordert.
- Für gesunde Säuglinge wird bei Hospitalisation der Mutter keine Taxe erhoben. Säuglinge gelten als gesund, wenn Licht- oder Fototherapie als alleinige therapeutische Massnahme eingesetzt wird.

Anhang 3

In der Pauschale inbegriffene Leistungen gültig ab 1.1.2005

Die in Anhang 2 vereinbarten Pauschalen decken sämtliche gemäss KVG kassenpflichtigen Leistungen ab, so insbesondere auch:

- a) Gesamte Diagnostik und Behandlung
- b) Krankentransporte während des Klinikaufenthaltes zu externen Untersuchungen und Behandlungen gemäss Art. 33 lit. g KVV
- c) Krankentransporte für die Verlegung der Patienten in anderes Spital oder eine andere Klinik. Ausgenommen sind Transporte für die Rückverlegung eines Patienten in den Wohnkanton aus anderen als medizinischen Gründen. Ebenso ausgenommen sind Transporte bei Entlassung des Patienten nach Hause, in eine Alterseinrichtung sowie in Kranken- und Pflegeheime.
- d) Eintritts- und Austrittszeugnisse, Zwischen- und Operationsberichte sowie Zeugnisse und Berichte, die dem Krankenversicherer zur Beurteilung der Leistungspflicht im Rahmen dieses Vertrages dienen.
- e) Beim Spitalaustritt abgegebene Medikamente.

Anhang 4

Zusätzlich verrechenbare Leistungen und nicht bezahlte Leistungen ab 1.1.2005

A) Zusätzliche Vergütungen durch die Krankenversicherer

Folgende Leistungen werden zusätzlich zu den Pauschalen gemäss Anhang 2 verrechnet:

- a) Alle zwischen H+ Die Spitäler der Schweiz oder einem Spital und dem Schweizerischen Verband für Gemeinschaftsaufgaben der Krankenversicherer (SVK) tarifierten Leistungen wie Dialysen, Transplantationen usw. werden gemäss den dort vereinbarten Taxen verrechnet. Bei Krankenversicherern, welche dem SVK-Vertrag nicht beigetreten sind, setzt die Kantonsregierung den Tarif fest.
- b) Kauf oder Miete von beim Austritt mitgegebenen Mittel und Gegenständen gemäss Anhang 2 KLV.
- c) Outcome-Messungen gemäss separater Vereinbarung

B) Von den Versicherern nicht bezahlte Leistungen

- a) Gemäss KVG nicht kassenpflichtige Leistungen
- b) Auf Wunsch der Patienten oder deren Angehörigen zugezogene spitalfremde Ärzte
- c) Persönliche Bedürfnisse der Patienten (Telefonate, TV, Radio, etc.)
- d) Anschaffungen, Reinigung, Reparatur, Pflege von Bekleidung
- e) Rettungskosten sowie Krankentransportkosten bei Krankenhauseintritt und –austritt (Die Leistungen der Krankenversicherer richten sich nach Art. 25 lit. g KVG bzw. Art. 33 lit. g KVV, Art. 26 und 27 KLV)
- f) Unkosten bei Todesfällen
- g) Mehrleistungen Hotellerie auf Wunsch der Patienten
- h) Kosten für Sachbeschädigungen
- i) Beherbergung von Begleitpersonen
- j) Auslagen für Begleitung
- k) Bettenreservation und Effektenaufbewahrung während Urlaub und Entlassungsversuchen