

Verordnung über die Taxen 2005 des Kantonsspitals Olten

RRB Nr. 2005/20 vom 4. Januar 2005

Der Regierungsrat des Kantons Solothurn
gestützt auf § 46 Absatz 2 des Gesundheitsgesetzes vom 27. Januar 1999¹⁾

beschliesst:

A. Aufnahmebedingungen

§ 1. Grundsätze

¹ In das Kantonsspital Olten werden spitalbedürftige Einwohner und Einwohnerinnen des Kantons Solothurn und des Kantons Basel-Landschaft gemäss Spitalabkommen aufgenommen. Andere ausserkantonale und ausländische Patienten und Patientinnen werden nur aufgenommen, sofern Platz vorhanden ist.

² Als Notfall muss jeder Patient und jede Patientin aufgenommen werden.

³ Die Aufnahme in die Privatabteilung richtet sich nach den Möglichkeiten des Spitals.

§ 2. Kostengutsprache, Depotleistung

¹ Für Patienten und Patientinnen der Privatabteilungen wird als Sicherheit eine uneingeschränkte Kostengutsprache verlangt. Einschränkungen jeglicher Art berechtigen das Spital zur Erhebung eines Depots.

² Eine Depotleistung wird ebenfalls von Selbstzahlenden der Allgemeinen Abteilung verlangt.

A. Taxen

I. Allgemeine Abteilung

1. Allgemeine Bestimmungen

§ 3. Berechnungsgrundsätze

¹ Die Tagestaxe umfasst die Entschädigung für alle Leistungen des Spitals, ausgenommen:

¹⁾ BGS 811.11.

817.318.1

- Hämo- und Peritonealdialysen (Rechnungsstellung gemäss schweiz. Dialysevertrag);
 - Kosten für Spezialärzte und -ärztinnen und Medizinalpersonen, die ohne medizinische Notwendigkeit auf Begehren und zu Lasten des Patienten oder der Patientin zugezogen werden;
 - Kosten für während des Aufenthaltes im Kantonsspital Olten in externen Kliniken und Instituten durchgeführte medizinische Behandlungen, welche nicht im Zusammenhang mit dem Akutaufenthalt im Kantonsspital stehen und auf Wunsch des Patienten veranlasst worden sind;
 - Kosten für nicht KVG-pflichtige Leistungen;
 - Krankentransporte (Notfalltransporte, Transporte für Besuche beim Coiffeur, Zahnarzt), Tarife gemäss § 14;
 - Verrichtungen bei Sterbefällen;
 - Telefon, Radio und Fernseher, Porti, Entschädigung bei Beschädigungen;
 - Durch den Patienten oder die Patientin gewünschte zusätzliche Getränke und Speisen ohne ärztliche Verordnung;
 - Sämtliche weiteren Auslagen für persönliche Bedürfnisse.
- ² Die nachfolgenden Taxen gelten für alle Patientenkategorien (Erwachsene, Kinder und kranke Säuglinge). Bei Hospitalisation der Mutter sind die Säuglinge bis und mit 10 Wochen nach der Geburt in der Taxe eingeschlossen.
- ³ Die Langzeitpflegetaxe wird für Langzeitpflege-Patienten und -Patientinnen verrechnet, unabhängig davon, auf welcher Abteilung sie liegen.

2. Taxen für Akut- und Rehabilitationsabteilung

§ 4. *Taxen für Selbstzahlende*

¹ Patienten und Patientinnen, die im Kanton Solothurn steuerrechtlichen Wohnsitz oder Aufenthalt haben 1'060 Franken/Tag

² Patienten und Patientinnen, die ausserhalb des Kantons Solothurn steuerrechtlichen Wohnsitz oder Aufenthalt haben 1'230 Franken/Tag

§ 5. *EMV, IV (Krankheitsfälle) sowie sämtliche Versicherungsfälle UVG*
Für Patienten und Patientinnen der EMV, IV (Krankheitsfälle) sowie für sämtliche Versicherungsfälle UVG werden die Taxen gemäss den bestehenden Verträgen abgerechnet.

§ 6. *Private Unfall- und Haftpflichtversicherungen*
Für die Patienten und Patientinnen der privaten Unfall- und Haftpflichtversicherungen gelten die Taxen für Selbstzahlende (siehe § 4).

§ 7. *Krankenkassen*

¹ Für Mitglieder von Krankenkassen, die im Kanton Solothurn steuerrechtlichen Wohnsitz oder Aufenthalt haben 457 Franken/Tag

² Für Mitglieder von Krankenkassen, die ausserhalb des Kantons Solothurn steuerrechtlichen Wohnsitz oder Aufenthalt haben 1'185 Franken/Tag

³ Versicherungsfälle nach EMV/IV/UVG richten sich nach § 5.

§ 8. *Besondere Abkommen mit Kantonen*

Die besonderen Taxvereinbarungen mit anderen Kantonen bleiben vorbehalten.

3. **Steuern für Langzeitpflege**

§ 9. *Tagestaxen*

¹ Patienten und Patientinnen, die im Kanton Solothurn steuerrechtlichen Wohnsitz oder Aufenthalt haben:

Pflegebedarfsgruppe nach RAI/RUG (inkl. Grundtaxe)

Stufe PAA1	129 Franken/Tag
Stufe PBC2	178 Franken/Tag
Stufe IOR3	199 Franken/Tag
Stufe BAB4	210 Franken/Tag
Stufe CCL5	238 Franken/Tag
Stufe IMR6	266 Franken/Tag
Stufe PDD7	274 Franken/Tag
Stufe RTT8	282 Franken/Tag
Stufe CCH9	296 Franken/Tag
Stufe PEE10	311 Franken/Tag
Stufe SSP11	332 Franken/Tag
Stufe SEP12	355 Franken/Tag

² Patienten und Patientinnen, die ausserhalb des Kantons Solothurn steuerrechtlichen Wohnsitz oder Aufenthalt haben 420 Franken/Tag

§ 10. *Zusätzliche Leistungen*

Zusätzlich zur Tagestaxe gemäss § 9 werden, Medikamente, ärztliche Leistungen nach dem TARMED zu einem Taxpunktwert von 95 Rappen sowie durch den Arzt verordnete Nebenleistungen zu Tarifen gemäss § 13 litera b verrechnet.

II. **Privatabteilungen**

§ 11. *Tarifmodell*

¹ Die Leistungen an stationären Privatpatientinnen und Patienten werden je pro Tag über eine Spitalpauschale, eine Hotellerietaxe und eine Arztpauschale abgegolten; die Rettungs- und Transportkosten werden gemäss Ziffer IV abgerechnet, die Dialysen nach dem Schweizerischen Dialysenvertrag.

² In den Spitalpauschalen sind mit Ausnahme der Hotellerietaxen, der ärztlichen Mehrleistungen, der Rettungs- und Transportkosten sowie der Dialysen, sämtliche Leistungen abgegolten. Die Kosten der gesunden Säuglinge sind mit der Pauschale der Mutter abgegolten, für kranke Säuglinge und Kinder gelten die gleichen Pauschalen wie für Erwachsene.

³ Mit der Hotellerietaxe sind die Mehrkosten der Unterkunft und der Verpflegung abgegolten. Zusätzliche Getränke und Speisen gehen zu Lasten der Patientinnen und Patienten.

817.318.1

⁴ Die Spitalpauschalen betragen je Tag:	Halbprivat Fr. 1'060.--	Privat Fr. 1'060.--
⁵ Die Hotelpauschalen betragen je Tag:	Halbprivat Fr. 160.--	Privat Fr. 210.--
⁶ Tagespauschalen für die ärztlichen Mehrleistungen:	Halbprivat	Privat
Pauschale in der Abteilung Medizin	Fr. 62.--	Fr. 93.--
Pauschalen in den übrigen Abteilungen (alle Abteilungen ausser Medizin und Rehabilitation)	Fr. 78.--	Fr. 117.--
Rehabilitation	Fr. 50.--	Fr. 75.--

§ 12. Nicht gedeckte Leistungen

Folgende, von den Versicherern nicht gedeckten Leistungen werden den Patientinnen und Patienten oder den sonst Zahlungspflichtigen direkt in Rechnung gestellt:

- a) Nicht von der obligatorischen Krankenversicherung zu übernehmende Mittel und Gegenstände
- b) Persönliche Bedürfnisse der Patienten
- c) Verrichtungen bei Sterbefällen
- d) Bettenreservation und Effektenaufbewahrung während Urlaub und Entlassungsversuchen
- e) Beherbergung von Begleitpersonen
- f) Auslagen für Begleitung
- g) Kosten für Sachbeschädigungen
- h) Kosten für Spezialärzte sowie Medizinalpersonen die ohne medizinische Notwendigkeit und auf Begehren und zu Lasten der Patienten gezogen werden
- i) 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
- j) Krankentransporte für Besuche beim Coiffeur, Zahnarzt usw.

Diese Liste ist nicht abschliessend.

III. Ambulante Leistungen

§ 13. Tarife, Taxpunktwerte

Die Verrechnung der ambulanten Leistungen erfolgt nach dem TARMED bzw. den Tarifen für paramedizinische Leistungen (Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Ernährungs- und Diabetesberatung). Es gelten z.Zt. die folgenden Taxpunktwerte:

- a) Tarife für Selbstzahlende, Private Versicherungen, EMV, IV, UVG
 - Laborleistungen 1.00 Franken
 - Physiotherapieleistungen 0.90 Franken
 - Ergotherapieleistungen 1.10 Franken

- Logopädieleistungen	1.00 Franken
- Ernährungs- und Diabetesberatung	1.00 Franken
- Zahnärztliche Leistungen	1.00 Franken
- alle übrigen ambulanten Leistungen	1.00 Franken
b) Tarife für Krankenkassen	
- Laborleistungen	0.88 Franken
- Physiotherapieleistungen	0.90 Franken
- Ergotherapieleistungen	1.10 Franken
- Logopädieleistungen	1.00 Franken
- Ernährungs- und Diabetesberatung	1.00 Franken
- alle übrigen ambulanten Leistungen	0.95 Franken

IV. Krankentransporte

§ 14. Taxen

a) Rettungstransportwagen	
- Grundtaxe pro Transport und Besatzung für einstündigen Einsatz inkl. Wegentschädigung, inkl. Pauschale für Material, Medikamente, Reinigung, Desinfektion, Abschreibung und Wartung des Wagens	371 Franken
- Zuschlag für zusätzliche Einsatzzeit (pro angebrochene Viertelstunde)	68 Franken
b) Einsatzambulanz	
- Grundtaxe pro Transport und Besatzung für einstündigen Einsatz inkl. Wegentschädigung, inkl. Pauschale für Material, Medikamente, Reinigung, Desinfektion, Abschreibung und Wartung des Wagens	348 Franken
- Zuschlag für zusätzliche Einsatzzeit (pro angebrochene Viertelstunde)	62 Franken
c) Krankentransportwagen	
- Grundtaxe pro Transport und Besatzung für zeitlich unbefristeten Einsatz inkl. Pauschale für Material, Medikamente, Reinigung, Desinfektion, Abschreibung und Wartung des Wagens	66 Franken
- Zuschlag für den gefahrenen Kilometer	7 Franken

Einsatzzeit: Alarmierung Basis (bzw. Wegfahrt bei planbaren Transporten mit der Einsatzambulanz) bis Übergabe Leistungserbringer

Kilometer: Basis - Basis (betrifft Krankentransportwagen)

V. Besondere Bestimmungen

§ 15. Berechnung der Hospitalisationstage

Eintritts- und Austrittstag werden voll berechnet, ebenso die Tage, an denen von Patienten und Patientinnen ein Urlaub angetreten oder beendet wird.

§ 16. Klassenwechsel, freie Arzt- oder Zimmerwahl

¹ Der Klassenwechsel ist im Einvernehmen mit der Direktion gestattet, wenn die gesamten Operationskosten gemäss § 11 übernommen werden. Bei Übertritt von einer höheren in eine niedrigere Taxklasse gilt deren Tagestaxe vom folgenden Tag an, beim Wechsel von einer niedrigeren in eine höhere Taxklasse hingegen vom Übertrittstag an.

² Allgemein Versicherte, die die Behandlung durch einen am Kantonsspital Olten tätigen Chefarzt, Leitenden Arzt, Konsiliararzt, Belegarzt ihrer persönlichen Wahl wünschen, ohne dass dies wegen der Schwere des Eingriffs indiziert wäre, gelten als Privatpatienten. Für die privatärztliche stationäre Spitalbehandlung im Mehrbettzimmer haben diese Versicherten dem Spital zusätzlich zu den Taxen der Allgemeinabteilung folgende Arztwahl-Zuschläge zu entrichten:

- Kleiner Eingriff ohne Anästhesie	400 Franken
- Kleiner Eingriff mit Anästhesie	600 Franken
- Mittlerer Eingriff	1600 Franken
- Grosser Eingriff	2800 Franken
- Sehr grosser Eingriff	4400 Franken
- Geburtspauschale (inkl. Risiko komplikationsbedingter grösserer Eingriff)	1750 Franken

Spitalbehandlung ohne Eingriff/Geburt

- 1. Behandlungstag	400 Franken
- jeder weitere Folgetag	80 Franken

³ Allgemeinversicherte können auf Anfrage bei der Patientenaufnahme gegen einen Pauschalzuschlag ein Einer- oder Zweierzimmer wünschen, sofern das Spital über entsprechende freie Kapazität verfügt. Die Zuschläge betragen pro Tag

- für den Aufenthalt in einem Zweibettzimmer	160 Franken
- für den Aufenthalt in einem Einbettzimmer	210 Franken

⁴ Gebärende können auf eigene Rechnung zusätzlich zu der vom Spital zur Verfügung gestellten Infrastruktur eine vom Spital zugelassene Beleghebamme beiziehen.

⁵ Halbprivatversicherte können auf Anfrage bei der Patientenaufnahme gegen einen Pauschalzuschlag ein Einbettzimmer wünschen, sofern das Spital über entsprechende freie Kapazität verfügt.

Der Zuschlag beträgt 50 Franken/Tag

§ 17. Besondere Vereinbarungen

Durch Vertrag können mit Patienten und Patientinnen, die ausserhalb der Schweiz steuerrechtlichen Wohnsitz oder Aufenthalt haben, für Wahlleistungen und Wahlbehandlungen von Chefärzten und -ärztinnen sowie Lei-

tenden Ärzten und Ärztinnen höhere Entschädigungen vereinbart werden. In gleicher Weise können höhere Entschädigungen auch für nicht KVG-pflichtige Eingriffe mit schweizerischen Selbstzahlern vereinbart werden. Die Durchführung des Wahleingriffes oder der Wahlbehandlung erfolgt erst nach Vorauszahlung oder genügender Depotleistung.

§ 18. Versäumte Konsultationen

Das Spital stellt den Patientinnen und Patienten je versäumte Konsultation eine Pauschale von 50 Franken in Rechnung.

§ 19. Zahlungsmodalitäten

Die Rechnungen sind innert 30 Tagen zu begleichen. Nach Ablauf einer Frist von 50 Tagen nach Rechnungsstellung und nach erfolgter Mahnung kann ein Verzugszins gemäss Obligationenrecht in Rechnung gestellt werden. Bei unverschuldeten Zahlungsschwierigkeiten kann die Direktion Zahlungserleichterungen gewähren.

§ 20. Beschwerderecht

Beschwerden von Patienten gegen die Rechnungsstellung nach der obligatorischen Grundversicherung sind innert 10 Tagen, bzw. bei Rechnungsstellung nach Zusatzversicherung VVG innert 30 Tagen, beim Departement des Innern einzureichen. Beschwerden von Patienten betreffend die Nichtübernahme von Kosten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung durch die Krankenversicherer richten sich nach dem Bundesgesetz über den allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts. Beanstandungen von Rechnungen im Zusatzversicherungsbereich VVG sind - vorbehaltlich tarifvertraglicher Regelungen - auf dem ordentlichen Rechtsweg über den Zivilrichter einzubringen. Beschwerden von Krankenversicherern, die keinem Tarifvertrag beigetreten sind, richten sich nach KVG (Schiedsgerichtsverfahren) bzw. nach dem geltenden Tarifvertrag (z.B. *Paritätische Vertrauenskommission*).

VI. Schlussbestimmungen

§ 21. Inkrafttreten

Diese Verordnung tritt rückwirkend auf den 1. Januar 2005 in Kraft. Vorbehalten bleibt das Einspruchsrecht des Kantonsrates. Die Verordnung über die Taxen des Solothurner Kantonsspitals Olten vom 13. Januar 2004¹⁾ wird aufgehoben.

Die Einspruchsfrist ist am 17. März 2005 unbenutzt abgelaufen.
Publiziert im Amtsblatt vom 1. April 2005.

¹⁾ BGS 817.318.1.