

Tarifordnung gültig ab 1. Januar 2010 Anhang 1

1. Pauschale für einen stationären Aufenthalt

Alle im stationären Bereich erbrachten Leistungen des Spital Schwyz werden durch ressourcenbezogene Fallpreispauschalen „AP-DRG“ entschädigt. Die Höhe dieser Fallpreispauschale ist variabel und hängt vom diagnostizierten Schweregrad der Verletzung bzw. der Ressourcenintensität der Behandlung und Betreuung (Fallgewichtung) ab. Die Fallpreispauschale gelangt unabhängig von der Aufenthaltsdauer zur Anwendung. Die Fallpreispauschale umfasst mit wenigen Ausnahmen sämtliche Leistungen eines stationären Spitalaufenthaltes.

1.1. Allgemeine Station

AP-DRG¹-Pauschale mit Basispreis für Kostengewicht 1.0 für Erwachsene/Kinder für Patienten mit Wohnsitz

	im Kanton Schwyz	in der übr. Schweiz	und Ausland
• Kranken- u. Unfallversicherungen und übrige Garanten	CHF 4'002	CHF 11'221	CHF 11'221
• Unfall-, Invaliden- u. Militärversicherung	CHF 6'779	CHF 6'779	CHF 11'221
• Selbstzahler: gemäss Offerte			

In den mit den Versicherungen vertraglich vereinbarten Fallpreispauschalen sind die Leistungen wie Unterkunft, Verpflegung, Bereitschaftskosten, pflegerische Betreuung, alle ärztlichen und spitaltechnischen Leistungen, Implantate, Materialien, Medikamente gemäss KVG/UVG sowie Verlegungstransporte während des Spitalaufenthaltes gemäss KVG enthalten.

Diesen Versicherungen werden zusätzlich zur Fallpreispauschale der Allgemeinen Station folgende Leistungen in Rechnung gestellt.

1.1.1. Medikamente und Verbandstoffe, die dem Patienten beim Austritt aus dem Spital ausgehändigt werden

1.1.2. Primär-Krankentransporte

1.1.3. Vom Versicherer verlangte Gutachten und Autopsien.

Ein Upgrade für Hotellerie- und/oder Arztleistungen ist möglich (siehe Anhang 2 der Tarifordnung).

¹ AP-DRG ist die Abkürzung für "All Patients Diagnosis Related Group" bzw. „diagnose-bezogene (Fall-)Gruppe“. Bei einer DRG-Vergütung wird jeder Patient des Spitals einer von 500-700 diagnosebezogenen Fallgruppen zugeteilt. In einer bestimmten Fallgruppe finden sich dann Patienten mit ähnlichen klinischen Eigenschaften und ähnlichem erwartete Behandlungsaufwand. Jede DRG-Fallgruppe hat ein Kostengewicht, welches mit dem obig erwähnten Basispreis multipliziert den Rechnungsbetrag ergibt. Basis ist die AP-DRG-Version 6.0.

1.2. Allgemein ganze Schweiz (freie Spitalwahl)

AP-DRG²-Pauschale (Basispreis für Kostengewicht 1.0) für Erwachsene/Kinder. Dieser Tarif gilt für nicht medizinisch indizierte Behandlungen im Spital Schwyz eines Patienten mit Wohnsitz ausserhalb des Kantons Schwyz.

für Patienten mit Wohnsitz

nicht im Kanton Schwyz

- Vertragskrankenversicherungen und übrige Garanten CHF 10'042

In den mit den Versicherungen vertraglich vereinbarten Fallpauschalen sind die Leistungen wie Unterkunft, Verpflegung, Bereitschaftskosten, pflegerische Betreuung, alle ärztlichen und spitaltechnischen Leistungen, Implantate, Materialien, Medikamente gemäss KVG/UVG sowie Verlegungstransporte während des Spitalaufenthaltes gemäss KVG enthalten.

Diesen Versicherungen werden zusätzlich zur Fallpauschale der Allgemeinen Station folgende Leistungen in Rechnung gestellt:

- 1.2.1. Medikamente und Verbandstoffe, die dem Patienten beim Austritt aus dem Spital ausgehändigt werden
- 1.2.2. Primär-Krankentransporte
- 1.2.3. Vom Versicherer verlangte Gutachten und Autopsien.

Ein Upgrade für Hotellerie- und/oder Arztleistungen ist möglich (siehe Anhang 2 der Tarifordnung).

² AP-DRG ist die Abkürzung für "All Patients Diagnosis Related Group" bzw. „diagnose-bezogene (Fall-)Gruppe“. Bei einer DRG-Vergütung wird jeder Patient des Spitals einer von 500-700 diagnosebezogenen Fallgruppen zugeteilt. In einer bestimmten Fallgruppe finden sich dann Patienten mit ähnlichen klinischen Eigenschaften und ähnlichem erwartete Behandlungsaufwand. Jede DRG-Fallgruppe hat ein Kostengewicht, welches mit dem obig erwähnten Basispreis multipliziert den Rechnungsbetrag ergibt. Basis ist die AP-DRG-Version 6.0.

1.3. Halbprivate Station

AP-DRG³-Pauschale (Basispreis für Kostengewicht 1.0) für Erwachsene/Kinder

- Kranken- und Unfallversicherung und übrige Garanten CHF 13'027
- Selbstzahler gemäss Offerte

In den mit den Versicherungen vertraglich vereinbarten Fallpauschalen sind die Leistungen wie Unterkunft, Verpflegung, Bereitschaftskosten, pflegerische Betreuung, alle ärztlichen und spitaltechnischen Leistungen, Implantate, Materialien, Medikamente gemäss KVG/UVG sowie Verlegungstransporte während des Spitalaufenthaltes gemäss KVG/VVG bzw. UV/MV/IVG enthalten.

Den Krankenversicherungen, übrigen Garanten, UV/MV/IV-Versicherungen und Selbstzahlern werden zusätzlich zu den Pauschalen nach AP-DRG der Halbprivaten Station folgende Leistungen in Rechnung gestellt

- 1.3.1. Medikamente und Verbandsmaterial, die dem Patienten beim Austritt aus dem Spital ausgehändigt werden
- 1.3.2. Primär-Krankentransporte
- 1.3.3. Vom Versicherern verlangte Arztberichte, Gutachten und Autopsien

Ein Upgrade für Hotellerie- und/oder Arztleistungen ist möglich (siehe Anhang 2 der Tarifordnung).

³ AP-DRG ist die Abkürzung für "All Patients Diagnosis Related Group" bzw. „diagnose-bezogene (Fall-)Gruppe“. Bei einer DRG-Vergütung wird jeder Patient des Spitals einer von 500-700 diagnosebezogenen Fallgruppen zugeteilt. In einer bestimmten Fallgruppe finden sich dann Patienten mit ähnlichen klinischen Eigenschaften und ähnlichem erwartete Behandlungsaufwand. Jede DRG-Fallgruppe hat ein Kostengewicht, welches mit dem obig erwähnten Basispreis multipliziert den Rechnungsbetrag ergibt. Basis ist die AP-DRG-Version 6.0.

1.4. Private Station

AP-DRG⁴-Pauschale (Basispreis für Kostengewicht 1.0) für Erwachsene/Kinder

- Kranken- u. Unfallversicherungen und übrige Garanten CHF 17'837
- Selbstzahler gemäss Offerte

In den mit den Versicherungen vertraglich vereinbarten Fallpauschalen sind die Leistungen wie Unterkunft, Verpflegung, Bereitschaftskosten, pflegerische Betreuung, alle ärztlichen und spitaltechnischen Leistungen, Implantate, Materialien, Medikamente gemäss KVG/UVG sowie Verlegungstransporte während des Spitalaufenthaltes gemäss KVG/UVG bzw. UV/MV/IVG enthalten.

Den Krankenversicherungen, übrigen Garanten, UV/MV/IV-Versicherungen und Selbstzahlern werden zusätzlich zu den Pauschalen nach AP-DRG der Halbprivaten Station folgende Leistungen in Rechnung gestellt

- 1.4.1. Medikamente und Verbandsmaterial, die dem Patienten beim Austritt aus dem Spital ausgehändigt werden
- 1.4.2. Primär-Krankentransporte
- 1.4.3. Vom Versicherern verlangte Arztberichte, Gutachten und Autopsien

1.5. Tarife Pflegeheimpatienten für Pflege und Hotellerie

In Fällen, wo die Akutspitalbedürftigkeit nicht mehr gegeben ist, aber eine Überführung in ein Alters- oder Pflegeheim mangels verfügbarem Bettenangebot (in den Institutionen des gesamten Kanton Schwyz) nicht möglich ist, kann der Aufenthalt im Spital Schwyz in Ausnahmefällen um wenige Tage als „Pflegeheimpatient“ zu nacherwähnten Tarifen verlängert werden.

- CHF 400 / Tag auf der Allgemeinen Station
- CHF 430 / Tag auf der Halbprivaten Station
- CHF 460 / Tag auf der privaten Station

Die Tagespauschalen werden dem Patienten in Rechnung gestellt. Zu den Tagespauschalen werden die beim Austritt mitgegebenen Medikamente und Verbandmaterial und allfällige ärztliche Leistungen in Rechnung gestellt.

⁴ AP-DRG ist die Abkürzung für "All Patients Diagnosis Related Group" bzw. „diagnose-bezogene (Fall-)Gruppe“. Bei einer DRG-Vergütung wird jeder Patient des Spitals einer von 500-700 diagnosebezogenen Fallgruppen zugeteilt. In einer bestimmten Fallgruppe finden sich dann Patienten mit ähnlichen klinischen Eigenschaften und ähnlichem erwartete Behandlungsaufwand. Jede DRG-Fallgruppe hat ein Kostengewicht, welches mit dem obig erwähnten Basispreis multipliziert den Rechnungsbetrag ergibt. Basis ist die AP-DRG-Version 6.0.

1.6. Vom Patienten zu tragende Kosten

Während dem Aufenthalt kann der Patient Leistungen beziehen, die nicht durch seine Versicherung abgedeckt sind. Für die Abgeltung der Leistungen

1.6.1. Orthopädische Hilfsmittel,

1.6.2. Unkosten für Krankentransporte (ausgenommen Verlegungstransporte) und Sterbefälle, die Auslagen für persönliche Anschaffungen, Coiffeur u.ä., Porto, Telefonfestnetzgebühren, Fernsehmieten (nur grundversicherte Patienten), Patientenwäsche sowie Ersatzleistungen für Beschädigungen,

1.6.3. Getränke und Esswaren, die nicht zur ordentlichen Verpflegung gehören,

1.6.4. Medizinische Leistungen, die von der Versicherung nicht übernommen werden (z.B. nicht medizinisch indizierte Sterilisationen (Tubenligaturen), Vasektomien, kosmetische Eingriffe, Zahnbehandlungen (nur die nicht in der KLV Art. 17 - 19 festgehaltenen kassenpflichtigen Zahnbehandlungen), Fusspflege, nicht in der MiGel-Liste figurierende Mittel und Gegenstände und präventivmedizinischen Leistungen),

1.6.5. Andere persönliche Auslagen und

1.6.6. Mahngebühren

hat der Patient selbst aufzukommen.

2. Taxpunktwerte für die Behandlung bei einem ambulanten oder teilstationären Aufenthalt

Sämtliche ärztlichen und spitaltechnischen Leistungen sowie die benötigten Implantate, Materialien und Medikamente werden als Einzelleistungen nach den mit den Versicherern ausgehandelten Tarifen verrechnet.

Krankenversicherungen, übrige Garanten

Taxpunktwert TARMED	CHF 0.92
Taxpunktwert Physiotherapie	CHF 0.87
Taxpunktwert Ernährungs-/Diabetesberatung	CHF 1.00
Taxpunktwert Labor	CHF 1.00

Unfall-, Invaliden- u. Militärversicherung

Taxpunktwert TARMED	CHF 1.00
Taxpunktwert Physiotherapie	CHF 0.95
Taxpunktwert Ernährungs-/Diabetesberatung	CHF 1.00
Taxpunktwert Labor	CHF 1.00

Bei den teilstationären Patienten wird auf eine Verrechnung der allfälligen Mahlzeiten verzichtet.

3. Begleitpersonen von Patienten

Eine Begleitperson, welche die Pflege eines Patienten unterstützt (z.B. Mutter > Kind, Tochter > Vater usw.), erhält – je nach Betreuungsunterstützung – einen reduzierten Tarif für Hotellerie (Bettbenutzung und Mahlzeiten). Begleitperson bietet

- Wesentliche (grosse) Betreuungsunterstützung CHF 55 / Tag
- wenig Betreuungsunterstützung CHF 80 / Tag
- keine Betreuungsunterstützung CHF 120 / Tag

In den Tarifen für Hotellerie für Begleitpersonen sind der Betreuungsaufwand, die Bettbenutzung sowie die Verpflegung enthalten. Persönliche Auslagen werden zusätzlich verrechnet.

Einer Begleitperson ohne Bettbenutzung werden die Mahlzeiten wie folgt verrechnet:

- Morgenessen CHF 7
- Mittagessen CHF 15
- Abendessen CHF 13

Wird eine kranke Mutter von ihrem Säugling „begleitet“, so ist für die Betreuung des Säuglings durch das Spital CHF 55 / Tag zu entrichten.

4. Rechnungsstellung

Die Rechnungsstellung erfolgt primär an die Garanten, die eine Kostengutsprache erteilt haben. Von den Garanten nicht gedeckte Leistungen werden den Patienten oder sonst Zahlungspflichtigen in Rechnung gestellt.

Den Patienten oder sonst Zahlungspflichtigen werden unabhängig der Patientenklasse separat zu den Tarifen für Hotellerie und Pflege, Einzelleistungen oder Fallpreispauschalen immer folgende Leistungen in Rechnung gestellt:

- 4.1. bei KVG: die Kosten für Krankentransporte (ausgenommen medizinisch bedingte Verlegungstransporte);
- 4.2. nicht KVG-/UVG-pflichtige medizinische Leistungen inklusive präventivmedizinische Leistungen;
- 4.3. nicht von der obligatorischen Versicherung (KVG/UVG) zu übernehmende Mittel und Gegenstände;
- 4.4. Zivilstandsmeldungen;
- 4.5. Todesfallkosten;
- 4.6. Leistungen gemäss Ziffer 1.5;
- 4.7. Beherbergung und Auslagen für Begleitpersonen;
- 4.8. Mahngebühren.

5. Verrechnungsgrundlagen

Als Verrechnungsgrundlagen gelten: Beschlüsse des Vorstandes der Krankenhausgesellschaft Schwyz (KHGS), Beschlüsse der Spitalleitung des Spital Schwyz, TarMed, Eidgenössische Analysenliste (AL), Krankenpflege-Leistungsverordnung des Bundesamt für Sozialversicherungen Anhang 2 (MiGel = Mittel- und Gegenstände), Vertrag mit Santésuisse Zentralschweiz bzw. den angeschlossenen Versicherern über die Vergütung an die Spitäler für stationäre Behandlung ihrer Patienten auf der Allgemeinen Station und ambulante Behandlung ihrer Patienten, Vertrag mit den Versicherern über die Rechnungsstellung gegenüber Patienten auf der Halbprivaten und Privaten Station und Vertrag mit den Versicherern gemäss Bundesgesetz über die Unfall-, Invaliden und Militärversicherung.

6. Kostenvorschüsse

Ein Kostenvorschuss wird dann vom Patienten oder dessen Angehörigen vor Eintritt verlangt, wenn für das gewählte Dienstleistungsangebot keine oder eine zu geringe Deckung durch die Versicherung gewährt oder diese nicht bekannt ist.

Für Patienten wohnhaft	im Kanton Schwyz	in übriger Schweiz	im Ausland
stationärer Aufenthalt			
allgemein (grundversichert)	CHF 5'000	CHF 9'000	CHF 9'000
Halbprivat (zusatzvers., 2er-Zi)	CHF 8'000	CHF 12'000	CHF 15'000
Privat (zusatzvers., 1er-Zi)	CHF 10'000	CHF 15'000	CHF 15'000
Ambulante Behandlungen oder teilstationäre Aufenthalte	CHF 2'000	CHF 3'000	CHF 5'000

Der Kostenvorschuss für ambulante Behandlungen oder teilstationäre Aufenthalte wird aufgrund der voraussichtlichen Behandlungskosten festgesetzt.

- **Upgrade HOTELLERIE**
Aufgrund der Diagnose werden die voraussichtliche Aufenthaltsdauer geschätzt und der Kostenvorschuss gemäss Anhang 2, Upgrade) ermittelt.
- **Upgrade CHEFARZT**
Das Honorar errechnet sich nach der internen Honorartabelle und resultiert aus der Differenz des Arzthonorars zwischen der aktuellen und der gewünschten Patientenklasse je Behandlungsart.

Der Kostenvorschuss kann bar oder mit Kreditkarte vor Eintritt geleistet werden. Ist absehbar, dass der Kostenvorschuss nicht ausreicht, so wird ein weiterer Kostenvorschuss verlangt.