

Antrag des Regierungsrates vom 20. Oktober 2004

4216

**Beschluss des Kantonsrates
über die Genehmigung der Verordnung über
Leistungen und Gebühren der kantonalen Spitäler**

(vom)

Der Kantonsrat,

nach Einsichtnahme in den Antrag des Regierungsrates vom 20. Oktober 2004,

beschliesst:

I. Die Verordnung über die Leistungen und Gebühren der kantonalen Spitäler vom 20. Oktober 2004 wird genehmigt.

II. Mitteilung an der Regierungsrat.

Weisung

A. Die geltende Taxregelung

Die Behandlung von Patientinnen und Patienten in den kantonalen Spitälern ist gebührenpflichtig. Mit Ausnahme der seit 1. Januar 2004 für das Kantonsspital Winterthur (KSW; LS 813.111.2) geltenden Taxordnung werden die Leistungen nach der Taxordnung für die kantonalen Krankenhäuser vom 1. April 1992 (Taxordnung) tarifiert. Dabei kommen nach den Behandlungsklassen «Allgemeine Abteilung», «Halbprivate Abteilung» und «Private Abteilung» abgestufte Tarife zur Anwendung. Unterschiedliche Taxen gelten sodann für Zürcherinnen und Zürcher, übrige Schweizerinnen und Schweizer sowie für Ausländerinnen und Ausländer. Für die ambulanten Behandlungen gilt der Grundsatz der Einzelleistungsverrechnung. Bei den stationären Behandlungen werden Tagespauschalen für Unterkunft und Pflege, normale medizinische, pflegerische und betreuerische Massnahmen sowie Investitionen und bei zusatzversicherten Patientinnen und

Patienten der halbprivaten und privaten Abteilung Zuschläge für Sonderleistungen wie diagnostische und therapeutische Verrichtungen erhoben. Für die Zuschläge wird ebenfalls das Prinzip der Einzelleistungsverrechnung angewandt, wobei die Taxordnung dazu auf den Spitalleistungs-Katalog (SLK) verweist. Dabei handelt es sich um ein Tarifregelwerk mit Hunderten von Einzelpositionen. Die Taxordnung mit ihren Tagespauschalen und Einzelleistungsverrechnungen kommt immer nur dann zur Anwendung, wenn die Tarifierung nicht durch die Sozialversicherungsgesetzgebung des Bundes geregelt ist oder soweit nicht abweichende Verträge der Gesundheitsdirektion mit Versicherern bestehen. Die Taxordnung stellt insbesondere bei den Tagestaxen der stationären Behandlungen lediglich das Berechnungssystem zur Verfügung, während die konkrete Festlegung der Preise innerhalb der gestellten Rahmenbedingungen der Gesundheitsdirektion für die Festsetzung der konkreten Preise zum Vollzug zugewiesen wird.

B. Revisionsbedarf

Die Taxordnung der kantonalen Krankenhäuser, die in wesentlichen Teilen noch auf dem Spitalleistungs-Katalog (SLK) beruht, hat sich in den zehn Jahren ihres Bestehens als differenziertes Tarifierungssystem bewährt. Sie ist aber durch die Rechtsentwicklung einerseits und den Erlass des neuen Einzelleistungsverrechnungssystems TARMED (Tarif der medizinischen Leistungen) mit bundesweiter Geltung andererseits revisionsbedürftig geworden.

1. Rechtsentwicklung

Seit dem Inkrafttreten des Krankenversicherungsgesetzes (KVG; SR 832.10) am 1. Januar 1996 ist die Tarifierung für die Behandlung von grundversicherten Patientinnen und Patienten in der Allgemeinen Abteilung durch Bundesrecht geregelt. Die Taxordnung gilt damit grundsätzlich gegenüber Zürcherinnen und Zürichern nur noch im Bereich der halbprivaten und privaten Abteilungen bzw. der Zusatzversicherungen. Seit dem Inkrafttreten der bilateralen Verträge sind sodann die unter den Geltungsbereich dieser Verträge fallenden Ausländerinnen und Ausländer den Schweizerinnen und Schweizern gleichzustellen. Dieser Entwicklung ist bereits mit Revision der Taxordnung mit Wirkung ab 1. Juni 2002 (OS 57, 185) teilweise Rechnung getragen worden. Die mit Inkrafttreten des KVG gesetzlich vorgeschriebene Verpflichtung zum Abschluss einer obligatorischen Grund-

versicherung hat weiter eine Systemänderung im Verhältnis zwischen Allgemein- und Privatversicherung bewirkt. Die Privatversicherung wurde nun zur Zusatzversicherung. Dieser Systemwandel ist vom Bundesgesetzgeber in seinen Auswirkungen nicht voll erkannt und im KVG auch nicht konsequent durchkonzipiert worden. Klarheit schaffte erst das Eidgenössische Versicherungsgericht mit Urteil vom 30. November 2001. Seither haben zusatzversicherte Patientinnen und Patienten in den halbprivaten und privaten Abteilungen Anspruch auf Leistungen der Krankenversicherer einerseits und der Kantone andererseits im gleichen Umfang, wie wenn sie in der allgemeinen Spitalabteilung behandelt würden. Dies bedeutet mit Bezug auf die Versicherer, dass der volle Kostenanteil, der in der allgemeinen Abteilung verrechnet würde, der Kostenstelle der Grundversicherung belastet werden darf, während die Kantone verpflichtet sind, die Spitalrechnung um den Anteil herabzusetzen, der bei Allgemeinpatientinnen und -patienten zur Verbilligung der Allgemeintarife aufgewendet werden muss. Diese Regelung gilt nur für die öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitäler, nicht aber für die nichtöffentlichen, nichtsubventionierten Privatspitäler. Die von den Kantonen zu leistenden Subventionsanteile, die so genannten Sockelbeiträge, sind durch ein dringliches Bundesgesetz vom 21. Juni 2002 (SR 832.14) zu Gunsten der Kantone bis Ende 2004 noch beschränkt. Das Bundesparlament ging bei Erlass dieses Gesetzes davon aus, dass es spätestens am 1. Januar 2005 durch neue Bestimmungen des in Revision stehenden KVG abgelöst würde. Nach dem Scheitern der 2. KVG-Revision im Dezember 2003 soll nun das dringliche Bundesgesetz gemäss dem vom Bundesrat im Mai 2004 zuhanden des Parlaments verabschiedeten KVG-Revisionspaket bis zur Einführung einer neuen Spitalfinanzierung verlängert werden. In der neuen Taxordnung ist dieser Sockelbeitragsproblematik Rechnung zu tragen.

Mit der Sockelbeitragsproblematik ist auch die Tarifschutzdiskussion wieder aufgelebt. Nach Auffassung der Versicherer, die auch vom Bundesrat geteilt wird, bedeutet der Systemwandel zur Zusatzversicherung gleichzeitig auch, dass zusatzversicherten Patientinnen und Patienten nur solche Leistungen verrechnet werden dürfen, die gegenüber den Basisleistungen in der allgemeinen Abteilung eine qualitative oder quantitative Mehrleistung darstellen. Mit dem dringlichen Bundesgesetz vom 21. Juni 2002 ist diese Gesetzesinterpretation nach Lesart der Kantone noch suspendiert, wird aber nach seinem Ablauf bzw. nach Auslaufen der geplanten Verlängerung des Gesetzes wohl allgemein rechtswirksam werden.

Mit zur Publikation vorgesehenem Urteil vom 31. August 2004 (5 P. 74/2004) hielt das Bundesgericht im Zusammenhang mit einer staatsrechtlichen Beschwerde eines Versicherers gegen die Tariford-

nung der staatlichen Spitäler des Kantons Basel-Stadt fest, dass Zusatzleistungen wie beispielsweise luxuriösere Hotellerie, Einzelzimmer, besserer Service usw. nicht vom Tarifschutz erfasst werden. In diesem Bereich sind deshalb höhere Tarife zulässig. Weiter stellte das Bundesgericht fest, dass die freie Arztwahl im stationären Bereich eine ganz erhebliche Mehrleistung darstellt, die weit über die obligatorische Krankenversicherung hinausgeht, und Honorarzuschläge deshalb gerechtfertigt sind.

2. TARMED

Der TARMED ist ein Tarifregelwerk mit Einzelleistungsverrechnung für Tausende von Einzelpositionen der medizinischen Leistungserbringung. Er ist vom Bundesrat zwar nur für den ambulanten Bereich nach KVG sowie Unfall-, Invaliden- und Militärversicherungsgesetz gesamtschweizerisch für verbindlich erklärt worden (wobei Sonderlösungen mit Pauschalen weiterhin möglich sind), enthält aber auch umfassende Positionen der stationären Leistungserbringung. Die Spitäler haben ihr Verrechnungssystem in der ganzen Schweiz im Bereich der ambulanten Leistungserbringung per 1. Januar 2004 auf den TARMED umgestellt. In den kantonalen Spitätern wird der TARMED auch für die Leistungserfassung der Kostenrechnung im stationären Bereich Verwendung finden, wobei im KSW diese Umstellung bereits per 1. Januar 2004 möglich wurde, während sie für die übrigen kantonalen Spitäler auf 1. Januar 2005 erfolgen wird.

Diesen Entwicklungen wird die geltende Taxordnung für die kantonalen Krankenhäuser nicht mehr gerecht. Sie ist deshalb neu zu gestalten, wobei den geänderten Verhältnissen Rechnung zu tragen ist. Die neue Taxordnung soll für alle kantonalen Spitäler die Abkehr vom überholten Leistungs- und Tarifierungssystem SLK ermöglichen, die Sockelbeitragspflicht der Kantone abbilden sowie die Tarifschutzproblematik berücksichtigen. Nachdem auf 1. Januar 2004 die vollständige Umstellung im TARMED-Bereich erst im KSW möglich war, wurde mit Wirkung ab Januar 2004 bereits eine neue Taxordnung lediglich beschränkt für das KSW erlassen (Taxordnung für das KSW vom 24. September 2003; vom Kantonsrat genehmigt am 1. Dezember 2003). Auf den 1. Januar 2005 soll nun eine für alle kantonalen Spitäler geltende neue Taxordnung auf der Grundlage des am Beispiel für das KSW entwickelten Modells in Kraft treten. Die Erfahrungen mit dem Pilotprojekt am KSW im 1. Halbjahr 2004 waren durchwegs positiv.

C. Die neue Taxordnung

Auch die neue Taxordnung ist in ihrem Anwendungsbereich auf diejenigen Behandlungen beschränkt, für deren Abrechnungen nicht Bundesrecht oder abweichende Verträge vorgehen. Die neue Taxordnung ist nach Massgabe des Tarifschutzgedankens im Baukastensystem aufgebaut, wobei stationär nach wie vor nach Behandlungen in allgemeinen, halbprivaten und privaten Abteilungen unterschieden wird. Im ambulanten Sektor werden die Leistungen im Wesentlichen nach TARMED in Rechnung gestellt, und in Bereichen, wo Zusatzleistungen erlaubt sind, mit Zuschlägen versehen. Im stationären Bereich werden die Leistungen der allgemeinen Abteilung (Basisleistungen) im Anwendungsbereich des Tarifschutzes auch bei zusatzversicherten Patientinnen und Patienten der halbprivaten und privaten Abteilungen mit Grundtaxen auf der Grundlage der in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung geltenden Tarife verrechnet. Zusätzlich sind für Zusatzleistungen Zusatztaxen geschuldet, die nach marktwirtschaftlichen Grundsätzen festgelegt werden. Wie die bisherige, legt auch die neue Taxordnung wiederum lediglich die Berechnungssysteme und Rahmenbedingungen für die konkrete Festsetzung durch die Gesundheitsdirektion fest. Dies gibt weiterhin die Möglichkeit, auf veränderte Marktsituationen im Zusatzversicherungsbereich rasch reagieren zu können.

D. Finanzielle Auswirkungen

Die Gesundheitsdirektion wird die Tarife im Vollzug dieser Taxordnung so ansetzen, dass sie Erträge über der heutigen Ertragslage ermöglichen. Diese «Mehrerträge» sollen es erstens ermöglichen, Krankenversicherern, die mit der Gesundheitsdirektion im Zusatzversicherungsbereich abweichende Verträge abschliessen werden, Rabatte zu gewähren. Weiter sollen durch die Mehrerträge Kostensteigerungen der letzten fünf Jahre, die nur teilweise in Taxanpassungen einen Niederschlag finden konnten, abgegolten werden. Schliesslich sollen die Tarife in ausgewählten Bereichen, wo konkurrierende Privatspitäler für vergleichbare Leistungen deutlich höhere Preise verlangen, auf ein marktkonformes Niveau angehoben werden. Die Gesundheitsdirektion rechnet mit tatsächlichen Mehrerträgen von 4%, die im KEF nicht eingestellt sind.

E. Zu einzelnen Bestimmungen der neuen Taxordnung

1. Allgemeine Bestimmungen (§§ 1 bis 4)

In § 1 wird ausdrücklich festgehalten, dass Gebühren nach dieser Taxordnung nur dann geschuldet sind, wenn keine Bundesregelungen vorgehen. Solche Regelungen bestehen neben der Krankenversicherung auch noch im Bereiche der Unfall-, Invaliden- und Militärversicherung. Ebenfalls nicht anwendbar ist die Taxordnung, wenn abweichende Vereinbarungen der Gesundheitsdirektion mit Versicherern, Amtsstellen oder anderen Taxgaranten bestehen. In § 2 wird der Begriff der Patientin bzw. des Patienten definiert. Dabei wird an den Behandlungsbegriff angeknüpft. Als Behandlung gelten alle medizinischen, pflegerischen und betreuenden Massnahmen zur Untersuchung und Therapie. Damit wiederum sind alle Leistungen für und an Patientinnen und Patienten gemeint. Gleichgestellt den Patientinnen und Patienten sind Personen, die sich auf Grund einer fürsorglichen Freiheitsentziehung in einem kantonalen Spital aufhalten oder dort im Rahmen eines Massnahmenvollzugs gemäss Schweizerischem Strafgesetzbuch (StGB) behandelt werden. Die Taxordnung unterscheidet die Patientinnen und Patienten wie bisher nach ihrem Wohnsitz in Personen zürcherischer, schweizerischer und ausländischer Herkunft (§ 3). Ausländische Patientinnen und Patienten, die unter das bilaterale Abkommen mit der Europäischen Gemeinschaft über die Personenfreizügigkeit oder unter das Abkommen über die Europäische Freihandelsassoziation (EFTA) fallen, sind für die in diesen Erlassen vorgesehenen Leistungen den ausserkantonalen schweizerischen Patientinnen und Patienten gleichgestellt. Unter diese Regelung fallen im Wesentlichen Staatsangehörige der bisherigen EU-Staaten (vor Unterzeichnung der bilateralen Abkommen mit der Schweiz beigetretene Staaten)¹ sowie von EFTA-Staaten² bzw. in der Regel um Personen, die sich darüber ausweisen können, dass sie zum Bezug entsprechender Leistungen berechtigt sind (zurzeit erfolgt dies mittels Formular E111). In § 4 werden die Elemente für die Berechnung der Vollkosten umschrieben.

¹ Belgien, Dänemark, Deutschland, Finnland, Frankreich, Griechenland, Grossbritannien, Irland, Italien, Luxemburg, Niederlande, Österreich, Portugal, Schweden, Spanien.

² Island, Liechtenstein, Norwegen.

2. Leistungskategorien (§§ 5 bis 9)

Bei der Behandlungsart (§ 5) wird wie bisher zwischen ambulanter und stationärer Behandlung unterschieden, wobei die Unterscheidung grundsätzlich analog den für den Grundversicherungsbereich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung vereinbarten oder festgesetzten Kriterien erfolgen soll. Wie einleitend dargelegt, führen die kantonalen Spitäler weiterhin die Leistungskategorien Allgemein, Halbprivat und Privat. Die Abgrenzung der verschiedenen Behandlungsklassen erfolgt in §§ 6 bis 9. Dabei wird als Abgrenzungskriterium zwischen Grund- und Zusatzleistungen der Begriff der Basisleistungen eingeführt. Als Basisleistungen gelten diejenigen Leistungen, wie sie quantitativ und qualitativ in der obligatorischen Grundversicherung bei Pflichtleistungen geschuldet sind. Mehrleistungen werden bei Patientinnen und Patienten in der privaten und halbprivaten Abteilung erbracht, wobei diese Mehrleistungen dem Baukastenprinzip entsprechend als Zusatzleistungen ausgestaltet sind. Auch bei ambulanten Behandlungen kann zwischen Basisleistungen (ambulant Basis) und Behandlungen mit darüber hinaus gehenden Leistungen (ambulant Privat) gewählt werden. Solche Mehrleistungen dürfen gegenüber Selbstzahlerinnen und Selbstzahlern sowie mit Versicherern für zusatzversicherte Patientinnen und Patienten grundsätzlich frei vereinbart werden. Bei nur grundversicherten Patientinnen und Patienten sind sie nur beschränkt möglich, so zum Beispiel in Bereichen wie der nicht medizinisch indizierten ambulanten Chirurgie oder überhaupt in Bereichen, wo keine Tarifschutzbestimmungen gelten. In den Bereichen der ambulanten und stationären Versorgung sollen weitere Leistungen wie beispielsweise im Bereich der Unterkunft und Verpflegung angeboten werden können (§ 9). Damit soll auch Raum für Abweichungen von den in § 8 vorgegebenen Leistungspaketen (halbprivate und private Abteilung) geschaffen und damit eine Anpassung an die sich rasch wandelnden Marktbedürfnisse ermöglicht werden.

3. Festlegung der Taxen (§§ 10 bis 22)

Bei den ambulanten Behandlungen werden die Spitalleistungen nach den vom Bundesrat genehmigten, gesamtschweizerisch geltenden Regelwerken abgerechnet. Diese Regelwerke sind in erster Linie der TARMED sowie weitere Einzelleistungstarife für zahnärztliche Behandlungen, Physio-, Ergo- und Logotherapie usw. Dabei kommen die im Bereich der Unfall-, Invaliden- und Militärversicherung geltenden Taxpunkte und Taxpunktwerte zur Anwendung (§ 10). Bei Be-

handlungen der Klasse «ambulant Privat» werden Zusatztaxen nach marktwirtschaftlichen Grundsätzen festgelegt.

Die Grundsätze der Berechnung der Taxen für stationäre Behandlungen werden in § 12 festgelegt. In der Regel werden Pauschalen verrechnet, wobei die Taxen nach Spital, Abteilungen innerhalb des Spitals, medizinischen Fachgebieten, Fallgruppen sowie nach Patientengruppen abgestuft werden können. Die Kosten für Behandlungen auf einer Intensivpflegestation, für Implantate, für Medikamente sowie für weitere besondere diagnostische, pflegerische oder therapeutische Leistungen können getrennt in Rechnung gestellt werden, soweit sie nicht in den Pauschalen enthalten sind. Bei besonders aufwendigen Behandlungen, deren Kosten wesentlich von den durchschnittlichen Fallkosten abweichen, können ganz oder teilweise Einzelleistungen verrechnet oder Spezialpauschalen festgelegt werden. Diese Grundsätze gelten sowohl für die Grund- als auch für die Zusatztaxen. Für die Basisleistungen werden bei zürcherischen Patientinnen und Patienten Grundtaxen in Rechnung gestellt, welche grundsätzlich die durchschnittlichen Vollkosten im Sinne von § 4 decken, ohne die Kosten für Lehre und Forschung. Dabei wird bei zürcherischen Patientinnen und Patienten im Fall von Pflichtleistungen nach KVG der vom Bundesrecht vorgeschriebene Anteil der öffentlichen Hand an der Finanzierung der stationären Spitalbehandlungen in Halbprivat- und Privatabteilungen (Sockelbeiträge) abgezogen. Bei schweizerischen und ausländischen Patientinnen und Patienten kann die Grundtaxe bis auf höchstens das Doppelte der durchschnittlichen Vollkosten erhöht werden (§ 13 Abs. 4). Zürich stellt ein Spitalzentrum dar, das einen Anziehungspunkt für komplexe und entsprechend teure Behandlungen bildet. Bei den Vollkosten im Sinne von § 4 wird aber nicht nach der Herkunft der Patientinnen und Patienten unterschieden. Insbesondere solche aus anderen Kantonen weisen auf Grund der komplexeren Behandlungen häufig höhere Kosten als durchschnittliche zürcherische Patientinnen und Patienten auf. Mit der Bestimmung von § 13 Abs. 4 wird diesem Umstand Rechnung getragen und eine leistungsgerechtere Verrechnung ermöglicht.

Bei Patientinnen und Patienten der halbprivaten und der privaten Abteilungen werden zusätzlich zu den Grundtaxen Zusatztaxen für Mehrleistungen des Spitals wie bei Unterkunft und Verpflegung, Behandlung oder im administrativen Bereich erhoben. In den bisherigen Taxordnungen waren jeweils Obergrenzen für die Tarifierung der Zusatztaxen festgelegt. Diese Limitierungen sind neu fallen zu lassen. Die kantonalen Spitäler stehen im Zusatzversicherungsbereich zusehends in Konkurrenz zu den privaten Anbietern. Dies erfordert flexible Rahmenbedingungen. Um den Spitälern wettbewerbsorientiertes Verhalten zu ermöglichen, ist deshalb neu auf die Fixierung von

starren Obergrenzen für die Zusatztaxen zu verzichten bzw. sind die Taxsätze jeweils von der Gesundheitsdirektion nach marktwirtschaftlichen Grundsätzen festzulegen (§ 14).

Sowohl im ambulanten wie im stationären Bereich haben die Patientinnen und Patienten bei halbprivater und privater Behandlung das Zusatzhonorar der behandelnden Ärztinnen und Ärzte zu übernehmen. Die Zusatzhonorare werden von den Ärztinnen und Ärzten nach Massgabe von § 39 a des Gesundheitsgesetzes derzeit grundsätzlich noch nach den Bestimmungen des Privatrechts vereinbart oder festgesetzt, wobei die Gesundheitsdirektion Honorarrichtlinien mit Obergrenzen festlegen kann, die den Ärztinnen und Ärzten bei der Rechnungsstellung hilfreich sind und jedenfalls bei fehlenden Vereinbarungen, z. B. bei Notfällen, ersatzweise angewendet werden können (§ 16). Vorzumerken ist, dass der Regierungsrat mit Beschluss vom 18. August 2004 den Antrag für ein Gesetz über die ärztlichen Zusatzhonorare zuhanden des Kantonsrats verabschiedet hat (Vorlage 4197). Das Gesetz würde im Bereich der Zusatzhonorare den Erlass verbindlicher hoheitlicher Tarifvorschriften ermöglichen.

Wie bisher kann das Spital die Taxen für Patientinnen und Patienten der allgemeinen Abteilung ermässigen, wenn dies aus sozialen Gründen angezeigt ist. Diese Bestimmung ist für schweizerische Patientinnen und Patienten mit der Einführung der Versicherungspflicht nach KVG zwar weitgehend bedeutungslos geworden, soll aber insbesondere bei Auslandschweizerinnen und -schweizern nach wie vor angewendet werden können, wenn diese die Taxen nicht zu bezahlen vermögen.

4. Aufnahme von Patientinnen und Patienten (§§ 23 bis 24), Taxbezug (§§ 25 bis 27) und verschiedene Bestimmungen (§§ 28 bis 32)

Die übrigen Bestimmungen der Taxordnung über die Aufnahme von Patientinnen und Patienten, den Taxbezug und weitere Bestimmungen entsprechen weitgehend den bisherigen bewährten Regelungen. Sie wurden soweit notwendig den heutigen Gegebenheiten angepasst. Neu wird zusätzlich entsprechend § 7 Abs. 3 des Verwaltungsrechtspflegegesetzes (LS 175.2) festgehalten, dass die Gemeinden für die Erteilung von Auskünften zur Feststellung des Wohnsitzes von Patientinnen und Patienten keine Gebühren erheben dürfen. Damit soll die administrativ aufwendige Verrechnung von Kleinbeträgen in diesem Bereich vermieden werden.

Der Entwurf der neuen Taxordnung ist am 25. Juni 2004 Vertreterinnen und Vertretern der Versicherer, der Ärzteschaft, der Spitäler und weiterer Institutionen vorgestellt worden und ist von diesen im Wesentlichen gut aufgenommen worden. Verschiedene Anregungen konnten für die Schlussfassung übernommen werden.

Die Taxordnung ist auf den 1. Januar 2005 in Kraft zu setzen. Sie bedarf nach § 83 des Gesundheitsgesetzes der Genehmigung durch den Kantonsrat.

Im Namen des Regierungsrates

Der Präsident:
Jeker

Der Staatsschreiber:
Husi

Verordnung über Leistungen und Gebühren der kantonalen Spitäler (Taxordnung)

(vom 20. Oktober 2004)

Der Regierungsrat beschliesst:

I. Es wird eine Verordnung über Leistungen und Gebühren der kantonalen Spitäler (Taxordnung) wie folgt erlassen:

I. Allgemeine Bestimmungen

§ 1. Die kantonalen Spitäler, einschliesslich ambulanter Einrichtungen, erheben für ihre Leistungen Gebühren nach dieser Verordnung. Vorbehalten bleiben:

- a) Regelungen im Bereich der obligatorischen Sozialversicherungsgesetzgebung des Bundes,
- b) Vereinbarungen zwischen der Gesundheitsdirektion und Versicherern, Amtsstellen oder anderen Taxgaranten.

Die Gebührenordnung für die Verwaltungsbehörden kommt ergänzend zur Anwendung.

§ 2. Patientinnen und Patienten im Sinne dieser Verordnung sind Personen, die in einem kantonalen Spital behandelt werden. Ihnen gleichgestellt sind Personen, die sich auf Grund einer fürsorgerischen Freiheitsentziehung in einem kantonalen Spital aufhalten oder dort im Rahmen eines Massnahmenvollzugs gemäss StGB behandelt werden.

Als Behandlung gelten alle medizinischen, pflegerischen und betreuerischen Massnahmen zur Untersuchung und Therapie.

§ 3. Die Patientinnen und Patienten werden nach ihrem Wohnsitz wie folgt unterschieden:

- a) Zürcherische Patientinnen und Patienten sind Personen, die zivilrechtlichen Wohnsitz im Kanton haben oder die wirtschaftliche Hilfe gemäss dem Sozialhilfegesetz beanspruchen können.

- b) Schweizerische Patientinnen und Patienten sind Personen mit zivilrechtlichem Wohnsitz in anderen Kantonen. Diesen gleichgestellt sind Personen im Geltungsbereich von Art. 95a KVG. Die Gleichstellung erfolgt nur für die in der genannten Bestimmung vorgesehenen Leistungen und nur so weit, als sie im Anwendungsbereich dieser Verordnung liegen.
- c) Ausländische Patientinnen und Patienten sind Personen mit zivilrechtlichem Wohnsitz im Ausland, die nicht unter lit. b Satz 2 fallen. Massgebend ist der Wohnsitz zu Beginn der ambulanten Behandlung oder des Aufenthaltes im Spital.

Vollkosten

§ 4. Die Vollkosten im Sinne dieser Verordnung entsprechen den durchschnittlichen Fallkosten in der allgemeinen Abteilung. Sie setzen sich zusammen aus:

- a) den Betriebskosten, bestehend aus dem Personalaufwand und dem Sachaufwand ohne Investitionen; die Kosten der Nebenbetriebe werden nicht mit einbezogen,
- b) den Investitionskosten, bestehend aus Verzinsung und Abschreibungen,
- c) den Kosten für Lehre und Forschung, soweit sie nicht von Dritten übernommen werden.

Sie können innerhalb eines Spitals nach medizinischen Fachgebieten oder Fallgruppen differenziert werden.

II. Leistungskategorien

Behandlungsart

§ 5. Die Behandlung der Patientinnen und Patienten erfolgt ambulant oder stationär. Die Unterscheidung erfolgt grundsätzlich nach der für die Tarife der obligatorischen Krankenpflegeversicherung geltenden Regelung.

Ambulante
Behandlung

§ 6. Bei ambulanter Behandlung erbringt das Spital Basisleistungen nach den Standards der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (ambulant Basis).

Das Spital kann Zusatzleistungen anbieten, die über die Standards von Abs. 1 hinaus gehen oder für die keine Standards bestehen (ambulant Privat).

Stationäre
Behandlung
a) Allgemeine
Abteilung

§ 7. In der allgemeinen Abteilung erbringt das Spital Basisleistungen nach den Standards der obligatorischen Krankenpflegeversicherung.

Es bestimmt die zur Verfügung gestellte Infrastruktur sowie Zeitpunkt und Ablauf der Behandlung im Rahmen der Vorschriften der Gesundheits- und Patientengesetzgebung. Die Patientinnen und Patienten haben insbesondere keinen Anspruch auf Arzt- und Zimmerwahl.

§ 8. In den halbprivaten und privaten Abteilungen bietet das Spital den Patientinnen und Patienten Zusatzleistungen an wie bei Unterkunft und Verpflegung, der Behandlung oder im administrativen Bereich.

b) Halbprivate
und private
Abteilung

Patientinnen und Patienten der halbprivaten Abteilung haben in der Regel Anspruch auf

- a) Unterbringung in einem Zweierzimmer,
- b) Behandlung durch die Leitende Ärztin oder den Leitenden Arzt oder eine andere Fachärztin oder einen anderen Facharzt mit entsprechender Berechtigung; sie haben keinen Anspruch auf Behandlung durch die Chefärztin oder den Chefarzt.

Patientinnen und Patienten der Privatabteilung haben in der Regel Anspruch auf

- a) Unterbringung in einem Einerzimmer,
- b) Behandlung durch die Chefärztin oder den Chefarzt oder eine Stellvertretung mit entsprechender Berechtigung.

§ 9. In den Bereichen der ambulanten und stationären Versorgung können weitere Leistungen angeboten werden.

Weitere
Leistungen

III. Festlegung der Taxen

§ 10. Für Behandlungen der Kategorie ambulant Basis verrechnet das Spital seine Leistungen nach folgenden Regelwerken:

- a) TARMED für die darin definierten Leistungen,
- b) weitere vom Bundesrat genehmigte Regelwerke, insbesondere solche für zahnärztliche Behandlung, Physio-, Ergo- und Logotherapie, Ernährungsberatung, Diabetesberatung, Still- und Stomaberatung sowie ambulante Pflege, Analysen und Arzneimittel, Mittel und Gegenstände.

Ambulante
Behandlung
a) Ambulant
Basis

Von diesen Regelwerken nicht erfasste Leistungen werden wie jene Leistungen verrechnet, denen sie nach Anforderungen und Aufwand am nächsten kommen.

Es kommen die im Bereich der Unfall-, Invaliden- und Militärversicherung geltenden Taxpunkte und Taxpunktwerte zur Anwendung.

Für Behandlungen von schweizerischen und ausländischen Patientinnen und Patienten gemäss § 3 Abs. 1 lit. b und c werden auf den Taxen Zuschläge von 20% erhoben.

b) Ambulant
Privat

§ 11. Für Zusatzleistungen nach § 6 Abs. 2 erhebt das Spital Zusatztaxen.

Die Zusatztaxen werden nach marktwirtschaftlichen Grundsätzen festgelegt. Sie können nach Patientengruppen gemäss § 3 abgestuft werden.

Die Rechnungstellung für die Beanspruchung einer honorarberechtigten Ärztin oder eines honorarberechtigten Arztes richtet sich nach § 16.

Stationäre
Behandlung
a) Grundsatz

§ 12. Für stationäre Behandlungen werden in der Regel Pauschalen verrechnet.

Die Taxen können nach Spital, Abteilungen innerhalb des Spitals, medizinischen Fachgebieten, Fallgruppen sowie nach Patientengruppen gemäss § 3 abgestuft werden.

Die Kosten für Behandlungen auf einer Intensivpflegestation, für Implantate, für Medikamente sowie für weitere besondere diagnostische, pflegerische oder therapeutische Leistungen können getrennt in Rechnung gestellt werden, soweit sie nicht in den Pauschalen enthalten sind.

Bei besonders aufwendigen Behandlungen, deren Kosten wesentlich von den durchschnittlichen Fallkosten abweichen, können ganz oder teilweise Einzelleistungen nach den Regeln und Grundsätzen von §§ 10 und 11 verrechnet oder Spezialpauschalen festgelegt werden.

b) Grundtaxe

§ 13. Bei der stationären Behandlung erhebt das Spital eine Grundtaxe.

Bei zürcherischen Patientinnen und Patienten deckt die Grundtaxe die Vollkosten im Sinne von § 4 ohne die Kosten für Lehre und Forschung.

Bei Pflichtleistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung wird zürcherischen Patientinnen und Patienten der halbprivaten und privaten Abteilung von der Grundtaxe ein Betrag abgezogen, der dem Anteil entspricht, den die öffentliche Hand gemäss Bundesrecht bei der stationären Spitalbehandlung in Halbprivat- und Privatabteilungen übernehmen muss.

Für Behandlungen von schweizerischen und ausländischen Patientinnen und Patienten beträgt die Grundtaxe maximal 200% der Vollkosten im Sinne von § 4.

§ 14. Für Zusatzleistungen gemäss § 8 erhebt das Spital Zusatz- c) Zusatztaxen taxen.

Die Zusatztaxen werden nach marktwirtschaftlichen Grundsätzen festgelegt.

Die Rechnungstellung für die Beanspruchung einer honorarberechtigten Ärztin oder eines honorarberechtigten Arztes richtet sich nach § 16.

§ 15. Die Taxen für Leistungen gemäss § 9 werden vom Spital nach marktwirtschaftlichen Grundsätzen festgelegt. Sie können nach Patientengruppen gemäss § 3 abgestuft werden. Taxen für weitere Leistungen

§ 16. Ambulante Privatpatientinnen und Privatpatienten sowie stationäre Patientinnen und Patienten der Halbprivat- und Privatabteilungen schulden für die Beanspruchung einer honorarberechtigten Ärztin oder eines honorarberechtigten Arztes ein Zusatzhonorar. Ärztliche Zusatzhonorare

Das Zusatzhonorar wird nach den Bestimmungen des Privatrechts vereinbart oder festgelegt.

Die Gesundheitsdirektion kann Empfehlungen über die Zusatzhonorare, insbesondere über ihre Obergrenze, erlassen.

§ 17. Für Sonderleistungen wie besondere Transporte oder Berichte und Gutachten für private Auftraggeber sowie für die Befriedigung persönlicher Bedürfnisse erhebt das Spital Taxen nach marktwirtschaftlichen Grundsätzen. Sonderleistungen

§ 18. Das Spital verrechnet für gesunde Neugeborene auf der Wöchnerinnenabteilung keine Taxen. Besondere Patientengruppen

Für Pflegepatientinnen und -patienten werden neben den Taxen für die Behandlung kostendeckende Taxen für Unterkunft, Verpflegung und Betreuung erhoben.

Das Spital erhebt kostendeckende Taxen für Personen, die

- a) von einer Behörde eingewiesen worden sind,
- b) sich regelmässig nur tagsüber oder während der Nacht im Spital aufhalten,
- c) sich während der Ferien der sie sonst betreuenden Personen im Spital aufhalten,
- d) Patientinnen oder Patienten begleiten.

§ 19. Das Spital stellt die Ein- und Austrittstage bei stationärer Behandlung zu vollen Ansätzen in Rechnung. Ein- und Austrittstag

- Übertritt § 20. Beim Übertritt einer Patientin oder eines Patienten in die Halbprivat- oder Privatabteilung verrechnet das Spital die für die neue Leistungskategorie geltenden Taxen in der Regel vom Eintrittstag an. Die Taxen der höheren Kategorie werden angemessen ermässigt, soweit die Zusatzleistungen aus betrieblichen Gründen erst mit Verzögerung zur Verfügung gestellt werden.
- Verzug und Urlaub § 21. Tritt eine Patientin oder ein Patient die vereinbarte Behandlung nicht termingerecht an oder nimmt sie oder er während des Spitalaufenthalts Urlaub, so verrechnet das Spital die Taxen für die versicherte Kategorie für höchstens drei Tage.
Bei Urlaub werden Aus- und Wiedereintrittstag zu vollen Ansätzen verrechnet.
- Taxermässigung § 22. Das Spital kann die Taxen für Leistungen der allgemeinen Abteilungen angemessen ermässigen, wenn sie für eine Patientin oder einen Patienten eine besondere Härte bedeuten würden. Das Spital berücksichtigt ihre oder seine Einkommens- und Vermögensverhältnisse sowie die Leistungen von Sozialversicherungen und der öffentlichen Sozialhilfe.

IV. Aufnahme von Patientinnen und Patienten

- Grundsatz § 23. Das Spital gewährt zürcherischen Patientinnen oder Patienten sowie Patientinnen und Patienten mit Wohnsitz in einem Kanton, dem gegenüber sich der Kanton Zürich vertraglich zur Versorgung seiner Bevölkerung verpflichtet hat, bei der Aufnahme den Vorrang. Vorbehalten bleibt die Aufnahmepflicht nach dem Gesundheitsgesetz.
Es nimmt andere Patientinnen oder Patienten auf, soweit es die räumlichen und personellen Verhältnisse gestatten.
Das Spital behandelt ausländische Patientinnen oder Patienten in der Regel in der Privatabteilung oder in der Taxkategorie ambulant Privat.
- Aufnahmeformalitäten § 24. Bei der Aufnahme legt die Patientin oder der Patient folgende Unterlagen vor:
- a) einen Personalausweis oder einen gleichwertigen Ausweis,
 - b) die unterzeichnete Eintrittserklärung mit der Angabe, in welcher Leistungskategorie die Behandlung erfolgen soll,
 - c) das Zeugnis der einweisenden Ärztin oder des einweisenden Arztes, ausser in Notfällen,

- d) bei stationärer Behandlung eine vorbehaltlose Kostengutsprache eines Versicherers, einer Amtsstelle oder eines anderen von der Gesundheitsdirektion anerkannten Garanten,
- e) soweit nach den Umständen möglich, eine schriftliche Bestätigung der Patientin oder des Patienten, dass sie oder er über die von ihr oder ihm persönlich zu übernehmenden voraussichtlichen Kosten der Behandlung in Kenntnis gesetzt wurde.

Werden diese Unterlagen bei der Aufnahme nicht vorgelegt oder bei Notfällen nicht innert fünf Arbeitstagen nachgereicht, kann das Spital eine unverzinsliche Sicherstellung im Umfang des mutmasslichen Rechnungsbetrages verlangen.

Die Kosten für die Abklärungen des Spitals werden den Patientinnen oder Patienten nach § 1 Abs. 2 in Rechnung gestellt.

Das Spital ist berechtigt, bei den Gemeinden Auskünfte zur Feststellung des Wohnsitzes von Patientinnen oder Patienten einzuholen. Zürcherische Gemeinden dürfen für die Erteilung der Auskünfte keine Gebühren erheben.

V. Taxbezug

§ 25. Die Taxen werden geschuldet:

Taxschuldner

- a) von der Patientin oder vom Patienten,
- b) von Taxgaranten,
- c) von Dritten für Leistungen, die in ihrem Auftrag erbracht wurden.

§ 26. Neben der Patientin oder dem Patienten haften dem Spital solidarisch:

Solidarhaftung

- a) der in rechtlich ungetrennter Ehe lebende Ehegatte,
- b) die Inhaber der elterlichen Sorge,
- c) die Person, die mit der Patientin oder dem Patienten in registrierter Partnerschaft lebt.

§ 27. Die Fälligkeit der Taxforderung und die Verzugszinse richten sich nach § 29 a des Verwaltungsrechtspflegegesetzes.

Fälligkeit,
Verrechnung
und Verjährung

Die Taxschuldnerin oder der Taxschuldner darf eine Forderung nicht mit der Taxforderung des Spitals verrechnen.

Die Taxforderung verjährt mit Ablauf von zehn Jahren ab dem Datum der Rechnungstellung.

Die Bestimmungen des Obligationenrechts über Abtretung und Schuldübernahme sind anwendbar.

VI. Verschiedene Bestimmungen

- Taxverträge § 28. Die Gesundheitsdirektion kann mit Versicherern, Amtsstellen und andern Taxgaranten Verträge abschliessen, in denen von dieser Verordnung abgewichen wird.
- Die Verträge bedürfen der Genehmigung durch den Regierungsrat, soweit dieser nichts anderes bestimmt.
- Vollzug § 29. Die Gesundheitsdirektion vollzieht diese Verordnung. Sie bestimmt insbesondere die Einzelheiten bei der Berechnung der Taxen.
- Rechtsmittel § 30. Gegen die Taxfestsetzung durch das Spital kann bei der Gesundheitsdirektion Rekurs erhoben werden.
- Aufhebung
bisherigen
Rechts § 31. Mit Inkrafttreten dieser Verordnung werden folgende Erlasse aufgehoben:
- a) Taxordnung der kantonalen Krankenhäuser vom 1. April 1992,
b) Taxordnung für das Kantonsspital Winterthur vom 24. September 2003.
- Inkrafttreten § 32. Diese Verordnung tritt am 1. Januar 2005 in Kraft. Sie bedarf der Genehmigung durch den Kantonsrat.

II. Veröffentlichung in der Gesetzessammlung.

Im Namen des Regierungsrates

Der Präsident: Der Staatsschreiber:
Jeker Husi