



SDK
CDS



santésuisse

Bern und Solothurn, 30. Juni 2002

Vereinbarung

zwischen

Schweizerische Sanitätsdirektorenkonferenz, Weltpoststrasse 20, 3000 Bern 15

und

santésuisse, Römerstrasse 20, 4502 Solothurn

Diese Vereinbarung bezweckt die aussergerichtliche Einigung über die Finanzierung der innerkantonalen, stationären Behandlung von Halbprivat- und Privatpatienten in öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitälern für die Zeit bis zum 31. Dezember 2001 sowie den Vollzug des in Punkt 9 erwähnten dringlichen Bundesgesetzes.

Teil I – Vorbemerkungen

1. Beide Parteien nehmen Kenntnis vom Inhalt des Urteils des Eidgenössischen Versicherungsgerichts (EVG) vom 30. November 2001 betreffend die Finanzierung der obligatorisch versicherten Leistungen nach dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG). Sie nehmen Kenntnis von den aktuellen Diskussionen der Eidgenössischen Räte betreffend die 2. Teilrevision des KVG sowie betreffend ein dringliches Bundesgesetz über die Spitalfinanzierung (im Sinne einer Übergangsregelung bis zum Inkrafttreten der 2. Teilrevision des KVG).
2. Beide Parteien anerkennen als Zielsetzung dieser Vereinbarung (im Zusammenhang mit dem aktuell beratenen dringlichen Bundesgesetz) den geregelten und prozessfreien Übergang zur Regelung der Spitalfinanzierung gemäss 2. Teilrevision des KVG.

Teil II – Forderungen für Behandlungen vor dem 31. Dezember 2001

3. Die Kantone und die Krankenversicherer betrachten mit Abschluss dieser Vereinbarung sämtliche Forderungen resultierend aus dem Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts (EVG) vom 30. November 2001 betreffend die Finanzierung der obligatorisch versicherten Leistungen nach dem KVG, die im Rahmen der innerkantonalen, stationären Behandlung von Kantonseinwohnern und -einwohnerinnen in Halbprivat- und Privatabteilungen von öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitälern vom 1. Januar bis zum 31. Dezember 2001 erbracht wurden, als abgegolten. Die Krankenversicherer verzichten darauf, diese Forderungen geltend zu machen, dafür Betreibungen einzuleiten, eingeleitete Betreibungsverfahren fortzusetzen und neue Verfahren dazu einzuleiten.
4. Die Kantone zahlen zur Abgeltung der Forderungen gemäss Punkt 3 der Vereinbarung eine Pauschale von total *250 Millionen (zweihundertfünfzig Millionen) Franken*. Dieser Betrag



versteht sich als Gesamtabgeltung für sämtliche Forderungen gemäss Punkt 3 aller Krankenversicherer gegenüber allen Kantonen. Falls nicht alle Krankenversicherer oder nicht alle Kantone die Vereinbarung ratifizieren, gelten Punkt 14 und Punkt 15 dieser Vereinbarung.

5. Bei allfälligen neuen Zahlungsverpflichtungen (infolge Entscheid, Vergleich oder Anerkennung) einzelner kantonaler Subventionsgeber gegenüber Versicherern (insbesondere der As-sura) für die Zeit vor dem 1. Januar 2001 verpflichtet sich santésuisse, die Hälfte des Zahlungsbetrages zu übernehmen.
6. Der Gesamtbetrag gemäss Punkt 4 wird von der SDK an santésuisse überwiesen. Der Betrag ist am 30. September 2002 fällig. Bei einer späteren Zahlung ist - unabhängig von einer Mahnung - ein Verzugszins von 5 Prozent geschuldet.
7. Es ist Sache der Kantone, die Verteilung der Belastung auf die einzelnen Kantone aufgrund des Pauschalbetrags gemäss Punkt 4 festzulegen, und es ist Sache der Krankenversicherer, die Verteilung der Pauschalsumme auf die einzelnen Krankenversicherer festzulegen. Die all-fällige Aufteilung der Finanzierungsanteile unter den verschiedenen Subventionsgebern in-nerhalb der Kantone ist Sache der einzelnen Kantone.
8. Die Krankenversicherer verpflichten sich, gegenüber den jeweils zuständigen Bundesauf-sichtsbehörden aufzuzeigen, dass die erhaltenen Beiträge der Kantone vollumfänglich den Zusatzversicherten zugute kommen. Es ist detailliert darzustellen, in welcher Form und zu-gunsten welcher Jahresrechnung die Gelder verwendet werden. Der entsprechende Bericht ist der Aufsichtsbehörde zusammen mit der ordentlichen Jahresberichterstattung einzureichen. Die Krankenversicherer sind einverstanden, dass die betroffenen Kantone bei den Bundesauf-sichtsbehörden Einsicht in die entsprechenden Unterlagen nehmen können.

Teil III – Forderungen für Behandlungen ab dem 1. Januar 2002

9. Beide Parteien widersetzen sich einer Übergangslösung in Form eines dringlichen Bundesge-setzes über die Spitalfinanzierung nicht, wonach die Kantone Beiträge an die Finanzierung der KVG-Leistungen, die im Rahmen der innerkantonalen, stationären Behandlungen von Kantonseinwohnerinnen und -einwohnern in Halbprivat- und Privatabteilungen von öffentli-chen und öffentlich subventionierten Spitälern erbracht werden, wie folgt bezahlen:
Im Jahr 2002 entsprechen die Beiträge 60 Prozent,
im Jahr 2003 entsprechen sie 80 Prozent
und im Jahr 2004 entsprechen sie 100 Prozent der von den Krankenversicherern für Kantons-einwohnerinnen und -einwohner geschuldeten Tarife der allgemeinen Abteilung des jeweili-gen Spitals.
10. Die Krankenversicherer verpflichten sich, für innerkantonale, stationäre Behandlungen von Kantonseinwohnerinnen und -einwohnern, die nach dem 1. Januar 2002 in den Halbprivat- und Privatabteilungen von öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitälern stattgefunden haben, die Preise zu bezahlen, wie sie der Entwurf für das dringliche Bundesgesetz für das Jahr 2002 vorsieht. Dies sind die Tarife für die Halbprivat- oder Privatabteilungen abzüg-lich 60 Prozent der Tarife, die von den Krankenversicherern für Behandlungen der Kantons-einwohnerinnen und -einwohner in der allgemeinen Abteilung des jeweiligen Spitals ge-schuldet sind. Bis das dringliche Bundesgesetz beschlossen ist, können die Zahlungen mit ei-nem Vorbehalt erfolgen.

Die Spitäler erstellen die Rechnungen in diesem Sinne.

11. Die einzelnen Kantone und santésuisse können in begründeten Fällen in einer Vereinbarung kantonsweise eine vom Punkt 10 abweichende Regelung mit folgendem Inhalt treffen:
 - Die Spitäler dürfen bis spätestens zum 31. Dezember 2002 ihre Rechnungen noch auf-grund der am 1. Januar 2002 gültigen Tarife für die innerkantonalen, stationären Behand-



lungen von Kantonseinwohnern und -einwohnerinnen in Halbprivat- und Privatabteilungen erstellen. Die Krankenversicherer verpflichten sich, ab Inkrafttreten dieser Vereinbarung, die von den Spitälern aufgrund dieser Bestimmung erstellten Rechnungen zu bezahlen, soweit die Leistungspflicht nicht aus anderen Gründen bestritten ist.

- Die betroffenen Kantone verpflichten sich, den Krankenversicherern die zuviel bezahlten Gelder zurückzuerstatten. Zurückzubezahlen sind 60 Prozent der Tarife, die von den Versicherern für Behandlungen der Kantonseinwohnerinnen und -einwohner in der allgemeinen Abteilung des jeweiligen Spitals geschuldet sind. Die Modalitäten der Rechnungsstellung, der Rückzahlung und eines allfälligen Verzugszinses sind im einzelnen zu regeln. Die Rückerstattung kann auch in pauschaler Form vereinbart werden.
- Die Krankenversicherer werden Rechnungen, die nach dem 1. Januar 2003 erstellt werden, nur noch begleichen, wenn sie dem in Punkt 9 erwähnten dringlichen Bundesgesetz entsprechen.

Teil IV – Umsetzung

12. Diese Vereinbarung tritt rückwirkend per 1. Januar 2002 in Kraft, wenn bis zum 30. Juni 2002 einerseits mindestens 22 Kantone und andererseits Krankenversicherer, die mindestens 85 Prozent der Versicherten vertreten, der Vereinbarung beigetreten sind. Bei den Kantonen kann der Beitritt mit dem Vorbehalt erfolgen, dass das Kantonsparlament die entsprechenden Ausgaben noch zu genehmigen hat. Die Parteien setzen sich dafür ein, dass die einwohnerstärksten Kantone und die Krankenversicherer mit den meisten Versicherten der Vereinbarung beitreten.
13. Diese Vereinbarung gilt für Krankenversicherer und für Kantone, welche dieser Vereinbarung beigetreten sind.
14. Falls nicht alle Krankenversicherer dieser Vereinbarung beitreten, verringert sich die in Punkt 4 erwähnte Summe nicht, aber santésuisse verpflichtet sich, den Kantonen, die von nicht-unterzeichnenden Krankenversicherern für Forderungen gemäss den Punkten 3 und 4 belangt werden, den jeweils geschuldeten Betrag zu bezahlen. Diese Zahlungspflicht besteht nur gegenüber Kantonen, welche dieser Vereinbarung beigetreten sind.
15. Falls nicht alle Kantone der Vereinbarung beitreten, verringert sich die Pauschale gemäss Punkt 4 der Vereinbarung anteilmässig im Verhältnis der nicht beigetretenen Kantone. Die Anteile der einzelnen Kantone berechnen sich aufgrund der Anzahl Pflage tage im Jahr 2001 in den halbprivaten und privaten Spitalabteilungen der öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitäler.
16. Falls die Eidgenössischen Räte dem in Punkt 9 erwähnten dringlichen Bundesgesetz nicht zustimmen, fällt diese Vereinbarung nachträglich dahin. Die Auflösung erfolgt rückwirkend.

SCHWEIZERISCHE SANITÄTS-
DIREKTORENKONFERENZ

Die Präsidentin

Der Zentralsekretär

SANTÉSUISSE DIE SCHWEIZER
KRANKENVERSICHERER

Der Präsident

Der Direktor