

Vereinbarung über die Zusammenarbeit im Spitalbereich und die Abgeltung von Spitalleistungen (Ostschweizer Krankenhausvereinbarung)

vom 8. November 1999

*Die Regierungen der Kantone
Zürich, Glarus, Schaffhausen,
Appenzell A.Rh., Appenzell I.Rh.,
St. Gallen, Graubünden, Thurgau, Zug*

vereinbaren:

Art. 1

¹ Die der Vereinbarung beigetretenen Kantone bezwecken:

Zweck; Beitritt

- a) eine angemessene, zwischen den Kantonen koordinierte, medizinisch-pflegerische Betreuung von Patientinnen und Patienten unter wirtschaftlichem Einsatz der Mittel sicherzustellen;
- b) die Erstellung von Spitallisten gemäss Art. 39 KVG miteinander zu koordinieren;
- c) die Kostenabgeltung der Wohn- oder Aufenthaltskantone für medizinisch bedingte ausserkantonale erbrachte Hospitalisationen zu regeln;
- d) die Zusammenarbeit und Aufgabenteilung zwischen den Kantonen sinnvoll zu regeln;
- e) die Kriterien für die Berechnung der ausserkantonalen Tarife zu harmonisieren.

² Das Fürstentum Liechtenstein und weitere Kantone können der Vereinbarung beitreten.

Art. 2

¹ Diese Vereinbarung regelt die Abgeltung ausserkantonaler Hospitalisationen von Patientinnen und Patienten mit zivil- oder fürsorge-rechtlichem Wohnsitz oder mit fürsorgerechtlichem Aufenthalt in

Geltungsbereich

Amtsblatt 2002, S. 1161.

den Kantonen. Bei Auseinanderfallen von zivil- und fürsorgerechtlichem Wohnsitz geht der zivilrechtliche Wohnsitz vor.

² Diese Vereinbarung gilt für alle aus medizinischen Gründen erbrachten ausserkantonalen Hospitalisationen, wenn:

- a) für die Behandlung eine Leistungspflicht der obligatorischen Krankenpflegeversicherung besteht;
- b) die Behandlung in einer allgemeinen Abteilung eines ausserkantonalen Spitals stattfindet oder auf Grund der höchstrichterlichen Rechtssprechung eine Zahlungspflicht der Kantone auf Grund von Art. 41 Abs. 3 KVG besteht;
- c) das ausserkantonale Spital für die Behandlung vom Wohnkanton der versicherten Person zugelassen ist;
- d) das behandelnde Spital ein öffentliches oder öffentlich subventioniertes ist.

³ Nicht unter diese Vereinbarung fallen Patientinnen und Patienten, die über eine Unfallversicherung gemäss UVG und eine Invalidenversicherung verfügen. Nicht unter diese Vereinbarung fallen im weiteren ambulante oder teilstationäre Behandlungen.

⁴ Zur Sicherstellung und Erleichterung der medizinischen Versorgung können durch gegenseitige separate Vereinbarung oder durch gegenseitige Aufnahme von Spitälern in die jeweilige Spitalliste zwei oder mehrere Kantone den Geltungsbereich über medizinische Gründe hinaus erweitern.

Art. 3

Medizinische Gründe; Notfall

¹ Medizinische Gründe im Sinne dieser Vereinbarung - unabhängig von der Definition gemäss Art. 41 Abs. 2 lit. b KVG - liegen vor, wenn die entsprechende medizinische Behandlung im Wohn- oder Aufenthaltskanton nicht verfügbar ist oder wenn ein Notfall vorliegt.

² Ein Notfall liegt vor, wenn der Zustand der zu behandelnden Person es nicht erlaubt, diese in eine Spital des Wohn- oder Aufenthaltskantons zu transportieren. Der Notfall dauert an, so lange eine Rückführung in den Wohnkanton aus medizinischen Gründen nicht sinnvoll ist.

Art. 4

Spitallisten

Kann ein Kanton die medizinische Versorgung nur unter Beizug von im Hoheitsgebiet von anderen Kantonen gelegenen Spitälern sicherstellen, so verpflichtet sich dieser Kanton, öffentliche oder öffentlich subventionierte Spitäler nur mit Zustimmung des Standortkantons auf die eigene Spitalliste aufzunehmen. Bei nicht subventionierten Spitälern ist der Standortkanton vorher anzuhören.

Art. 5

Bei einer medizinisch begründeten, ausserkantonalen Behandlung vergütet der Wohnsitz- resp. Aufenthaltskanton dem leistungserbringenden Spital die Differenz zwischen den pauschalisierten Behandlungskosten abzüglich der Vergütungen der Krankenkasse für Kantonseinwohnerinnen und -einwohner des Standortspitals in der allgemeinen Abteilung nach folgenden Grundsätzen:

Vergütung für ausserkantonale Hospitalisationen

- a) Die pauschalisierten Behandlungskosten setzen sich zusammen aus den pauschalisierten anrechenbaren Betriebskosten und den Zuschlägen für Spitzenmedizin- oder Zentrumsversorgung sowie für Investitionskosten. Der Standortvorteil ist durch reduzierte Zuschläge für Spitzenmedizin- oder Zentrumsversorgung sowie für Investitionskosten berücksichtigt.
- b) Den zuweisenden Kantonen dürfen von den Spitalern (mit Ausnahme des UniversitätsSpitals Zürich) maximal 50 % der pauschalisierten anrechenbaren Betriebskosten und die Zuschläge gemäss den Taxmodellen nach Art. 6 Abs. 2 in Rechnung gestellt werden.
- c) Beim UniversitätsSpital Zürich werden im Sinne einer Übergangsregelung von den pauschalisierten Behandlungskosten zuzüglich der genannten Zuschläge die nach Art. 41 KVG von den Krankenkassen geschuldeten Taxen analog den Tarifen für Zürcher Patientinnen und Patienten in Abzug gebracht bzw. vom UniversitätsSpital Zürich direkt den Krankenkassen in Rechnung gestellt. Die verbleibende Differenz wird in vollem Umfang den zuweisenden Kantonen belastet. Der Kanton Zürich kann Vereinbarungskantonen, welche mit einem wesentlichen Teil ihrer Spitalversorgung auf dem Leistungsangebot des Kantons Zürich basieren, am UniversitätsSpital Zürich Sonder rabatte bis zu maximal 10 % des Gesamtjahresrechnungstotals gewähren.
- d) In den Bereichen Herzchirurgie und interventionelle Kardiologie (Koronardilatationen, elektrophysiologische Abklärungen etc.) werden von den Kantonen in bilateralen Verträgen separate Fallpreispauschalen ausgehandelt; kommen keine Verträge zustande, werden diese Bereiche nach Einzelleistungsverrechnung tarifiert. Wo wie im Bereiche der Transplantationsmedizin (Herz, Lunge, Leber, Knochenmark) gesamtschweizerische Kostenaufteilungsverträge geschlossen werden können, gelangen diese zur Anwendung.

Art. 6

¹ Die pauschalisierten Behandlungskosten gemäss Art. 5 werden nach den Taxberechnungsmodellen der SDK-Ost für ausserkanto-

Berechnung der Kosten

nale Patientinnen und Patienten auf Grund der Rechnung des Vorjahres grundsätzlich alle zwei Jahre per 1. Juli neu ermittelt; das nächste Mal per 1. Januar 2001. In Zwischenjahren werden sie jeweils per 1. Juli der Teuerung (LIKP Stand Mai) angepasst.

² Die Taxberechnungsmodelle für Tagespauschalen des Gesamspitals und für Fallpauschalen bilden integrierenden Bestandteil dieser Vereinbarung.

Art. 7

Kostengutspracheverfahren

¹ Eine Kostengutsprache wird erteilt, wenn die ausserkantonale Hospitalisation erfolgt, weil die entsprechende medizinische Behandlung am Wohn- resp. Aufenthaltsort nicht verfügbar ist oder wenn ein Notfall vorliegt.

² Die Kostengutsprache der zuständigen Behörde des Wohn- oder Aufenthaltskantons muss bei planbaren Spitalbehandlungen bei Spitaleintritt vorliegen. Bei einem Notfall ist das Kostengutsprache-gesuch innerhalb von sieben Tagen dem Wohnkanton einzureichen.

³ Hospitalisationen über 30 Tage hinaus bedürfen einer neuen Kostengutsprache.

⁴ Der Wohn- resp. Aufenthaltskanton ist berechtigt, die Behandlung auf ihre medizinische Notwendigkeit hin zu überprüfen.

Art. 8

Verfahren der Kostenvergütung

¹ Das leistungserbringende Spital ist berechtigt, die Forderung mittels Einzelrechnung dem Wohn- resp. Aufenthaltskanton unter Beilage der Patientenfaktura in Rechnung zu stellen.

² Anstelle von Einzelrechnungen kann das leistungserbringende Spital auch monatliche detaillierte Sammelrechnungen dem Wohn- resp. Aufenthaltskanton stellen.

³ Die Kantone verpflichten sich, die jeweiligen Rechnungen innert 45 Tagen zu begleichen.

Art. 9

Inkrafttreten

¹ Die geänderte Vereinbarung tritt per 1. Januar 2000 in Kraft. Vorbehalten bleibt die Zustimmung der zuständigen kantonalen Instanzen zu dieser Vereinbarung.

² Die Vereinbarung kann von einem Kanton unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von sechs Monaten auf Ende eines Jahres gekündigt werden.

Beitritt des Kantons Schaffhausen durch RRB vom 21. Dezember 1999