



Tarifordnung gültig ab 01.01.2021

**OSPITAL**

CENTER DA SANDÀ ENGIADINA BASSA
GESUNDHEITZENTRUM UNTERENGADIN

INHALTSVERZEICHNIS

1. Allgemeine Bestimmungen	2
Art. 1 Geltungsbereich	2
Art. 2 Rechtliche Grundlagen	2
Art. 3 Stationäre und ambulante Patienten	2
Art. 4 Stationäre P-/HP-Patienten und stationäre allgemeine Patienten	2
Art. 5 Zimmerkomfort (Albergo)	2
Art. 6 Anwendbarer Taxtarif	3
2. Finanzielles	3
2.1. Kostengutsprache und Eintrittsmeldung	3
Art. 7 Stationäre Patienten	3
Art. 8 Ambulante Patienten	3
2.2. Kostenvorschuss	3
Art. 9 Selbstzahler	3
Art. 10 Ambulante Patienten	3
2.3. Tarife für stationäre Patienten	3
Art. 11 Festlegung	3
Art. 12 Fallpauschalen gemäss SwissDRG	4
Art. 13 Taxen für besondere Leistungen	4
Art. 14 Tarife für Halbprivat- und Privatabteilung	4
2.4. Tarife für ambulante Patienten	5
Art. 15 Einzelleistungsverrechnung	5
2.5. Rechnungswesen	5
Art. 16 Rechnungskopie	5
Art. 17 Zahlungsfrist und Mahnwesen, Verfügung	5
3. Vollzugsbeginn	5
Art. 18 Schlussbestimmungen	5
Anhang 1	6
Anhang 2	10
Anhang 3	12
Anhang 4	13
Anhang 5	14

1. Allgemeine Bestimmungen

Art. 1 Geltungsbereich

Diese Tarifordnung regelt die Abgeltung des Spitalaufenthaltes für Patientinnen und Patienten* des OSPIDAL in Scuol.

* Wenn keine neutralen Bezeichnungen zur Verfügung stehen, wird nur die kürzere verwendet. Es sind aber immer beide Geschlechter gemeint.

Art. 2 Rechtliche Grundlagen

Die Tarife für stationäre Patienten der allgemeinen Abteilung und für ambulante Patienten, die bei Versicherungseinrichtungen versichert sind, werden durch Vereinbarungen geregelt:

- a) Krankenversicherer nach Art. 11 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung vom 18. März 1994 (SR 832.10)
- b) Unfallversicherer nach Art. 58 und 61 ff. des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung vom 20. März 1981 (SR 832.20)
- c) Eidgenössische Militärversicherung nach dem Bundesgesetz über die Militärversicherung vom 19. Juni 1992 (SR 833.1)
- d) Eidgenössische Invalidenversicherung nach dem Bundesgesetz über die Invalidenversicherung vom 19. Juni 1959 (SR 831.20)

Die betragsmässigen, gültigen Tarife und Preise befinden sich in den Anhängen dieser Tarifordnung.

Art. 3 Stationäre und ambulante Patienten

Als stationäre Behandlung nach Artikel 49 Absatz 1 des Gesetzes gelten Aufenthalte zur Untersuchung, Behandlung und Pflege im Spital:

- a) von mindestens 24 Stunden;
- b) von weniger als 24 Stunden, bei denen während einer Nacht ein Bett belegt wird;
- c) bei Überweisung in ein anderes Spital;
- d) bei Todesfall

Als ambulante Behandlung nach Artikel 49 Absatz 6 des Gesetzes gelten alle Behandlungen, die nicht stationäre Behandlungen sind.

Art. 4 Stationäre Privat-/Halbprivat-Patienten und stationäre allgemeine Patienten

Als stationäre Privat-/Halbprivat-Patienten gelten Patienten, welche als Selbstzahler oder aufgrund einer Zusatzversicherung die Behandlung durch einen Chefarzt, einen Leitenden Arzt oder deren Stellvertreter wünschen.

Stationäre Privat-/Halbprivat-Patienten werden in einem Einzel- oder in einem Zweibettzimmer betreut, wenn nicht betriebliche Gründe die Betreuung in einem Mehrbettzimmer erfordern. Ein gewisser Ausstattungsgrad kann in den Einzel- und Zweibettzimmer nicht in jedem Fall garantiert werden.

Die übrigen Patienten gelten als stationäre allgemeine Patienten.

Art. 5 Zimmerkomfort (Albergo)

Patienten der allgemeinen Abteilung können im Rahmen der betrieblichen Möglichkeiten gegen Aufpreis in einem Einzel- oder Zweibettzimmer untergebracht werden.

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

Art. 6 Anwendbarer Taxtarif

Für den Taxtarif werden unterschieden:

- a) Personen mit steuerrechtlichem Wohnsitz im Kanton Graubünden;
- b) Personen mit steuerrechtlichem Wohnsitz in einem anderen Kanton;
- c) Personen, welche über die Gemeinsame Einrichtung KVG in Solothurn abgerechnet werden;
- d) Übrige Personen mit steuerrechtlichem Wohnsitz im Ausland.

2. Finanzielles

2.1. Kostengutsprache und Eintrittsmeldung

Art. 7 Stationäre Patienten

Vor Eintritt oder spätestens beim Eintritt deklariert der Patient seinen Versicherungsstatus und bestätigt diesen per Unterschrift.

Das OSPIDAL meldet dem Versicherer sofort den Eintritt von stationären Patienten. Besteht kein Leistungsanspruch bzw. keine Versicherungsdeckung, meldet dies der Versicherer dem OSPIDAL umgehend.

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

Art. 8 Ambulante Patienten

Für ambulante Patienten verlangt das OSPIDAL keine Kostengutsprache.

2.2. Kostenvorschuss

Art. 9 Selbstzahler

Selbstzahler leisten den vom OSPIDAL festgesetzten Kostenvorschuss (Depot).
Bei Wahleintritt ist der Kostenvorschuss (Depot) spätestens bis zum Eintrittstag zu leisten.

Art. 10 Ambulante Patienten

Ambulante Patienten leisten den vom OSPIDAL festgesetzten Kostenvorschuss (Depot).

2.3. Tarife für stationäre Patienten

Art. 11 Festlegung

Für stationäre Patienten erhebt das OSPIDAL:

- a) Fallpauschalen gemäss SwissDRG;
- b) Taxen für besondere Leistungen;
- c) Tarife der Halbprivat- und Privatabteilung.

Die Tarife und Preise werden nach den in den Anhängen 1 bis 5 festgesetzten Ansätzen erhoben.

Art. 12 Fallpauschalen gemäss SwissDRG

Für stationäre Patienten gemäss Art. 3 wird eine SwissDRG-Fallpauschale erhoben. In den Fallpauschalen nach SwissDRG sind sämtliche Leistungen wie Unterkunft, Verpflegung, Bereitschaftskosten, pflegerische Betreuung, alle ärztlichen und spitaltechnischen Leistungen, Implantate, Materialien und Medikamente gemäss KVG resp. UV/MV/IV enthalten. Die Basispreise für Kostengewicht 1.0 sind im Anhang 1 dokumentiert.

Grundlage für die Abgeltung stationärer Akut-Aufenthalte für allgemeine Patienten bilden insbesondere die folgenden Dokumente. Massgebend sind die jeweils aktuellen Versionen.

- a) Vertrag über die Einführung der Tarifstruktur SwissDRG im Bereich der OKP zwischen den Tarifpartnern vom 2. Juli 2009;
- b) Fallpauschalenkatalog SwissDRG;
- c) Abrechnungsgrouper;
- d) ICD-10-GM (Diagnosenklassifikation);
- e) CHOP (Prozedurenklassifikation);
- 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.

Art. 13 Taxen für besondere Leistungen

Der Patient trägt die Kosten für:

- a) Einweisungs- und Entlassungstransporte (ohne medizinisch notwendige Verlegungstransporte in andere Spitäler und Kliniken), Transporte privater Natur und Beförderung privater Begleitpersonen;
- b) Mittel und Gegenstände der MiGeL-Liste sowie andere Utensilien, die beim Austritt abgegeben werden;
- c) Nichtpflichtleistungen;
- d) Begleitpersonen;
- e) Zusatzkosten für Zimmerkomfort gem. Art. 5 (Albergo);
- f) Medien wie Telefon, TV, Internet sowie Mehrleistungen für weitere private Aufwendungen des Patienten (für privat- und halbprivat versicherte Patienten sind die Kosten für TV und Internet in der Wahlleistungspauschale enthalten);
- g) Besondere Leistungen im Todesfall.

Art. 14 Tarife für Halbprivat- und Privatabteilung

In der Privat- und Halbprivatabteilung werden zusätzlich zu den Tarifen der allgemeinen Abteilung folgende Pauschalen in Rechnung gestellt:

- a) Nachtpauschale;
- b) Wahlleistungspauschale (Wahlleistungsbaserate mal DRG-Costweight).

2.4. Tarife für ambulante Patienten

Art. 15 Einzelleistungsverrechnung

Für ambulante Patienten gilt die Einzelleistungsverrechnung gemäss Anhang 3.

2.5. Rechnungswesen

Art. 16 Rechnungskopie

Sowohl im ambulanten wie auch im stationären Bereich verzichtet das OSPIDAL auf den Versand von Rechnungskopien an die Patienten. Auf Verlangen des Patienten werden diese zugestellt.

Art. 17 Zahlungsfrist und Mahnwesen, Verfügung

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

Nach Ablauf dieser Frist werden ein Verzugszins von 5 Prozent und der Ersatz der Selbstkosten für die Zahlungsaufforderung verrechnet. Die Krankenversicherer sind davon ausgenommen.

Ab der zweiten Mahnung wird eine Mahngebühr von CHF 30,- resp. in Folge CHF 50,- erhoben.

Wird eine Rechnung trotz dreimaliger Aufforderung nicht bezahlt, wird ein Betreibungsverfahren eingeleitet.

Bei unverschuldeten Zahlungsschwierigkeiten kann das OSPIDAL Zahlungserleichterungen gewähren.

3. Vollzugsbeginn

Art. 18 Schlussbestimmungen

Die vorliegende Tarifordnung tritt am 1. Januar 2019 in Kraft und ersetzt die bisherigen Bestimmungen. Anhänge werden kontinuierlich den neuen Verträge, durch die Geschäftsleitung angepasst.

Gerichtsstand: Scuol

Scuol, _____

lic. rer. pol. Philipp Gunzinger
Delegierter des Vorstands
Center da sandà Engiadina Bassa

Dr. med. Joachim Koppenberg
Vorsitzender der Geschäftsleitung
Center da sandà Engiadina Bassa

Anhang 1

I Tarife für allgemeine Abteilung

1. KVG-Patienten mit steuerrechtlichem Wohnsitz im Kanton Graubünden (Kantonseinwohner). Dieser Personengruppe gleichgestellt sind Patienten, die ohne einen steuerrechtlichen Wohnsitz zu begründen, aufgrund öffentlich-rechtlicher Vorschriften im Kanton Graubünden pflichtversichert sind.

Fallpauschale SwissDRG: Tarifsuisse: CHF 9'670.00/HSK+CSS: CHF 9'685.00/And. CHF 9'670.00

Krankenversicherer: 45%
Kanton GR: 55%

2. KVG-Patienten mit ausserkantonalem Wohnsitz medizinisch indiziert (Notfall).

Fallpauschale SwissDRG: Tarifsuisse: CHF 9'670.00/HSK+CSS: CHF 9'685.00/And. CHF 9'670.00

Krankenversicherer: Anteil gem. Teiler im Wohnkanton (Anhang 5)
Wohnkanton: Anteil gem. Teiler im Wohnkanton (Anhang 5)

3. KVG-Patienten mit ausserkantonalem Wohnsitz nicht medizinisch indiziert (geplant).

Fallpauschale SwissDRG gem. Referenztarif des Wohnkantons (Anhang 5)

Krankenversicherer: Anteil gem. Teiler im Wohnkanton (Anhang 5)
Wohnkanton: Anteil gem. Teiler im Wohnkanton (Anhang 5)

Zusatzversicherung: Allfällige Differenzkosten

4. KVG-Patienten mit Wohnsitz im EU/EFTA-Raum, die bei einer gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind (europäische Krankenversicherungskarte, E111 oder E112).

Fallpauschale SwissDRG CHF 9'670.00

Krankenversicherer (KVG Solothurn): 100%

5. Ausländer ausserhalb EU/EFTA-Raum, bzw. ohne gesetzliche Krankenversicherung und übrige Selbstzahler.

Fallpauschale SwissDRG CHF 11'622.00

Patient: 100%

6. IV-Patienten mit steuerrechtlichem Wohnsitz in Graubünden.

Die Rechnungsstellung erfolgt gemäss geltender Vereinbarung zwischen der Zentralstelle für Medizinaltarife UVG (ZMT) und dem OSPIDAL:

Fallpauschale SwissDRG CHF 9'674.00

IV-Versicherung: 80%
Kanton GR 20 %

7. UV/MV-Patienten.

Die Rechnungsstellung erfolgt gemäss geltender Vereinbarung zwischen der Zentralstelle für Medizinaltarife UVG (ZMT) und dem OSPIDAL:

Fallpauschale SwissDRG CHF 9'674.00
--

UV/MV-Versicherung: 100%

Krankentransporte durch spitaleigene oder spitalfremde Transportdienste sowie vom Versicherer verlangte Arztberichte, Gutachten und Autopsien (gemäss TARMED bzw. Spitalleistungskatalog) werden separat verrechnet.

II Tarife für halbprivate Abteilung

1. Pauschalen KVG- und UVG-Patienten ganze Schweiz

	Medizin	Chirurgie + Gynäkologie	Geburtshilfe
Nachtpauschale für Versicherungen mit Vertrag	gem. Vertrag	gem. Vertrag	gem. Vertrag
Nachtpauschale für Versicherungen ohne Vertrag	CHF 300.00	CHF 300.00	CHF 300.00
Wahlleistungspauschale für Versicherungen mit Vertrag	gem. Vertrag	gem. Vertrag	gem. Vertrag
Wahlleistungspauschale für Versicherungen ohne Vertrag	CHF 4'000.00	CHF 4'000.00	CHF 4'000.00

2. Pauschalen Selbstzahler

	Medizin	Chirurgie + Gynäkologie	Geburtshilfe
Nachtpauschale	CHF 300.00	CHF 300.00	CHF 300.00
Wahlleistungspauschale	CHF 4'000.00	CHF 4'000.00	CHF 4'000.00

III Tarife für private Abteilung

1. Pauschalen KVG- und UVG-Patienten ganze Schweiz

	Medizin	Chirurgie + Gynäkologie	Geburtshilfe
Nachtpauschale für Versicherungen mit Vertrag	gem. Vertrag	gem. Vertrag	gem. Vertrag
Nachtpauschale für Versicherungen ohne Vertrag	CHF 380.00	CHF 380.00	CHF 380.00
Wahlleistungspauschale für Versicherungen mit Vertrag	gem. Vertrag	gem. Vertrag	gem. Vertrag
Wahlleistungspauschale für Versicherungen ohne Vertrag	CHF 6'300.00	CHF 6'300.00	CHF 6'300.00

3. Pauschalen Selbstzahler

	Medizin	Chirurgie + Gynäkologie	Geburtshilfe
Nachtpauschale	CHF 380.00	CHF 380.00	CHF 380.00
Wahlleistungspauschale	CHF 6'300.00	CHF 6'300.00	CHF 6'300.00

IV Tarife Zimmerkomfort (Albergo)

1. Tages-Pauschalen

von Mehrbett- auf 2-Bett-Zimmer	CHF 150.00
von Mehrbett- auf 1-Bett-Zimmer	CHF 200.00
von 2-Bett- auf 1-Bett-Zimmer	CHF 100.00

V Familienzimmer / Zimmerzuschlag je Nacht

Familienzimmer stehen je nach Verfügbarkeit für folgende Personengruppen zur Verfügung:

- Gebärenden, deren Partner nach der Geburt ein- oder mehrmals im OSPIDAL übernachten möchte.
- Eltern deren Kind hospitalisiert ist und die beim Kind übernachten möchten.
- Anderen Patienten, sofern sie bereit sind, die entsprechenden Zuschläge zu bezahlen (nur in Ausnahmefällen, wenn keine andere Belegung absehbar ist).

Für Neugeborene und Kinder bis 7 Jahren ist dieser Service kostenlos, ab 7 Jahren werden CHF 20.00 pro Nacht und Person verrechnet.

Anhang 2

Rettungsdienst ASOS-Leistungen

Die Rettungsdienst-Leistungen werden gemäss den gültigen Tarifverträgen für Primär- und Sekundärtransporte und –Einsätze verrechnet.

Primärtransporte sind Notfalltransporte bzw. Rettungen, d.h. nicht planbare Einsätze der Dringlichkeitsstufen 1 oder 2 (gemäss KLV Art. 27).

Sekundärtransporte (Kranken- oder Verlegungstransporte) sind medizinisch notwendige, planbare Transporte (gemäss KLV Art. 26).

Werden die Transporte mittels eines spitalfremden Transportdienstes (z.B. Taxidienst) sichergestellt, werden die entsprechenden Kosten mit einem Administrationszuschlag von maximal 10 Prozent verrechnet.

Grundtaxen:

	KVG + SZ	UV/MV/IV
P1: Sofortiger Einsatz mit Sondersignal für einen Notfall mit bestehender oder vermuteter Beeinträchtigung der Vitalfunktionen / Dringlichkeitsstufe 1	CHF 550.00	CHF 390.00
P2: Sofortiger Einsatz für einen Notfall ohne Beeinträchtigung der Vitalfunktionen/ Dringlichkeitsstufe 1	CHF 550.00	CHF 390.00
P3: Einsatz auf Vorbestellung: Transportzeit wird in der Regel vereinbart	CHF 290.00	CHF 200.00
Disposition durch Sanitätsnotrufzentrale pauschal	CHF 50.00	CHF 0.00
Kilometerentschädigung (Hin- und Rückfahrt): Kilometerpauschale bis 10 km	CHF 42.00	CHF 0.00
Kilometerentschädigung (Hin- und Rückfahrt): Kilometerpreis pro km (10 bis 100 km)	CHF 4.20	CHF 4.20
Kilometerentschädigung (Hin- und Rückfahrt): Kilometerpreis pro km (ab 101 km)	CHF 3.60	CHF 4.20

Personal (inkl. Fahrer) je angebrochene 15 Min.:

Transporthelfer / dipl. Pflegepersonal / Transportsanitäter / Rettungssanitäter in Ausbildung 1. Lehrjahr	CHF 22.00	CHF 0.00
Rettungssanitäter i. A. mit Pflegediplom / Rettungssanitäter in Ausbildung 2. Lehrjahr / dipl. Rettungssanitäter / dipl. Kinder-, Anästhesie- und Intensivpflegepersonal	CHF 37.00	CHF 37.00
Dipl. Rettungssanitäter mit Anästhesiediplom	CHF 44.00	CHF 0.00
Arzt, Notarzt, Kinderarzt (wenn von 144 disponiert)	CHF 55.00	CHF 65.00

Notarzteinsätze:

Notarzteinsatzfahrzeug (Zubringerpauschale)	CHF 100.00	CHF 150.00
km-Pauschale bis 10 km	CHF 10.00	CHF 0.00
Kilometerpreis jeder weitere km (MTK: ab 1. km)	CHF 1.00	CHF 3.80
Ärztliche Leitung (je angebrochene 15 Min.)	CHF 55.00	CHF 65.00

Zuschläge

Die Zuschläge werden auf Begleitpersonen und Notarzteinsätze gerechnet.

Nachtzuschlag pro Einsatz (von 23.00 Uhr bis 6.00 Uhr)	CHF	78.00	25%
Sonntags-/Feiertagszuschlag pro Einsatz	CHF	78.00	25%
Wartezeit im Einsatz je angebrochene 15 Min.	CHF	25.00	-

Zusatzaufwendungen

Zusatzpaket 1 (Telemetrie, Multifunktionselektroden, Sauerstoff, Medikation usw.)	-	CHF	80.00
Zusatzpaket 2 (Material und Medikamente für eine Reanimation/Narkoseeinleitung/Politraum und dergleichen)	-	CHF	320.00

Spezielle Bestimmungen KVG

Bei Dienstleistungen ohne Transportfolgen werden die Grundtaxe, die Kilometer-Entscheidung, die Disposition durch die Sanitätsnotrufzentrale und die Dienstleistungen vor Ort am Patienten in Rechnung gestellt

Mehrere Patienten im Fahrzeug: Die Grundtaxe wird jedem Patienten verrechnet. Km-Pauschale, Nachtzuschlag, Sonntags-/Feiertagszuschlag sowie der Zuschlag für den Einsatz mit Notarzt werden auf alle Patienten anteilmässig verteilt.

Spezielle Bestimmungen UV/MV/IV

Behandlung vor Ort ohne Transport: Die Grundtaxe, Km-Entscheidung, Personal, Notarzt und Material können verrechnet werden.

Mehrere Patienten im Fahrzeug: Der Tarif exklusiv Zusatzaufwendungen für den gesamten Einsatz wird auf alle Patienten anteilmässig verteilt.

Weitere Transporte:

Krankentransporte durch Dritte	nach Aufwand
SRK-Fahrt	nach Aufwand
Taxi-Fahrt	nach Aufwand
Heli-Transport	nach Aufwand
Bestattungstransporte	nach Aufwand

Anhang 3

Taxpunktwerte ambulante Einzelleistungen

Es gelten folgende Taxpunktwerte:

1. **TARMED-Leistungen**
 - a. CHF 0.83 für alle ambulanten KVG-Patienten
„Der abgerechnete Taxpunktwert von CHF. 0.83 ist ab 01.01.2019 provisorisch. Eine Nachfakturierung erfolgt nach Vorliegen eines rechtskräftigen Entscheides über die definitive Höhe des abzurechnenden Taxpunktwertes“.
 - b. CHF 1.00 für alle ambulanten UV/MV/IV-Patienten
 - c. CHF 1.75 für alle übrigen ambulanten Patienten
2. **Laborleistungen gemäss Analysenliste**
 - a. CHF 1.00 für alle ambulanten KVG- und UV/MV/IV-Patienten
 - b. CHF 1.60 für alle übrigen ambulanten Patienten
3. **Physiotherapie-Leistungen gemäss Physiotherapie-Tarif**
 - a. CHF 0.94 für alle ambulante KVG-Patienten
 - b. CHF 0.95 für ambulante UV/MV/IV-Patienten
 - c. CHF 1.75 für alle übrigen ambulanten Patienten
4. **Ernährungs- und Diabetesberatung:**
 - a. CHF 1.00 für alle ambulanten KVG-Patienten
 - b. CHF 1.50 für alle übrigen ambulanten Patienten
5. **Stoma:**
 - a. CHF 0.83 für alle ambulanten KVG-Patienten
 - b. CHF 1.50 für alle übrigen ambulanten Patienten
6. **Wundmanagement:**
 - a. CHF 0.83 für alle ambulanten KVG-Patienten
 - b. CHF 1.50 für alle übrigen ambulanten Patienten
7. **Hebammen-Leistungen:**
 - a. CHF 1.15 für alle ambulante KVG-Patienten
 - b. CHF 1.50 für alle übrigen ambulanten Patienten
8. **Geburtsvorbereitungs-, Rückbildungs- und Babymassage-kurs:**
 - a. Geburtsvorbereitungskurs 1. Schwangerschaft CHF 300.00
(Die Krankenkassen beteiligen sich mit mind. CHF 150.00)
 - b. Geburtsvorbereitungskurs für jede weitere Schwangerschaft CHF 180.00
(Die Krankenkassen beteiligen sich mit mind. CHF 150.00)
 - c. Rückbildungskurs CHF 150.00
 - d. Babymassage CHF 150.00

Anhang 4

Pauschalen für Nichtpflichtleistungen

1. Versäumte Sitzungen:

Für versäumte Sitzungen ohne Abmeldung spätestens 24 Stunden vor dem Termin wird ein Pauschalbetrag von CHF 60.00 in Rechnung gestellt.

2. Zuschläge für Administration:

Für Garanten und Selbstzahler, mit welchen das OSPIDAL keinen Vertrag hat, gelten folgende Gebühren:

Ambulante Patienten mit einem Rechnungsbetrag bis CHF 500.00	CHF 20.00
Ambulante Patienten mit einem Rechnungsbetrag ab CHF 501.00	CHF 50.00
Stationäre Patienten mit einem Rechnungsbetrag bis CHF 5'000.00	CHF 50.00
Stationäre Patienten mit einem Rechnungsbetrag ab CHF 5'001.00	CHF 100.00

3. Selbstzahlerpauschalen Gynäkologie:

a. Sterilisation ambulant	CHF 1'500.00
b. Sterilisation stationär	CHF 1'200.00
c. Sterilisation stationär bei Sectio etc.	CHF 500.00

4. Selbstzahlerpauschale Vasektomie:

a. Vasektomie mit Lokalnarkose (ambulant)	CHF 850.00
b. Vasektomie mit Vollnarkose (ambulant)	CHF 1'000.00
Vasektomie bei Laparoskopie	CHF 500.00

5. Zusatzkosten:

Fernseher pro Tag (P und HP gratis)	gem. aktuelle
Patientenbroschüre	
Internet (P und HP gratis)	gem. aktuelle
Patientenbroschüre	
Telefon	gem. aktuelle Patientenbroschüre

6. Begleitpersonen:

Gem. aktuelle Patientenbroschüre

7. Wäsche-Service:

Gem. aktuelle Patientenbroschüre

8. Bestattungswesen:

CHF 300.00 für die ersten 4 Tage
CHF 100'00 für jeden weiteren Tag

Anhang 5

Referenztarif des Wohnkantons für KVG-Patienten mit ausserkantonalem Wohnsitz nicht medizinisch indiziert (geplant).

Kantonale Finanzierungsanteile gem. beiliegendem Link:

www.gdk-cds.ch