

Reglement über die Taxen des Kantonsspitals für die stationäre und ambulante Behandlung von Patientinnen und Patienten sowie den Rettungsdienst (Taxordnung Kantonsspital)

vom 29. Juni 2020 (Stand 1. Juli 2020)

Der Spitalrat des Kantonsspitals Obwalden,

gestützt auf Artikel 12 Absatz 1 Buchstabe I des Gesundheitsgesetzes vom 3. Dezember 2015¹⁾,

beschliesst:

1. Allgemeine Bestimmungen

Art. 1 *Geltungsbereich*

¹ Das Reglement regelt die Tarife und Preise für die stationäre und die ambulante Behandlung von Patientinnen und Patienten in den Spitalbetrieben des Kantonsspitals sowie für den Rettungsdienst des Kantonsspitals.

² Soweit dieses Reglement keine abweichende Regelung enthält, richtet sich die Erhebung der Taxen des Kantonsspitals nach den Vorschriften der allgemeinen Gebührengesetzgebung²⁾.

Art. 2 *Begriffe*

¹ Als stationäre Patientin oder stationärer Patient gilt, wer

- a. länger als 24 Stunden im Kantonsspital behandelt wird;
- b. vor Ablauf von 24 Stunden in einen anderen Spitalbetrieb zur stationären Weiterbehandlung verlegt wird;
- c. über Mitternacht auf einer Bettenstation hospitalisiert wird und ein Pflegebett benutzt (Mitternachtszensus);

¹⁾ GDB 810.1

²⁾ GDB 643

d. in einem anderen Spitalbetrieb verstirbt.

² Als Selbstzahlerin oder Selbstzahler gelten Patientinnen und Patienten, für die keine Versicherungsdeckung besteht oder welche diese nicht geltend machen.

³ Als Aufenthalt gilt die Zeit vom Eintritt bis zur Entlassung.

⁴ Für die Deckung wird unterschieden:

- a. die Versicherungsklassen allgemein, halbprivat und privat;
- b. die Selbstzahler.

Art. 3 *Arztwahl und Hospitalisation*

¹ Privat oder halbprivat versicherte Patientinnen und Patienten werden in der Regel durch die Chefärztin oder den Chefarzt, die Leitende Ärztin oder den Leitenden Arzt oder durch deren Stellvertreter behandelt.

² Stationäre privat versicherte Patientinnen und Patienten werden in der Regel in einem Einbettzimmer hospitalisiert. Stationäre halbprivat versicherte Patientinnen und Patienten werden in der Regel im Einbettzimmer, bei grosser Nachfrage im Zweibettzimmer hospitalisiert. Auf Wunsch der Patientin oder des Patienten oder aus betrieblichen Gründen, z.B. bei fehlender Bettenkapazität, kann das Kantonsspital von dieser Regelung abweichen.

³ Grundversicherte Patienten ohne Spitalzusatzversicherung werden von Ärztinnen und Ärzten behandelt, die von der Chefärztin oder vom Chefarzt beziehungsweise von der Leitenden Ärztin oder dem Leitenden Arzt bezeichnet werden. Die freie Arztwahl ist ausgeschlossen.

⁴ Grundversicherte Patienten ohne Spitalzusatzversicherung werden in der Regel im Zweibettzimmer hospitalisiert.

⁵ Für die Arztwahl und die Hospitalisation von Selbstzahlerinnen und Selbstzahlern gelten Sonderregelungen, welche vom Spitaldirektor/CEO oder von der Spitaldirektorin/CEO festgelegt werden.

Art. 4 *Versicherungsdeckung und Kostengutsprache*

¹ Jede Patientin und jeder Patient hat beim Spitaleintritt beziehungsweise beim Beginn der ambulanten Behandlung einen aktuellen Versicherungsausweis und einen gültigen amtlichen Ausweis mitzubringen. Als amtliche Ausweise gelten in der Regel Reisepass, Identitätskarte, Ausländerausweis oder Aufenthaltsbewilligung.

² Die Patientenadministration des Kantonsspitals meldet den stationären Spitaleintritt umgehend dem Versicherer gemäss der Versichertenkarte der Patientin oder des Patienten.

³ Patientinnen und Patienten, für die ein anderer Kostenträger als die Krankenversicherung aufkommen muss, z.B. ein Versicherer gemäss dem Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag (zusatzversicherte Patienten), haben rechtzeitig vor dem stationären Spitaleintritt eine entsprechende Kostengutsprache einzuholen. Sie ist der Patientenadministration sobald wie möglich, spätestens aber beim Klinikeintritt einzureichen.

⁴ Vorbehalten bleiben besondere vertragliche Vereinbarungen mit Versicherern und anderen Garanten, behördliche Einweisungen und Notfälle.

Art. 5 *Depotleistungen*

¹ Stationäre Patientinnen und Patienten, bei denen die Versicherungsdeckung beim Spitaleintritt unklar oder ungenügend ist, sowie stationäre Selbstzahlerinnen und Selbstzahler haben vorgängig ein Depot zu leisten.

² Die Depotleistung beträgt (Beträge in Fr.):

a.	Überwachung 1-2 Nächte	6 000.–
b.	Stationär bis 5 Tage	10 000.–
c.	Stationär mit IMC oder Implantate	12 000.–

³ Kann kein Depot geleistet werden und liegt keine dringende medizinische Indikation vor, kann die Behandlung abgebrochen oder auf einen späteren Zeitpunkt verschoben werden.

⁴ Vorbehalten bleiben besondere vertragliche Vereinbarungen mit Versicherern und anderen Garanten, behördliche Einweisungen und Notfälle.

Art. 6 *Urlaub*

¹ Verlässt eine Patientin oder ein Patient medizinisch nicht notwendig das Spital für länger als 24 Stunden, wird dies als Urlaub gezählt. Für die Ermittlung der Anzahl Urlaubstage wird jeweils auf die nächsten 24 Stunden abgerundet.

² Erfolgt eine Fallzusammenführung gemäss Definitionen nach Swiss DRG, gelten die Tage zwischen den zusammengeführten Fällen als medizinisch notwendige Urlaubstage. Diese sind für die Patientin oder den Patienten kostenfrei.

Art. 7 *Versäumte Behandlung*

¹ Tritt eine Patientin oder ein Patient die Behandlung oder Operation ohne ausreichenden Grund nicht oder nicht rechtzeitig an, können

- a. bei ambulanten Terminen eine Pauschale von bis zu Fr. 80.–,
- b. bei einer geplanten ambulanten, tagesstationären oder stationären Operation eine Pauschale von bis zu Fr. 500.–,

zuzüglich der Kosten von Substanzen, die nicht mehr verwendet werden können, in Rechnung gestellt werden.

Art. 8 *Erhebung der Tarife und Preise*

¹ Die Tarife und Preise werden von der Patientenadministration des Kantonsospitals erhoben.

Art. 9 *Zahlungserleichterungen, Forderungsreduktion*

¹ In Härtefällen kann die Debitorenbuchhaltung auf ein begründetes Gesuch hin Zahlungserleichterungen durch einen Abzahlungsplan oder eine Stundung gewähren.

² Der Spitaldirektor/CEO oder die Spitaldirektorin/CEO kann auf begründetes Gesuch hin auf die Geltendmachung von Forderungen ganz oder teilweise verzichten, wenn:

- a. für die Patientin oder den Patienten ein Härtefall vorliegt;
- b. besondere Gründe vorliegen.

Art. 10 *Rechnungsstellung*

¹ Die Patientenadministration stellt nach Austritt der Patientin oder dem Patienten eine Rechnung. Diese geht, sofern nicht anders definiert, an den kostentragenden Versicherer (tiers payant).

² Beanstandungen einer Rechnung sind innert 30 Tagen nach Rechnungsdatum mit eingeschriebenem Brief an folgende Stelle zu richten: Kantonsspital Obwalden, Patientenadministration, Brünigstrasse 181, 6060 Sarnen.

Art. 11 *Fälligkeit und Betreuung*

¹ Die Rechnung ist, sofern keine abweichenden vertraglichen Regelungen zur Anwendung kommen, innert 30 Tagen ohne Abzug zu bezahlen.

² Wird die Rechnung nicht innert der definierten Frist bezahlt, mahnt die Debitorenbuchhaltung die Patientin oder den Patienten. Ab zweiter Mahnung werden als Mahnspesen pro Mahnung Fr. 40.– erhoben.

³ Nach der zweiten erfolglosen Mahnung leitet das Kantonsspital die Betreuung ein.

⁴ Für die Einleitung eines Betreibungsverfahrens ist eine Gebühr von Fr. 80.– zu bezahlen. Für besonders umfangreiche oder aufwändige Verfahren kann diese Gebühr bis Fr. 150.– erhöht werden.

⁵ Nach Ablauf der Frist gemäss Art. 11 Abs.1 dieses Reglements ist der gesetzliche Verzugszins gemäss Art. 104 Abs. 1 des Obligationenrechts³⁾ von 5 % geschuldet.

Art. 12 *Verfahren bei Streitigkeiten*

¹ Bei Streitigkeiten erlässt der Spitaldirektor/CEO oder die Spitaldirektorin/CEO eine Verfügung mit Rechtsmittelbelehrung.

² Die Vollstreckbarkeit rechtskräftiger Verfügungen und Entscheide richtet sich nach Art. 21 des Allgemeinen Gebührengesetzes vom 21. April 2005⁴⁾.

2. Stationäre Tarife und Preise

Art. 13 *Stationäre Tarife der Akutsomatik*

¹ Stationäre Hospitalisationen werden nach Swiss DRG abgerechnet.

² Die Fallpauschalen nach Swiss DRG sind für alle Bewohner der gesamten Schweiz identisch.

³ Die Fallpauschalen für das Fallgewicht 1.0 nach Swiss DRG beträgt für die Allgemeinabteilung (Beträge in Fr.):

- | | | |
|----|---|----------|
| a. | Krankenversicherer ⁵⁾ | |
| 1. | Einkaufsgemeinschaft tarifsuisse | 9 619.– |
| 2. | Krankenkasse CSS | 9 615.– |
| 3. | Einkaufsgemeinschaft HSK | 9 635.– |
| b. | UV/IV/MV | 10 223.– |
| c. | Selbstzahler (z.B. Ausländer ohne E111) | 11 000.– |

³⁾ SR 220

⁴⁾ GDB 643.1

⁵⁾ provisorischer Tarif

⁴ Für die halbprivate Abteilung und die private Abteilung bestehen individuelle Verträge mit den Versicherern. Diese können bei der Patientenadministration (Tel. 041 666 40 07) erfragt werden.

⁵ Zusätzlich verrechenbar sind gemäss gültigen Verträgen:

- a. Medikamente und Verbandstoffe bei Austritt;
- b. Primärkrankentransporte;
- c. Vom Versicherer verlangte Gutachten und Autopsien;
- d. Nicht kassenpflichtige Eingriffe / Untersuchungen;
- e. Persönliche Auslagen für den Patienten;
- f. Zusatzkosten bei Todesfall.

3. Ambulante Tarife und Preise

Art. 14 *Ambulante Tarifsysteme*

¹ Ambulante Leistungen werden nach den offiziellen Einzelleistungstarifen Tarmed, der Eidgenössischen Analyseliste, dem Physiotherapietarif, dem Ergotherapietarif, dem Logopädietarif, dem Tarif der Schweizerischen Zahnärztesgesellschaft (SSO), dem Ernährungsberatungstarif, dem Diabetesberatungstarif, dem Stillberatungstarif, dem Tarif der Stoma-Beratung und –Behandlung durch nicht-ärztliches Personal in Spitälern, dem Tarif für die Behandlung im Zusammenhang mit Geburt, Geburtsvorbereitungen und Wochenbett durch Hebammen in Spitälern in Rechnung gestellt.

Art. 15 *Ambulante Taxpunktwerte an die Krankenversicherung/Unfallversicherung*

¹ Ambulante Leistungen werden mit folgenden Taxpunktwerten (TP) in Rechnung gestellt (Beträge in Fr.):

- a. Taxpunktwert für ärztliche Leistungen (inkl. Radiologie) nach Tarmed
 1. Rechnungstellung an Krankenkassen 0.86/TP
 2. Rechnung an UV/IV/MV 1.00/TP
- b. Laborleistungen nach der Eidgenössischen Analyseliste 1.00/TP
- c. Leistungen der Physiotherapie:
 1. Einkaufsgemeinschaft tarifsuisse 0.92/TP
 2. Krankenkasse CSS 0.95/TP
 3. Einkaufsgemeinschaft HSK 0.92/TP
 4. UVG 0.95/TP

- | | | |
|----|---|---------|
| d. | Leistungen der Ergotherapie | 1.10/TP |
| e. | Leistungen der Ernährungsberatung | 1.00/TP |
| f. | Leistungen der Diabetesberatung | 1.00/TP |
| g. | Leistungen der Stillberatung | 1.00/TP |
| h. | Behandlung im Zusammenhang mit Geburt, Geburtsvorbereitung und Wochenbett durch Hebammen in Spitälern | 1.00/TP |

Art. 16 *Ambulante Taxpunktwerte für Selbstzahler*

¹ Ambulante Leistungen werden mit folgenden Taxpunktwerten (TP) in Rechnung gestellt (Beträge in Fr.):

- | | | |
|----|---|---------|
| a. | Taxpunktwert für ärztliche Leistungen (inkl. Radiologie) nach Tar-med | 1.09/TP |
| b. | Laborleistungen nach der Eidgenössischen Analyseliste | 1.00/TP |
| c. | Leistungen der Physiotherapie | 1.20/TP |
| d. | Leistungen der Ergotherapie | 1.10/TP |
| e. | Leistungen der Ernährungsberatung | 1.50/TP |
| f. | Leistungen der Diabetesberatung | 1.50/TP |
| g. | Leistungen der Stillberatung | 1.00/TP |
| h. | Behandlung im Zusammenhang mit Geburt, Geburtsvorbereitung und Wochenbett durch Hebammen in Spitälern | 1.00/TP |

4. Pflegefälle

Art. 17 *Pflegeheimfälle*

¹ Leistungen für Patientinnen und Patienten, welche nicht mehr akutspitalpflichtig sind, werden nach Tagessätzen abgerechnet. Das Kantonsspital stellt den Wartepatienten den im Gesetz über Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung festgelegten Maximaltagesansatz in Rechnung. Der Tagesansatz der Ergänzungsleistungen beträgt für die Patienten Fr. 23.00 pro Tag. Das Kantonsspital stellt weiter eine Tagespauschale von Fr. 240.– für die Hotellerie / Infrastruktur dem Patienten in Rechnung. Die Tagespauschale «Zusatzkosten Pflege im Spital in der Höhe von max. Fr. 310.– geht zu Lasten der Einwohnergemeinde.

5. Rettungsdiensttarife

Art. 18

¹ Für Einsätze des Rettungsdienstes des Kantonsspitals gelten folgende Taxen (Beträge in Fr.):

1. Grundtaxe ambulant
 - a. Grundtaxe ambulant, Einsatz ohne Patientenkontakt oder Beurteilung 0.–
 - b. Grundtaxe ambulant, Einsatz ohne Patiententransport (DVO), inkl. Verrechnungsstufe 0 (siehe Anhang 1) 550.–
 - c. Grundtaxe ambulant, Einsatz ohne Patiententransport (DVO), inkl. Verrechnungsstufe 1 und 2 (siehe Anhang 1) 900.–
2. Grundtaxe Primäreinsatz, Notfalleinsatz Dringlichkeitsstufen P1A, P1, P2, P3, bis 130 km in Grundtaxe enthalten 900.–
3. Grundtaxe Sekundäreinsatz, Geplanter Einsatz Dringlichkeitsstufen S1A, S1, S2A, S2, S3A, S3, bis 130 km in Grundtaxe enthalten 550.–
4. Medizinische Leistungen gemäss Anhang 1
 - a. Medizinische Leistung, Verrechnungsstufe 0, Grundpauschale (siehe Anhang 1) 0.–
 - b. Medizinische Leistung, Verrechnungsstufe 1, kleine medizinische Leistung und Sachaufwand (siehe Anhang 1) 80.–
 - c. Medizinische Leistung, Verrechnungsstufe 2, grosse medizinische Leistung und Sachaufwand (siehe Anhang 1) 250.–
5. Zuschlag Nacht (20:00–06:00 Uhr), Sonn- und Feiertage (00:00–24:00 Uhr) 25 %
6. Zuschlag je Kilometer, ab 131 Kilometer 3.45
7. Gleichzeitiger Mehrfachtransport
 - a. Reduktion: Mehrfachtransporte, bei 2 Personen 25 %
 - b. Reduktion: Mehrfachtransporte, bei mehr als 2 Personen 25 %
8. Zuschlag zusätzliches (Fach-)Personal
 - a. Zuschlag zusätzliches Personal, First Responder 250.–
 - b. Zuschlag zusätzliches Personal, Rapid Responder 250.–
 - c. Zuschlag zusätzliches Fachpersonal (Bsp. Hebamme, Kardiotechnik) 300.–
9. Zuschlag Notarzt
 - a. für die erste Stunde 440.–
 - b. für jede weitere ½ Stunde 100.–

-
10. Zuschlag für Einsatzleiter Sanität, für Gross- und / oder Spezialeinsatz mit Patientenbeteiligung
 - a. Zuschlag für Einsatzleiter EL-Sanität bis 1 Patient 250.–
 - b. Zuschlag für Einsatzleiter EL-Sanität ab 2. Patient, je Patient 125.–
 - c. Zuschlag für Einsatzleiter EL-Sanität ab 4 Stunden zusätzlich, pro Stunde 100.–
 11. Spezialeinsätze
 - a. Spezialtransporte (Personal, Organe, Blut) 250.–
 - b. Spezialtransporte (Personal, Organe, Blut, ab 131 km, pro km 2.20
 - c. Isolettentransport, zusätzliche Pauschale Sonderfahrzeug 400.–
 - d. Hubrettereinsätze mit Patiententransport 900.–
 - e. Einsatz Sondertarif gemäss Offerte
 - f. Event- und Spezialeinsätze gemäss Offerte
 12. Zuschlag für Spesen und Fremdleistungen (Bsp. Verpflegung, Verladegebühren, etc.) nach Aufwand
 13. Zuschlag Wartezeiten (Stand-by), ab 4 Stunden zusätzlich, pro h 200.–

Änderungstabelle - Nach Beschluss

Beschluss	Inkrafttreten	Element	Änderung	Fundstelle
29.06.2020	01.07.2020	Erlass	Erstfassung	OGS 2020, 37

Änderungstabelle - Nach Artikel

Element	Beschluss	Inkrafttreten	Änderung	Fundstelle
Erlass	29.06.2020	01.07.2020	Erstfassung	OGS 2020, 37