

Taxordnung (gültig ab 1. Januar 2018)

1. Stationäre Patienten akut

Aufenthalte über die Mitternachtsgrenze mit Bettbenützung auf einer Pflegestation gelten als stationäre Aufenthalte. Ebenso werden Verlegungen in ein anderes Spital oder Todesfälle innert weniger als 24 Stunden stationär abgerechnet. Vorbehalten sind besondere vertragliche Vereinbarungen mit Kranken- und Unfallversicherungen. Die stationären Aufenthalte werden mit Fallpauschalen nach Swiss-DRG abgerechnet. Darin enthalten sind sämtliche Leistungen wie Unterkunft, Verpflegung, Bereitschaftskosten, pflegerische Betreuung, alle ärztlichen und spitaltechnischen Leistungen, Implantate, Materialien und Medikamente gemäss KVG resp. UVG/MV/IV.

Allgemein versicherte Patienten

Pauschalen für Swiss-DRG* (Basispreis für Kostengewicht 1.0)

Krankenversicherungen		
– Patienten der HSK-Gruppe** und Selbstzahler	CHF	9'650.00 ¹⁾
– Patienten der Tarif-Suisse und CSS	CHF	9'585.00 ¹⁾
¹⁾ Es handelt sich um provisorische Tarife, da die diesbezüglichen Verhandlungen noch nicht abgeschlossen sind. Bei Patienten mit Wohnsitz in der Schweiz übernimmt der Wohnkanton jeweils einen Anteil von 55%.		
Unfall-, Invaliden- und Militärversicherung	CHF	10'000.00

Halbprivate Abteilung

Pauschalen nach Swiss-DRG* (Basispreise für Kostengewicht 1.0)

Referenzpreis, gültig wenn keine ausreichende Versicherungsdeckung für die halbprivate Abteilung vorhanden ist oder mit der zuständigen Versicherungsgesellschaft der Preis vertraglich nicht geregelt ist:

– Erwachsene/Kinder/Neugeborene	CHF	15'000.00
---------------------------------	-----	-----------

Private Abteilung

Pauschalen nach Swiss-DRG* (Basispreise für Kostengewicht 1.0)

Referenzpreis, gültig wenn keine ausreichende Versicherungsdeckung für die private Abteilung vorhanden ist oder mit der zuständigen Versicherungsgesellschaft der Preis vertraglich nicht geregelt ist:

– Erwachsene/Kinder/Neugeborene	CHF	18'000.00
---------------------------------	-----	-----------

*) Swiss-DRG ist die Abkürzung für «Swiss Diagnosis Related Group» bzw. auf Deutsch diagnosebezogene (Fall-)Gruppe.

***) Zur HSK-Gruppe gehören die folgenden Versicherer: Helsana, Progrès, Indivo, Sanitas, Compact, KPT

Den Krankenversicherungen, übrigen Garanten und Selbstzahlern werden zusätzlich zu den Pauschalen nach Swiss-DRG folgende Leistungen in Rechnung gestellt:

- Medikamente und Verbandstoffe (nur KVG), die beim Austritt ausgehändigt werden
- Primäre Krankentransporte
- Arztberichte, Gutachten und Autopsien die vom Versicherer verlangt werden
- Unkosten für Krankentransporte

2. Komfort Upgrade

Patienten haben die Möglichkeit, ihren Aufenthalt in einer höheren Zimmerkategorie oder einer höheren Versicherungsklasse zu geniessen. Dafür werden folgende Zuschläge (pro Nacht) verrechnet:

Zimmer auf allgemeiner Abteilung

Allgemein versichert in Zweibettzimmer (K2)	CHF	105.00
Allgemein versichert in Einbettzimmer (K1)	CHF	220.00

Mit dieser Variante werden Sie in der gewählten, höheren Zimmerkategorie untergebracht. Die übrigen Leistungen, wie zum Beispiel die Hotellerieleistungen, bleiben entsprechend Ihrer Versicherungskategorie.

Zimmer auf Privatstation

Halbprivat versichert in Einbettzimmer (P-Kategorie/UK1)	CHF	165.00
--	-----	--------

Für alle Upgrades gilt

Bei Bettenengpässen haben immer die Patienten mit einer HP-/P-Versicherung den Vorrang. Es kann daher in Ausnahmefällen vorkommen, dass wir Ihrem Wunsch nach einem Komfort Upgrade nicht oder nur teilweise entsprechen können. Zudem behalten wir uns vor, Patienten bei Bedarf in ein Zimmer gemäss der ursprünglichen Versicherungsdeckung zu verlegen.

3. Stationäre Patienten chronisch

Für Patienten, deren Spitalbedürftigkeit aus medizinischen Gründen nicht mehr indiziert ist und deren Garanten die Kostendeckung einschränken, gilt eine Verrechnung an den Patienten von:

Pro Nacht in der allgemeinen Abteilung	CHF	400.00
--	-----	--------

Möchten Sie den Aufenthalt in einer höheren Zimmerkategorie oder Versicherungsklasse geniessen, ist dies selbstverständlich möglich. In diesem Fall werden zum Standardpreis die Zuschläge gemäss Punkt 2 (pro Nacht) zusätzlich in Rechnung gestellt.

4. Ambulante Patienten

Behandlungen oder Untersuchungen während weniger als 24 Stunden werden als ambulante Fälle abgerechnet. Sämtliche ärztliche und spitaltechnische Leistungen sowie die benötigten Implantate, Materialien und Medikamente werden als Einzelleistungen verrechnet.

Krankenversicherungen

– Taxpunktwert TARMED	CHF	0.90 ¹⁾
– Taxpunktwert Labor	CHF	1.00
– Taxpunktwert Ernährungsberatung	CHF	1.00
– Taxpunktwert Physiotherapie HSK-Gruppe	CHF	0.96
– Taxpunktwert Physiotherapie CSS	CHF	0.92
– Taxpunktwert Physiotherapie Tarif-Suisse und selbstzahler	CHF	0.97

¹⁾ Es handelt sich um einen provisorischen Tarif, da die diesbezügliche Verhandlung noch nicht abgeschlossen ist.

Unfall-, Invaliden- und Militärversicherung

– Taxpunktwert TARMED	CHF	1.00
– Taxpunktwert Physiotherapie	CHF	0.95
– Taxpunktwert Labor	CHF	1.00

5. Begleitpersonen

Es kommen folgende Taxen pro Nacht zur Anwendung:

Begleitperson im Spitalbett	CHF	30.00
Begleitsäugling	CHF	40.00

In den Taxen ist nur die Übernachtung enthalten. Begleitpersonen haben die Möglichkeit, sich in unserem Restaurant gegen Barzahlung zu verpflegen.

6. Familienzimmer

Um die ersten Tage nach der Geburt das Familienglück zusammen mit dem Partner geniessen zu können, besteht die Möglichkeit des Aufenthaltes im Familienzimmer. Für die Höhe des Unkostenbeitrags verweisen wir auf das separate Informationsblatt «Familienzimmer».

7. Rechnungsstellung und Zahlungsbedingungen

Die Rechnungsstellung erfolgt primär an die Garanten, welche 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 Swiss-DRG-Pauschalen und Einzelleistungen immer folgende Leistungen in Rechnung gestellt:

- Nicht KVG-/UVG-pflichtige medizinische Leistungen inklusive präventivmedizinische Leistungen
- Nicht von der obligatorischen Versicherung (KVG/UVG) zu übernehmende Hilfsmittel und Gegenstände
- Nicht von den Versicherungen gedeckte Komfortzuschläge
- Zuschläge für ausserordentliche Pflegebedürftigkeit
- Zivilstandsmeldungen
- Todesfallkosten
- Private Aufwendungen (z. B. Telefonate, Patientenwäsche, Coiffeur usw.)
- Ersatzleistungen für Beschädigungen
- Beherbergung und Auslagen für Begleitpersonen

8. Verrechnungsgrundlagen

Als Verrechnungsgrundlagen gelten: Beschlüsse des Stiftungsrats «Krankenhaus Maria zum finstern Wald» Einsiedeln, Rahmenvertrag TARMED, Eidgenössische Analysenliste (AL), Eidgenössische Tarife für Physiotherapie, Ernährungsberatung, Tarifvereinbarung mit dem SVK für rückversicherbare Leistungen, Verträge mit den Versicherern über die Vergütung an die Spitäler für die stationäre Behandlung von Krankenkassenpatienten in den Allgemeinen Abteilungen und die ambulante Behandlung von Krankenkassenpatienten, Vertrag über die Rechnungsstellung gegenüber Zusatzversicherten Patienten in den öffentlichen Spitälern des Kantons Schwyz, Vertrag mit den Versicherern gemäss Bundesgesetz über die Unfallversicherung, Vertrag mit dem Bundesamt für Militärversicherung, Bilaterales EU-Abkommen über die Hospitalisation von EU Bürgern in Schweizer Spitälern.

9. Kostenvorschüsse

	Für Patienten mit Wohnsitz Kanton Schwyz	Für Patienten mit Wohnsitz übrige Schweiz/Ausland
– Stationär	CHF 5'000.00	CHF 8'000.00
– Ambulant	je nach Diagnose zwischen	CHF 500.00 und CHF 1'200.00

Bei fehlender oder ungenügender Versicherungsdeckung sehen wir uns veranlasst, einen Kostenvorschuss in der Höhe der ungedeckten Kosten zu verlangen.

Allfällig erforderliche Kostenvorschüsse beim Spitaleintritt können bar, mit EC-direkt, Postcard oder den Kreditkarten VISA und Mastercard geleistet werden.