



Taxordnung der Spitalregion Rheintal Werdenberg Sarganserland, des Spitals Linth und der Spitalregion Fürstenland Toggenburg

vom 17. Mai 2017 (Stand am 1. September 2021)

Der Verwaltungsrat der Spitalverbunde

erlässt

in Ausführung von Art. 6 Abs. 2 Bst. g des Gesetzes über die Spitalverbunde vom 22. September 2002¹

als Taxordnung:²

I. Allgemeine Bestimmungen

Art. 1 Geltungsbereich

¹ Dieser Erlass gilt für die drei regionalen Spitalverbunde:

- a) Spitalregion Rheintal Werdenberg Sarganserland (SR RWS);
- b) Spital Linth;
- c) Spitalregion Fürstenland Toggenburg (SRFT).

Art. 2 Taxtarif³

¹ Der Verwaltungsrat der Spitalverbunde erlässt gestützt auf diesen Erlass je einen Taxtarif für die drei regionalen Spitalverbunde und die Rettung St.Gallen, welche die jeweils gültigen betragsmässigen Preise und Abrechnungsregeln enthalten.⁴

² Die Preise für Leistungen, für welche der Taxtarif Rettung St.Gallen keine Regelung trifft, werden durch die in der Rettung St.Gallen zusammenarbeitenden Spitalverbunde mit den Leistungsempfängern oder Garanten durch Vereinbarung geregelt (z.B. für Nonmedical-Einsätze, Seniorennotruf, Pistenrettung, Sonderfahrten, Rückholungen aus dem Ausland usw.).⁵

Art. 2^{bis} Regio 144⁶

¹ Die Preise für sämtliche Rettungs- und Transportdienstleistungen der Regio 144 werden durch die zuständigen Organe der Regio 144⁷ festgelegt oder mit den Leistungsempfängern oder Garanten durch Vereinbarung geregelt.

¹ sGS 320.2.

² In Vollzug ab 1. Juni 2017.

³ Fassung gemäss Taxtarif der Rettung St.Gallen vom 1. Juli 2021; gültig ab 1. September 2021.

⁴ Geändert mit Taxtarif der Rettung St.Gallen vom 1. Juli 2021; gültig ab 1. September 2021.

⁵ Eingefügt mit Taxtarif der Rettung St.Gallen vom 1. Juli 2021; gültig ab 1. September 2021.

⁶ Eingefügt mit Taxtarif der Rettung St.Gallen vom 1. Juli 2021; gültig ab 1. September 2021.

⁷ Die Regio 144 AG ist eine privatrechtliche Aktiengesellschaft, an der das Spital Linth beteiligt ist. Sie hat den statutarischen Zweck, Rettungsdienstleistungen sowie Patiententransporte und Notarztdienstleistungen zu erbringen (Art. 3 der Statuten).

² Für Leistungen eines Rettungsdienstes mit von einem Spitalverbund delegierten Leistungsauftrag für das Versorgungsgebiet der vier Spitalverbunde des Kantons St.Gallen wird der jeweilige Tarif des entsprechenden Rettungsdienstes, der die Leistung erbringt, angewendet.

Art. 3 Pauschalpreisreglement für Selbstzahlerinnen und Selbstzahler

¹ Die Geschäftsleitungen der drei regionalen Spitalverbunde erlassen gestützt auf diesen Erlass und den Taxtarif jeweils ein eigenes Pauschalpreisreglement für Selbstzahlerinnen und Selbstzahler.

Art. 4 ...⁸

Art. 5 Vereinbarungen

¹ Die Taxen für stationäre Patientinnen und Patienten der Allgemeinen Abteilung und für ambulante Patientinnen und Patienten, die bei folgenden Versicherern versichert sind, werden durch Vereinbarung geregelt:

- a) Krankenversicherer nach Art. 11 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung vom 18. März 1994⁹;
- b) Unfallversicherer nach Art. 58 und 61 ff. des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung vom 20. März 1981¹⁰;
- c) eidgenössische Militärversicherung nach dem Bundesgesetz über die Militärversicherung vom 19. Juni 1992¹¹;
- d) eidgenössische Invalidenversicherung nach dem Bundesgesetz über die Invalidenversicherung vom 19. Juni 1959¹².

Art. 6 Stationäre und ambulante Patientinnen und Patienten

¹ Als stationäre Behandlung¹³ gelten Aufenthalte in einem der drei regionalen Spitalverbunde zur Untersuchung, Behandlung und Pflege:

- a) von mindestens 24 Stunden;
- b) von weniger als 24 Stunden, jedoch mit einem Aufenthalt im Spital über Mitternacht und Belegung eines Bettes¹⁴ während des Aufenthalts;
- c) im Spital bei Überweisung in ein anderes Spital¹⁵;
- d) im Geburtshaus bei Überweisung in ein Spital;
- e) bei Todesfällen.

² Als ambulante Behandlung gelten alle Behandlungen, die nicht stationäre Behandlungen sind¹⁶.

⁸ Aufgehoben mit Nachtrag vom 1. Juli 2021; gültig ab 1. September 2021.

⁹ SR 832.10.

¹⁰ SR 832.20.

¹¹ SR 833.1.

¹² SR 831.20.

¹³ Vgl. Art. 3 der Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime in der Krankenversicherung vom 3. Juli 2002, SR 832.104.

¹⁴ Gilt nicht für Betten im Schlaflabor, Gebärsaal oder in der Notfallaufnahme.

¹⁵ Ausserhalb der Standorte der drei regionalen Spitalverbunde.

¹⁶ Vgl. Art. 5 der Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime in der Krankenversicherung vom 3. Juli 2002, SR 832.104.

Art. 7 Stationäre Halbprivat- und Privatpatientinnen und -patienten und stationäre allgemeine Patientinnen und Patienten¹⁷

¹ Als stationäre Halbprivat- und Privatpatientinnen und -patienten gelten Patientinnen und Patienten, die als Selbstzahler oder aufgrund einer entsprechenden Versicherung die Behandlung durch eine Fachärztin bzw. einen Facharzt oder deren bzw. dessen Stellvertretung wünschen.¹⁸

² Stationäre Halbprivat- und Privatpatientinnen und -patienten werden in einem Einzel- oder in einem Zweibettzimmer betreut, wenn nicht betriebliche Gründe die Betreuung in einem Mehrbettzimmer erfordern. Es besteht kein Anspruch auf einen bestimmten Ausstattungsgrad des Einzel- oder Zweibettzimmers wie eine eigene Nasszelle. Massgeblich ist lediglich die Anzahl Patientinnen und Patienten, die sich das Zimmer teilen.

³ Stationäre Halbprivatpatientinnen und -patienten können im Rahmen der betrieblichen Möglichkeiten gegen Aufpreis in einem Einzelzimmer untergebracht werden. Es besteht kein Anspruch auf einen bestimmten Ausstattungsgrad des Zimmers wie eine eigene Nasszelle. Massgeblich ist lediglich die Anzahl Patientinnen und Patienten, die sich das Zimmer teilen.

⁴ Die übrigen Patientinnen und Patienten gelten als allgemeine Patientinnen und Patienten.

Art. 8 Wahlmöglichkeiten für stationäre allgemeine Patientinnen und Patienten¹⁹

¹ Allgemeine Patientinnen und Patienten können im Rahmen der betrieblichen Möglichkeiten gegen Aufpreis:

- a) in einem Einzelzimmer untergebracht werden. Es besteht kein Anspruch auf einen bestimmten Ausstattungsgrad des Zimmers wie eine eigene Nasszelle; Massgeblich ist lediglich die Anzahl Patientinnen und Patienten, die sich das Zimmer teilen;²⁰
- b) die Behandlung durch eine frei gewählte Fachärztin bzw. einen frei gewählten Facharzt oder deren bzw. dessen Stellvertretung in Anspruch nehmen.²¹

² Das Angebot nach Abs. 1 Bst. a dieser Bestimmung kann nicht mit dem Angebot nach Abs. 1 Bst. b dieser Bestimmung kombiniert werden.

Art. 9 Preiskategorien

¹ Für den Taxtarif werden unterschieden:

- a) Taxen für stationäre Patientinnen und Patienten;
- b) Taxen für ambulante Patientinnen und Patienten;
- c) Taxen für besondere Leistungen.

Art. 10 Selbstkosten

¹ Selbstkosten zuzüglich eines Zuschlags von höchstens zehn Prozent werden für Leistungen im Zusammenhang mit der Behandlung von Patientinnen und Patienten erhoben, die weder im Taxtarif noch im Pauschalpreisreglement für Selbstzahlerinnen und Selbstzahler aufgeführt sind.

² Die Selbstkosten können nach pauschalen Ansätzen erhoben werden.

¹⁷ Fassung gemäss Nachtrag vom 1. Juli 2021; gültig ab 1. September 2021.

¹⁸ Geändert mit Nachtrag vom 1. Juli 2021; gültig ab 1. September 2021.

¹⁹ Fassung gemäss Nachtrag vom 1. Juli 2021; gültig ab 1. September 2021.

²⁰ Geändert mit Nachtrag vom 1. Juli 2021; gültig ab 1. September 2021.

²¹ Geändert mit Nachtrag vom 1. Juli 2021; gültig ab 1. September 2021.

Art. 11 Zahlungsfrist und Mahnwesen²²

¹ Rechnungen werden innert 30 Tagen beglichen, sofern nicht eine andere Zahlungsfrist vereinbart worden ist.

² Nach Ablauf der Frist werden ein Verzugszins von fünf Prozent und der Ersatz der Selbstkosten für die Zahlungsaufforderung verrechnet, sofern nicht eine andere Regelung vereinbart worden ist.²³

II. Kostengutsprache und Vorschuss

Art. 12 Stationäre Patientinnen und Patienten

¹ Die drei regionalen Spitalverbunde melden dem Versicherer umgehend den Eintritt von stationären Patientinnen und Patienten. Besteht aus Sicht des Versicherers keine Leistungspflicht, teilt er dies dem betroffenen regionalen Spitalverbund umgehend mit.

² Wird keine Kostengutsprache beigebracht oder lehnt der Kostenträger nachträglich eine Übernahme der Kosten ab, wird die Patientin oder der Patient als Selbstzahlerin bzw. Selbstzahler betrachtet.

Art. 13 Ambulante Patientinnen und Patienten

¹ Ambulante Patientinnen und Patienten bringen auf Verlangen des betroffenen regionalen Spitalverbunds eine Kostengutsprache bei.

² Wird keine Kostengutsprache beigebracht oder lehnt der Kostenträger nachträglich eine Übernahme der Kosten ab, wird die Patientin oder der Patient als Selbstzahlerin bzw. Selbstzahler betrachtet.

³ Bei ambulanten Behandlungen besteht, unabhängig von der Versicherungsdeckung, kein Anspruch auf die Behandlung durch eine Kaderärztin bzw. einen Kaderarzt oder deren bzw. dessen Stellvertretung. Vorbehalten bleiben anderslautende Verträge.

Art. 14 Kostenvorschuss Selbstzahlerinnen und Selbstzahler

¹ Selbstzahlerinnen und Selbstzahler leisten den von den drei regionalen Spitalverbunden festgesetzten Kostenvorschuss, der die voraussichtlichen Kosten deckt.

² Bei Wahleintritt ist der Kostenvorschuss spätestens am Eintrittstag zu leisten.

III. Preise

1. Stationäre Patientinnen und Patienten

Art. 15 Grundsatz²⁴

¹ Für stationäre Patientinnen und Patienten erheben die drei regionalen Spitalverbunde:

- a) Fallpauschalen gemäss Fallpauschalen-Katalog SwissDRG²⁵;

²² Fassung gemäss Nachtrag vom 1. Juli 2021; gültig ab 1. September 2021.

²³ Geändert mit Nachtrag vom 1. Juli 2021; gültig ab 1. September 2021.

²⁴ Fassung gemäss Nachtrag vom 1. Juli 2021; gültig ab 1. September 2021.

²⁵ Vgl. Art. 49 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung vom 18. März 1994, SR 832.10.

- b) Pauschalen für unbewertete SwissDRG-Fallpauschalen²⁶;
- c) Zusatzentgelte²⁷;
- d) Taxen für besondere Leistungen;
- e) Tagespauschalen gemäss PCG-Katalog TARPSY SwissDRG^{28,29};
- f) Pauschalen für Nichtpflichtleistungen;
- g) Tarife für Gutachten und Autopsien;
- h) Taxen für Halbprivat- und Privatpatientinnen und -patienten.

² Für Personen im Straf- oder Massnahmenvollzug ohne Wohnsitz im Kanton St.Gallen werden der einweisenden Behörde diejenigen Kosten in Rechnung gestellt, die nach Art. 41 Abs. 3 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung vom 18. März 1994³⁰ nicht von einem Versicherer übernommen werden.

Art. 16 Allgemeine Abteilung³¹

¹ Für die Abgeltung stationärer Aufenthalte nach Art. 15 dieses Erlasses allgemeiner Patientinnen und Patienten sind die folgenden Tarifdokumente in ihrer jeweils aktuellen Version massgebend:

- a) Vertrag über die Einführung der Tarifstruktur SwissDRG im Bereich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung OKP vom 2. Juli 2009;
- b) Fallpauschalen-Katalog (Tarifstruktur SwissDRG);
- c) Abrechnungsgrouper SwissDRG (Webgrouper);
- d) Diagnosenklassifikation ICD-10-GM;
- e) Schweizerische Operationsklassifikation (CHOP);
- f) Regeln und Definitionen zur Fallabrechnung unter SwissDRG und TARPSY³²;
- g) Medizinisches Kodierhandbuch und Rundschreiben des Bundesamtes für Statistik;
- h) Reglement für die Durchführung der Kodierrevision unter SwissDRG;
- i) Finanzierung neuer Leistungen und Abbildung von innovativen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden unter SwissDRG.

Art. 17 Halbprivat- und Privatabteilung³³

¹ Stationären Halbprivat- und Privatpatientinnen und -patienten werden zusätzlich zu den Kosten der allgemeinen Abteilung in Rechnung gestellt:

- a) Mehrleistungsfallpauschale³⁴;
- b) Zuschlag je Aufenthaltstag³⁵.

² ... ³⁶

^{2bis} Bei Patientinnen und Patienten, die im Laufe ihres Aufenthaltes die Abteilung (Allgemeine Abteilung, Halbprivate Abteilung oder Private Abteilung) wechseln, ist für die Berechnung des Zuschlags

²⁶ Anlage 1 des Fallpauschalen-Katalogs SwissDRG.

²⁷ Anlagen 2 und 3 des Fallpauschalen-Katalogs SwissDRG.

²⁸ Vgl. Art. 49 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung vom 18. März 1994, SR 832.10.

²⁹ Geändert mit Nachtrag vom 1. Juli 2021; gültig ab 1. September 2021.

³⁰ SR 832.10.

³¹ Fassung gemäss Nachtrag vom 1. Juli 2021; gültig ab 1. September 2021.

³² Geändert mit Nachtrag vom 1. Juli 2021; gültig ab 1. September 2021.

³³ Fassung gemäss Nachtrag vom 1. Juli 2021; gültig ab 1. September 2021.

³⁴ Geändert mit Nachtrag vom 1. Juli 2021; gültig ab 1. September 2021.

³⁵ Geändert mit Nachtrag vom 1. Juli 2021; gültig ab 1. September 2021.

³⁶ Aufgehoben mit Nachtrag vom 1. Juli 2021; gültig ab 1. September 2021.

nach Abs. 1 lit. a dieser Bestimmung die Abteilung beim Austritt der Patientin bzw. des Patienten für den gesamten Aufenthalt massgebend.³⁷

³ Der Zuschlag nach Abs. 1 lit. b dieser Bestimmung wird anteilmässig nach der Liegedauer auf der entsprechenden Abteilung in Rechnung gestellt.³⁸

2. Ambulante Patientinnen und Patienten

Art. 18 Grundsatz

¹ Für ambulante Patientinnen und Patienten gilt grundsätzlich die Einzelleistungsverrechnung nach dem Taxtarif.

² Vertragliche Vereinbarungen zur Abgeltung von ambulanten Leistungen mittels Pauschalen sind möglich.

3. Besondere Leistungen

Art. 19 Grundsatz

¹ Es werden insbesondere in Rechnung gestellt:

- a) Leistungen, die nicht der Leistungspflicht nach dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung vom 18. März 1994³⁹, nach dem Bundesgesetz über die Unfallversicherung vom 20. März 1981⁴⁰, nach dem Bundesgesetz über die Militärversicherung vom 19. Juni 1992⁴¹ oder nach dem Bundesgesetz über die Invalidenversicherung vom 19. Juni 1959⁴² unterliegen;
- b) Leistungen bei Wartepatientinnen und -patienten;
- c) Kosten für auf Wunsch der Patientin oder des Patienten bzw. von Angehörigen oder der gesetzlichen Vertretung zugezogene externe Ärztinnen oder Ärzte;
- d) Anschaffungen, Reparaturen und Reinigung von Kleidern, Wäsche, Schuhen, Toilettengegenständen und dergleichen;
- e) Aufwendungen der drei regionalen Spitalverbunde bei Urlaub oder Flucht;
- f) Kosten für Begleitungen;
- g) Mehrleistungen Hotellerie auf Wunsch der Patientin oder des Patienten;
- h) Zusatzkosten im Familienzimmer (Wochenbettstation);
- i) Beherbergung von Begleitpersonen;
- j) Kosten für Coiffeur, Telefon, TV, Radio und private Porti, Zulagen zur ordentlichen Verpflegung auf persönlichen Wunsch sowie weitere private Aufwendungen oder durch besondere Wünsche der Patientin oder des Patienten bedingte Mehrleistungen;
- k) Kosten für Einweisungs- und Entlassungstransporte;
- l) Kosten für Transporte privater Natur und medizinisch nicht indizierte Verlegungstransporte sowie die Beförderung privater Begleitpersonen;
- m) Sachbeschädigungen;
- n) Mittel und Gegenstände der Mittel- und Gegenstände-Liste (MiGeL)⁴³ sowie andere Utensilien, Materialien und Medikamente die beim Austritt abgegeben werden;
- o) besondere Leistungen im Todesfall.

³⁷ Eingefügt mit Nachtrag vom 1. Juli 2021; gültig ab 1. September 2021.

³⁸ Eingefügt mit Nachtrag vom 1. Juli 2021; gültig ab 1. September 2021.

³⁹ SR 832.10.

⁴⁰ SR 832.20.

⁴¹ SR 833.1.

⁴² SR 831.20.

⁴³ Art. 20a der Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenversicherung, SR 832.112.31.

IV. Schlussbestimmungen

Art. 20 Publikation⁴⁴

¹ Dieser Erlass wird in der Gesetzessammlung des Kantons St.Gallen sowie auf den Internetseiten der drei regionalen Spitalverbunde⁴⁵ publiziert.⁴⁶

² Die Taxtarife der drei regionalen Spitalverbunde und der Rettung St.Gallen werden auf deren Internetseiten⁴⁷ publiziert.⁴⁸

³ Die Pauschalpreisreglemente für Selbstzahlerinnen und Selbstzahler der drei regionalen Spitalverbunde werden auf deren jeweiliger Internetseite⁴⁹ publiziert.⁵⁰

⁴⁴ Fassung gemäss Nachtrag vom 1. Juli 2021; gültig ab 1. September 2021.

⁴⁵ www.srrws.ch; www.spital-linth.ch; www.srft.ch.

⁴⁶ Art. 35 Abs. 2 des Statuts der Spitalverbunde des Kantons St.Gallen, sGS 320.30.

⁴⁷ www.srrws.ch; www.spital-linth.ch; www.srft.ch; www.rettung-sg.ch.

⁴⁸ Geändert mit Nachtrag vom 1. Juli 2021; gültig ab 1. September 2021.

⁴⁹ www.srrws.ch; www.spital-linth.ch; www.srft.ch.

⁵⁰ Geändert mit Nachtrag vom 1. Juli 2021; gültig ab 1. September 2021.