

Antrag des Regierungsrates vom 24. September 2003

**4109**

**Beschluss des Kantonsrates  
über die Genehmigung der Taxordnung  
für das Kantonsspital Winterthur**

(vom .....

*Der Kantonsrat,*

nach Einsichtnahme in den Antrag des Regierungsrates vom 24. September 2003,

*beschliesst:*

I. Die Taxordnung für das Kantonsspital Winterthur vom 24. September 2003 wird genehmigt.

II. Veröffentlichung in der Gesetzessammlung.

III. Mitteilung an den Regierungsrat.

---

**Weisung**

**A. Die geltende Taxregelung**

Die Behandlung von Patientinnen und Patienten in den kantonalen Spitälern ist gebührenpflichtig. Die Leistungen werden 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 Abteilungs Zuschläge für Sonderleistungen wie diagnostische und therapeutische Verrichtungen erhoben. Für die Zuschläge kommt ebenfalls das Prinzip der Einzelleistungsverrechnung zur Anwendung, wobei die Taxordnung dazu auf den Spitalleistungskatalog (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 hat sich in den zehn Jahren ihres Bestehens als differenziertes Tarifierhebungssystem bewährt. Trotzdem ist sie durch die Rechtsentwicklung einerseits und den Erlass des neuen Einzelleistungsverrechnungssystems TARMED (Tarif der medizinischen Leistungen) mit bundesweiter Geltung revisionsbedürftig geworden.

### **1. Rechtsentwicklung**

Seit dem Inkrafttreten des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) 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 Zürchern und Schweizerinnen und Schweizern nur noch im Bereich der halbprivaten und privaten Abteilungen bzw. der Zusatzversicherungen. Den Schweizerinnen und Schweizern gleichgestellt sind seit dem Inkrafttreten der bilateralen Verträge sodann die unter den Geltungsbereich dieser Verträge fallenden Ausländerinnen und Ausländer. Soweit notwendig, ist dieser Entwicklung bereits mit Revision der Taxordnung mit Wirkung ab 1. Juni 2002 (RRB Nr. 237/2002) Rechnung getragen worden. Die mit Inkrafttreten des KVG gesetzlich vorgeschriebene Verpflichtung zum Ab-

schluss einer obligatorischen Grundversicherung 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. Endgültig Klarheit schaffte erst das Eidgenössische Versicherungsgericht mit Urteil vom 30. November 2001. Seither steht fest, dass zusatzversicherte Patientinnen und Patienten in den halbprivaten und privaten Abteilungen Anspruch auf Leistungen der Krankenversicherer einerseits und der Kantone andererseits im gleichen Umfang haben, 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 Allgemeinpatienten zur Verbilligung der Allgemeintarife aufgewendet werden muss. Diese Regelung gilt mit Bezug auf die Kantone jedenfalls so lange nur für die öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitäler, als nicht in der laufenden 2. KVG-Revision vom Bund der Miteinbezug der nichtöffentlichen, nichtsubventionierten Privatspitäler beschlossen wird. Die von den Kantonen zu leistenden Subventionsanteile, die so genannten Sockelbeiträge, sind durch ein dringliches Bundesgesetz vom 21. Juni 2002 zu Gunsten der Kantone bis Ende 2004 noch beschränkt. In einer 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 Ende 2004 wohl allgemein rechtswirksam werden.

## **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 Militärversiche-

rungsgesetz gesamtschweizerisch für verbindlich erklärt worden (wobei Sonderlösungen mit Pauschalen weiterhin möglich sind), enthält aber auch umfassende Positionen der stationären Leistungserbringung. Die Spitäler stellen ihr EDV-System in der ganzen Schweiz im Bereich der ambulanten Leistungserbringung per 1. Januar 2004 auf den TARMED um. In den kantonalen Spitälern wird dieses Verrechnungssystem auch für die Leistungserfassung der Kostenrechnung über alle Bereiche eingeführt. Im Kantonsspital Winterthur (KSW) ist die Ablösung bereits per 1. Januar 2004 möglich, während die übrigen kantonalen Spitäler auf 1. Januar 2005 umstellen werden.

Diesen Entwicklungen wird die geltende Taxordnung 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 Tariferingssystem 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 ist, soll ab Januar 2004 eine neue Taxordnung lediglich beschränkt für das KSW erlassen werden. Dies wird zugleich Gelegenheit bieten, erste Erfahrungen mit den neuen Instrumenten zu sammeln.

### **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 (Basisstandards) im Anwendungsbereich des Tarifschutzes auch bei zusatzversicherten Patientinnen und Patienten der halbprivaten und privaten Abteilungen mit Grundtaxen analog den in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung geltenden Tarifen verrechnet. Zusätzlich schulden sie für Zusatzleistungen Zusatztaxen, 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. Die Zusatztaxen sind aber entsprechend der vom Regierungsrat Winterthur im stationären Bereich auf höchstens 60 Prozent (halbprivate Abteilung) bzw. 100 Prozent (private Abteilung) einer Vollkostenrechnung, und im ambulanten Bereich auf höchstens 100 Prozent der Basispreise beschränkt. Diese Beschränkungen entsprechen zwar nicht einer höchstmöglichen Gewinnspanne, wie sie für private Unternehmen erlaubt wäre, öffnen aber den für marktorientiertes Verhalten notwendigen Spielraum unter Beachtung einer für ein öffentliches Spital angezeigten Selbstbeschränkung.

#### **D. Finanzielle Auswirkungen**

Bei den erwähnten Tarifobergrenzen handelt es sich ausdrücklich um Höchstzuschläge; diese sollen einen Rahmen öffnen, innerhalb dessen Wettbewerbsfreiheit möglich sein soll. Auf dem Hintergrund der heute allgemein als belastend empfundenen Prämienbelastung auch im Zusatzversicherungsbereich ist Vormerk zu nehmen, dass die Gesundheitsdirektion mit der neuen Taxordnung grundsätzlich Ertragsneutralität anstrebt. Die Gesundheitsdirektion wird die Tarife im Vollzug dieser Taxordnung so ansetzen, dass sie Erträge über der heutigen Ertragslage ermöglichen würden. Diese «Mehrbeiträge» sollen es aber ermöglichen, Krankenversicherern, die mit der Gesundheitsdirektion im Zusatzversicherungsbereich abweichende Verträge (vgl. RRB Nr. 1039/2003) abschliessen, Rabatte zu gewähren. Im Zusatzversicherungsbereich sollen sich insgesamt Erträge ergeben, die den heutigen in diesem Bereich entsprechen.

#### **E. Zu einzelnen Bestimmungen der neuen Taxordnung**

##### **1. Allgemeine Bestimmungen (§§ 1-5)**

In § 1 wird ausdrücklich festgehalten, dass Gebühren nach dieser Taxordnung nur dann geschuldet sind, wenn keine Bundesregelungen vorgehen. Solche Regelungen bestehen nebst der Krankenversicherung auch noch im Bereiche der Unfall-, Invaliden- und Militärversicherung. Ebenfalls nicht anwendbar ist die Taxordnung, wenn abweichende Vereinbarungen der Gesundheitsdirektion mit Versicherern, Arbeitsstellen oder anderen Taxgaranten bestehen. In § 2 wird der Be-

griff 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 am Patienten gemeint. In § 3 werden die Patientinnen und Patienten im Wesentlichen nach der geltenden Taxordnung nach ihrem Wohnsitz unterschieden, entsprechend der bereits auf die bilateralen Verträge angepassten heutigen Definitionen. Auch bei der Behandlungsart (§ 4) wird wie bisher zwischen ambulanter und stationärer Behandlung unterschieden. In § 5 werden die Elemente der Vollkostenrechnung nach den heute geltenden betriebswirtschaftlichen Prinzipien umschrieben.

## **2. Leistungskategorien (§§ 6-9)**

Wie einleitend dargelegt, führt das Kantonsspital Winterthur weiterhin die Leistungskategorien Allgemein, Halbprivat und Privat. Die Abgrenzung der verschiedenen Behandlungsklassen erfolgt in den Paragraphen sechs bis neun. Dabei wird als Abgrenzungskriterium zwischen Grund- und Zusatzleistungen der Begriff der Basisstandards neu eingeführt. Als Basisstandards 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 Behandlungen nach Basisstandards (Ambulant Basis) und Behandlungen mit darüber hinausgehenden Leistungen (Ambulant Privat) gewählt werden. Solche Mehrleistungen dürfen gegenüber 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 vorgehen.

## **3. Festlegung der Taxen (§§ 10-19)**

Bei den ambulanten Behandlungen werden die Spitalleistungen grundsätzlich nach den gesamtschweizerisch geltenden Regelwerken abgerechnet. Diese Regelwerke sind in erster Linie der TARMED sowie weitere Einzelleistungstarife für zahnärztliche Behandlungen,

Physio-, Ergo- und Logotherapie usw. Bei Behandlungen der Klasse «Ambulant Privat» sind Zuschläge bis höchstens 100 Prozent auf den nach den vorstehend aufgeführten Tarifen errechneten Preisen möglich.

Bei der stationären Behandlung werden für die Basisleistungen Grundtaxen in Rechnung gestellt. Diese entsprechen bei zürcherischen Patientinnen und Patienten den Tarifen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung, soweit es sich um Pflichtleistungen nach KVG handelt. Nachdem diese Tarife nach KVG höchstens 50 Prozent der anrechenbaren Kosten ausmachen, darf bei dieser Patientenkategorie die Differenz zu einer Vollkostenrechnung weder den Patientinnen und Patienten noch den Versicherern verrechnet werden, sondern geht zu Lasten der öffentlichen Hand. Lediglich für das Jahr 2004 besteht auf Grund des dringlichen Bundesgesetzes vom 21. Juni 2002 noch eine Sonderregelung mit einer erhöhten Beitragsleistungspflicht der Zusatzversicherung, der in der Übergangsbestimmung (§ 28) Rechnung getragen wird. Für alle anderen Patientinnen und Patienten und für Nichtpflichtleistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung legt die Gesundheitsdirektion die Grundtaxen so fest, dass Vollkostendeckung besteht. 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. Diese Zusatztaxen dürfen maximal 60 Prozent (Halbprivatabteilung) und 100 Prozent (Privatabteilung) der Vollkostenrechnung des Spitals nicht überschreiten.

Sowohl im ambulanten wie im stationären Bereich haben die Patientinnen und Patienten bei halbprivater und privater Behandlung das Honorar der behandelnden Ärztinnen und Ärzte zu übernehmen. Die Honorare werden von den Ärztinnen und Ärzten nach Massgabe von § 39 a des Gesundheitsgesetzes grundsätzlich nach den Bestimmungen des Privatrechts vereinbart oder festgesetzt. Die Gesundheitsdirektion kann Honorarrichtlinien mit Obergrenzen festlegen, die den Ärztinnen und Ärzten bei der Rechnungstellung hilfreich sind und jedenfalls bei fehlenden Vereinbarungen, z. B. bei Notfällen, ersatzweise angewendet werden können.

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 des Obligatoriums zwar grundsätzlich bedeutungslos geworden, soll aber bei Auslandschweizerinnen und -schweizern nach wie vor angewendet werden können, wenn diese die Taxen nicht zu bezahlen vermögen.

#### **4. Aufnahme von Patientinnen und Patienten (§§ 20–21), Taxbezug (§§ 22–24) und verschiedene Bestimmungen (§§ 25–30)**

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. Die Übergangsbestimmung mit der Regelung des Sockelbeitrags für das Jahr 2004 ist vorstehend unter lit. E Ziffer 3 erläutert.

Der Entwurf der neuen Taxordnung ist am 12. September 2003 Vertretern der Versicherer, der Ärztesgesellschaft, des Kantonsspitals Winterthur und weiteren Institutionen vorgestellt worden und ist von diesen gut aufgenommen worden.

Die Taxordnung ist auf den 1. Januar 2004 in Kraft zu setzen. Sie bedarf nach § 83 Gesundheitsgesetz der Genehmigung durch den Kantonsrat.

Im Namen des Regierungsrates

Der Präsident:  
Huber

Der Staatsschreiber:  
Husi

## Anhang

### Taxordnung für das Kantonsspital Winterthur

(vom 24. September 2003)

*Der Regierungsrat beschliesst:*

#### I. Allgemeine Bestimmungen

§ 1. Das Kantonsspital Winterthur erhebt für seine Leistungen Gebühren nach dieser Taxordnung. Vorbehalten bleiben:

Gebühren-  
erhebung

- 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 Taxordnung sind Personen, die im Spital behandelt werden. Als Behandlung gelten alle medizinischen, pflegerischen und betreuerischen Massnahmen zur Untersuchung und Therapie.

Patientinnen  
und Patienten

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

Wohnsitz

- a) Zürcherische Patientinnen und Patienten sind Personen mit zivilrechtlichem Wohnsitz im Kanton Zürich oder die Anspruch auf wirtschaftliche Hilfe gemäss Sozialhilfegesetz haben.
- b) Schweizerische Patientinnen und Patienten sind Personen mit zivilrechtlichem Wohnsitz in anderen Kantonen. Diesen gleichgestellt sind Personen im Geltungsbereich der EWG-Verordnungen, die im Abschnitt A des Anhanges II zum bilateralen Abkommen vom 21. Juni 1999 über die Freizügigkeit erwähnt sind. Es sind die angepassten Fassungen der Verordnungen massgebend. Die Gleichstellung erfolgt nur für die in den genannten Rechtsakten vorgesehenen Leistungen und nur so weit, als sie im Anwendungsbereich dieser Taxordnung 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.

Behandlungsart § 4. Die Behandlung der Patientinnen und Patienten erfolgt ambulant oder stationär. Die Zuordnung richtet sich insbesondere nach der Aufenthaltsdauer im Spital und nach der Bettenbelegung.

Vollkostenrechnung § 5. Als Vollkostenrechnung im Sinne dieser Taxordnung gilt eine Kostenrechnung mit folgenden Elementen:

- a) den Betriebskosten, bestehend aus dem Personalaufwand, dem Sachaufwand ohne Investitionen und ohne allfällige Defizite der Nebenbetriebe,
- b) den Investitionskosten, bestehend aus Verzinsung und Abschreibungen,
- c) den Kosten für Lehre und Forschung.

## II. Leistungskategorien

Ambulante Behandlung § 6. Bei ambulanter Behandlung erbringt das Spital Leistungen nach den Basisstandards der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (ambulant Basis).

Es kann für Leistungen, die in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nicht geschuldet sind, Standards vereinbaren, die über die Basisstandards hinausgehen, sowie generell für oder mit Patientinnen oder Patienten, soweit keine Tarifschutzbestimmungen vorgehen (ambulant Privat).

Stationäre Behandlung  
a) allgemeine Abteilung § 7. In der allgemeinen Abteilung erbringt das Spital Leistungen nach den Basisstandards 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.

b) halbprivate und private Abteilung § 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.

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 Einzerrzimmer,
- b) Behandlung durch die Chefärztin oder den Chefarzt oder eine Stellvertretung mit entsprechender Berechtigung.

§ 9. Das Spital kann weitere Zusatzleistungen anbieten. Die Taxberechnung richtet sich nach den Grundsätzen dieser Taxordnung.

c) Weitere Leistungskategorien

### III. Festlegung der Taxen

§ 10. Für ambulante Behandlungen legt das Spital die Taxen nach folgenden Regelwerken fest:

Ambulante Behandlung

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

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

Beruhend auf einem Taxpunktsystem, so kommen die im Bereiche der Unfall-, Invaliden- und Militärversicherung geltenden Taxpunkte und Taxpunktwerte zur Anwendung.

Bei Leistungen, die über die Basisstandards der obligatorischen Krankenpflegeversicherung hinausgehen oder für die keine Tarifschutzbestimmungen gelten, werden Zuschläge von höchstens 100% erhoben.

§ 11. Bei der stationären Behandlung von zürcherischen Patientinnen und Patienten mit einer obligatorischen Krankenpflegeversicherung erhebt das Spital bei Pflichtleistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung Grundtaxen nach den Tarifen, wie sie in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung gelten.

Stationäre Behandlung  
a) Grundtaxe

Für andere Patientinnen und Patienten und für Nichtpflichtleistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung legt die Gesundheitsdirektion die Grundtaxen so fest, dass die Vollkosten im Sinne von § 5 gedeckt sind.

b) Zusatztaxen § 12. Für Zusatzleistungen gemäss § 8, ausgenommen die Behandlung durch eine honorarberechtigte Ärztin oder einen honorarberechtigten Arzt, erhebt das Spital Zusatztaxen.

Die Gesundheitsdirektion legt die Zusatztaxen nach marktwirtschaftlichen Grundsätzen fest. Für Patientengruppen gemäss § 3 kann sie unterschiedliche Taxen festsetzen.

Die Erträge der Zusatztaxen dürfen in der Jahreskalkulation der Preise folgende Werte nicht überschreiten:

- a) für die Halbprivatabteilung: 60% der Vollkosten gemäss § 5,
- b) für die Privatabteilung: 100% der Vollkosten gemäss § 5.

Ärztliche Honorare § 13. Ambulante Privatpatientinnen und Privatpatienten sowie stationäre Patientinnen und Patienten der Halbprivat- und Privatabteilungen übernehmen das Honorar der sie behandelnden honorarberechtigten Ärztinnen und Ärzte gemäss § 8.

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

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

Sonderleistungen § 14. Für Sonderleistungen wie für besondere Transporte oder Berichte und Gutachten durch private Auftraggeber sowie für die Befriedigung persönlicher Bedürfnisse erhebt das Spital Taxen nach marktwirtschaftlichen Grundsätzen.

Besondere Patientengruppen § 15. Das Spital verrechnet für gesunde Neugeborene auf der Wöchnerinnenabteilung keine Taxen.

Die Gesundheitsdirektion legt besondere Taxen fest für Personen, die

- a) von einer Behörde eingewiesen werden,
- b) sich nur tagsüber oder während der Nacht im Spital aufhalten,
- c) die Patientinnen oder Patienten begleiten.

Ein- und Austrittstag § 16. Das Spital stellt die Ein- und Austrittstage bei stationärer Behandlung zu vollen Ansätzen in Rechnung.

Übertritt § 17. 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.

§ 18. 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 fünf Tage.

Verzug und  
Urlaub

Aus- und Wiedereintrittstag gelten als Urlaubstage.

§ 19. Das Spital kann die Taxen für Patientinnen und Patienten der allgemeinen Abteilungen angemessen ermässigen, wenn sie für die Patientinnen und Patienten nach deren Einkommens- und Vermögensverhältnissen eine besondere Härte bedeuten würden.

Taxermässigung

#### **IV. Aufnahme von Patientinnen und Patienten**

§ 20. Das Spital gewährt zürcherischen Patientinnen oder Patienten bei der Aufnahme den Vorrang.

Grundsatz

Es nimmt andere Patientinnen oder Patienten auf, soweit es die räumlichen und personellen Verhältnisse gestatten.

Das Spital nimmt ausländische Patientinnen oder Patienten in der Regel in die Privatabteilung auf.

§ 21. Bei der Aufnahme legt die Patientin oder der Patient folgende Unterlagen vor:

Aufnahme-  
formalitäten

- a) einen Personalausweis oder einen gleichwertigen Ausweis,
- b) die unterzeichnete Eintrittserklärung mit der Angabe, in welcher Klasse die Behandlung erfolgen soll,
- c) das Zeugnis der einweisenden Ärztin oder des einweisenden Arztes, ausser in Notfällen,
- d) 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 Erhebungen des Spitals werden den Patientinnen oder Patienten nach § 1 Abs. 2 in Rechnung gestellt.

## V. Taxbezug

- Taxschuldner § 22. Die Taxen werden geschuldet:
- von der Patientin oder dem Patienten,
  - von Taxgarantinnen oder Taxgaranten,
  - von Dritten für Leistungen, die in ihrem Auftrag erbracht wurden.
- Solidarhaftung § 23. Neben der Patientin oder dem Patienten haften dem Spital solidarisch:
- der Ehegatte oder die Ehegattin, sofern die Ehe rechtlich nicht getrennt ist,
  - die Inhaberin oder der Inhaber des elterlichen Sorgerechts für minderjährige, unter elterlicher Gewalt stehende Kinder.
- Fälligkeit, Verrechnung und Verjährung § 24. Die Fälligkeit der Taxforderung und die Verzugszinse richten sich nach § 29 a des Verwaltungsrechtspflegegesetzes.
- 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 § 25. Die Gesundheitsdirektion kann mit Versicherern, Amtsstellen und andern Taxgaranten Verträge abschliessen, in denen von dieser Taxordnung abgewichen wird.
- Die Verträge bedürfen der Genehmigung durch den Regierungsrat, soweit dieser nichts anderes bestimmt.
- Vollzug § 26. Die Gesundheitsdirektion vollzieht die Taxordnung.
- Rechtsmittel § 27. Gegen die Taxfestsetzung durch das Spital kann bei der Gesundheitsdirektion Rekurs erhoben werden.
- Übergangsbestimmung § 28. Für zürcherische Patientinnen und Patienten mit einer obligatorischen Krankenpflegeversicherung beträgt die Grundtaxe gemäss § 11 für das Jahr 2004 100% der Vollkosten im Sinne von § 5, abzüglich der Tarife, welche die Krankenversicherer für zürcherische Patientinnen und Patienten der allgemeinen Abteilung schulden.

§ 29. Für das Kantonsspital Winterthur sind ab 1. Januar 2004 folgende Erlasse nicht mehr anwendbar:

- a) Taxordnung der kantonalen Krankenhäuser vom 1. April 1992,
- b) Verfügung der Gesundheitsdirektion über den Vollzug der Taxordnung der kantonalen Krankenhäuser vom 30. November 1994,
- c) Verfügung der Gesundheitsdirektion über die ab 1. Januar 1996 geltenden Taxen in den kantonalen Krankenhäusern vom 30. November 1995.

Teilweise  
Aufhebung bis-  
herigen Rechts

§ 30. Diese Taxordnung tritt am 1. Januar 2004 in Kraft. Sie bedarf der Genehmigung durch den Kantonsrat.

Inkrafttreten

Im Namen des Regierungsrates

Der Präsident:  
Huber

Der Staatsschreiber:  
Husi