

Verordnung über die Taxen und Tarife der kantonalen Krankenhäuser (Spitaltax- und Tarifverordnung)

Vom 14. Dezember 2004

GS 35.0393

Der Regierungsrat des Kantons Basel-Landschaft, gestützt auf § 6 des Spitalgesetzes vom 24. Juni 1976¹, beschliesst:

A. Allgemeines

§ 1 Geltungsbereich

Diese Verordnung bildet die Grundlage für die Tax- und Tarifgestaltung sowie für die Berechnung und Verrechnung der Leistungen in den kantonalen Krankenhäusern, d. h. für das Kantonsspital Liestal (KSL), das Kantonsspital Bruderholz (KSB), das Kantonsspital Laufen (KSLa), die Kantonalen Psychiatrischen Dienste (KPD) sowie das Kantonale Institut für Pathologie Liestal (KIP).

§ 2 Tarife und Preise / Systematik

¹ Die kantonalen Krankenhäuser erheben für ihre Leistungen Tarife und Preise. Als Vergütungsformen kommen dabei Pauschaltarife, Einzelleistungstarife und Preise nach Preislisten zur Anwendung.

² Tarife sind Regelsysteme, anhand derer die Vergütung berechnet wird. Die Tarife und Preise berücksichtigen Art und Umfang der Leistungen sowie Versicherungsstatus und Wohnsitz der Patientinnen und Patienten. Die einzelnen Vergütungsformen gemäss Absatz 1 können miteinander kombiniert werden.

³ Die Tarife und Preise werden in erster Linie in Verträgen mit Krankenversicherern oder durch Beschluss des Regierungsrates im vertragslosen Zustand gemäss Bundesgesetz vom 18. März 1994² über die Krankenversicherung (KVG), in Verträgen mit Unfallversicherern gemäss Bundesgesetz über die Unfallversicherung vom 20. März 1981³ (UVG), mit Kranken- und Unfallzusatzversicherern, mit anderen Sozialversicherungen und ähnlichen Institutionen, in Abkommen mit anderen Kantonen oder von den zuständigen Bundesbehörden festgelegt⁴.

¹ GS 26.187, SGS 930

² SR 832.10

³ SR 832.20

⁴ Die Verträge und Abkommen liegen - soweit sie in der Gesetzessammlung nicht publiziert sind - bei der Volkswirtschafts- und Sanitätsdirektion zur Einsicht auf.

⁴ Soweit keine vertragliche oder andere behördliche Tarifgrundlagen bestehen, gelten die Tarife und Preise gemäss dieser Verordnung.

§ 3 Bemessung der Tarife und Preise

¹ Bei der Bemessung der Tarife und Preise wird auf die Behandlungs- und Betriebskosten abgestellt und es wird unter Berücksichtigung der Wettbewerbsfähigkeit Kostendeckung angestrebt.

² Die Bemessung der Tarife und Preise, die für Leistungen zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung massgeblich sind, erfolgt nach Massgabe der Bestimmungen des KVG, insbesondere nach Artikel 49 KVG.

B. Tarife und Preise - Grundlagen

§ 4 Pauschaltarife

Folgende Pauschaltarife können zur Anwendung kommen:

- Tagesvollpauschalen: Diese umfassen sämtliche Leistungen pro Spitaltag. Für separat bezeichnete besondere Leistungen können zusätzliche Sonderentgelte verrechnet werden.
- Fallpauschalen: Diese umfassen sämtliche Leistungen pro Spitalbehandlung (Behandlungsfall). Für separat bezeichnete besondere Leistungen können zusätzliche Sonderentgelte verrechnet werden.
- Tagesteilpauschalen: Diese umfassen Unterkunft, Verpflegung und Pflege im üblichen Ausmass pro Spitaltag. Zusätzlich werden Einzelleistungen gemäss § 5 und 6 hiernach verrechnet.

§ 5 Einzelleistungstarife und Preislisten

¹ Als Einzelleistungen gelten die in Verträgen, in dieser Verordnung oder in Preislisten für die kantonalen Krankenhäuser aufgeführten medizinischen und nichtmedizinischen Einzelleistungen.

² Die Einzelleistungstarife und Preise nach Preislisten können wie folgt zur Anwendung kommen:

- für stationäre Patientinnen und Patienten, zusätzlich zum Tarif gemäss § 4;
- für teilstationäre Patientinnen und Patienten, zusätzlich zum Tarif gemäss § 4;
- für ambulante Patientinnen und Patienten;
- für Leistungen an Dritte.

§ 6 Tarifgrundlagen

¹ Es gelten für alle Kostenträger folgende Tarifgrundlagen:

- a. Spitalleistungen stationär: Spitalleistungskatalog (SLK) sowie Abweichungen vom SLK gemäss Anhang 1 Ziffer 5 zu dieser Verordnung;
- b. Spitalleistungen ambulant: TARMED; Besondere nichtärztliche Beratungs- und Pflegeleistungen gemäss Tarifvertrag zwischen H+¹ und santésuisse, MTK², BAMV³ und BSV⁴; Tarif für ambulante neuropsychologische Leistungen gemäss Vertrag zwischen H+, der Schweizerischen Vereinigung der Neuropsychologinnen und Neuropsychologen sowie dem BSV, der MTK und dem BAMV;
- c. Laborleistungen: Analysenliste, herausgegeben vom Eidgenössischen Departement des Innern;
- d. Physiotherapie: Tarif zwischen dem Schweizerischen Physiotherapeutenverband, santésuisse, MTK, BSV und BAMV; Tarifvertrag zwischen H+ und santésuisse, MTK, BSV und BAMV;
- e. Ergotherapie: Tarif zwischen dem Ergotherapeutinnen-Verband Schweiz, dem Schweizerischen Roten Kreuz und santésuisse; Tarifvertrag zwischen H+ und santésuisse, MTK, BSV und BAMV;
- f. Logopädie: Tarif zwischen der Konferenz der Schweizerischen Berufsverbände der Logopädinnen und Logopäden und santésuisse; Tarifvertrag zwischen H+ und santésuisse, MTK und BAMV;
- g. Ernährungsberatung: Tarif zwischen dem Schweizerischen Verband diplomierter Ernährungsberaterinnen, santésuisse bzw. MTK, BSV und BAMV; Tarifvertrag zwischen H+ und santésuisse, MTK, BSV und BAMV;
- h. Diabetesberatung: Tarif zwischen dem Schweizerischen Verband diplomierter Ernährungsberaterinnen, santésuisse bzw. MTK, BSV und BAMV; Tarifvertrag zwischen H+ und santésuisse, MTK, BSV und BAMV;
- i. Medikamente: Spezialitätenliste (SL), Arzneimittelliste mit Tarif (ALT); herausgegeben vom Eidgenössischen Departement des Innern;
- j. Dialysebehandlungen: Tarifvertrag zwischen H+ Die Spitäler der Schweiz und dem SVK Schweizerischer Verband für Gemeinschaftsaufgaben der Krankenversicherer;
- k. Zahnärztliche Leistungen laut Zahnarzt-Tarif der Schweizerischen Zahnärztengesellschaft (SSO) und den Versicherern gemäss UVG.

² Medizinische Leistungen, die gemäss vorstehenden Tarifgrundlagen mit Taxpunkten bewertet sind, werden durch Multiplikation mit dem entsprechenden Taxpunktwert gemäss Verträgen, Abkommen oder dieser Verordnung errechnet und in Rechnung gestellt.

³ Die medizinischen Leistungen, die nicht mit Taxpunkten bewertet sind, sowie solche, die von Dritten erbracht worden sind, werden zu Listenpreisen oder zu den Selbstkosten verrechnet.

¹ H+: Die Spitäler der Schweiz

² MTK; Medizinaltarif-Kommission UVG

³ BAMV; Bundesamt für Militärversicherung

⁴ BSV; Bundesamt für Sozialversicherung

⁴ Für stationäre Privat- und Halbprivatpatientinnen und -patienten sowie für kosmetische Eingriffe gemäss Anhang 1, Ziffer 4.3 werden Arzthonorare nach dieser Verordnung zusätzlich zum Tarif in Rechnung gestellt. Vorbehalten bleiben anderslautende vertragliche Regeln.

⁵ Nichtmedizinische Leistungen sowie Mittel und Gegenstände, die der Untersuchung und Behandlung dienen, werden grundsätzlich zu marktkonformen Preisen verrechnet. Zum Einstandspreis wird ein Zuschlag von 10% verrechnet. Besteht jedoch ein Detailhandelspreis, kann jener angewendet werden.

C. Taxen und Tarife für stationäre Behandlungen

§ 7 Allgemeine Bestimmungen

Für die stationäre Behandlung gelten die folgenden Regeln:

- a. Eintritts- und Austrittstag werden voll berechnet, ebenso die Tage, an denen eine Patientin oder ein Patient einen Urlaub antritt oder beendet.
- b. Ein Wechsel der Abteilung (allgemein, halbprivat, privat) ist im Einvernehmen zwischen der Patientin oder dem Patienten und dem Spital zu regeln.
- c. Die Vergütung der vom Spital erbrachten Leistung ist durch eine Kostengutsprache von Krankenversicherern, Sozialversicherern, Kantonen (gemäss Art. 41 Abs. 3 KVG) oder anderen von den Spitälern anerkannten Garanten sicherzustellen.
- d. Liegt beim Spitaleintritt keine oder keine vollständige Kostengutsprache vor, so können die Spitalleistungen durch eine vom Spital zu bestimmende Depotleistung oder auf andere geeignete Weise sichergestellt werden.
- e. Wird die Kostengutsprache bzw. Depotleistung beim Spitaleintritt nicht beigebracht, ist das Spital nicht zur Aufnahme verpflichtet (Ausnahmen können von der jeweiligen Spitalverwaltung bewilligt werden); ausgenommen hiervon sind Notfälle.
- f. Übersteigt der zu erwartende Rechnungsbetrag die Höhe der Kostengutsprache, der Depotleistung oder einer anderen Garantie, so kann das Spital eine Erhöhung der Sicherstellung verlangen.
- g. Das Spital stellt nach Beendigung des Aufenthaltes Rechnung. Es können auch Teil- und Nachtragsrechnungen ausgestellt werden. Die Rechnungen sind, sofern nicht anders geregelt, innert 30 Tagen zu bezahlen.
- h. Für die Abgrenzung der stationären von den teilstationären und ambulanten Behandlungen wird analog zu den entsprechenden Bestimmungen in den jeweils geltenden Spitalverträgen für die kantonalen Krankenhäuser (bzw. gemäss VKL) verfahren.

- i. Personen mit Wohnsitz in einem Mitgliedstaat der Europäischen Gemeinschaft (EG) oder der Europäischen Freihandelsassoziation (EFTA), die bei einem Aufenthalt in der Schweiz Anspruch auf internationale Leistungsaushilfe haben oder die sich wahlweise in der Schweiz behandeln lassen können, insbesondere auch Grenzgängerinnen und Grenzgänger und deren nichterwerbstätige Familienangehörige, werden bei stationärer Behandlung in der Allgemeinen Abteilung hinsichtlich des anwendbaren Tarifs den Personen mit Wohnsitz in anderen Kantonen gleichgestellt.
- j. Bei gesunden Säuglingen kommt die Säuglingstaxe analog zur Pflegeklasse der Mutter zur Anwendung.
- k. Die kantonalen Spitäler sind ermächtigt, für die Leistungsverrechnung an Patientinnen und Patienten mit Wohnsitz im Ausland (ausserhalb des Anwendungsbereichs der bilateralen Verträge mit der EG und der EFTA) sowie für die Verrechnung von 'Nichtpflichtleistungen gemäss KVG' an Patientinnen und Patienten mit Wohnsitz in der Schweiz in Abweichung zu dieser Spitaltax- und Tarifverordnung andere Tarifregelungen einzuführen. Die Volkswirtschafts- und Sanitätsdirektion ist über die einzelnen Regelungen jeweils zu orientieren.

§ 8 Taxen und Tarife für Akutpatientinnen und -patienten

Die Taxen und Tarife für Akutpatientinnen und -patienten sind in Anhang 1 festgehalten.

§ 9 Taxen und Tarife für nicht akutspitalbedürftige Pflegepatientinnen und -patienten

Die Taxen und Tarife für nicht akutspitalbedürftige Pflegepatientinnen und -patienten sind in Anhang 2 festgehalten.

D. Liste der nichtmedizinischen Leistungen

§ 10 Verrechenbare nichtmedizinische Leistungen

Die verrechenbaren nichtmedizinischen Leistungen, die in der Regel dem Patienten und der Patientin direkt belastet werden, sind in Anhang 3 festgehalten.

E. Angaben zu den Taxpunktwerten

§ 11 Taxpunktwerte für stationäre und ambulante Einzelleistungen

Die Taxpunktwerte für stationäre und ambulante Einzelleistungen sind in Anhang 4 festgehalten.

F. Schlussbestimmungen

§ 12 Aufhebung bisherigen Rechts

Es werden aufgehoben:

- a. die Verordnung vom 24. Juni 1986¹ über den Tarif für medizinische Leistungen der kantonalen Krankenhäuser (Tarif für medizinische Leistungen);
- b. das Reglement vom 16. Dezember 2003² zum Tarif für medizinische Leistungen;
- c. die Spitaltaxverordnung vom 18. Dezember 2001³;
- d. das Reglement vom 22. Dezember 1987⁴ über die Anwendung von Staffeltaxen in der Kantonalen Psychiatrischen Klinik Liestal (Reglement Staffeltaxen).

§ 13 Inkrafttreten

Diese Verordnung tritt am 1. Januar 2005 in Kraft.

¹ GS 29.268, SGS 930.14

² GS 34.1365, SGS 930.141

³ GS 34.361, SGS 930.11

⁴ GS 29.561, SGS 930.111

Anhang 1**Steuern und Tarife für Akutpatientinnen und -patienten****1. Kantonsspitaler Liestal und Bruderholz (KSL und KSB)**

1.1.1¹ In der Allgemeinen Abteilung des KSL und KSB beträgt die Tagesvollpauschale für:

- a. Personen mit Wohnsitz im Kanton
 - aa. als Selbstzahlerinnen oder Selbstzahler sowie als Versicherte der Privatassekuranz 775 Fr.
 - ab. als Berechtigte der öffentlichen Fürsorge und als Schützlinge anerkannter, gemeinnütziger Institutionen: die Vertragstaxe der KVG-Versicherten
- b. Personen mit Wohnsitz in anderen Kantonen (inkl. KVG-41 Absatz 3-Fällen), im EG/EFTA-Ausland gemäss § 7 Buchstabe i dieser Verordnung sowie Auslandschweizerinnen und Auslandschweizer 990 Fr.
- c. Personen mit Wohnsitz im Ausland (ausserhalb EG/EFTA-Raum) 1020 Fr.
- d. gesunde Säuglinge (nicht bei KVG-Versicherten) 65 Fr.

1.1.2 Die Spitalverwaltung darf Selbstzahlertaxen für Personen in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen und mit Wohnsitz im Kanton herabsetzen. KVG-Versicherten wird für Nichtpflichtleistungen (ausgenommen kosmetische Eingriffe gemäss nachstehender Ziffer 4.3) die KVG-Taxe in Rechnung gestellt.

1.1.3 Bei der Abrechnung von KVG 41 Absatz 3-Fällen gemäss vorstehender Ziffer 1.1.1 lit. b ist der Wohnkanton des Patienten gemäss KVG differenzierungspflichtig, wobei zusätzlich zur Pauschale die in nachstehender Ziffer 4.2 aufgeführten Leistungen (sofern KVG-Pflichtleistungen) gegenüber dem zahlungspflichtigen Kanton in Rechnung gestellt werden.

1.2.1² In den Privatabteilungen des KSL und KSB beträgt die Tagestaxe (Tagesteilpauschale ohne Nebenleistungen):

- a. in der 2. Pflegeklasse für:
 - 1. Personen mit Wohnsitz im Kanton 515 Fr.
 - 2. Personen mit Wohnsitz in anderen Kantonen 695 Fr.
 - 3. Personen mit Wohnsitz im Ausland 860 Fr.

¹ Fassung vom 28. November 2006 (GS 35.1045), in Kraft seit 1. Januar 2007.

² Fassung vom 28. November 2006 (GS 35.1045), in Kraft seit 1. Januar 2007.

- 4. gesunde Säuglinge 100 Fr.
- b. in der 1. Pflegeklasse für:
 - 1. Personen mit Wohnsitz im Kanton 625 Fr.
 - 2. Personen mit Wohnsitz in anderen Kantonen 800 Fr.
 - 3. Personen mit Wohnsitz im Ausland 965 Fr.
 - 4. gesunde Säuglinge 110 Fr.

1.2.2 Versicherte der Allgemeinen Abteilung zahlen für ein gewünschtes, verfügbares und belegtes Einzimer oder Zweierzimer einen Komfortzuschlag. Dasselbe gilt auch für Versicherte der 2. Pflegeklasse, die ein Einzimer wünschen. Die Höhe des Komfortzuschlages wird von der Spitalverwaltung festgelegt oder mit den Versicherern vereinbart. Wird ein Zimer in einer Abteilung gewünscht und belegt, in der zusätzlich Leistungen zum Zimerkomfort erbracht werden, so kann der Komfortzuschlag erhöht werden.

2. Kantonsspital Laufen (KSLa)

2.1.1¹ In der Allgemeinen Abteilung des KSLa beträgt die Tagesvollpauschale für:

- a. Personen mit Wohnsitz im Kanton
 - aa. als Selbstzahlerinnen oder Selbstzahler sowie als Versicherte der Privatassekuranz 730 Fr.
 - ab. als Berechtigte der öffentlichen Fürsorge und als Schützlinge anerkannter, gemeinnütziger Institutionen: die Vertragstaxe der KVG-Versicherten
- b. Personen mit Wohnsitz in anderen Kantonen (inkl. KVG-41 Absatz 3-Fällen), im EG/EFTA-Ausland gemäss § 7 Buchstabe i dieser Verordnung sowie Auslandschweizerinnen und Auslandschweizer 895 Fr.
- c. Personen mit Wohnsitz im Ausland (ausserhalb EG/EFTA-Raum) 925 Fr.
- d. gesunde Säuglinge (nicht bei KVG-Versicherten) 65 Fr.

¹ Fassung vom 28. November 2006 (GS 35.1045), in Kraft seit 1. Januar 2007.

- 2.1.2 Die Spitalverwaltung darf Selbstzahlertaxen für Personen in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen und mit Wohnsitz im Kanton herabsetzen. KVG-Versicherten wird für Nichtpflichtleistungen (ausgenommen kosmetische Eingriffe gemäss nachstehender Ziffer 4.3) die KVG-Steuer in Rechnung gestellt.
- 2.1.3 Bei der Abrechnung von KVG 41 Absatz 3-Fällen gemäss vorstehender Ziffer 2.1.1 lit. b ist der Wohnkanton des Patienten gemäss KVG differenzierungspflichtig, wobei zusätzlich zur Pauschale die in nachstehender Ziffer 4.2 aufgeführten Leistungen (sofern KVG-Pflichtleistungen) gegenüber dem zahlungspflichtigen Kanton in Rechnung gestellt werden.
- 2.2.1¹ In den Privatabteilungen des KSLa beträgt die Tagesteuer (Tagesteilpauschale ohne Nebenleistungen):
- in der 2. Pflegeklasse für:
 - Personen mit Wohnsitz im Kanton 495 Fr.
 - Personen mit Wohnsitz in anderen Kantonen 660 Fr.
 - Personen mit Wohnsitz im Ausland 830 Fr.
 - gesunde Säuglinge 100 Fr.
 - in der 1. Pflegeklasse für:
 - Personen mit Wohnsitz im Kanton 595 Fr.
 - Personen mit Wohnsitz in anderen Kantonen 760 Fr.
 - Personen mit Wohnsitz im Ausland 930 Fr.
 - gesunde Säuglinge 110 Fr.
- 2.2.2 Versicherte der Allgemeinen Abteilung zahlen für ein gewünschtes, verfügbares und belegtes Einzelzimmer oder Zweierzimmer einen Komfortzuschlag. Dasselbe gilt auch für Versicherte der 2. Pflegeklasse, die ein Einzelzimmer wünschen. Die Höhe des Komfortzuschlages wird von der Spitalverwaltung festgelegt oder mit den Versicherern vereinbart. Wird ein Zimmer in einer Abteilung gewünscht und belegt, in der zusätzlich Leistungen zum Zimmerkomfort erbracht werden, so kann der Komfortzuschlag erhöht werden.

3. Kantonale Psychiatrische Klinik (KPK)

¹ Fassung vom 28. November 2006 (GS 35.1045), in Kraft seit 1. Januar 2007.

- 3.1.1¹ In der Allgemeinen Abteilung der KPK beträgt die Tagesvollpauschale für:
- Personen mit Wohnsitz im Kanton
 - als Selbstzahler oder Selbstzahlerinnen sowie Versicherte der Privatassekuranz 580 / 450 Fr.
 - als Berechtigte der öffentlichen Fürsorge und als Schützlinge anerkannter, gemeinnütziger Institutionen: die Vertragstaxe der KVG-Versicherten
 - Personen mit Wohnsitz in anderen Kantonen (inkl. KVG 41 Absatz 3-Fälle), im EG/EFTA-Ausland gemäss § 7 Buchstabe i dieser Verordnung sowie Auslandschweizerinnen und Auslandschweizer 655 / 505 Fr.
 - Personen mit Wohnsitz im Ausland (ausserhalb EG/EFTA-Raum) 675 / 525 Fr.
 - Tages-/Nachtpatienten und -patientinnen 175 Fr.
- 3.1.2 Die Spitalverwaltung darf Selbstzahlertaxen für Personen in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen und mit Wohnsitz im Kanton herabsetzen.
- 3.1.3.1 Die vorstehenden Staffeltaxen beinhalten eine Hochtaxe und eine Niedertaxe. Die Hochtaxe kommt bei der erstmaligen Hospitalisierung in der Klinik für die ersten 60 Tage zur Anwendung, die Niedertaxe nach 60 Tagen.
- 3.1.3.2 Ein Wiedereintritt in die Klinik nach einem Unterbruch von 90 Tagen gilt als erstmalige Hospitalisierung gemäss vorstehender Ziffer 3.1.3.1. Bei einem Wiedereintritt nach einem Unterbruch von weniger als 90 Tagen ist der letzte Klinikaufenthalt massgebend. Dabei gilt Folgendes:
- eine allfällige Niedertaxe kommt weiterhin zur Anwendung;
 - die Niedertaxe kommt generell erst zur Anwendung, wenn zusammen mit dem letzten Klinikaufenthalt 60 Tage Hochtaxe erreicht sind.

¹ Fassung vom 28. November 2006 (GS 35.1045), in Kraft seit 1. Januar 2007.

3.1.3.3 Bei einer Verlegung in oder aus einer anderen Psychiatrischen Klinik werden die Verlegungstage an die 60 Tage Hochtaxe angerechnet. Bei Wiedereintritt nach externen Spitaltagen infolge Verlegung zur stationären Behandlung nicht-psychiatrischer Leiden läuft der bisherige Taxmodus weiter. Diese externen Spitaltage gelten nicht als Unterbruch im Sinne von Ziffer 3.1.3.2. Verlegungen in Tages- oder Nachtkliniken sowie in Entwöhnungsanstalten oder in Alters- und Pflegeheime gelten als Austritte. Für Wiedereintritte in die Klinik gilt Ziffer 3.1.3.2.

3.2.1¹ In den Privatabteilungen der KPK beträgt die Tagestaxe (Tagesteilpauschale ohne Nebenleistungen):

- | | | |
|----|---|---------|
| a. | in der 2. Pflegeklasse für: | |
| 1. | Personen mit Wohnsitz im Kanton | 595 Fr. |
| 2. | Personen mit Wohnsitz in anderen Kantonen | 695 Fr. |
| 3. | Personen mit Wohnsitz im Ausland | 770 Fr. |
| b. | in der 1. Pflegeklasse für: | |
| 1. | Personen mit Wohnsitz im Kanton | 675 Fr. |
| 2. | Personen mit Wohnsitz in anderen Kantonen | 755 Fr. |
| 3. | Personen mit Wohnsitz im Ausland | 875 Fr. |

3.2.2 Versicherte der Allgemeinen Abteilung zahlen für ein gewünschtes, verfügbares und belegtes Einz Zimmer oder Zweierzimmer einen Komfortzuschlag. Dasselbe gilt auch für Versicherte der 2. Pflegeklasse, die ein Einz Zimmer wünschen. Die Höhe des Komfortzuschlages wird von der Spitalleitung festgelegt oder mit den Versicherern vereinbart. Wird ein Zimmer in einer Abteilung gewünscht und belegt, in der zusätzlich Leistungen zum Zimmerkomfort erbracht werden, so kann der Komfortzuschlag erhöht werden.

4. Gemeinsame Bestimmungen über die zusätzlich verrechenbaren Einzelleistungen

- 4.1 In der Tagesvollpauschale der Allgemeinen Abteilung sind alle Leistungen inbegriffen, die nicht in nachstehender Ziffer 4.2 ausdrücklich aufgeführt sind. Es sind dies namentlich:
- ärztliche Behandlung und Krankenpflege;
 - Unterkunft und Verpflegung;

- Aufenthalt in der Intensivpflegestation;
- Benützung des Operations- und Gebärsaals;
- Röntgendiagnostik, Durchleuchtung, Strahlentherapie, nuklear-medizinische Anwendungen;
- Laboruntersuchungen;
- Medizinisch diagnostische und therapeutische Untersuchungen;
- physikalische Therapie;
- Ergotherapie;
- Logopädie;
- Diabetesberatung;
- Ernährungsberatung;
- Peritonealdialysen;
- Medikamente, Verband, Verbrauchsmaterial;
- Verbandsmaterialien und Arzneien, die beim Austritt mitgegeben werden (Tagesportion).

4.2 In der Tagesvollpauschale der Allgemeinen Abteilung sind folgende Leistungen nicht inbegriffen und werden zusätzlich in Rechnung gestellt:

- Haemodialysen;
- Nierensteinertrümmerer;
- Herzoperationen;
- Kosten für Herzschrittmacher, Osteosynthese- und Implantationsmaterial;
- Primäre und sekundäre Kranken- und Unfalltransporte und Auslagen für Begleitungen;
- zahnärztliche Leistungen, die nicht Pflichtleistungen nach KVG sind;
- ärztliche Berichte und Gutachten;
- Kosten der auf Wunsch der Personen oder Angehöriger zugezogenen spitalfremden Ärzte oder Ärztinnen;
- Kosten für Sitzwachen, die auf Wunsch der Personen oder Angehöriger veranlasst werden;
- Personenbehelfe wie Prothesen, Stöcke, Stützstrümpfe und andere Hilfsmittel;
- Unkosten bei Todesfällen;
- Kosten der persönlichen Bedürfnisse (Anschaffung und Reparaturen persönlicher Effekten, Reinigung und Pflege der persönlichen Wäsche, Telefonspesen, Taschengeld usw.);
- Reparaturkosten bei Sachbeschädigungen.

¹ Fassung vom 28. November 2006 (GS 35.1045), in Kraft seit 1. Januar 2007.

4.3 Kosmetische Operationen

4.3.1 Für stationär erbrachte kosmetische Operationen, die nicht zu den Pflichtleistungen der Sozialversicherungen gehören, werden den Personen der allgemeinen Abteilung zusätzlich zur Selbstzahler-Tagespauschale ihrer Wohnortskategorie ein Arzthonorar und allenfalls ein Anästhesiehonorar sowie die Kosten für Implantate in Rechnung gestellt.

4.3.2 Für Personen der 2. Pflegeklasse kommt bei kosmetischen Operationen die Limitierung des Arzthonorars oder des Anästhesiehonorars gemäss der nachstehenden Ziffer 4.5 nicht zur Anwendung.

4.4 Bei der 1. und 2. Pflegeklasse werden zusätzlich zur Tagestaxe sämtliche Nebenleistungen gemäss § 5 und 6 dieser Spitaltax- und Tarifverordnung sowie Arzthonorare in Rechnung gestellt. Die Taxpunktswerte gemäss § 6 (Abs. 2) der Spitaltax- und Tarifverordnung sind im nachstehenden Anhang 4 festgehalten. Vorbehalten bleiben die Regelungen in den unter § 2 Abs. 3 genannten Verträgen.

4.5 Arzthonorare für die 2. Pflegeklasse

4.5.1 Das Arzthonorar für die 2. Pflegeklasse richtet sich bei operativen Eingriffen nach der jeweiligen Operationskategorie und beträgt:

Operationskategorie	Arzthonorar in Taxpunkten
kleinere Operation	bis 60
mittlere Operation	bis 150
grosse Operation	bis 300
sehr grosse Operation	bis 400

Bei längerem Spitalaufenthalt nach der Operation auf der gleichen Klinik / Abteilung kann ab dem 21. Tag zusätzlich das Arzthonorar gemäss Ziffer 4.5.3 Buchstabe b verrechnet werden. Operationssaal- und Anästhesietaxen richten sich nach den Ziffern 5.2/5.3 nachstehend.

4.5.2 Das geburtshilfliche Arzthonorar für die 2. Pflegeklasse richtet sich nach der jeweiligen Geburtskategorie und beträgt:

Geburtskategorie	Arzthonorar in Taxpunkten
einfache Geburt	bis 170
mittlere Geburt	bis 250
Geburt mit Komplikationen	bis 350

Sectio caesarea mit oder ohne Sterilisation bis 350

Bei längerem Spitalaufenthalt nach der Geburt auf der gleichen Klinik / Abteilung kann ab dem 21. Tag zusätzlich das Arzthonorar gemäss Ziffer 4.5.3 Buchstabe b verrechnet werden. Die Gebärsaal- und Anästhesietaxen richten sich nach den Ziffern 5.2/5.3 nachstehend.

4.5.3 Das Arzthonorar für die 2. Pflegeklasse für eine stationäre Behandlung ohne operativen Eingriff/Geburt beträgt:

- für die erste Untersuchung: bis 50 Taxpunkte;
- für die tägliche Behandlung: bis 10 Taxpunkte.

Bei Langzeitpatientinnen und -patienten ist das Arzthonorar im KSB, KSL und KSLa pro Klinik-Aufenthalt und pro 180 Tage auf 400 Taxpunkte beschränkt.

4.5.4 Das Anästhesiehonorar für die 2. Pflegeklasse beträgt bis zu 50% des Arzthonorars.

4.5.5 Für die Taxpunkte in den Ziffern 4.5.1 / 4.5.2 und 4.5.3 erfolgt die Berechnung der Taxpunktswerte nach den Bestimmungen gemäss nachstehendem Anhang 4.

4.5.6 In der Regel gelten die Relationen gemäss den Ziffern 4.5.1 und 4.5.2 auch in Bezug auf die nachfolgenden Bestimmungen 5.2 und 5.3. In Ausnahmefällen dürfen die privatärztlich tätigen Ärztinnen und Ärzte im Einvernehmen mit der Spitalverwaltung davon abweichen.

5. Abweichungen vom Spitalleistungskatalog

Bei den nachstehenden Punkten weicht die Leistungsverrechnung vom Spitalleistungskatalog (SLK) ab. Vorbehalten bleiben die Regelungen in den unter § 2 Abs. 3 dieser Spitaltax- und Tarifverordnung genannten Verträgen. Für den Taxpunktswert gelten analog die Bestimmungen gemäss SLK im nachstehenden Anhang 4, Ziffer 1. Wo die Taxpunktangaben fehlen, werden die Leistungen mit Franken-Beträgen gemäss den effektiven Kosten belastet.

5.1 Konsilien werden separat gemäss Aufwand verrechnet.

5.2 Anästhesie/Narkose: Bei stationären Privatpatienten (1. und 2. Pflegeklasse) werden nachstehende Tarifpositionen angewendet:

Anästhesien (inkl. Material und Narkosemittel, exkl. Medikamente, Blutkonserven und Blutersatz sowie Blutaufbereitungskosten) Taxpunkte

Kleine Operation	45
Mittlere Operation	100
Grosse Operation	175
Sehr grosse Operation	250
Mittlere Geburt	95
Schwere Geburt	125
Sectio caesarea (mit und ohne Sterilisation)	220

5.3 Operations- und Gebärsaalbenützung: Bei stationären Privatpatienten (1. und 2. Pflegeklasse) werden nachstehende Tarifpositionen angewendet. In dieser Taxe ist der Operationsaufwand (Personal- und Sachkosten, Operations- und Gebärsaalbenützung, Materialverbrauch) inbegriffen. Nicht inbegriffen sind die Arzt- und Anästhesiearzthonorare sowie die Kosten für Implantate.

Operations- und Gebärsaalbenützung	Taxpunkte
Kleine Operation	90
Mittlere Operation	200
Grosse Operation	350
Sehr grosse Operation	500
Operationssaalbenützung über 6 Stunden pro Stunde	65
Leichte Geburt	95
Mittlere Geburt	130
Schwere Geburt	190
Sectio caesarea (mit und ohne Sterilisation)	440

5.4 Fixationsverbände aus Gips oder Kunststoff: In den Leistungspositionen für das Anlegen der Fixationsverbände sind Saalbenützung gemäss Spitalleistungskatalog Position 3061.01 und Materialkosten eingeschlossen.

5.5 Reanimation/Arzthonorar Intensivpflegestation:

Reanimation ausserhalb der Intensivpflegestation	80 Fr./Viertelstunde
Intensivpflegestation Honorar 1. - 10. Tag	180 Fr.
Intensivpflegestation Honorar ab 11. Tag	50 Fr.

5.6 Aufwachraum:

Aufwachraum Taxpunkte

Pauschale pro Benützung, länger als 1 Stunde bis max. 5 Stunden	60
Pauschale pro Benützung, über 5 Stunden pro Stunde	8

5.7 Hebammentaxe:

Hebammentaxe	Taxpunkte
Normalgeburt	70
Mehrlingsgeburt	90

5.8 Medikamente, Anästhesie- und Kontrastmittel, etc.: Die Medikamente werden zum SL-Preis bzw. wo kein solcher besteht zum Publikumspreis verrechnet.

5.9 Bei Prothesen/Endoprothesen, Osteosynthese- und Implantationsmaterial, orthopädischen Hilfsmitteln und Pacemakern wird der Einstandspreis zuzüglich 10 % in Rechnung gestellt.

Anhang 2**Steuern und Tarife für nicht akutspitalbedürftige Pflegepatientinnen und -patienten**

Für nicht akutspitalbedürftige Pflegepatientinnen und -patienten in den Kantons-spitälern Liestal, Bruderholz und Laufen sowie in den Kantonalen Psychiatrischen Diensten (Kantonale Psychiatrische Klinik und Kantonales Altersheim Liestal, KAL) gelten folgende Tagestaxen:

- 1¹ Ordentliche Pensionspreise der Pflegeabteilung pro Person
- Kantonseinwohner/-einwohnerin 1er-Zimmer pro Tag Fr. 125.00
 - Kantonseinwohner/-einwohnerin 2er-Zimmer pro Tag Fr. 115.00
 - Kantonseinwohner/-einwohnerin Mehrbettzimmer pro Tag Fr. 105.00 (> 2)
 - Einwohnerinnen und Einwohner anderer Kantone gemäss separater Vereinbarung
- 2.1² Pflegekosten- und Betreuungskostenzuschlag (BESA-Punkte gemäss Heimvertrag 2004)
- Stufe 1 pro Tag 60 Fr.
 - Stufe 2 pro Tag 110 Fr.
 - Stufe 3 pro Tag 195 Fr.
 - Stufe 4 pro Tag 245 Fr.
- 2.2³ Im KAL gilt in abweichung zu Ziffer 2.1 folgender Pflegekosten- und Betreuungskostenzuschlag
- Stufe 4 pro Tag 250 Fr.
- 3⁴
- Reservationstaxe 1er-Zimmer pro Tag Fr. 105 Fr.
 - Reservationstaxe 2er-Zimmer pro Tag Fr. 95 Fr.
4. Die Arztkosten und die von Ärztinnen und Ärzten veranlassten Kosten (Medikamente, Analysen, Hilfsmittel, Therapien, etc.) werden - wie in den Alters- und Pflegeheimen - als ambulante Leistungen zusätzlich zu den vorstehenden Pauschalen verrechnet. Die Verrechnung erfolgt nach den Tarifen und Preisen gemäss jeweils geltender Verträge bzw. gestützt auf diese Spitaltax- und Tarifverordnung.

1 Fassung vom 29. November 2005 (GS 35.754), in Kraft seit 1. Januar 2006.

2 Fassung vom 28. November 2006 (GS 35.1045), in Kraft seit 1. Januar 2007.

3 Fassung vom 28. November 2006 (GS 35.1045), in Kraft seit 1. Januar 2007.

4 Fassung vom 28. November 2006 (GS 35.1045), in Kraft seit 1. Januar 2007.

Anhang 3**Verrechenbare nichtmedizinische Leistungen**

Die nachstehend beispielhaft aufgeführten Leistungen werden stets dem Patienten bzw. der Patientin belastet, ausser es liege für Krankentransport und Reisespesen die Garantie eines anderen Kostenträgers vor:

- Extraleistungen der Küche (Speisen, Getränke etc.)
- Coiffeur
- Todesfallkosten
- Krankentransport
- Reisespesen
- Sachschaden
- Taschengeld
- Gebühren/Spesen
- Kleiderreinigung, Kleideranschaffung
- Telefon, Radio, Fernsehen (Miete und Taxen)
- Persönliche Bedürfnisse

Die Spitäler sind zudem ermächtigt, das unentschuldigte Nichterscheinen von Patientinnen und Patienten zu einer vereinbarten Konsultation diesen in Form einer Umtriebspauschale in Rechnung zu stellen.

Anhang 4¹**Taxpunktwerte für stationäre und ambulante Einzelleistungen**

Es gelten - unter Vorbehalt der in Kapitel 1 genannten Verträge - folgende Taxpunktwerte:

1. Leistungen des SLK-Tarifs:
 - a. 4.95 Fr. für alle ambulanten grenzsanitären Untersuchungen,
 - b. 6.70 Fr. für alle stationären Patientinnen und Patienten der 1. und 2. Pflegeklasse
2. TARMED-Leistungen:
 - 1.00 Fr. für alle ambulanten Patientinnen und -Patienten,
3. Laborleistungen:
 - a. 1.00 Fr. für alle ambulanten Patientinnen und Patienten,
 - b. 1.35 Fr. für alle stationären Patientinnen und Patienten der 1. und 2. Pflegeklasse
4. Physikalische Therapie:
 - a. 0.95 Fr. für alle ambulanten Patientinnen und -Patienten,
 - b. 1.30 Fr. für alle stationären Patientinnen und Patienten der 1. und 2. Pflegeklasse
5. Ergotherapie:
 - a. 1.10 Fr. für alle ambulanten Patientinnen und Patienten,
 - b. 1.50 für alle stationären Patientinnen und Patienten der 1. und 2. Pflegeklasse
6. Logopädie:
 - a. 1.00 Fr. für alle ambulanten Patientinnen und Patienten,
 - b. 1.35 für alle stationären Patientinnen und Patienten der 1. und 2. Pflegeklasse
7. Ernährungsberatung:
 - a. 1.00 Fr. für alle ambulanten Patientinnen und Patienten,
 - b. 1.35 für alle stationären Patientinnen und Patienten der 1. und 2. Pflegeklasse
8. Diabetesberatung:
 - a. 1.00 Fr. für alle ambulanten Patientinnen und Patienten,
 - b. 1.35 für alle stationären Patientinnen und Patienten der 1. und 2. Pflegeklasse
9. Besondere nicht-ärztliche Beratungs- und Pflegeleistungen:
 - a. 1.00 Fr. für alle ambulanten Patientinnen und Patienten,

¹ Fassung vom 29. November 2005 (GS 35.754), in Kraft seit 1. Januar 2006.

- b. 1.35 für alle stationären Patientinnen und Patienten der 1. und 2. Pflegeklasse

10. Neuropsychologische Leistungen:

- a. 1.00 Fr. für alle ambulanten Patientinnen und Patienten,
- b. 1.35 für alle stationären Patientinnen und Patienten der 1. und 2. Pflegeklasse

11. Zahnärztliche Leistungen:

- a. 3.10 Fr. für alle ambulanten Patientinnen und Patienten,
- b. 4.20 für alle stationären Patientinnen und Patienten der 1. und 2. Pflegeklasse