

Taxordnung des Spitalverbundes «HOCH»

vom 18. Dezember 2024 (Stand 1. Januar 2025)

Der Verwaltungsrat des Spitalverbundes

erlässt

in Ausführung von Art. 6 Abs. 2 Bst. g des Gesetzes über den Spitalverbund vom 22. September 2002¹ und Art. 6 Abs. 2 Bst. c Ziff. 4 des Statuts des Spitalverbundes vom 25. September 2024²

als Reglement:³

I. Allgemeine Bestimmungen

(1.)

Art. 1 Geltungsbereich

¹ Dieser Erlass gilt für den Spitalverbund «HOCH» und die dazugehörigen Betriebsstätten nach Art. 3 ff. SSV.

Art. 2 Vereinbarungen

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

- a) für allgemein versicherte Personen mit:
 1. Krankenversicherungen nach Art. 11 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung vom 18. März 1994⁴;
 2. Unfallversicherungen nach Art. 58 und Art. 61 ff. des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung vom 20. März 1981⁵;
 3. eidgenössische Militärversicherung nach dem Bundesgesetz über die Militärversicherung vom 19. Juni 1992⁶;

1 sGS 320.2; abgekürzt GSV.

2 sGS 320.30; abgekürzt SSV.

3 Abgekürzt TO-SV. In Vollzug ab 1. Januar 2025.

4 SR 832.10; abgekürzt KVG.

5 SR 832.20; abgekürzt UVG.

6 SR 833.1; abgekürzt MVG.

4. eidgenössische Invalidenversicherung nach dem Bundesgesetz über die Invalidenversicherung vom 19. Juni 1959⁷;
- b) für Personen mit einer Halbprivat- und Privatversicherung mit Versicherungen nach Bst. a dieser Bestimmung mit einer Spitalzusatzversicherung nach dem Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag vom 2. April 1908⁸.

² Die Taxen für ambulante Patientinnen und Patienten werden durch Vereinbarung nach Abs. 1 dieser Bestimmung geregelt.

Art. 3 Taxtarife

¹ Für nicht durch Vereinbarungen abgedeckte Taxen erlässt der Verwaltungsrat des Spitalverbundes gestützt auf diesen Erlass Taxtarife:

- a) gemeinsam für die stationären Spitalstandorte (Art. 3 SSV) und bei Bedarf gesondert für:
1. besondere Kliniken und Institute;
 2. ausgelagerte Betriebszweige oder Tochtergesellschaften;
- b) für Gesundheits- oder Notfallzentren (Art. 4 SSV);
- c) für weitere Betriebsstätten (Ambulatorien [Art. 5 SSV]).

² Die einzelnen Taxtarife enthalten die jeweils gültigen Preise.

Art. 4 Spezialtarife
a) Allgemein

¹ Für Leistungen ausserhalb der oder in Ergänzung zu den Vereinbarungen nach Art. 2 und 3 dieses Erlasses erlässt die Geschäftsleitung:

- a) eine Pauschalpreis-Tarifliste, welche die Taxen für Selbstzahlerinnen und Selbstzahler festlegt;
- b) einen Mehrleistungskatalog je Betriebsstätte, welcher die stationären Zusatzleistungen für Personen mit einer Halbprivat- oder Privatversicherung festlegt.

² Sämtliche Selbstkosten für Zusatzleistungen ausserhalb der Vereinbarungen und der Tarifierlasse des Spitalverbundes werden mit einem angemessenen Zuschlag von höchstens zehn Prozent verrechnet. Diese Selbstkosten können nach pauschalen Ansätzen erhoben werden.

Art. 5 b) für Rettungsdienste

¹ Die Taxen für Leistungen der Rettung St.Gallen AG werden durch Vereinbarung mit den Leistungsempfängern, Institutionen oder Garanten geregelt.

⁷ SR 831.20; abgekürzt IVG.

⁸ SR 221.229.1; abgekürzt VVG.

² Für nicht durch Vereinbarungen abgedeckte Taxen der Rettung St.Gallen AG erlässt der Verwaltungsrat des Spitalverbundes einen Taxtarif nach Art. 3 Abs. 1 Bst. a Ziff. 2 dieses Erlasses.

³ Für Leistungen weiterer Rettungsdienste mit vom Spitalverbund delegiertem Leistungsauftrag für das Versorgungsgebiet im Kanton St.Gallen wird der jeweilige Tarif des entsprechenden Rettungsdienstes, der die Leistung erbringt, angewendet.

II. Status der Patientinnen und Patienten

(2.)

Art. 6 *Personenkategorien*

¹ Für die Festlegung von Taxen wird unterschieden zwischen:

- a) Personen mit steuerrechtlichem Wohnsitz in der Schweiz, die nach dem KVG versichert sind;
- b) Personen, die nach dem UVG, nach dem MVG oder nach dem IVG versichert sind;
- c) Personen mit steuerrechtlichem Wohnsitz in der Schweiz, die nicht nach Bst. a und b dieser Bestimmung versichert sind;
- d) Personen, die nicht unter Bst. a–c dieser Bestimmung fallen.

² Den Personen mit steuerrechtlichem Wohnsitz im Kanton St.Gallen gleichgestellt sind Personen:

- a) mit steuerrechtlichem Wohnsitz im Fürstentum Liechtenstein (FL) oder in den Kantonen Appenzell Innerrhoden (AI) und Appenzell Ausserrhoden (AR), die stationär behandelt werden;
- b) ohne steuerlichen Wohnsitz im Kanton St.Gallen, die einer unaufschiebbaren stationären oder ambulanten Behandlung bedürfen, für welche die Kosten von einer politischen Gemeinde des Kantons St.Gallen als Notfallgemeinde übernommen werden.

Art. 7 *Stationäre Patientinnen und Patienten* *a) Allgemein*

¹ Als stationäre Behandlung⁹ gelten Aufenthalte in einem der stationären Spitalstandorten zur Untersuchung, Behandlung und Pflege im Spital oder im Geburtshaus:

- a) von mindestens 24 Stunden;
- b) von weniger als 24 Stunden, jedoch mit einem Aufenthalt im Spital über Miternacht und Belegung eines Bettes während des Aufenthalts;

⁹ 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.

320.33

- c) bei Überweisung in eine andere stationäre Einrichtung¹⁰;
- d) im Geburtshaus bei Überweisung in ein Spital;
- e) bei Todesfällen.

² Als allgemeine Patientinnen und Patienten gelten die übrigen Patientinnen und Patienten, die nicht nach Art. 8 dieses Erlasses als Halbprivat- oder Privatpatientinnen und -patienten gelten.

Art. 8 *b) Halbprivat- und Privatpatientinnen und -patienten*

¹ Als stationäre Halbprivat- und Privatpatientinnen und -patienten gelten Patientinnen und Patienten, die aufgrund einer Spitalzusatzversicherung oder als Selbstzahler Anrecht auf die ärztlichen und klinischen Mehrleistungen sowie auf Mehrleistungen der Hotellerie gemäss dem Mehrleistungskatalog nach Art. 4 Abs. 1 Bst. b dieses Erlasses haben.

² Stationäre Privatpatientinnen und -patienten werden in einem Einzelzimmer und stationäre Halbprivatpatientinnen und -patienten werden in einem Zweibettzimmer betreut, wenn nicht betriebliche Gründe die Betreuung in einer anderen Zimmerkategorie erfordern.

Art. 9 *Ambulante Patientinnen und Patienten*

¹ Als ambulante Behandlung gelten alle Behandlungen, die nicht stationäre Behandlungen sind.¹¹

III. Tarife (3.)

1. Stationäre Patientinnen und Patienten (3.1.)

Art. 10 *Grundsatz*

¹ Für stationäre Patientinnen und Patienten erhebt der Spitalverbund:

- a) Fallpauschalen nach SwissDRG¹²;
- b) Sonderentgelte (insbesondere Zusatzentgelte) gemäss SwissDRG;
- c) Taxen:
 - 1. für besondere Leistungen gemäss einem Taxtarif nach Art. 3 dieses Erlasses oder gemäss anderen Tarifdokumenten nach Art. 4 f. dieses Erlasses;

10 Ausserhalb der Standorte des Kantonsspitals St.Gallen.

11 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.

12 Vgl. Art. 49 KVG.

2. für Halbprivat- und Privatpatientinnen und -patienten gemäss den Vereinbarungen mit den Zusatzversicherern und gemäss einem Taxtarif nach Art. 3 dieses Erlasses.

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 KVG nicht von einer Versicherung übernommen werden.

Art. 11 Allgemeine Abteilung

¹ Für die Abgeltung stationärer Aufenthalte nach Art. 10 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;
- 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. 12 Stationäre Halbprivat- und Privatpatientinnen und -patienten *a) Allgemein*

¹ Stationären Halbprivat- und Privatpatientinnen und -patienten werden zu den Kosten der allgemeinen Abteilung folgende Zuschläge gemäss dem Mehrleistungskatalog nach Art. 4 Abs. 1 Bst. b dieses Erlasses in Rechnung gestellt:

- a) für Hotellerie (u.a. Komfortzuschlag für Ein- oder Zweibettzimmer), aufgenommen in der Zentralen Notfallaufnahme, auf der Intensivstation und auf der Neonatologie;
- b) für klinische Mehrleistungen (u.a. prioritärer Zugang);
- c) für ärztliche Mehrleistung (u.a. freie Arztwahl).

² Für den Ein- und den Austrittstag wird jeweils der volle Zuschlag für Hotellerie sowie freie Arztwahl verrechnet.

³ Patientinnen und Patienten, die von der allgemeinen Abteilung zu den Halbprivat- und Privatpatientinnen und -patienten oder von den Halbprivat- und Privatpatientinnen und -patienten in die allgemeine Abteilung übertreten, werden die Zuschläge nach Abs. 1 und 2 dieser Bestimmung nur für die Zeit des Aufenthalts als Halbprivat- und Privatpatientinnen und -patienten verrechnet.

Art. 13 Selbstzahlerinnen und Selbstzahler sowie übrige Patientinnen und Patienten

¹ Für die Unterbringung von Patientinnen und Patienten nach Art. 6 Abs. 1 Bst. c und d sowie Abs. 2 Bst. a dieses Erlasses in einem Zweibett- oder Einbettzimmer wird die Pauschale je Nacht verrechnet.

² Für die Behandlung und Betreuung als stationäre Halbprivat- und Privatpatientinnen und -patienten wird eine Pauschale je Nacht verrechnet.

³ Die Berechnung des Zuschlags für die freie Arztwahl erfolgt auf Basis der Regeln von SwissDRG und der jeweils gültigen SwissDRG-Katalogversion¹³. Dabei entspricht das ermittelte Kostengewicht aus dem grundversicherten Fall der jeweiligen Fallpauschale.

⁴ Die Höhe des Rechnungsbetrags ist abhängig von der tatsächlichen Aufenthaltsdauer.

2. Ambulante Patientinnen und Patienten

(3.2.)

Art. 14 Grundsatz

¹ Für ambulante Patientinnen und Patienten gilt grundsätzlich die Einzelleistungsverrechnung nach dem Taxtarif und der ambulanten Tarifstruktur des KVG.

² Die Berechnung des Rechnungsbetrags erfolgt auf Basis der Regeln der für das Fachgebiet jeweils gültigen ambulanten Tarifstruktur. Dabei werden die jeweiligen Taxpunkte der erbrachten Leistungen mit dem Taxpunktwert der Tarifstruktur multipliziert.

³ Vertragliche Vereinbarungen zur Abgeltung von ambulanten Leistungen mittels Pauschalen sind möglich.

Art. 15 Ausnahmen

¹ Für Laborleistungen gelten die Analysenliste mit Tarifen des Bundesamtes für Gesundheit beziehungsweise die Tarife des Zentrums für Labormedizin St.Gallen.

13 www.swissdrg.org.

² Für Medikamente und Radiopharmaka gelten die Preise gemäss der Spezialitätenliste des Bundesamtes für Gesundheit.

3. Übrige Leistungen

(3.3.)

Art. 16 Grundsatz

¹ Der Patientin oder dem Patienten werden insbesondere in Rechnung gestellt:

- a) Leistungen, die nicht der Leistungspflicht nach dem KVG, nach dem UVG, nach dem MVG oder nach dem IVG unterliegen;
- b) Kosten für auf Wunsch der Patientin oder des Patienten bzw. von Angehörigen oder der gesetzlichen Vertretung zugezogene externe Ärztinnen oder Ärzte;
- c) Anschaffungen, Reparaturen und Reinigung von Kleidern, Wäsche, Schuhen, Toilettengegenständen und dergleichen;
- d) Aufwendungen des Spitalverbundes bei Urlaub oder Flucht;
- e) Kosten für Begleitungen;
- f) Zusatzkosten im Familienzimmer (Wochenbettstation);
- g) Kosten für Coiffeur, Telefon 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;
- h) Kosten für Einweisungs- und Entlassungstransporte, vorbehaltlich medizinisch notwendiger Verlegungstransporte in andere Spitäler und Kliniken;
- i) Kosten für Transporte privater Natur und die Beförderung privater Begleitpersonen;
- j) Sachbeschädigungen;
- k) Mittel und Gegenstände der Mittel- und Gegenstände-Liste (MiGeL)¹⁴ sowie andere Utensilien, die beim Austritt abgegeben werden;
- l) besondere Leistungen im Todesfall.

² Es besteht kein Anspruch auf Unterbringung für Begleitpersonen nach Abs. 1 Bst. e dieser Bestimmung. Sofern es die betriebliche Situation jedoch erlaubt, werden Begleitpersonen von Patientinnen und Patienten in Räumlichkeiten des Spitals untergebracht und gepflegt. Begleitpersonen, die pflegerische Unterstützung leisten, erhalten einen Abschlag von 50 Prozent auf die entsprechende Pauschale.

Art. 17 Autopsien

¹ Autopsien bei in anderen Spitälern verstorbenen Patientinnen und Patienten werden dem Auftrag gebenden Spital in Rechnung gestellt.

¹⁴ Art. 20a der Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenversicherung vom 29. September 1995, SR 832.112.31.

IV. Finanzielle Abwicklung

(4.)

Art. 18 *Kostengutsprache und Vorschuss* *a) für stationäre Patientinnen und Patienten*

¹ Der Spitalverbund meldet der Versicherung umgehend den Eintritt von stationären Patientinnen und Patienten. Besteht aus Sicht der Versicherung keine Leistungspflicht, teilt sie dies dem Spitalverbund umgehend mit.

² Stationäre Patientinnen und Patienten, für deren Kosten ein anderer Garant aufkommt, bringen beim Eintritt, spätestens aber bis zum dritten Aufenthaltstag, eine Kostengutsprache bei.

³ Wird die Kostengutsprache nicht rechtzeitig beigebracht oder lehnt der Kostenträger nachträglich eine Übernahme der Kosten ab, wird die Patientin oder der Patient als Selbstzahlerin bzw. Selbstzahler betrachtet.

Art. 19 *b) für ambulante Patientinnen und Patienten*

¹ Ambulante Patientinnen und Patienten bringen auf Verlangen des Spitalverbundes eine Kostengutsprache bei.

² Wird die Kostengutsprache nicht rechtzeitig 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 Kaderarzt¹⁵ oder deren bzw. dessen Stellvertretung. Vorbehalten bleiben anders lautende Vereinbarungen.

Art. 20 *c) für Selbstzahlerinnen und Selbstzahler*

¹ Selbstzahlerinnen und Selbstzahler leisten den vom Spitalverbund festgesetzten Kostenvorschuss, der die voraussichtlichen Kosten deckt.

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

Art. 21 *Zahlungsfrist und Mahnwesen*

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

¹⁵ Vgl. Art. 78e Abs. 1 PersV, sGS 143.11.

² Nach Ablauf der Frist werden ein Verzugszins von fünf Prozent und der Ersatz der Selbstkosten für die Zahlungsaufforderung verrechnet. Davon ausgenommen sind Krankenkassen-Versicherte im Bereich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung, sofern keine andere Vereinbarung getroffen wurde.

³ Wird eine Rechnung trotz zweimaliger Aufforderung nicht bezahlt, wird ein Beteiligungsverfahren nach dem Bundesgesetz über Schuldbetreibung und Konkurs vom 11. April 1889¹⁶ eingeleitet.

⁴ Bei unverschuldeten Zahlungsschwierigkeiten kann der Spitalverbund Zahlungserleichterungen gewähren.

V. Schlussbestimmungen

(5.)

Art. 22 *Publikation*

¹ Dieser Erlass wird in der Gesetzessammlung des Kantons St.Gallen sowie auf der Internetseite des Spitalverbundes publiziert.¹⁷

² Die Taxtarife und Spezialtarife nach Art. 3 ff. dieses Erlasses werden auf den Internetseiten der sie betreffenden Organisationen, Kliniken/Instituten oder ausgelagerter Betriebszweige/Tochtergesellschaften publiziert.

¹⁶ SR 281.1.

¹⁷ Art. 20 SSV, sGS 320.30.

* Änderungstabelle - Nach Bestimmung

Bestimmung	Änderungstyp	nGS-Fundstelle	Erlassdatum	Vollzugsbeginn
Erlass	Grunderlass	2024-073	18.12.2024	01.01.2025

* Änderungstabelle - Nach Erlassdatum

Erlassdatum	Vollzugsbeginn	Bestimmung	Änderungstyp	nGS-Fundstelle
18.12.2024	01.01.2025	Erlass	Grunderlass	2024-073