

Erlasstitel	Vertrag für die stationäre Behandlung von grundversicherten Patienten (Spitaltaxvertrag stationär)
SGS-Nr.	930.133
GS-Nr.	35.0017
Erlass-Datum	24. November 2003
In Kraft seit	1. Januar 2004
Inkrafttreten der letzten Änderung	1. Januar 2008

[Übersicht Systematische Gesetzessammlung](#) des Kantons Basel-Landschaft

## **Vertrag für die stationäre Behandlung von grundversicherten Patienten (Spitaltaxvertrag stationär)**

Vom 24. November 2003<sup>1</sup>

*GS 35.0017*

Zwischen dem Kantonsspital Bruderholz, dem Kantonsspital Laufen, dem Kantonsspital Liestal, den Kantonalen Psychiatrischen Diensten, im folgenden "Spitäler" genannt, und santésuisse, Solothurn, wird folgender Vertrag abgeschlossen:

### **1. Allgemeine Bestimmungen**

#### **1.0 Vertragsparteien**

Vertragsparteien einerseits sind das Kantonsspital Bruderholz, das Kantonsspital Laufen, das Kantonsspital Liestal, die Kantonalen Psychiatrischen Dienste (im folgenden Spitäler genannt), vertreten durch die Spitalverwalter, und andererseits santésuisse, gestützt auf Artikel 43 Absatz 4, Artikel 46 und Artikel 49 Absatz 1 des Bundesgesetzes vom 18. März 1994<sup>2</sup> über die Krankenversicherung (KVG).

#### **1.1 Zweck**

Dieser Vertrag regelt für die Vertragspartner verpflichtend den Beitritt beziehungsweise den Rücktritt vom Vertrag, das Kostengutspracheverfahren, die Garantie und die Leistungen der Versicherer, den Rechnungs- und Zahlungsmodus, die Bekanntgabe der notwendigen medizinischen Angaben, das Verfahren bei der Festsetzung der Tagesvollpauschale und deren Inhalt.

#### **1.2 Geltungsbereich**

<sup>1</sup> Der Vertrag hat Gültigkeit für Personen, die bei einem vom Bund anerkannten, dem Vertrag beigetretenen Versicherer für Krankenpflege versichert sind (KVG Artikel 13). Der Vertrag gilt für stationäre Behandlungen von Patientinnen und Patienten mit Wohnsitz im Kanton Basel-Landschaft, die in die Allgemeine Abteilung eintreten (inkl. KVG Artikel 41 Abs.3).

<sup>2</sup> Nicht unter den Vertrag fallen Personen, die in eine andere als die Allgemeine

<sup>1</sup> Vom Regierungsrat am 13. Januar 2004 genehmigt.

<sup>2</sup> SR 832.10

Abteilung eintreten oder durch eine Gerichts- oder Administrativbehörde ausschliesslich zur Begutachtung oder Verwahrung eingewiesen werden.

<sup>3</sup> Für Versicherte eines Versicherers, der diesem Vertrag nicht beigetreten ist, gilt die regierungsrätliche Taxfestsetzung.

<sup>4</sup> Für die stationäre Behandlung aller übrigen Patientinnen und Patienten der Allgemeinen Abteilung gelten die in der jeweiligen Spitaltaxverordnung<sup>1</sup> des Kantons Basel-Landschaft enthaltenen Taxen.

<sup>5</sup> Als stationäre Behandlung nach Artikel 49.1 KVG gelten Aufenthalte im Spital von mindestens 24 Stunden zur Untersuchung, Behandlung und Pflege. Aufenthalte im Spital von weniger als 24 Stunden, bei denen während einer Nacht ein Bett belegt wird, sowie Aufenthalte im Spital bei Überweisung in ein anderes Spital und bei Todesfällen gelten ebenfalls als stationäre Behandlung.<sup>2</sup>

### 1.3 Beitrittsverfahren

Santésuisse fordert die Versicherer dokumentiert und begründet zum Beitritt zu diesem Vertrag auf.

### 1.4 Bestandteile des Vertrages, Verzeichnis Krankenversicherer

<sup>1</sup> Die Anhänge 1 - 6 bilden integrierende Bestandteile dieses Vertrages

- a. Anhang 1: Tagesvollpauschale, inbegriffene Leistungen;
- b. Anhang 2: Zusätzlich garantierte Leistungen, in der Tagesvollpauschale nicht inbegriffene Leistungen
- c. Anhang 3: Diagnose-Code
- d. Anhang 4: Ärztliche Zeugnisse somatische Spitäler (inkl. Rehabilitation/Akutgeriatrie)
- e. Anhang 5: Ärztliche Zeugnisse KPD
- f. Anhang 6: Verzeichnis der dem Vertrag beigetretenen Versicherer

<sup>2</sup> Die Anhänge 1 - 5 können ohne Kündigung des Vertrages einzeln neu verhandelt werden.

<sup>3</sup> Die Anhänge 1 und 2 bedürfen bei einer Änderung der Genehmigung durch den Regierungsrat.

### 1.5 EDV / Datenaustausch

Die Vertragspartner bekunden ihre Bereitschaft, den Datenaustausch mittels elektronischer Datenübermittlung zu fördern. Dabei ist es das Ziel der Spitäler wie auch der Versicherer, eine möglichst optimale Wirtschaftlichkeit der eingesetzten Verwaltungstechniken zu erreichen. Die Partner sind gehalten, ihre Lösungen so aufeinander abzustimmen, dass jeder mit minimalem Kostenaufwand seinen zwingenden Bedürfnissen entsprechende EDV-Lösungen realisieren kann.

<sup>1</sup> GS 34.361, SGS 930.11

<sup>2</sup> Fassung vom 1. November 2005 (GS 35.711), in Kraft seit 1. Januar 2006.

### 1.6<sup>1</sup> Wirtschaftlichkeit und Qualitätssicherung

<sup>1</sup> Bei der Diagnosestellung, den Behandlungen, der Pflege, der Verordnung von Massnahmen und beim Einsatz von Medikamenten sowie Mitteln und Gegenständen beachten die Spitäler das Wirtschaftlichkeitsgebot gemäss Art. 56 KVG.

<sup>2</sup> Die Spitäler verpflichten sich zu Massnahmen der Qualitätssicherung und Qualitätskontrolle. Dabei werden von den Vertragsparteien gemeinsam finanzierte Qualitätsmessungen angestrebt, deren Modalitäten auf einer breit abgestützten, gesamtschweizerischen Regelung basieren und welche die Vergleichbarkeit der erhobenen Daten sicherstellt. Bei der Festlegung der gesamtschweizerischen Regelung werden die Grundsätze der Verhältnismässigkeit, der Transparenz und der Parität gewahrt.

<sup>3</sup> Die Spitäler verpflichten sich, soweit sie dies noch nicht getan haben, dem "Rahmenvertrag betreffend Qualitätsmanagement zwischen H+ und KSK (heute santésuisse) vom 15. Dezember 1997 beizutreten.

### 1.7<sup>2</sup>

## 2. Kostengutsprache, Tarifierung, Abrechnung und Zahlung

### 2.1 Patientenaufnahme

Die Spitäler (gemäss KVG Artikel 39 Absatz 1 und 2) nehmen Versicherte der Versicherer nach Massgabe der verfügbaren Betten zur Behandlung oder Begutachtung auf. Hierfür ist eine schriftliche Einweisung der behandelnden Ärztin / des behandelnden Arztes erforderlich. In Notfällen werden die Versicherten auch ohne schriftliche Einweisung aufgenommen.

### 2.2 Kostengutsprache: Tagesvollpauschale

<sup>1</sup> Die Versicherer leisten für Pflichtleistungen gemäss KVG unter Berücksichtigung von Artikel 9 KVV bei Akutspitalbedürftigkeit für die Tagesvollpauschale gemäss Anhang 1 und weitere Leistungen gemäss Anhang 2 die volle Garantie.

<sup>2</sup> Ferner wird bestimmt:

- a. Für die Eintritts- und Austrittstage gilt die ganze Tagesvollpauschale.
- b. Der Spitalaufenthalt von gesunden Säuglingen ist mit der Tagesvollpauschale der Mutter abgegolten. Bei kranken Säuglingen kommt für diese eine Tagesvollpauschale zusätzlich zur Anwendung.

<sup>3</sup> Bei befristeten Entlassungen gilt folgende Regelung:

Für den Austrittstag und für den Rückkehrtag ist die volle Taxe zu berechnen.

<sup>1</sup> Fassung vom 25. September 2007 (GS 36.506), in Kraft seit 1. Januar 2008.

<sup>2</sup> Aufgehoben am 25. September 2007 (GS 36.506), mit Wirkung ab 1. Januar 2008.

### 2.3 Kostengutsprache: zusätzliche Leistungen

Die Versicherer übernehmen zu den garantierten Leistungen der Tagesvollpauschale die zusätzlichen Leistungen gemäss Anhang 2 Ziffer 1.

### 2.4 Nicht in der Vollpauschale enthaltene Leistungen

Für die Leistungen gemäss Anhang 2 Ziffer 2 wird der Patientin / dem Patienten oder seinen Angehörigen vom Spital direkt Rechnung gestellt.

### 2.5 Kostengutspracheverfahren

<sup>1</sup> Das Spital stellt innert 3 Arbeitstagen nach Eintritt der Patientin / des Patienten dem Versicherer ein Kostengutsprache-gesuch zu. Das Kostengutsprache-Formular muss enthalten: Daten der versicherten Person: Name, Vorname, Adresse, Geburtsdatum, Versicherten-Nr. (sofern bekannt), ZSR-Nr, ICD-10-Kapitel-Nr. (z.B. XII), Name des einweisenden Arztes (sofern bekannt).

<sup>2</sup> Das Spital kann vor Eintritt der Patientin / des Patienten mit Angaben der Einweisungs-Diagnose ein Kostengutsprache-Gesuch stellen (im Maximum vier Wochen im Voraus).

<sup>3</sup> Die Versicherer garantieren innert fünf Arbeitstagen nach Erhalt des Kostengutsprache-gesuches die Übernahme der Kosten im Rahmen dieser Vereinbarung, bzw. lehnen die Kostenübernahme unter Angabe der Gründe ab. Nach Ablauf dieser Frist haften sie für die Kosten, wie wenn sie Gutsprache erteilt hätten. Ausgenommen bleiben Nichtpflichtleistungen, die den Versicherten direkt verrechnet werden.

<sup>4</sup> Die Kostengutsprache gilt unter Vorbehalt von Ziffer 2.6 bei den Kantonalen Psychiatrischen Diensten für 30 Tage und bei den somatischen Spitälern für 21 Tage (für akutergeriatrische Fälle für 30 Tage).

<sup>5</sup> Die Kostengutsprache schafft für den Versicherer eine selbständige, unbedingte Zahlungspflicht, sofern der Kostengutsprache nicht falsche oder unvollständige, die Leistungspflicht beeinflussende Angaben des Spitals zugrunde liegen. Der Versicherer kann sich insbesondere dem Spital gegenüber nicht darauf berufen, dass er sich über die Leistungspflicht der Patientin / dem Patienten gegenüber geirrt hat.

<sup>6</sup> Die Kostengutsprache gilt nur für Akut- und Rehabilitationsaufenthalte.

### 2.6 Medizinische Abklärung

<sup>1</sup> Die Spitälern erteilen an die Vertrauensärzte der Versicherer Auskunft über den Zustand der Patientinnen / der Patienten in Hinblick auf KVG Artikel 49 Absatz 3. Strittige Fälle werden im direkten Kontakt zwischen der behandelnden Ärztin / dem behandelnden Arzt und der Vertrauensärztin / dem Vertrauensarzt des vertrauensärztlichen Dienstes geregelt.

<sup>2</sup> Die Krankenversicherer und die Spitälern verwenden für die Auskunft das Formular "Ärztliches Zeugnis" gemäss Anhang 4 und 5. Dieses ist bezüglich der Spitalbedürftigkeit verbindlich.

<sup>3</sup> Bei nicht spitalbedürftigen Fällen kommt - unter Vorbehalt von Absatz 5 - die Pflegeheimtaxe (KVG Artikel 50) zur Anwendung. Die Leistungen der Versicherer richten sich ab diesem Zeitpunkt nach der Pflegeeinstufung gemäss Alters- und Pflegeheimvertrag. Die Versicherer teilen den Spitälern die Leistungen mit, die direkt in Rechnung gestellt werden können.

<sup>4</sup> Der Arzt / die Ärztin, respektive das Spital ist verpflichtet, rechtzeitig, sowohl die Versicherer wie auch die Patientin / den Patienten über die Änderung der Spitalbedürftigkeit zu informieren. Dem Spital obliegt die generelle Aufklärungspflicht gegenüber der Patientin / dem Patienten, dass nach Wegfall der Spitalbedürftigkeit keine volle Kostendeckung mehr für den Aufenthalt auf der Akutabteilung durch die Versicherer besteht.

<sup>5</sup> Ändert sich bei noch hospitalisierten nicht spitalbedürftigen Patientinnen und Patienten die Pflegebedürftigkeit entscheidend in Richtung Spitalbedürftigkeit, leitet das Spital ein neues Kostengutspracheverfahren ein.

### 2.7 Staffeltaxen

Für die KPD gilt das bestehende Reglement über die Anwendung von Staffeltaxen<sup>1</sup>.

### 2.8 Rechnung, Zahlung und Austrittsdiagnose

<sup>1</sup> Das Spital stellt dem Versicherer in der Regel innert 30 Tagen nach Entlassung der Patientin / des Patienten Rechnung. Bei längerem Aufenthalt erfolgt die Rechnungstellung mindestens quartalsweise. Zwischenrechnungen sind als solche deutlich zu kennzeichnen.

<sup>2</sup> Kosten, die nach erfolgter Rechnungstellung bekannt werden, können nachbelastet werden (sofern sie nicht in der Vollpauschale enthalten sind).

<sup>3</sup> Die Zahlungsfrist beträgt 30 Tage. Davon ausgenommen sind Beanstandungen, welche einen Zahlungsaufschub ausschliesslich für die beanstandeten Leistungen bewirken.

<sup>4</sup> Die Zahlung erfolgt mit ESR oder mit einem gleichwertigen elektronischen Verfahren.

<sup>5</sup> Der Versicherer hat Anspruch auf die Austrittsdiagnose gemäss Ziffer 2.9, vorbehalten bleiben erhärtete datenschutzrechtliche Bestimmungen.

### 2.9 Diagnosebekanntgabe

<sup>1</sup> Die somatischen Spitälern geben auf den stationären Schlussrechnungen vorbehaltlich anderer Entscheide des Bundes oder von Datenschutzbeauftragten folgende Diagnosen bekannt:

- 1 Hauptdiagnose nach ICD 10
- 1 Nebendiagnose nach ICD 10

<sup>1</sup> SGS 930.111 vom 22. Dezember 1987

- 1 Haupteingriff nach ICD 9 CM
- 1 Nebeneingriff nach ICD 9 CM

Mindestens muss eine Hauptdiagnose nach ICD 10 aufgeführt sein.

<sup>2</sup> Bei kurzfristig erstellten Zwischen- und Schlussrechnungen (Jahresabschluss) stehen die Diagnosen zum Teil für den Ausdruck auf den Rechnungen nicht zur Verfügung.

<sup>3</sup> Aus Gründen des Datenschutzes erfolgt in den Psychiatrischen Diensten nur die Bekanntgabe der Kapitelüberschrift nach ICD 10.

<sup>4</sup> In begründeten Fällen kann die Diagnose nur an den Vertrauensarzt des Versicherers abgegeben werden (KVG Artikel 42 Absatz 5).

### 2.10 Festsetzen der Tagesvollpauschale

<sup>1</sup> Die Spitäler stellen santésuisse jährlich die offiziellen Jahresberichte zur Verfügung. Für Betriebsvergleiche gemäss Art. 49, Absatz 7 KVG dienen die Unterlagen der Kantone respektive des Bundes.

<sup>2</sup> Die Basis für die Verhandlung bilden die nach KVG anrechenbaren Kosten, die anhand des im Voraus von den Vertragspartnern vereinbarten Taxmodells errechnet werden. Bis die gesamtschweizerischen Berechnungsgrundlagen durch den Bundesrat festgelegt sind, wird auf den Bundesrat-Entscheid vom 14. April 1999 abgestellt.

<sup>3</sup> Können sich die Vertragspartner nicht einigen, wird nach KVG verfahren.

<sup>4</sup> Die Tagesvollpauschalen für die beiden Jahre 2004 und 2005 sind im Vertragsanhang 1 festgehalten. Die nächste Kalkulation und entsprechende Neufestsetzung erfolgt per 1.1.2006. Vorbehalten bleibt eine vorzeitige Neufestsetzung gestützt auf allfällige neue gesetzliche Bestimmungen (2. KVG-Revision).

<sup>5</sup> Versicherer, die dem Vertrag beigetreten sind, werden durch santésuisse über den Genehmigungsbeschluss orientiert. Die sechsmonatige Frist für den Rücktritt vom Vertrag (KVG Artikel 46) beginnt 20 Tage nach Erhalt dieser Orientierung. Innert diesen 20 Tagen ist der Rücktritt gegenüber santésuisse, welche die Volkswirtschafts- und Sanitätsdirektion verständigt, schriftlich und eingeschrieben zu erklären.

## 3. Schlussbestimmungen

### 3.1 Schlichtungsstelle

<sup>1</sup> Vor Beschreitung des ordentlichen Rechtsweges gemäss Ziffer 3.2 sind allfällige, grundsätzliche Streitigkeiten über Bestand, Auslegung und Anwendung des Vertrages einer vertraglichen Schlichtungsstelle vorzulegen.

<sup>2</sup> Die vertragliche Schlichtungsstelle setzt sich paritätisch aus den Vertragsparteien zusammen. Sie versucht, eine Einigung herbeizuführen. Die Schlichtungsstelle konstituiert sich selbst und erlässt ein Reglement. Die Volkswirtschafts- und Sanitätsdirektion führt das Sekretariat.

### 3.2 Rechtspflege

Kann keine Schlichtung herbeigeführt werden, so steht den Streitparteien die Anrufung des Schiedsgerichtes nach Artikel 89 KVG offen.

### 3.3 Kündigung / Vertragsdauer

<sup>1</sup> Der Vertrag wird auf unbestimmte Dauer abgeschlossen. Er kann mit einer Kündigungsfrist von 6 Monaten jeweils auf den 31. Dezember gekündigt werden. Für den Rücktritt gelten dieselben Fristen (vorbehalten bleiben die Vorschriften über den Rücktritt bei neuen Tagesvollpauschalen gemäss Ziffer 2.10).

<sup>2</sup> Die Vertragsparteien verpflichten sich, innert nützlicher Frist seit der Kündigung Verhandlungen aufzunehmen.

### 3.4 Inkrafttreten

Dieser Vertrag tritt, vorbehältlich der Genehmigung durch den Regierungsrat, am 1. Januar 2004 in Kraft<sup>1</sup>. Er ersetzt den Spitaltaxvertrag stationär vom 17. Dezember 1999<sup>2</sup>.

### 3.5 Vertragsunterzeichnung

Dieser Vertrag wird sechsfach ausgefertigt und unterzeichnet<sup>3</sup>.

<sup>1</sup> Vom Regierungsrat am 13. Januar 2004 genehmigt.

<sup>2</sup> GS 33.1003, SGS 930.133

<sup>3</sup> Unterzeichnet von santésuisse, Kantonsspital Liestal und KIP, Kantonsspital Laufen, Kantonsspital Bruderholz, Kantonale Psychiatrische Dienste am 24. bzw. 25. bzw. 28. November 2003.

**Anhang 1<sup>1</sup>: Tagesvollpauschale, inbegriffene Leistungen***A.<sup>2</sup> Tagesvollpauschale*

	<b>2008</b>	<b>2009</b>	
Kantonsspital Bruderholz	450 Fr.	470 Fr.	Taxe für Akutsomatik
	263 Fr.	263 Fr.	Taxe für muskuloskeletale Rehabilitation
	327 Fr.	327 Fr.	Taxe für Neurorehabilitation
	270 Fr.	270 Fr.	Taxe für Akutgeriatrie
Kantonsspital Laufen	330 Fr.	350 Fr.	
Kantonsspital Liestal	450 Fr.	470 Fr.	
Kantonale Psychiatrische Dienste	339 Fr.	353 Fr.	Akuttaxe: 1 60. Tag
	222 Fr.	231 Fr.	Langzeittaxe: ab 61. Tag
	200 Fr.	200 Fr.	Taxe für Tagespatienten und -patientinnen

*B. In der Tagesvollpauschale inbegriffene Leistungen*

In der Tagesvollpauschale sind alle Leistungen, die nicht im Anhang 2 Ziffer 1 ausdrücklich aufgeführt sind, inbegriffen, so unter anderem:

- a. gesamte ärztliche Behandlung und Krankenpflege
- b. Unterkunft und Verpflegung
- c. Medikamente
- d. Benützung des Operations- und Gebärsaals
- e. Medizin-Technische Leistungen inkl. Röntgen und Labor
- f. Benützung der Intensivbehandlungsstation
- g. Verbandmaterialien und Arzneien (gemäss SL + MiGeL), die den Patienten beim Austritt mitgegeben werden (Tagesportion)
- h. Ergotherapie, Logopädie, Physikalische Therapie
- i. die im Anhang 4 und 5 aufgeführten, standardisierten Zeugnisse, die zur Feststellung der Leistungspflicht dienen.
- k. vom Spital angeordnete Verlegungstransporte
- l. Kosten für Herzschrittmacher, Endoprothesen, Implantate
- m. Herz-/Lungenmaschine (HLM), Nierensteinertrümmerer
- n. prophylaktische Massnahmen (Pflichtleistungen gemäss KVG)

1 Fassung vom 1. November 2005 (GS 35.711), in Kraft seit 1. Januar 2006.

2 Fassung vom 25. September 2007 (GS 36.506), in Kraft seit 1. Januar 2008.

**Anhang 2<sup>1</sup>: Zusätzlich garantierte Leistungen, die in der Tagesvollpauschale nicht inbegriffen sind:**

## 1. Zusätzlich garantierte Leistungen

- a. Haemodialyse gemäss Taxe und Bedingungen, die zwischen "H+" und dem Schweizerischen Verband für Gemeinschaftsaufgaben der Krankenkassen (SVK) vereinbart sind, 50% des vereinbarten Betrages
- b. Verlangte, zusätzliche Berichte, sofern sie nicht zur Abklärung der KVG-Leistungspflicht dienen. gemäss TARMED-Positionen

## 2. In der Tagesvollpauschale nicht inbegriffene Leistungen\*\*\*

- a. Nicht kassenpflichtige Leistungen (gemäss KVG),
- b. Kosten der persönlichen Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten (Anschaffungen und Reparaturen persönlicher Effekten, Reinigung und Pflege der persönlichen Wäsche, Telefonspesen, Taschengeld usw.),
- c. Transportkosten und Auslagen für Begleitungen,
- d. Unkosten bei Todesfällen,
- e. Kosten der auf Wunsch der Patientinnen und Patienten oder der Angehörigen zugezogenen spitalfremden Ärztinnen und Ärzte,
- f. Reparaturkosten bei Sachbeschädigung,
- g. zahnärztliche Leistungen (ausgenommen Pflichtleistungen gemäss KVG),
- h. Kosten für Sitzwachen, die auf Wunsch der Patientinnen und Patienten oder Angehörigen veranlasst werden,
- i. Primär-, Kranken- und Unfalltransporte.

\*\*\* Den Patientinnen und Patienten oder den Angehörigen vom Spital direkt in Rechnung zu stellen.

**Anhang 3-6:<sup>2</sup>**

1 Fassung vom 1. November 2005 (GS 35.711), in Kraft seit 1. Januar 2006.

2 Die Anhänge können bei den Vertragspartnern bezogen werden.