

# VERTRAG

zwischen dem

## Kanton Solothurn

einerseits und der

## Inselspitalstiftung Bern (Insel)

andererseits

**über die Hospitalisation von Patienten mit Wohnsitz im Kanton Solothurn mit medizinisch begründeter Indikation gemäss Artikel 41 Absatz 3 des Schweizerischen Krankenversicherungsgesetzes (KVG)**

Grundsätzlich unterscheiden die Vertragspartner folgende Zuweisungsarten:

- Notfalleinweisungen
- Einweisungen externer Spitäler
- Zuweisungen externer Ärzte
- interne Zuweisungen aus den Insel-Polikliniken

### **Artikel 1 Aufnahmepflicht des Spitals**

- 1) Die Insel verpflichtet sich, den Patienten mit medizinisch begründeter Indikation nach Massgabe der offiziellen Aufnahmebedingungen gemäss Artikel 3 hienach die erforderliche ärztliche Behandlung und pflegerische Betreuung zu gewährleisten.
- 2) Medizinische Gründe liegen vor, wenn die entsprechenden medizinischen Leistungen in den Spitälern des Kantons Solothurn nicht erbracht werden oder wenn ein Notfall vorliegt (Artikel 41 Absatz 2 KVG).
- 3) Als Notfall gelten akute Erkrankungen oder Unfälle, die sich im Kanton Bern oder in einem angrenzenden Kanton ereignen und bei welchen der klinische Zustand der Patientin oder des Patienten einen Transport in ein Spital des Wohnkantons nicht erlaubt. Der Notfall dauert an, so lange eine Rückverlegung in den Kanton Solothurn nicht möglich ist. Dringende Verlegungen aus Spitälern des Kantons Solothurn und Zuweisungen von anderen Institutionen des Kantons Solothurn gelten als Notfall.

## Artikel 2

### Meldepflicht

- 1) Gemäss kantonaler Regelung werden Kostengutsprachen durch den Kantonsarzt des Kantons Solothurn bzw. seinen Stellvertreter für sämtliche medizinisch begründeten Fälle erteilt.
- 2) Die Insel meldet Notfälle dem Kantonsärztlichen Dienst zur Durchführung des Kostengutspracheverfahrens unmittelbar (in der Regel innert 24 Stunden) nach erfolgtem Eintritt in die Insel.
- 3) Gegenüber den Krankenversicherern besteht keine direkte Meldepflicht. Diese werden mittels Eintrittsmeldung über den Eintritt des Patienten informiert.
- 4) Medizinisch **nicht indizierte** Fälle werden durch die Insel entsprechend triagiert und dem jeweiligen Kostenträger direkt zugewiesen (Negativliste).

## Artikel 3

### Aufnahmebedingungen des Patienten

- 1) Mit der Sicherstellung der Direktzahlung durch die anerkannten Krankenversicherer (Grundversicherung) und dem Kantonsärztlichen Dienst (Kantonsanteil) wird auf die übliche Depotpflicht des Patienten beim Eintritt in die Insel verzichtet. Der Patient verpflichtet sich dabei, der Administration der Insel die Kostengarantie (Bestätigung der vollen Kostenübernahme durch den jeweiligen Krankenversicherer und den Kanton Solothurn) vorzuweisen.
- 2) Bei einer Einschränkung der vollumfänglichen Leistungspflicht der Krankenversicherer und des Kantons gemäss Artikel 4 hienach behält sich die Insel vor, eine Depotleistung zu erheben.
- 3) Notfalleinweisungen werden uneingeschränkt aufgenommen. Die Kostengarantie zur vollumfänglichen Leistungspflicht ist durch den jeweiligen Krankenversicherer bzw. durch den Kanton mit der Einhaltung der Meldepflicht gemäss Artikel 2 hievore sichergestellt.
- 4) Spontaneinweisungen sind hinsichtlich Notwendigkeit der medizinischen Versorgung in der Insel in Zusammenarbeit mit dem Kanton abzuklären. Die Insel verpflichtet sich, die Patienten über die allfällige Einschränkung der Leistungspflicht der Krankenversicherer bzw. des Kantons aufzuklären.

## Artikel 4

### Leistungspflicht der Krankenversicherer und des Kantons

- 1) Die Leistungspflicht beginnt grundsätzlich mit dem Spitaleintritt des Patienten. Die Ablehnung der Leistungspflicht für den gesamten Aufenthalt oder für einzelne Leistungen sind der Insel unverzüglich innert 24 Stunden mitzuteilen.
- 2) Die Krankenversicherer und der Kanton sind nur soweit leistungspflichtig, als nicht andere Versicherungsträger für die betreffenden Kosten aufzukommen haben.
- 3) Der Kanton Solothurn verpflichtet sich aufgrund der erteilten Kostengutsprache, seinen Kostenanteil (Kantonsanteil) an die Gesamtrechnung pro Fall und Rechnungsstellung zu übernehmen. Die Rechnungsstellung der Insel ist binnen 30 Tagen nach Erhalt zu begleichen. Wird die Rechnung nicht fristgerecht bezahlt, kann nach weiteren 30 Tagen ein Verzugszins von 5% berechnet werden.

- 4) Die nachträgliche Korrektur von irrtümlich erfolgten Entscheidungen ist nach gegenseitiger Absprache der Vertragspartner möglich.

## **Artikel 5**      **Taxen / Leistungsumfang**

- 1) Die Abgeltung des Spitalaufenthalts wird durch die Insel gemäss Anhang 1 in Rechnung gestellt. Anhang 1 ist integrierender Bestandteil des Vertrags.
- 2) Der Leistungsumfang wird im Anhang 1 zu dieser Vereinbarung geregelt.
- 3) Von der Verrechnungssystematik ausgenommene Leistungen sind im Anhang 1 aufgeführt.
- 4) Die Tarife werden jährlich überprüft und an allfällige interne und externe Veränderungen angepasst. Diese Anpassungen erfolgen jeweils auf Jahresbeginn.
- 5) Kosten für Todesfallbemühungen, Auslagen für Patienten wie Telefonkosten/TV/Radio, Coiffeur sowie für Stöcke, Gehhilfen etc. gehen zu Lasten des Patienten und werden diesem separat in Rechnung gestellt.
- 6) Kosten für Primär- und Sekundärtransporte werden gemäss Artikel 26 und Artikel 27 der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) sowie Artikel 33 lit. g der Verordnung zur Krankenversicherung (KVV) berechnet.
- 7) Rückzahlungen werden gemäss Anhang 2 gewährt. Dieser ist integrierender Bestandteil des Vertrags.

## **Artikel 6**      **Zuweisungspraxis**

Der Kanton Solothurn nimmt die Insel auf seine Spitalliste.

## **Artikel 7**      **Aufenthaltsklasse / ambulante Behandlungen**

- 1) Diese Vereinbarung regelt ausschliesslich den Spitalaufenthalt für KVG-Patienten, welche aus medizinischen Gründen ausserkantonale hospitalisiert werden müssen (KVG Artikel 41 Absatz 3). Für Patienten der halbprivaten oder privaten Aufenthaltsklasse stellt die Insel nach der jeweils geltenden Tarifordnung den Zusatzversicherern direkt Rechnung.
- 2) Ambulante und teilstationäre Behandlungen in Kliniken und Polikliniken der Insel sind nicht Gegenstand dieser Vereinbarung.

**Artikel 8**      **Aufklärung**

Der Kantonsärztliche Dienst ist für die Orientierung/Aufklärung der einweisenden Stellen direkt verantwortlich und dafür besorgt, dass die Informationen über Änderungen und Anpassungen laufend erfolgen. Die Insel verpflichtet sich, die Patienten über die ausserkantonale Hospitalisation gemäss KVG aufzuklären.

**Artikel 9**      **Kündigung**

- 1) Dieser Vertrag tritt am 1. Januar 2008 in Kraft und ist bis zum 31. Dezember 2008 gültig. Er gilt für alle Austritte ab 1.1.2008.
- 2) Wird der Vertrag nicht drei Monate vor Ablauf gekündigt, verlängert sich die Vertragsdauer stillschweigend um ein Jahr.
- 3) Änderungen im gegenseitigen Einvernehmen können jederzeit ohne formelle Kündigung vereinbart werden.

Solothurn, 29.10.2007

Bern, 24.09.2007

**Kanton Solothurn**



**Insel Bern**

Direktor Dienste



Gerold Bolinger

Bereichsleiter  
Tarife / Verträge



Peter Brechbühler

# ANHANG 1

## Klassifikation und Vergütung

### 1. Umfang Pauschale

- <sup>1</sup> Die APDRG Pauschale umfasst die gesamte Behandlung und Pflege eines Patienten die im Spital selbst oder von Dritten in seinem Auftrag geleistet wird.
- <sup>2</sup> Aufenthalte von Patienten in der akuten Neurorehabilitation werden mit einer fachbereichsspezifischen Fallpauschale abgerechnet.
- <sup>3</sup> Für die nähere Umschreibung und Abgrenzung vgl. Ziffer 5 nachstehend.

### 2. Ermittlung APDRG-Pauschale und Baserate

- <sup>1</sup> Der für die Rechnungsstellung massgebliche Wert ist die Baserate. Der verrechenbare Kostenanteil eines Patienten (APDRG-Pauschale) ergibt sich aus Baserate x Kostengewicht APDRG des Falles.

### 3. Baserates und fachbereichsspezifische Fallpauschale (Neurorehabilitation) Insel

#### 3.1 Baserates

<b>Baserate Insel(Art. 41 Abs. 3 KVG)</b> pro Kostengewicht 1.0 der CW-Version 5.1, Grouper 1.7, CHOP-Version 9
<b>CHF 5'842.--</b>

#### 3.2 Akute Neurorehabilitation (NREH) Insel

- <sup>1</sup> Eintritte in die NREH können nur aus vorgelagerten Behandlungen anderer Kliniken der Insel erfolgen. Die Behandlungs-Programme der Neurorehabilitation umfassen fixe Therapiezyklen (Tage), weshalb nur Kostengutsprachen im Umfang des Gesuchs möglich sind. Weiterführende externe Rehabilitationsaufenthalte fallen nicht unter die vorliegende Pauschalen.
- <sup>2</sup> Rehospitalisationen in die Neurorehabilitation innerhalb von 7 Tagen nach einer Spitalentlassung gelten nicht als neuer Fall.
- <sup>3</sup> Die Neurorehabilitation wird durch folgende Fallbereichspauschale abgegolten:

<b>Fachbereichsspezifische Fallpauschale</b> <b>(Art. 41 Abs. 3 KVG)</b>
<b>CHF 46'068.--</b>

Die Tarife für 2008 (gültig ab 1.1.2008) wurden auf dem geprüften Rechnungsabschluss (Kostenrechnung 2006) berechnet und ausgehandelt und bilden grundsätzlich das Verhandlungsergebnis ab.

#### 4. Regeln zur Kostenverrechnung nach APDRG<sup>1)</sup>

Definitionen:

CL	caseload	Summe der Kostengewichte der betrachteten Fälle
CMI	casemix-index	mittleres Kostengewicht pro Fall (einer Institution)
CW	cost-weight	Kostengewicht, Punktzahl einer bestimmten Fallgruppe
CWC	cost-weight korrigiert	bei Low- und High-Outliern (für die Rechnungsstellung)
LOS	length of stay	Aufenthaltsdauer in Tagen
ALOS	average length of stay	mittlere Aufenthaltsdauer APDRG
LTP	low trim point	untere Grenze in Tagen
HTP1	high trim point 1	obere Grenze in Tagen 1
HTP2	high trim point 2	obere Grenze in Tagen 2

Definition Aufenthaltsdauer (LOS) nach APDRG in Tagen:  
Austrittstag minus Eintrittstag plus 1 abzüglich ganze (24h) bezogene Absenztage

##### Regel 1: "INLIER"

Formel für Fälle mit Aufenthaltsdauer innerhalb der Grenzen LTP und HTP1  
( $LTP \leq LOS \leq HTP1$ ):

**$CW * Baserate = \text{Fakturierter Betrag}$**

##### Regel 2: "LOW OUTLIER"

Formel für Fälle mit Aufenthaltsdauer unterhalb der Grenze LTP ( $LOS < LTP$ ):

**$(CW / ALOS) * LOS * 2 * Baserate = \text{Fakturierter Betrag}$**

##### Regeln 3 und 4: "HIGH OUTLIER"

Formel für Fälle mit einer Dauer über der oberen Grenze:

- Fall high outlier 1

Dauer länger als HTP1 aber kürzer oder gleich HTP2 ( $HTP1 < LOS \leq HTP2$ )

**$[CW + (CW / ALOS) * (LOS - HTP1) * (2.43 - ((LOS - HTP1) / HTP1))] * Baserate = \text{Fakturierter Betrag}$**

- Fall high outlier 2

Dauer länger als HTP2 ( $LOS > HTP2$ )

**$\{[CW + (CW / ALOS) * (HTP2 - HTP1) * (2.43 - ((HTP2 - HTP1) / HTP1))] + [(CW / ALOS) * (LOS - HTP2) * 0.7]\} * Baserate = \text{fakturierter Betrag}$**

#### 5. Umfang der APDRG- und der Neurorehabilitations-Pauschalen

- <sup>1)</sup> In den Pauschalen sind alle Leistungen während des Spitalaufenthaltes abgegolten, welche gemäss Art. 49 Abs.1 KVG eine Pflichtleistung darstellen. Dazu gehören auch die Outcome-Messungen Qualität
- 2 In den Pauschalen nicht inbegriffen und den Patienten zusätzlich verrechenbar sind Primär-Krankentransporte (verrechenbar nach vereinbarten bzw. behördlich erlassenen Tarifen , vgl. auch Art. 26 KLV).

<sup>1)</sup> Gemäss Regeln TAR APDRG 2007 und Fakturierungsregeln Version 2007

- <sup>3</sup> Für Transplantationen, für die der Schweizerische Verband für Gemeinschaftsaufgaben der Krankenversicherer (SVK) mit der Insel besondere Fallpreispauschalen vereinbart hat, dürfen nur diese verrechnet werden. Die APDRG Nummern 103, 302, 480, 795, 804, 805, 904, 905 und 906 sind daher nicht fakturierbar.

## **6. Rehospitalisationen nach TAR APDRG**

- <sup>1</sup> Jede Rehospitalisation, die später als 24 Stunden nach Austritt erfolgt, wird als neuer Fall betrachtet und zwar unabhängig davon, ob sie im selben Spital oder einem andern erfolgt.
- <sup>2</sup> Aufenthalte, die auf geplante Urlaube folgen, gelten nicht als Rehospitalisierung. Die Urlaubstage werden bei der Ermittlung der Aufenthaltsdauer gemäss den Regeln des BFS nicht angerechnet.
- <sup>3</sup> Das Spital sorgt dafür, dass Entlassungen mit anschliessendem Wiedereintritt, die nicht einer optimalen medizinischen Praxis entsprechen, unterbleiben.

## **7. Verlegungen**

- <sup>1</sup> Erfolgt die Verlegung nach 24 Stunden in eine andere Institution, verrechnet das Spital eine APDRG-Pauschale, die der Behandlung entspricht. Die andere Institution verrechnet ihre Leistungen nach ihrem Tarif.
- <sup>2</sup> Die Kosten für ambulante oder teilstationäre externe Behandlungen mit Rückverlegung sind vom auftraggebenden Spital zu tragen.
- <sup>3</sup> Der zuständige Arzt der Insel entscheidet über den Zeitpunkt der Entlassung der behandelten Person und gegebenenfalls über den Zeitpunkt ihrer Rückführung in ein Spital ihres Wohnkantons. Er beachtet dabei soweit wie möglich allfällige Bedingungen und Vorbehalte der ärztlichen Dienststelle des Wohnkantons der behandelten Person, welche die Kostengutsprache erteilt hat.
- <sup>4</sup> Im Falle der Rückführung in ein Spital des Wohnkantons gehen die Transportkosten auf Rechnung des empfangenden Spitals. Ein solcher Transport muss von diesem bestellt und organisiert werden, es sei denn, es beauftrage damit ausdrücklich den Insel.

## **8. Codiergrundlagen**

- <sup>1</sup> Grundlage für die Codierung sind bis zur Einführung von SwissDRG die Kostengewichte APDRG CW-Version 5.1/Grouper 1.7/CHOP-Version 9.
- <sup>2</sup> Im gegenseitigen Einvernehmen können aus triftigen Gründen Änderungen der CW-Version (inkl. Anpassung von CHOP-Version und Grouper) vorgenommen werden.

## **9. Bericht über die Codierrevision und Weiterentwicklung der Codierpraxis**

- <sup>1</sup> Der jährliche Revisionsbericht im Zusammenhang mit der Verwendung des Patientenklassifikationssystems (APDRG) und die Stellungnahme des Inselspitals werden den Kantonen zu ihrer Information zugestellt. Weitergehende Reports sind nicht Gegenstand dieses Vertrages.

## ANHANG 2

### A. Anreizsystem

Die Insel gewährt folgende Rückzahlungen:

#### 1. Qualitative Zusammenarbeit:

Anreiz I: **max. 1 %**

Qualitative Zusammenarbeit = Cash Management; Fallmanagement, Handling der Kostengutsprache gesuche

Anreiz II: **max. 1 %**

Entwicklung der Zusammenarbeit (Förderung von Projekten, die beiden Partnern einen administrativen Nutzen bringen)

#### 2. Rückzahlungen nach Zuweisungsmenge:

Anreiz: **max. 8%**

Entsprechend der untenstehenden Fallmengen-Stufen werden die aufgeführten Prozentabzüge auf die fakturierten Gesamtfälle des jeweiligen Jahres gewährt.

Stufe 1	1%	< 50 Fälle
Stufe 2	2%	≥ 50 Fälle
Stufe 3	3%	≥ 175 Fälle
Stufe 4	4%	≥ 250 Fälle
Stufe 5	5%	≥ 500 Fälle
Stufe 6	6%	≥ 750 Fälle
Stufe 7	7%	≥ 1'000 Fälle
Stufe 8	8%	≥ 1'250 Fälle

### B. Auszahlung

Die Auszahlung erfolgt grundsätzlich im ersten Semester des darauffolgenden Jahres mittels einer jährlich zu ermittelnden Globalzahlung auf der Basis von lit. A hievon.