

Vertrag zwischen den Solothurnischen Spitälern und dem Kantonalverband Solothurnischer Krankenkassen über die stationäre Behandlung von Kassenpatienten

Vom 28. November 1972

Art. 1. ¹ Der Vertrag ist auf Kassenseite gültig für jene dem Kantonalverband Solothurnischer Krankenkassen angehörenden Krankenkassen, die dem Vertrag einzeln beigetreten sind. Der Verband verpflichtet sich, den ihm angehörenden Krankenpflegekassen den Beitritt zu diesem Vertrag zu empfehlen. Er teilt den Vertragsspitälern die Namen der dem Vertrag beigetretenen Kassen mit.

² Die dem Vertrag beigetretenen Krankenkassen werden nachfolgend Vertragskassen genannt.

³ Mitglieder von Vertragskassen, die ausserhalb des Kantons Solothurn wohnen, fallen nicht unter diesen Vertrag. Sie gelten als Selbstzahler im Sinne der Taxordnung der Vertragsspitäler.

Art. 2. ¹ Die Vertragsspitäler verpflichten sich, sofern Platz vorhanden ist, körperlich kranke Mitglieder von Vertragskassen zur Pflege und ärztlichen Behandlung zu den nachfolgenden Bedingungen aufzunehmen.

² Die aufzunehmenden Patienten unterstehen im übrigen den Bestimmungen und Reglementen der Vertragsspitäler, soweit dieser Vertrag nichts anderes bestimmt.

Art. 3. ¹ Die Vertragsspitäler berechnen für die Mitglieder von Vertragskassen in der allgemeinen Abteilung die nachstehenden Kosten, für welche die Vertragskassen volle Garantie zu leisten haben, wobei die folgenden Anteile, die nach Artikel 12, Ziffer 2 KUVG den Wert der Nichtpflichtleistung darstellen, von den Versicherten je nach den Kassenstatuten zurückgefordert werden können . . .¹⁾

² Der Übertritt von der Kindergruppe in diejenige der Erwachsenen erfolgt jeweilen auf den 31. Dezember desjenigen Jahres, in dem der Patient das 15. Altersjahr zurückgelegt hat.

Art. 4. Für tuberkulosekranke Patienten, die der Tuberkuloseversicherung unterstellt sind, richten sich die Leistungen der Vertragskassen nach den geltenden statutarischen und reglementarischen Bestimmungen über die Tuberkuloseversicherung. Für die von den Vertragskassen nicht gedeckten Kosten haben die Patienten beziehungsweise deren gesetzlichen Vertreter aufzukommen.

¹⁾ Die Kosten werden regelmässig neu festgelegt. Sie werden deshalb nicht abgedruckt.

818.112

Art. 5. ¹ Eintritts- und Austrittstag werden als volle Spitaltage angerechnet.

² Dagegen wird für die Tuberkulosepatienten, welche von einer Tuberkuloseheilanstalt direkt in eines der Vertragsspitäler oder von diesen direkt in eine Tuberkuloseheilanstalt eingewiesen werden, entweder der Eintrittstag oder aber der Austrittstag nicht gerechnet.

Art. 6. In den in Artikel 3 genannten Pauschaltaxen sind inbegriffen die Kosten für die Verpflegung, für ärztliche Behandlung und Arznei, für Operationen, Bluttransfusionen, Röntgenaufnahmen, Durchleuchtungen, Elektrokardiogramme, Grundumsatzbestimmungen, sämtliche Untersuchungen, sowie für die therapeutisch-physikalischen Heilmethoden, unter Vorbehalt der in Artikel 7 aufgeführten Ausnahmen.

Art. 7. ¹ Nicht inbegriffen in den Pauschaltaxen nach Artikel 3 sind die folgenden Aufwendungen der Vertragsspitäler:

- a) die Röntgenbestrahlungen zu therapeutischen Zwecken;
- b) die Kosten der Behandlung mit Radium;
- c) die Kosten für die Lachgasnarkose, wenn sich die Wöchnerin dieser bedient;
- d) die Selbstkosten für von nicht spitaleigenen Spezialärzten ausgeführten Verrichtungen, sofern solche auf Wunsch und im ausdrücklichen Einverständnis der Patienten beigezogen werden;
- e) die Unkosten für Krankentransporte und bei Sterbefällen sowie Auslagen für Telefon, Porti und Beschädigungen;
- f) die Unkosten für Getränke und Speisen, die nicht zu der ordentlichen Verpflegung gehören und vom Patienten ohne ärztliche Verordnung verlangt werden sowie Auslagen für persönliche Bedürfnisse.

² Die Kosten für die in Absatz 1 aufgeführten Verrichtungen gehen, soweit die Vertragskassen dafür nicht ausdrücklich Gutsprache leisten, zu Lasten der Patienten beziehungsweise ihrer gesetzlichen Vertreter. Die Rechnungsstellung erfolgt dabei gemäss der geltenden Taxordnung der Vertragsspitäler.

Art. 8. ¹ Mit dem Beitritt zum Vertrag verpflichten sich die Vertragskassen zur vollen Garantieleistung für die in Artikel 3 genannten Kosten.

² Beim Spitaleintritt eines Patienten erfolgt eine entsprechende Meldung mit der Diagnose und einem Hinweis, ob eventuell ein Tbc-, Lähmungs- oder IV-Fall in Frage steht, an die Kasse mit der Feststellung, dass im Sinne von Artikel 3 Rechnung gestellt wird, falls innerhalb von 7 Tagen dem Spital keine gegenteilige Meldung zukommt.

Art. 9. ¹ Kassenpatienten, die sich auf der Privatabteilung der Vertragsspitäler behandeln lassen, gelten als Selbstzahler und die Spitäler sind berechtigt, ihnen gemäss der geltenden Taxordnung für Verpflegung, ärztliche Behandlung und Arznei usw. Rechnung zu stellen.

² Falls von den Vertragskassen für Privatpatienten keine spezielle Gutsprache geleistet wird, erfolgt die Rechnungsstellung ebenfalls im Sinne von Artikel 3. Für sämtliche Mehrkosten stellen die Vertragsspitäler den Patienten beziehungsweise ihren gesetzlichen Vertretern direkt Rechnung.

Art. 10. Die Vertragsspitäler sind berechtigt, von den Kassenpatienten, die sich auf der Privatabteilung behandeln lassen, beim Eintritt in das Spital für die Deckung der von den Vertragskassen nicht übernommenen Kosten ein Depot zu verlangen. In Notfällen wird der Patient auch ohne Depotleistung aufgenommen, wobei diese jedoch nachträglich zu leisten ist.

Art. 11. Die Vertragsspitäler verpflichten sich, sämtliche für die Vertragskassen notwendigen Zeugnisse, Atteste, Wöchnerinnen- und Kurausweise, versehen mit der ärztlichen Diagnose, unentgeltlich auszustellen. Grössere Berichte und Gutachten, die von den Vertragskassen verlangt werden, sind dagegen zu entschädigen.

Art. 12. ¹ Die Vertragsspitäler stellen den Vertragskassen nach Abschluss der Spitalbehandlung und Entlassung der Patienten Rechnung, bei längeren Aufenthalten jedoch in der Regel auf Ende eines jeden Quartals.

² Die Rechnungen sind grundsätzlich innert 30 Tagen nach der Ausstellung zu bezahlen. Verspätungen in der Bezahlung werden geduldet, solange die Zahlungspflicht der Vertragskassen rechtlich nicht abgeklärt ist.

Art. 13. Die Vertragskassen sind verpflichtet, mindestens 10 Tage vor Erlöschen der Genussberechtigung eines Patienten den Vertragsspitalern davon schriftlich Mitteilung zu machen.

Art. 14. ¹ Der vorliegende Vertrag ersetzt denjenigen vom 30. Juni 1971. Er tritt nach Genehmigung durch den Regierungsrat auf den 1. Januar 1973 in Kraft und gilt fest bis zum 31. Dezember 1974, sofern nicht vorher eine Neuordnung der Krankenversicherung in Kraft tritt. Auf Ablauf der festen Vertragsdauer und in der Folgezeit kann der Vertrag unter Beobachtung einer viermonatigen Kündigungsfrist jeweilen auf das Ende eines Kalenderjahres gekündigt werden.

² Auf den Stichtag des 1. Januar 1973 tritt der Vertrag auch für die sich an diesem Tag in den Vertragsspitalern befindenden Patienten von Vertragskassen in Kraft.

³ Für den Rücktritt einzelner Vertragskassen von diesem Vertrag gilt ebenfalls die in Absatz 1 festgelegte Regelung. Der Kantonalverband Solothurnischer Krankenkassen gibt den Vertragsspitalern von solchen Rücktritten sofort Kenntnis.

Vom Regierungsrat am 26. Januar 1973 genehmigt