



**Taxordnung  
der Spitalregion  
- Rheintal Werdenberg Sarganserland (SR 2)  
- Linth (SR 3)  
- Fürstenland Toggenburg (SR 4)**

vom 1. Januar 2012

Der Verwaltungsrat der Spitalverbunde des Kantons St.Gallen

erlässt

in Anwendung von Art. 6 Abs. 2 Bst. g des Gesetzes über die Spitalverbunde vom 21. Juni 2002<sup>1</sup>

als Taxordnung:

## **I. Allgemeine Bestimmungen**

### ***Geltungsbereich***

#### *a) Grundsatz*

Art. 1. Diese Taxordnung regelt die Abgeltung des Spitalaufenthaltes für Patientinnen und Patienten der Spitalregionen 2-4 und die Rechnungsstellung im Grundsatz.

Der Taxtarif und die von den Spitalregionen publizierten Pauschalpreisreglemente bauen auf dieser Taxordnung auf und definieren die Abgeltung und Rechnungsstellung im Detail. Zudem sind dort die zur Anwendung kommenden Preise definiert.

---

<sup>1</sup> sGS 320.2.

### *b) Vereinbarungen*

Art. 2. Die Taxen für stationäre Patientinnen und Patienten der Allgemeinen Abteilung und für ambulante Patientinnen und Patienten, die bei folgenden Versicherungseinrichtungen versichert sind, werden durch Vereinbarungen geregelt:

- a) Krankenversicherer nach Art. 11 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) vom 18. März 1994<sup>2</sup>;
- b) Unfallversicherer nach Art. 58 und 61 ff. des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) vom 20. März 1981<sup>3</sup>;
- c) eidgenössische Militärversicherung nach dem Bundesgesetz über die Militärversicherung (MVG) vom 19. Juni 1992<sup>4</sup>;
- d) eidgenössische Invalidenversicherung nach dem Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG) vom 19. Juni 1959<sup>5</sup>.

### ***Patientinnen und Patienten***

#### *a) Unterscheidung*

Art. 3. Für die Taxen werden unterschieden:

- a) Personen mit gesetzlichem Wohnsitz in der Schweiz oder dem Fürstentum Liechtenstein sowie Personen, welche über die Gemeinsame Einrichtung KVG in Solothurn abgerechnet werden;
- b) Personen ohne gesetzlichem Wohnsitz in der Schweiz oder dem Fürstentum Liechtenstein und welche nicht über die Gemeinsame Einrichtung KVG in Solothurn abgerechnet werden;

Art. 4. Den Personen gemäss Art. 3, Bst. a dieser Taxordnung gleichgestellt sind Schweizer Bürgerinnen und Bürger mit gesetzlichem Wohnsitz im Ausland und Personen ohne gesetzlichen Wohnsitz für deren Behandlung eine Institution oder Behörde in der Schweiz oder dem Fürstentum Liechtenstein aufkommt.

#### *b) Fallarten*

Art. 5. Als stationäre Patientin oder stationärer Patient gilt:

- a) wer sich mindestens 24 Stunden im Spital aufhält;
- b) wer vor Ablauf von 24 Stunden im Spital stirbt;
- c) wer vor Ablauf von 24 Stunden in ein anderes Spital verlegt wird;
- d) wer sich weniger als 24 Stunden, jedoch über Mitternacht im Spital aufhält und während des Aufenthalts ein Bett auf der Pflegestation belegt.

Die übrigen Patientinnen und Patienten gelten als ambulante Patientinnen und Patienten.

#### *c) Privatpatientinnen und Privatpatienten*

Art. 6. Patientinnen und Patienten, welche die Behandlung durch einen Chefarzt, einen leitenden Arzt oder deren Stellvertreter wünschen, gelten als Privatpatientinnen und Privatpatienten.

Stationäre Privatpatientinnen und Privatpatienten werden in einem Einzel- oder in einem Zweibettzimmer untergebracht, wenn nicht betriebliche Gründe die Unterbringung in einem Mehrbettzimmer erfordern.

<sup>2</sup> SR 832.10.

<sup>3</sup> SR 832.20.

<sup>4</sup> SR 833.1.

<sup>5</sup> SR 831.20.

Ein gewisser Ausstattungsgrad (z.B. Nasszellen) kann in den Einzel- und Zweibettzimmer nicht in jedem Fall garantiert werden. Massgeblich ist lediglich die Anzahl Patientinnen oder Patienten, welche sich das Zimmer teilen.

#### *d) Wahl Einzel- /Zweibettzimmer oder Arztwahl*

Art. 7. Patientinnen und Patienten der Allgemeinen Abteilung können im Rahmen der betrieblichen Möglichkeiten gegen Aufpreis:

- a) in einem Einzel- oder Zweibettzimmer untergebracht werden;
- b) die Behandlung durch einen Chefarzt, einen leitenden Arzt oder deren Stellvertreter in Anspruch nehmen.

Das Angebot nach Bst. a dieser Bestimmung kann nicht mit dem Angebot nach Bst. b dieser Bestimmung kombiniert werden.

Ein gewisser Ausstattungsgrad (z.B. Nasszellen) kann in den Einzel- und Zweibettzimmer nicht in jedem Fall garantiert werden. Massgeblich ist lediglich die Anzahl Patientinnen oder Patienten, welche sich das Zimmer teilen.

Art. 8. Patientinnen und Patienten der halbprivaten Abteilung können im Rahmen der betrieblichen Möglichkeiten gegen Aufpreis in einem Einzelzimmer untergebracht werden.

Ein gewisser Ausstattungsgrad (z.B. Nasszellen) kann in den Einzel- und Zweibettzimmer nicht in jedem Fall garantiert werden. Massgeblich ist lediglich die Anzahl Patientinnen oder Patienten, welche sich das Zimmer teilen.

### **Selbstkosten**

Art. 9. Für Leistungen im Zusammenhang mit der Behandlung von Patientinnen und Patienten, die weder im Taxtarif noch im Pauschalpreisreglement der Spitalregionen erwähnt sind, werden die Selbstkosten in Rechnung gestellt.

Als Selbstkosten gelten:

- a) die im Spital entstandenen Kosten;
- b) die dem Spital in Rechnung gestellten Kosten zuzüglich eines angemessenen Zuschlags (höchstens 10 Prozent).

Die Selbstkosten können nach pauschalierten Ansätzen erhoben werden. Vorbehalten bleiben spezielle Regelungen bei Selbstzahlern (Pauschalpreise).

### **Zahlung**

Art. 10. Die Rechnung ist innert 30 Tagen zu begleichen, sofern nicht eine abweichende Zahlungsfrist vereinbart ist.

Nach Ablauf dieser Frist kann ein Verzugszins von 5 Prozent und der Ersatz der Selbstkosten für die Zahlungsaufforderung verrechnet werden.

Wird eine Rechnung trotz zweimaliger Aufforderung nicht bezahlt, wird eine Verfügung nach Art. 24 Abs. 1 des Gesetzes über die Verwaltungsrechtspflege<sup>6</sup> erlassen.

---

<sup>6</sup> sGS 951.1.

### **Taxen für besondere Leistungen (alle Abteilungen)**

Art. 11. Die Patientin oder der Patient trägt die Kosten für:

- a) Nichtpflichtleistungen gemäss KVG und den dazugehörigen Verordnungen;
- b) Auf Wunsch der Patientin oder des Patienten oder deren Angehörigen zugezogene spitalfremde Ärztinnen und Ärzte;
- c) Mehrleistungen Hotellerie auf Wunsch des Patienten;
- d) Persönliche Bedürfnisse der Patientin oder des Patienten (Coiffeur, private Porti, Telefonate, TV, Radio, etc.);
- e) Anschaffungen, Reinigung, Reparatur, Pflege von Bekleidung;
- f) Beherbergung von Begleitpersonen;
- g) Auslagen für Begleitung;
- h) Bettenreservation und Effektenaufbewahrung während Urlaub;
- i) Unkosten bei Todesfällen;
- j) Einweisungs- und Entlassungstransporte ohne medizinisch notwendige Verlegungstransporte in andere Spitäler resp. Kliniken und Heime, Transporte privater Natur und Beförderung privater Begleitpersonen;
- k) Mittel und Gegenstände der Mittel- und Gegenstände-Liste (MiGeL) sowie andere Utensilien, Materialien und Medikamente, die beim Austritt abgegeben werden;

Die Aufzählung ist nicht abschliessend.

## **II. Gutsprache und Vorschuss**

### **Stationäre Patientinnen und Patienten**

#### *a) Gutsprache / Eintrittsmeldung*

Art. 12. Die Spitalregion meldet dem Versicherer umgehend den Eintritt von stationären Patientinnen und Patienten auf der Allgemeinen Abteilung. Besteht kein Leistungsanspruch, meldet dies der Versicherer umgehend der Spitalregion.

Wird die Kostengutsprache nicht rechtzeitig beigebracht oder lehnt der Kostenträger nachträglich eine Übernahme der Kosten ab, darf die Patientin oder der Patient als Selbstzahlerin oder als Selbstzahler betrachtet werden.

#### *b) Vorschuss*

Art. 13. Selbstzahlerinnen und Selbstzahler leisten den von der Spitalregion festgesetzten Kostenvorschuss, der die voraussichtlichen Kosten deckt.

Bei Wahleintritt ist der Kostenvorschuss spätestens am Eintrittstag zu leisten.

### **Ambulante Patientinnen und Patienten**

#### *a) Gutsprache*

Art. 14. Ambulante Patientinnen und Patienten bringen auf Verlangen der Spitalregion eine Kostengutsprache bei.

Wird die Kostengutsprache nicht rechtzeitig beigebracht oder lehnt der Kostenträger nachträglich eine Übernahme der Kosten ab, kann die Patientin oder der Patient als Selbstzahlerin oder als Selbstzahler betrachtet werden.

### *b) Vorschuss*

Art. 15. Selbstzahlerinnen und Selbstzahler leisten den von der Spitalregion festgesetzten Kostenvorschuss, der die voraussichtlichen Kosten deckt.

Bei Behandlung ist der Kostenvorschuss spätestens am Behandlungstag zu leisten.

## **III. Stationäre Patientinnen und Patienten**

### **Grundsatz**

Art. 16. Stationäre Patientinnen und Patienten werden für Leistungen der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) nach den Regeln und der Tarifstruktur von SwissDRG abgerechnet.

Für Leistungen, welche nicht in den Leistungsbereich des KVG, UVG, IVG oder MVG fallen (Nichtpflichtleistungen) kommen die in dieser Taxordnung, die im Taxtarif und die in den von den Spitalregionen publizierten Pauschalpreisreglementen beschriebenen Regeln und Tarifstrukturen zur Anwendung.

Die Taxen werden nach den im Taxtarif sowie in den von den Spitalregionen publizierten Pauschalpreisreglementen festgesetzten Ansätzen erhoben.

### **Allgemeine Abteilung**

#### *a) Allgemeines*

Art. 17. Für stationäre Patientinnen und Patienten erhebt die Spitalregion:

- a) Fallpauschalen gemäss Fallpauschalen-Katalog SwissDRG;
- b) Pauschalen für unbewertete SwissDRG Fallpauschalen (Anlage 1 des Fallpauschalen-Katalogs SwissDRG);
- c) Zusatzentgelte gemäss Anlage 2 und 3 des Fallpauschalen-Katalogs SwissDRG;
- d) Leistungen bei Wartepatienten;
- e) Taxen für besondere Leistungen;
- f) Pauschalen für psychosomatische Abteilung
- g) Pauschalen für Nichtpflichtleistungen

#### *b) Tarifstruktur SwissDRG*

Art. 18. Massgebend sind die jeweils gültigen Bestimmungen, welche amtlich respektive durch die SwissDRG AG erlassen werden. Grundlagen bilden insbesondere die folgenden Dokumente:

- a) Vertrag über die Einführung der Tarifstruktur SwissDRG im Bereich der OKP zwischen den Tarifpartnern vom 02. Juli 2009 (Tarifstrukturvertrag SwissDRG);
- b) Fallpauschalenkatalog SwissDRG;
- c) Abrechnungsgrouper;
- d) ICD-10-GM;
- e) CHOP;
- f) Regeln und Definitionen zur Fallabrechnung unter SwissDRG sowie deren entsprechenden unterjährigen Präzisierungen;
- g) Kodierhandbuch des Bundesamts für Statistik (BfS);
- h) Richtlinien und Rundschreiben des Bundesamts für Statistik (BfS);
- i) Reglement für die Durchführung der Kodierrevision unter SwissDRG mit sämtlichen Anhängen;
- k) Finanzierung neuer Leistungen und Abbildung von innovativen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden unter SwissDRG (genehmigt durch Verwaltungsrat der SwissDRG AG).

### ***Halbprivat- und Privatabteilung***

Art. 19. In der Halbprivat- und Privatabteilung werden zusätzlich zu den Taxen der Allgemeinen Abteilung in Rechnung gestellt:

- a) Aufpreis für Behandlung als Halbprivat- resp. Privatpatient
- b) Aufpreis für freie Arztwahl (Betreuungshonorare und Eingriffshonorare)

Patientinnen und Patienten, die von der Allgemeinen Abteilung in die Privatabteilung oder von der Privatabteilung in die Allgemeine Abteilung übertreten, haben nur für die Zeit des Aufenthaltes in der Privatabteilung die Zuschläge nach dieser Bestimmung zu entrichten.

## **IV. Ambulante Patientinnen und Patienten**

### ***Grundsatz***

Art. 20. Für ambulante Patientinnen und Patienten gilt die Einzelleistungsverrechnung.

## **V. Schlussbestimmungen**

### ***Vollzug***

Art. 21. Diese Taxordnung wird ab 1. Januar 2012 angewendet.