

Tarife des Spitalverbundes Appenzell Ausserrhoden

vom Regierungsrat genehmigt am 02.03.2010 (RRB-2010-122)

I. Allgemeine Bestimmungen

Art. 1 Geltungsbereich

Dieses Reglement bildet die Grundlage für die Tarif- und Preisgestaltung sowie für die Berechnung und Verrechnung der Leistungen der drei Betriebe des Spitalverbundes Appenzell Ausserrhoden, d.h. für das Spital Heiden, das Spital Herisau und das Psychiatrische Zentrum Appenzell Ausserrhoden.

Art. 2 Tarife und Preise / Systematik

¹ Die Leistungen der Betriebe des Spitalverbunds Appenzell Ausserrhoden werden gemäss Art. 43 KVG auf der Basis von Tarifen oder Preisen in Rechnung gestellt. Tarife sind Regelsysteme, anhand derer die Vergütung berechnet wird.

² Die Tarife und Preise werden in erster Linie in Verträgen mit Krankenversichern oder durch Beschluss des Regierungsrates im vertragslosen Zustand gemäss Bundesgesetz über die Krankenversicherung vom 18. März 1994¹ (KVG), in Verträgen mit Unfall-, Invaliden- und Militärversicherern gemäss Bundesgesetz über die Unfallversicherung vom 20. März 1981² (UVG), Bundesgesetz über die Invalidenversicherung vom 19. Juni 1959³ (IVG) und Bundesgesetz über die Militärversicherung vom 19. Juni 1992⁴ (MVG), mit Kranken- und Unfallzusatzversicherern, mit anderen Sozialversicherungen und ähnlichen Institutionen, in Abkommen mit anderen Kantonen oder von den zuständigen Bundesbehörden festgelegt⁵.

Art. 3 Bemessung der Tarife und Preise

¹ Bei der Bemessung der Tarife und Preise wird auf die Behandlungs- und Betriebskosten abgestellt und es wird unter Berücksichtigung der Wettbewerbsfähigkeit Kostendeckung angestrebt.

² Die Bemessung der Tarife und Preise, die für Leistungen zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung massgeblich sind, erfolgt nach Massgabe der Bestimmungen des KVG, insbesondere nach Art. 49 KVG.

³ Schuldner der Vergütung der Leistungen des Spitalverbundes Appenzell Ausserrhoden ist der Versicherer (System des Tiers payant). Die Tarife im Anhang berücksichtigen das System des Tiers payant.

⁴ Die Tarife und Preise berücksichtigen Art und Umfang der Leistungen sowie Versichertenstatus und Wohnsitz der Patientinnen und Patienten bzw. Bewohnerinnen und Bewohner.

Art. 4 Anwendbarkeit von Tarifen und Preisen

Die Tarife und Preise kommen grundsätzlich ungeachtet dessen zur Anwendung, ob mit dem Versicherer der Patientin bzw. des Patienten ein Vertrag abgeschlossen wurde.

¹ SR 832.10

² SR 832.20

³ SR 831.20

⁴ SR 833.1

⁵ Die Verträge und Abkommen liegen – soweit sie nicht in der Gesetzessammlung publiziert sind – auf dem Departement Gesundheit zur Einsicht auf.

II. Tarife und Preise - Grundlagen

Art. 5 Stationäre und ambulante Behandlung

¹ Im KVG-Bereich gilt gemäss den gültigen Verträgen als stationär:

- a. wer sich länger als 24 Stunden im Spital aufhält und wenn eine Behandlung für länger als 24 Stunden notwendig ist,
- b. wer vor Ablauf von 24 Stunden im Spital stirbt,
- c. wer vor Ablauf von 24 Stunden in ein anderes Spital verlegt wird, sofern ein längerdauernder Aufenthalt geplant war bzw. notwendig gewesen wäre,
- d. wer sich weniger als 24 Stunden im Spital Heiden oder Herisau aufhält und während der Nacht (Kriterium: Aufenthalt um 00.00 Uhr) ein Bett auf der Pflegestation belegt. Im Psychiatrischen Zentrum Herisau werden die entsprechenden Fälle ambulant abgerechnet.

² Im UV/MV/IV-Bereich gilt gemäss den gültigen Verträgen als stationär:

- a. wer sich länger als 24 Stunden im Spital aufhält und wenn eine Behandlung für länger als 24 Stunden notwendig ist,
- b. wer vor Ablauf von 24 Stunden im Spital stirbt,
- c. wer vor Ablauf von 24 Stunden in ein anderes Spital verlegt wird, sofern ein längerdauernder Aufenthalt geplant war bzw. notwendig gewesen wäre,
- d. wer sich weniger als 24 Stunden im Spital (inkl. Psychiatrisches Zentrum Herisau) aufhält und während der Nacht (Kriterium: Aufenthalt um 00.00 Uhr) ein Bett auf der Pflegestation belegt.

³ Für die übrigen Versichertengruppen kommt der Begriff stationär gemäss Art. 3 VKL zur Anwendung.⁶

⁴ Alle übrigen Patienten und Patientinnen gelten als ambulant.

Art. 6 Pauschaltarife

Die Verrechnung der Leistungen im stationären Bereich erfolgt gemäss Art. 49 KVG auf Basis von Pauschalen. Der Spitalverbund Appenzell Ausserrhoden kennt die folgenden Verrechnungsmodelle:

- a. Tagesvollpauschalen: Diese umfassen die Leistungen pro Spitaltag. Separat bezeichnete besondere Leistungen können zusätzlich verrechnet werden.
- b. Tagesteilpauschalen: Diese umfassen ein bestimmtes Leistungspaket an Leistungen bzw. eine bestimmte Quote der Gesamtleistungen pro Spitaltag. Separat bezeichnete besondere Leistungen können zusätzlich verrechnet werden.
- c. Fallpauschalen (z.B. diagnosebasierte Pauschalen): Diese umfassen sämtliche Leistungen pro Spitalbehandlung (Behandlungsfall). Separat bezeichnete besondere Leistungen können zusätzlich verrechnet werden.
- d. Teilpauschale mit Fallbezug kombiniert mit Teilpauschale mit Tagesbezug (PLT-Modell). Separat bezeichnete besondere Leistungen können zusätzlich verrechnet werden.
- e. Upgrade Hotelkomfort (Albergo): Patientinnen und Patienten der Allgemeinen Abteilung können im Rahmen der betrieblichen Möglichkeiten gegen Aufpreis in einem Einzel- oder Zweibettzimmer untergebracht werden.

Art. 7 Einzelleistungstarife und Preislisten

¹ Als Einzelleistungen gelten die in Verträgen, in diesem Reglement oder in Preislisten für den Spitalverbund Appenzell Ausserrhoden aufgeführten medizinischen und nichtmedizinischen Einzelleistungen.

² Die Einzelleistungstarife und Preise nach Preislisten können wie folgt zur Anwendung kommen:

- a. Für stationäre Patientinnen und Patienten bzw. Bewohnerinnen und Bewohner, zusätzlich zum Pauschaltarif gemäss Art. 6;
- b. Für ambulante Patientinnen und Patienten;
- c. Für Leistungen an Dritte.

³ Es gelten für alle Kostenträger folgende Tarifgrundlagen:

- a. Spitalleistungen ambulant: TARMED; besondere nichtärztliche Beratungs- und Pflegeleistungen gemäss Tarifvertrag zwischen H+⁷ und santésuisse, MTK⁸, BAMV⁹ und BSV¹⁰; Tarif für ambulante neuropsychologische Leistungen gemäss Vertrag zwischen H+, der Schweizerischen Vereinigung der Neuropsychologinnen und Neuropsychologen sowie dem BSV, der MTK und dem BAMV;
- b. Labor: Analysenliste, herausgegeben vom Eidgenössischen Departement des Innern;
- c. Physiotherapie: die Verrechnung von physiotherapeutischen Leistungen erfolgt auf der Grundlage des Vertrages zwischen H+, santésuisse, MTK, BAMV und BSV betreffend Physiotherapie am Spital;
- d. Ergotherapie: die Verrechnung von ergotherapeutischen Leistungen erfolgt auf der Grundlage des Vertrages zwischen H+, santésuisse, MTK, BAMV und BSV betreffend Ergotherapie am Spital;
- e. Logopädie: die Verrechnung von logopädischen Leistungen erfolgt auf der Grundlage des Vertrages zwischen H+, santésuisse, MTK, BAMV und BSV betreffend Logopädie am Spital;
- f. Ernährungsberatung: die Verrechnung von Leistungen der Ernährungsberatung erfolgt auf der Grundlage des Vertrages zwischen H+, santésuisse, MTK, BAMV und BSV betreffend Ernährungsberatung am Spital;
- g. Diabetesberatung: die Verrechnung von Leistungen der Diabetesberatung erfolgt auf der Grundlage des Vertrages zwischen H+, santésuisse, MTK, BAMV und BSV betreffend Diabetesberatung am Spital;
- h. Medikamente: Spezialitätenliste (SL), Arzneimittelliste mit Tarif (ALT); herausgegeben vom Eidgenössischen Departement des Innern;
- i. Dialysebehandlungen: Tarifvertrag zwischen H+ und dem SVK¹¹;
- j. Zahnärztliche Leistungen laut Zahnarzt-Tarif der Schweizerischen Zahnärztesgesellschaft (SSO) und den Versicherern gemäss UVG.

⁴ Leistungen, die gemäss vorstehenden Tarifgrundlagen mit Taxpunkten bewertet sind, werden durch Multiplikation mit dem entsprechenden Taxpunktwert gemäss Verträgen, Abkommen oder diesem Reglement (Anhang 4) errechnet und in Rechnung gestellt.

⁵ Die medizinischen Leistungen, die nicht mit Taxpunkten bewertet sind, sowie solche, die von Dritten erbracht worden sind, werden anhand der Tarif- oder Preislisten oder zu den Selbstkosten nach Art. 11 verrechnet.

⁶ Für stationäre Patientinnen und Patienten können teilweise Arzthonorare und Implantate nach diesem Reglement zusätzlich zum Tarif in Rechnung gestellt werden.

⁷ Nichtmedizinische Leistungen sowie Mittel und Gegenstände, die der Untersuchung und Behandlung dienen werden zu den Selbstkosten nach Art. 11 verrechnet. Vorbehalten bleiben die Bestimmungen gemäss Mittel- und Gegenstände-Liste (MiGeL), herausgegeben vom BAG, und anders lautende vertragliche Regeln.

⁷ H+: Die Spitäler der Schweiz (Branchenverband der Spitäler)

⁸ MTK: Medizinaltarif-Kommission UVG

⁹ BAMV: Bundesamt für Militärversicherung

¹⁰ BSV: Bundesamt für Sozialversicherung

¹¹ SVK: Schweizerischer Verband für Gemeinschaftsaufgaben der Krankenversicherer

III. Tarife und Preise für stationäre Behandlungen

Art. 8 Tarife und Preise für die beiden somatischen Spitäler Heiden und Herisau

¹ Die Tarife und Preise für Akutpatientinnen und -patienten der beiden somatischen Spitäler Heiden und Herisau sind im Anhang festgehalten.

² Die Tarifansätze für die Allgemeine Abteilung werden nach folgender Differenzierung festgelegt:

- a. KVG-Patientinnen und -Patienten mit Wohnsitz im Kanton Appenzell Ausserrhoden (Spital Heiden: inkl. Patientinnen und Patienten aus dem Bezirk Oberegg AI)
- b. KVG-Patientinnen und -Patienten mit ausserkantonalem Wohnsitz und Kostengutsprache von Seiten des Wohnkantons (= medizinisch indizierte Fälle) nach Art. 41 Abs. 3 KVG.
- c. KVG-Patientinnen und -Patienten mit ausserkantonalem Wohnsitz und ohne Kostengutsprache von Seiten des Wohnkantons (= medizinisch nicht indizierte Fälle) und Selbstzahler-Patientinnen und -Patienten.
- d. Selbstzahler-Patientinnen und Patienten mit Wohnsitz im Ausland (nicht EU-/EFTA-Raum) mit Behandlung in der allgemeinen Abteilung
- e. Wohnkantonversicherte KVG- und Selbstzahler-Patientinnen mit ausserkantonalem Wohnsitz und ohne Kostengutsprache von Seiten des Wohnkantons (= medizinisch nicht indizierte Fälle), die im Bereich der Gynäkologie und Geburtshilfe behandelt werden (vgl. Anhang 3)
- f. UV/IV/MV-Patientinnen und -Patienten
- g. Kosten eines Hotelkomfort-Upgrades (Albergo; vom Viererzimmer zum Zweibettzimmer und vom Viererzimmer zum Einbettzimmer).
- h. Kosten eines Hotelkomfort-Upgrades: Familienzimmer

³ Die Tarifansätze für die Halbprivate und Private Abteilung werden nach folgender Differenzierung festgelegt:

- a. Patientinnen und Patienten mit Wohnsitz in der Schweiz;
- b. Patientinnen und Patienten mit Wohnsitz im Ausland;
- c. Kosten eines Hotelkomfort-Upgrades (Albergo; vom Zweibettzimmer zum Einbettzimmer).

⁴ Ein Wechsel zu einer höheren Abteilung (Halbprivate bzw. Private Abteilung) hat zur Folge, dass für die ganze Aufenthaltsdauer die höhere Versicherungsklasse verrechnet wird. Vorbehalten bleiben anders lautende vertragliche Bestimmungen.

Art. 9 Tarife und Preise für das Psychiatrische Zentrum Appenzell Ausserrhoden

¹ Die Tarife und Preise für Akutpatientinnen und -patienten sowie für Bewohnerinnen und Bewohner des Psychiatrischen Zentrum Appenzell Ausserrhoden sind in Anhang 2 festgehalten.

² Die Tarifansätze werden nach folgender Differenzierung festgelegt:

- a. Patientinnen und Patienten mit Wohnsitz im Kanton Appenzell Ausserrhoden;
- b. Patientinnen und Patienten mit Wohnsitz im Kanton Appenzell Innerrhoden;
- c. Patientinnen und Patienten mit Wohnsitz im Kanton Glarus;
- d. Patientinnen und Patienten mit Wohnsitz in den Kantonen St. Gallen, Zürich, Schaffhausen, Graubünden, Thurgau oder Zug (Krankenhausvereinbarung GDK-Ost);
- e. Patientinnen und Patienten mit Wohnsitz in einem Kanton, der unter lit. a bis d nicht genannt ist.
- f. Kosten eines Hotelkomfort-Upgrades (Albergo; Anhang 3, Ziffer II, lit. a).

Art. 10 Gemeinsame Bestimmungen

¹ Aufnahme-, Entlassungs- und Urlaubstage werden zum vollen Tarif verrechnet, sofern vertraglich nicht anderweitig geregelt.

² Die Sonderleistungen gemäss Art. 11 werden zusätzlich zu den definierten Tarifansätzen verrechnet.

³ Für die Verrechnung von „Nichtpflichtleistungen gemäss KVG“ an Patientinnen und Patienten mit Wohnsitz in der Schweiz kommen separate Tarife und Preise gemäss Anhang 3 zur Anwendung.

⁴ Personen mit Wohnsitz in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union (EU) oder der Europäischen Freihandelsassoziation (EFTA), die bei einem Aufenthalt in der Schweiz Anspruch auf internationale Leistungsaushilfe haben, werden bei stationärer Behandlung in der Allgemeinen Abteilung hinsichtlich des anwendbaren Tarifs den Personen mit ausserkantonalem Wohnsitz gleichgestellt.

⁵ Für die Leistungsverrechnung an Patientinnen und Patienten bzw. Bewohnerinnen und Bewohner mit Wohnsitz im Ausland (ausserhalb des Anwendungsbereichs der bilateralen Verträge mit der EU und der EFTA) sowie für die Verrechnung von „Nichtpflichtleistungen gemäss KVG“ an Patientinnen und Patienten mit Wohnsitz in der Schweiz kommen separate Tarife und Preise zur Anwendung.

IV. Sonderleistungen

Art. 11 Tarife für Sonderleistungen

¹ Leistungen, die von Seiten der Versicherer nur unter bestimmten Voraussetzungen oder grundsätzlich nicht übernommen werden, werden in der Regel der Patientin bzw. dem Patienten direkt belastet.

² Die Tarife sind in Anhang 3 festgehalten.

³ Für Leistungen, die in diesem Reglement und den Anhängen nicht erwähnt sind, werden die Selbstkosten in Rechnung gestellt.

⁴ Als Selbstkosten gelten:

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

⁵ Die Selbstkosten können nach pauschalierten Ansätzen erhoben werden.

V. Leistungen des Rettungsdienstes

Art. 12 Tarife für die Leistungen des Rettungsdienstes

Die Tarife sind in Anhang 5 festgehalten.

VI. Administratives

Art. 13 Sicherstellung der Kosten

¹ Die Vergütung der vom Spitalverbund zu erbringenden Leistungen ist im Voraus und vollständig sicher zu stellen. Wird die Sicherstellung nicht vor Erbringen der Leistung beigebracht, ist der Spitalverbund nicht zu Behandlung samt allfälliger Aufnahme verpflichtet; ausgenommen hievon sind Notfälle.

² Die Sicherstellung kann erfolgen durch Kostengutsprache von Kranken- und Unfallversicherern, Sozialversicherern, Kantonen gemäss Art. 41 Abs. 3 KVG oder anderen vom Spitalverbund anerkannten Garanten, durch eine vom Spitalverbund festzulegende Depotleistung oder durch eine andere vom Spitalverbund akzeptierte Garantie.

³ Übersteigt der zu erwartende Rechnungsbetrag bei stationärer Behandlung die Höhe der geleisteten Sicherstellung, so kann der Spitalverbund nachträglich eine Erhöhung verlangen.

⁴ Kann die Sicherstellung nicht rechtzeitig geleistet werden oder lehnt der Versicherer nachträglich eine Übernahme der Kosten ab, wird die Patientin bzw. der Patient als Selbstzahler nach Art. 11 betrachtet.

⁵ Für Patientinnen und Patienten, für deren volle Kosten eine Krankenkasse, Versicherung, Fürsorgestelle oder Behörde aufkommt, kann der Spitalverbund die Kostengutsprache direkt einholen.

⁶ Bedarf eine unterstützungsberechtigte Person ausländischer Staatsangehörigkeit, die sich in der Schweiz aufhält, hier aber keinen Wohnsitz hat, sofortiger Hilfe, so ist der Aufenthaltskanton gemäss Art. 21 des

Bundesgesetz über die Zuständigkeit für die Unterstützung Bedürftiger (ZUG)¹² zuständig. Gestützt auf dieses Bundesgesetz ist bei der Sozialbehörde in der Gemeinde, wo der Notfall vorgefallen ist, mit dem Hinweis auf Art. 21 Abs. 1 ZUG sofort eine Kostengutsprache einzuholen. Die Abrechnung erfolgt gemäss Art. 24 ZUG über die Sozialbehörde der zuständigen Gemeinde.

Art. 14 Rechnungsstellung

Der Spitalverbund stellt in der Regel unmittelbar nach Beendigung der Behandlung oder des Aufenthaltes Rechnung. Bei Bedarf können Teil- und Nachtragsrechnungen ausgestellt werden.

Art. 15 Zahlungsfrist und Mahnwesen

¹ Die Rechnung ist innert 30 Tagen zu begleichen, sofern nicht eine abweichende Zahlungsfrist vereinbart worden ist.

² Nach Ablauf dieser Frist wird ein Verzugszins von 5 Prozent und der Ersatz der Kosten für die Zahlungsaufforderung verrechnet. Die Kranken- und die UV/MV/IV-Versicherer sind davon ausgenommen.

³ Wird eine Rechnung trotz zweimaliger Aufforderung nicht bezahlt, beschreitet der Spitalverbund den Rechtsweg.

VII. Ausnahmen vom Tarifreglement

Art. 16 Tarifverträge

¹ Der Regierungsrat kann mit Versicherern, Arbeitsstellen und andern Garanten Verträge abschliessen, in denen von diesem Reglement abgewichen wird.

VIII. Schlussbestimmungen

Art. 17 Aufhebung

Dieses Reglement ersetzt das Reglement des Jahres 2009.

Art. 18 Inkrafttreten

Dieses Reglement tritt am 1. Januar 2010 in Kraft.

¹² SR 851.1

Anhang 1**Tarife und Preise für die beiden somatischen Spitäler Heiden und Herisau****I Tarife und Preise für Allgemeine Abteilung (4er-Zimmer)**

1) KVG-Patientinnen und Patienten mit Wohnsitz im Kanton Appenzell Ausserrhoden (Spital Heiden: inkl. Patientinnen und Patienten aus dem Bezirk Oberegg AI); Kosten zu Lasten der Krankenversicherung:

	Teilpauschale mit Fallbezug	Teilpauschale mit Tagesbezug
Medizin	CHF 1'020.-	CHF 236.-
Chirurgie	CHF 2'082.-	CHF 209.-
Gynäkologie / Geburtshilfe	CHF 1'251.-	CHF 258.-

Für Patientinnen oder Patienten gemäss Art. 5, Abs. 1, lit. d wird eine Kurzliegerpauschale verrechnet, in der Höhe bestimmt durch eine halbe Teilpauschale mit Fallbezug plus eine ganze Teilpauschale mit Tagesbezug, je entsprechender Abteilung.

Die Kosten zu Lasten des Kantons Appenzell Ausserrhoden werden via Globalkredit verrechnet.

2) KVG-Patientinnen und Patienten mit ausserkantonalem Wohnsitz und Kostengutsprache von Seiten des Wohnkantons (medizinisch indiziert); Kosten zu Lasten der Krankenversicherung:

	Teilpauschale mit Fallbezug	Teilpauschale mit Tagesbezug
Medizin	CHF 1'020.-	CHF 236.-
Chirurgie	CHF 2'082.-	CHF 209.-
Gynäkologie / Geburtshilfe	CHF 1'251.-	CHF 258.-

Die Kosten zu Lasten des Wohnkantons werden gemäss den folgenden Vereinbarungen verrechnet:

- Kanton AI (ohne Bezirk Oberegg): Spitalvereinbarung zwischen den Kantonen Appenzell Ausserrhoden und Appenzell Innerrhoden über medizinisch indizierte ausserkantonale Hospitalisationen.
- Kanton AI / Bezirk Oberegg: Gemäss den geltenden separaten Vereinbarungen.
- Übrige Kantone sowie Patientinnen und Patienten mit Wohnsitz im EU-/EFTA-Raum (vgl. E-Formulare bzw. europäische Krankenversicherungskarte): GDK-Ost-Vereinbarung (Krankenhausvereinbarung GDK-Ost).

3) KVG-Patientinnen und Patienten mit ausserkantonalem Wohnsitz und ohne Kostengutsprache von Seiten des Wohnkantons (medizinisch nicht indiziert) und Selbstzahler-Patientinnen und Patienten:

	Teilpauschale mit Fallbezug	Teilpauschale mit Tagesbezug
Medizin	CHF 2'448.-	CHF 566.-
Chirurgie	CHF 4'997.-	CHF 502.-
Gynäkologie / Geburtshilfe	CHF 3'002.-	CHF 619.-

Honorare von auswärtigen Spezialisten bzw. von Konsiliar- und Belegärzten, die die ärztliche und technische Komponente beinhalten, werden separat verrechnet. Ebenfalls separat verrechnet werden Implantations- und Osteosynthesematerialien.

4) Selbstzahler-Patientinnen und Patienten mit Wohnsitz im Ausland (nicht EU-/EFTA-Raum) mit Behandlung in der *allgemeinen* Abteilung:

	Teilpauschale mit Fallbezug	Teilpauschale mit Tagesbezug
Medizin	CHF 3'948.-	CHF 566.-
Chirurgie	CHF 6'497.-	CHF 502.-
Gynäkologie / Geburtshilfe	CHF 4'502.-	CHF 619.-

Honorare von auswärtigen Spezialisten bzw. von Konsiliar- und Belegärzten, die die ärztliche und technische Komponente beinhalten, werden separat verrechnet. Ebenfalls separat verrechnet werden Implantations- und Osteosynthesematerialien.

5) UV/IV/MV-Patientinnen und -Patienten

Die Rechnungsstellung erfolgt gemäss geltendem Vertrag mit Unfall-, Invaliden- und Militärversicherern gemäss Bundesgesetz über die Unfallversicherung und dem Spitalverbund. Dieser besagt, dass die Rechnungsstellung auf Basis der folgenden Punkte erfolgt:

- APDRG-Grouper von 3M, Version 1.9
- Kostengewichte-Version 6.0
- APDRG-Basispreis von CHF 6'779.00

Der Fakturabetrag ergibt sich wie folgt: Basispreis multipliziert mit dem durch den APDRG-Grouper ermittelten Fallgewicht.

Krankentransporte durch spitaleigene oder spitalfremde Transportdienste werden separat verrechnet. Vom Versicherer verlangte Arztberichte, Gutachten und Autopsien ebenfalls.

6) Hotelkomfort-Upgrade / Zimmerzuschlag für Albergo je Tag

	Zimmerzuschlag je Tag
1er Zimmer (Patientin / Patient)	CHF 200.-
2er Zimmer (Patientin / Patient)	CHF 100.-

Der Zimmerzuschlag für Albergo wird auch während einem allfälligen IPS (Intensivpflegestation)-Aufenthalt verrechnet.

7) Familienzimmer / Zimmerzuschlag je Tag

Es gelten die folgenden Regelungen:

- In erster Priorität wird das Familienzimmer Gebärenden zur Verfügung gestellt, deren Partner nach der Geburt ein- oder mehrmals im Spital übernachten möchte.
- In zweiter Priorität steht das Zimmer Eltern zur Verfügung, deren Kind hospitalisiert ist und die beim Kind übernachten möchten.
- In dritter Priorität kann das Zimmer auch anderen Patientinnen oder Patienten angeboten werden, sofern sie bereit sind, die entsprechenden Zuschläge zu bezahlen (nur in Ausnahmefällen, wenn keine andere Belegung absehbar ist).
- Das Familienzimmer kann grundsätzlich für einzelne Aufenthaltstage gebucht werden.

	Zimmerzuschlag je Tag
Allgemein versicherte Personen	Zusätzlich pro Tag CHF 170.- inkl. alle Mahlzeiten des Partners
Halbprivat versicherte Personen	Zusätzlich pro Tag CHF 120.- inkl. alle Mahlzeiten des Partners
Privat versicherte Personen	Zusätzlich pro Tag CHF 70.- inkl. alle Mahlzeiten des Partners

II Tarife und Preise für Halbprivate und Private Abteilung

1) Patientinnen und Patienten wohnhaft in der Schweiz / Halbprivate Abteilung

	Teilpauschale mit Fallbezug	Teilpauschale mit Tagesbezug
Medizin	CHF 3'871.-	CHF 547.-
Chirurgie	CHF 7'337.-	CHF 492.-
Gynäkologie / Geburtshilfe	CHF 4'972.-	CHF 594.-

2) Patientinnen und Patienten wohnhaft in der Schweiz / Private Abteilung

	Teilpauschale mit Fallbezug	Teilpauschale mit Tagesbezug
Medizin	CHF 4'317.-	CHF 582.-
Chirurgie	CHF 9'037.-	CHF 527.-
Gynäkologie / Geburtshilfe	CHF 6'695.-	CHF 629.-

3) Patientinnen und Patienten wohnhaft im Ausland / Halbprivate Abteilung

	Teilpauschale mit Fallbezug	Teilpauschale mit Tagesbezug
Medizin	CHF 5'032.-	CHF 647.-
Chirurgie	CHF 9'538.-	CHF 592.-
Gynäkologie / Geburtshilfe	CHF 6'464.-	CHF 694.-

4) Patientinnen und Patienten wohnhaft im Ausland / Private Abteilung

	Teilpauschale mit Fallbezug	Teilpauschale mit Tagesbezug
Medizin	CHF 5'612.-	CHF 682.-
Chirurgie	CHF 11'748.-	CHF 627.-
Gynäkologie / Geburtshilfe	CHF 8'704.-	CHF 729.-

5) Hotelkomfort-Upgrade / Zimmerzuschlag für Albergo je Tag

	Tages-Vollpauschale
1er Zimmer (Patientin / Patient)	CHF 100.-

Zuschlag:

Versicherern, die dem Zusatzversicherungsvertrag nicht beigetreten sind, wird zusätzlich eine Administrativegebühr von CHF 180.- in Rechnung gestellt, sofern sich der Wohnsitz der Patientin bzw. des Patienten in der Schweiz befindet.

Anhang 2**Tarife und Preise für das Psychiatrische Zentrum Appenzell Ausserrhoden**

1) Akutstationen ohne Entzugstation (KVG)

Wohnsitz	Tagespauschale in CHF	Leistung Krankenversicherer ohne Zusatzversicherung ganze Schweiz in CHF	Leistung Krankenversicherer mit Zusatzversicherung ganze Schweiz in CHF	Leistung zuweisender Kanton in CHF
Appenzell Ausserrhoden	235.-	235.-	235.-	
Appenzell Innerrhoden	435.-	235.-	235.-	200.-
Glarus	435.-	235.-	235.-	200.-
Kantone der Ostschweizer Vereinbarung SG/ZH/SH/GR/TG/ZG	578.-	235.-		343.-
Übrige Kantone	594.-	235.-		359.-

2) Entzugsstation (KVG)

Wohnsitz	Tagespauschale in CHF	Leistung Krankenversicherer ohne Zusatzversicherung ganze Schweiz in CHF	Leistung Krankenversicherer mit Zusatzversicherung ganze Schweiz in CHF	Leistung zuweisender Kanton in CHF
Appenzell Ausserrhoden	256.-	256.-	256.-	
Appenzell Innerrhoden	473.-	256.-	256.-	217.-
Glarus	473.-	256.-	256.-	217.-
Kantone SG/ZH/SH/GR/TG/ZG	629.-	256.-		373.-
Übrige Kantone	649.-	256.-		393.-

3) Akutstationen inkl. Entzugstation (UV/IV/MV)

Wohnsitz	Tagespauschale in CHF
Appenzell Ausserrhoden, Appenzell Innerrhoden, Glarus	318.-
Übrige Kantone	318.-

4) Tagespatientinnen und –patienten Ergo- und Arbeitstherapie

Wohnsitz	Tagespauschale in CHF (zu Lasten Krankenversicherung)
Appenzell Ausserrhoden	117.50
Appenzell Innerrhoden, Glarus	138.00
Übrige Kantone	152.50

5) Tagespatientinnen- und –patienten (Stationsbenutzung):

Tagespatientinnen und Tagespatienten sind Personen allen Alters, die in der Psychiatrischen Klinik unter therapeutischer Anleitung und Betreuung bedingt arbeitsfähig, aber stark betreuungsbedürftig sind:

Wohnsitz	Tagespauschale in CHF (zu Lasten Krankenversicherung)
Kantone AR / AI / GL	75.-
Übrige Kantone	112.-

6) Nachtpatientinnen und -patienten (z. B. auswärts arbeitende Personen) der allgemeinen Abteilungen A-kutstationen

	Tagespauschale
1. bis 7. Tag	100 % der unter Punkt 1 aufgeführten Pauschalen
8. bis 90. Tag	50 % der unter Punkt 1 aufgeführten Pauschalen

7) Nachtpatientinnen und -patienten (z. B. auswärts arbeitende Personen) der allgemeinen Abteilung Entzugsstation

	Taxe
1. bis 7. Tag	100 % der unter Punkt 2 aufgeführten Pauschalen
8. bis 90. Tag	50 % der unter Punkt 2 aufgeführten Pauschalen

8) Alterspsychiatrisches Wohn- und Pflegezentrum (Pflegeheim)

Wohnsitz	Tagespauschale total	Leistung Selbstzahler netto	Leistung Krankenversicherer an Pflege + Medizin	Tagessatz für Unterkunft und Verpflegung	Leistungen für Pflege- und Betreuung	Material, ärztliche Betreuung, Medikamente
Kanton AR						
BESA 2	189.75	147.00	42.75	85.-	88.75	16.-
BESA 3	237.75	168.00	69.75	85.-	136.75	16.-
BESA 4	274.75	188.00	86.75	85.-	172.75	17.-
Übrige Kantone						
BESA 2	209.75	167.00	42.75	105.-	88.75	16.-
BESA 3	257.75	188.00	69.75	105.-	136.75	16.-
BESA 4	294.75	208.00	86.75	105.-	172.75	17.-

BESA = Bewohnerinnen-/Bewohner-Einstufungs- und Abrechnungssystem

9) Wohnheim für psychisch und geistig Behinderte

Wohnsitz	Tagespauschale (Selbstzahler-Leistung)
Appenzell Ausserrhoden	130.-

Für ausserkantonale Bewohnerinnen und Bewohner muss vor dem Eintritt ein Kostenübernahmegesuch an den Wohnkanton eingereicht und bewilligt werden. Es ist zu beachten, dass die Leistungsabgeltung je Kalendertag davon abhängt, welcher Eigenleistungsanteil und welcher kantonale Finanzierungsbeitrag gemäss den geltenden Regelungen des Wohnsitzkantons resultiert.

10) Besonderes

- Die von der IV und AHV ausgerichtete Hilflosenentschädigung für Patientinnen und Patienten des gerontopsychiatrischen Wohn- und Pflegezentrums (Pflegeheim) wird von der Klinik nicht als Zuschlag für besondere Betreuung und Pflege beansprucht.
- Für die Erstellung von Anträgen auf Hilflosenentschädigung erhebt die Klinik eine Bearbeitungsgebühr.
- Die von der IV und AHV ausgerichtete Hilflosenentschädigung für Bewohnerinnen und Bewohner des Wohnheimes wird von der Klinik als Zuschlag für besondere Betreuung und Pflege beansprucht.

Anhang 3 Selbstzahler-Tarife für Sonderleistungen

I. Somatische Spitäler

Bei allen Patientinnen und Patienten werden folgende Sonderleistungen zusätzlich verrechnet:

- a) Honorare für auswärtige Spezialisten und Implantations- und Osteosynthesematerial bei medizinisch nicht indizierten Krankenkassen- und Selbstzahlerpatienten und -patientinnen mit ausserkantonalem Wohnsitz gemäss Art. 7 bzw. 11.
- b) Nichtpflichtleistungen gemäss Art. 11.
- c) Hotelkomfort-Leistungs-Upgrade (Albergo) gemäss Anhang 1.
- d) Telefon, Medien wie Radio, TV, Internet etc., private Porti, Zulagen zur ordentlichen Verpflegung auf persönlichen Wunsch und weitere private Aufwendungen oder durch besondere Wünsche der Patientin bzw. des Patienten bedingte Mehrleistungen gemäss Art. 11.
- e) Medikamente bei Austritt gemäss Art. 7.
- f) Materialien und Utensilien, die bei Austritt mitgegeben werden, gemäss Art. 7.
- g) Transportkosten und Begleitung gemäss Anhang 5. Einweisungs- und Entlassungstransporte (ohne medizinisch notwendige Verlegungstransporte in andere Spitäler und Kliniken), Transporte privater Natur und Beförderung privater Begleitpersonen gehen immer zu Lasten der Patientin bzw. des Patienten.
- h) Todesfallkosten (inkl. Sargblumen etc.) gemäss Art. 11.
- i) Erstellen von Gutachten gemäss TARMED und den Taxpunktswerten gemäss Anhang 4.
- j) Für versäumte Sitzungen ohne Abmeldung spätestens 24 Stunden vor dem Termin wird ein Pauschalbetrag von CHF 50.- in Rechnung gestellt.

Bei folgenden Nichtpflicht-Leistungen kommen die untenstehenden Selbstzahler-Tarife zum Tragen, die separat in Rechnung gestellt werden:

Sterilisation (Gynäkologie)

	Ambulant	Allgemein	Halbprivat	Privat
Sterilisation post partum				
• Nach vag. Geburt	950.-	950.-	1'500.-	1'600.-
• Bei Sectio		600.-	700.-	800.-
Sterilisation als alleiniger Wahl- eingriff	1'500.--	2'000.- (max. Aufenthalts- dauer von 2 Tagen)	2'700.- (max. Aufenthalts- dauer von 2 Tagen)	2'800.- (max. Aufenthalts- dauer von 2 Tagen)
Sterilisation als Begleiteingriff				
• nicht laparoskopisch: Varizen	950.-	950.-	1'500.-	1'600.-
• laparoskopisch: Cholezystek- tomie	600.-	600.-	700.-	800.-
Sterilisation durch vorgängige Kostengutsprache durch die Be- ratungsstelle für Familienpla- nung, Schwangerschaft und Se- xualität	750.-	750.- (post partum)	-	-

Diverses (Gynäkologie)

	Ambulant
Norlevo (Pille danach) inkl. Beratung	90.-
Gynefix pauschal inkl. Kontrollen	350.-
Multiload oder Mona Lisa pauschal	300.-
Implanon pauschal inkl. Entfernung nach 3 Jahren	500.-
Mirena pauschal ohne Narkose	500.-

Vasektomie (Chirurgie)

	Ambulant
Vasektomie inkl. Lokalanästhesie	800.-
Vasektomie inkl. Vollnarkose	1'200.-
Vasektomie als Begleiteingriff inkl. Anästhesie	600.-

APM (Akupunkturmassage)

	Ambulant
APM (Akupunkturmassage) je 15 Min.	27.50

Gynäkologie / Geburtshilfe

Bei „nur Wohnkanton“ versicherten, ausserkantonalen Patientinnen kommen die Selbstzahlertarife gemäss Regierungsratsbeschluss zur Anwendung.

II. Psychiatrisches Zentrum Appenzell Ausserrhoden:

Bei allen Patientinnen und Patienten bzw. Bewohnerinnen und Bewohnern werden folgende Sonderleistungen zusätzlich verrechnet:

- a) Sofern auf Wunsch der Bewohnerin bzw. des Bewohners im Rahmen der betrieblichen Möglichkeiten im Pflegeheim ein Einzelzimmer zur Verfügung gestellt werden kann, wird der Tagesansatz für Verpflegung und Unterkunft doppelt verrechnet.
- b) Nichtpflichtleistungen und Spezialaufwendungen für Prothesen gemäss Art. 11.
- c) Telefon, Medien wie Radio, TV, Internet etc., Zeitungen und Zeitschriften, private Porti, Zulagen zur ordentlichen Verpflegung auf persönlichen Wunsch und weitere private Aufwendungen oder durch besondere Wünsche der Patientin bzw. des Patienten bedingte Mehrleistungen gemäss Art. 11.
- d) Coiffeur, Pedicure und Kosmetik gemäss den vom Spitalverbund Appenzell Ausserrhoden festgesetzten Preisen.
- e) Medikamente bei Austritt gemäss Art. 7.
- f) Materialien und Utensilien, die bei Austritt mitgegeben werden, gemäss Art. 7.
- g) Transportkosten und Begleitung gemäss Anhang 5. Einweisungs- und Entlassungstransporte (ohne medizinisch notwendige Verlegungstransporte in andere Spitäler und Kliniken), Transporte privater Natur und Beförderung privater Begleitpersonen gehen immer zu Lasten der Patientin bzw. zu Lasten des Patienten.
- h) Todesfallkosten (inkl. Sargblumen etc.) gemäss Art. 11.
- i) Erstellen von Gutachten gemäss TARMED und den Taxpunktswerten gemäss Anhang 4.
- j) Für versäumte Sitzungen ohne Abmeldung spätestens 24 Stunden vor dem Termin wird ein Pauschalbetrag von CHF 50.- in Rechnung gestellt.
- k) Leistungen für ärztliche, medikamentöse und wissenschaftliche Heilanwendungen an Patientinnen und Patienten werden im Wohnheim mit Einzelleistungserfassung nach TARMED abgerechnet.

- l) Aufwendungen der Klinik bei Urlaub, Flucht und dergleichen gemäss Art. 11.
- m) Instandstellung von Einrichtungen, welche die Patientin oder der Patient beschädigt hat.
- n) Reparaturen von persönlichen Gegenständen, Näharbeiten und Flickern der persönlichen Wäsche etc. gemäss Art. 11.
- o) Instandstellungskosten, die durch Beschädigung an Eigentum des Spitalverbundes Appenzell Ausserrhoden, der Angestellten oder der Mitpatientinnen bzw. der Mitpatienten entstanden sind gemäss Art. 11.
- p) Erstellen von Gutachten.

Anhang 4**Taxpunktwerte für stationäre und ambulante Einzelleistungen**

Es gelten – unter Vorbehalt der in Kapitel 1 genannten Verträge – folgende Taxpunktwerte:

1. TARMED-Leistungen / Spital Heiden und Herisau:
 - a. CHF 0.90 für alle ambulanten KVG-Patientinnen und -Patienten (Entscheid des im 4.Q.2008 eingeleiteten hoheitlichen Tariffestsetzungsverfahrens ist noch pendent)
 - b. CHF 1.00 für alle ambulanten UV/MV/IV-Versicherten
 - c. CHF 1.00 für alle übrigen ambulanten Patientinnen und Patienten

2. TARMED-Leistungen / Psychiatrisches Zentrum Appenzell Ausserrhoden:
 - a. CHF 0.90 für alle ambulanten KVG-Patientinnen und -Patienten (Entscheid des im 4.Q.2008 eingeleiteten hoheitlichen Tariffestsetzungsverfahrens ist noch pendent)
 - b. CHF 1.00 für alle ambulanten UV/MV/IV-Versicherten
 - c. CHF 1.00 für alle übrigen ambulanten Patientinnen und Patienten

3. Laborleistungen gemäss Analysenliste
 - a. CHF 1.00 für alle ambulanten Patientinnen und -Patienten

4. Physiotherapie-Leistungen gemäss Physiotherapie-Tarif
 - a. CHF 0.85 für alle ambulanten KVG-Patientinnen und -Patienten
 - b. CHF 0.95 für alle ambulanten UV/MV/IV-Versicherten und alle ambulanten übrigen Patientinnen und Patienten
 - c. CHF 1.10 für alle Selbstzahler-Patientinnen und -Patienten mit Wohnsitz im Ausland

5. Ergotherapie gemäss Ergotherapie-Tarif
 - a. CHF 0.95 für alle ambulanten KVG-Patientinnen und -Patienten
 - b. CHF 1.10 für alle ambulanten UV/MV/IV-Versicherten und alle ambulanten übrigen Patientinnen und Patienten

6. Logopädie gemäss Logopädie-Tarif
 - a. CHF 0.90 für alle ambulanten KVG-Patientinnen und -Patienten
 - b. CHF 1.00 für alle ambulanten UV/MV/IV-Versicherten und alle ambulanten übrigen Patientinnen und Patienten

7. Ernährungsberatung gemäss Ernährungsberatungstarif
 - a. CHF 0.90 für alle ambulanten KVG-Patientinnen und -Patienten
 - b. CHF 1.00 für alle ambulanten UV/MV/IV-Versicherten und alle ambulanten übrigen Patientinnen und Patienten

8. Diabetesberatung gemäss Diabetesberatungstarif
 - a. CHF 0.90 für alle ambulanten KVG-Patientinnen und -Patienten
 - b. CHF 1.00 für alle ambulanten UV/MV/IV-Versicherten und alle ambulanten übrigen Patientinnen und Patienten

9. Besondere nicht-ärztliche Beratungs- und Pflegeleistungen:
 - a. CHF 0.90 für alle ambulanten KVG-Patientinnen und -Patienten
 - b. CHF 1.00 für alle ambulanten UV/MV/IV-Versicherten und alle ambulanten übrigen Patientinnen und Patienten

10. Neuropsychologische Leistungen
 - a. CHF 0.90 für alle ambulanten KVG-Patientinnen und -Patienten
 - b. CHF 1.00 für alle ambulanten UV/MV/IV-Versicherten und alle ambulanten übrigen Patientinnen und Patienten

11. Zahnärztliche Leistungen gemäss Zahnarzt-Tarif
 - a. CHF 3.10 für alle ambulanten KVG-Patientinnen und -Patienten
 - b. CHF 3.10 für alle ambulanten UV/MV/IV-Versicherten
 - c. CHF 3.80 für alle ambulanten übrigen Patientinnen und Patienten

Anhang 5

Tarife für Rettungsdienst-Leistungen

Die Rettungsdienst-Leistungen werden, sofern dies vertraglich nicht anderweitig vereinbart wurde, wie folgt verrechnet. Bei stationären Patientinnen und Patienten erfolgt die Verrechnung abhängig davon, ob die entsprechenden Vertragsbestimmungen dies zulassen.

Leistung	Betrag in CHF
PRIMÄRTRANSPORTE	
Grundtaxe Primär mit Notarzt	850.-
Grundtaxe Primär mit Fachperson (Anästhesie-Pflege, RS mit AKP/DN2, ...)	800.-
Grundtaxe Primär mit 3. Person (RS ohne AKP/DN2, AKP, DN2, Hebamme..)	750.-
Grundtaxe Primärtransport mit 2 MA; bis 1 Stunde	600.-
Zusätzliche Einsatzzeit Primärtransport RTW, pro 15 min	90.-
Fahrt pro km	6.-
SEKUNDÄRTRANSPORTE / DVO (Dienstleistung vor Ort)	
Grundtaxe 2 MA	200.-
Grundtaxe 3 MA	300.-
Fahrt pro km	6.-
Zuschlag für Wartezeiten , pro 15 min	50.-
ZUSCHLÄGE	
Zuschlag für Notarzt als 3. Person; pro 15 Min	60.-
Zuschlag für Fachpersonal (Anästhesie, IPS, AKP/DN2 und RS) als 3. Begleitperson; pro 15 min	40.-
Zuschlag für diplomiertes Personal als 3. Begleitperson	30.-

Legende:

AKP = Allgemeine Krankenpflege

DN2 = Diplomniveau 2

IPS = Intensivpflegestation

MA = Mitarbeiterin bzw. Mitarbeiter

NA = Narkosefachkraft

RS = Rettungssanitäterin bzw. Rettungssanitäter

Werden die Transporte via einen spitalfremden Transportdienst (z.B. Taxidienst) sichergestellt, werden die entsprechenden Kosten gemäss Art. 11 mit einem Administrationszuschlag von maximal 10 Prozent verrechnet.