

Taxordnung des Kantonsspitals¹

vom 6. November 1990²

Der Regierungsrat des Kantons Obwalden,

gestützt auf Artikel 8 Buchstabe g des Gesundheitsgesetzes vom 20. Oktober 1991³,

*genehmigt folgende Taxordnung:*⁴

I. Allgemeine Bestimmungen

Art. 1 *Geltungsbereich*

Diese Taxordnung gilt für das Kantonsspital.⁵

Art. 2 *Vereinbarungen*

¹ Die Taxen für stationäre Patienten der allgemeinen Abteilung und für ambulante Patienten, die bei einer der folgenden Versicherungen versichert sind, werden durch Vertrag geregelt:

- a. anerkannte Krankenkassen⁶;
- b. Schweizerische Unfallversicherungsanstalt⁷ und andere durch das Bundesgesetz über die Unfallversicherung zugelassene Versicherer⁸,
- c. Eidgenössische Militärversicherung⁹;
- d. Eidgenössische Invalidenversicherung¹⁰.

² Nichtversicherte Patienten, für welche eine Fürsorgebehörde für die Kosten aufkommt, werden den Patienten anerkannter Krankenkassen nach Absatz 1 Buchstabe a gleichgestellt.

Art. 3 *Patienten* *a. Steuerlicher Wohnsitz*

Für die Taxen werden unterschieden:

- a. Personen mit steuerlichem Wohnsitz im Kanton Obwalden (Kantonseinwohner);
- b. Personen mit steuerlichem Wohnsitz in andern Kantonen und Schweizer Bürger mit steuerlichem Wohnsitz im Ausland (Nichtkantonseinwohner);
- c. übrige Personen mit steuerlichem Wohnsitz im Ausland (Ausländer).

Art. 4¹¹ *b. Säuglinge*

Die Abgeltung der Kosten für gesunde Säuglinge ist in der Taxe der Mutter inbegriffen.

Art. 5 *c. Stationäre und ambulante Patienten*

Als stationärer Patient gilt, wer sich länger als 24 Stunden im Spital aufhält. Patienten, die sich weniger als 24 Stunden im Spital aufhalten, gelten als ambulante Patienten.

Art. 6 *d. Privatpatienten*

¹ Patienten, welche die Behandlung durch einen Chefarzt, einen leitenden Arzt oder deren Stellvertreter verlangen, gelten als Privatpatienten.

² Stationäre Privatpatienten werden in einem Einzimmer (privat) oder in einem Zweierzimmer (halbprivat) untergebracht.

Art. 7 *Zahlung*

¹ Die Rechnung ist innert 30 Tagen zu begleichen. Nach Ablauf dieser Frist wird ein marktüblicher Verzugszins und der Ersatz der Selbstkosten für die Zahlungsaufforderung verlangt.

² Wird die Rechnung trotz zweimaliger Aufforderung nicht beglichen, so wird die Forderung durch die Spitalverwaltung auf dem Rechtsweg geltend gemacht.

³ Mangelhafte oder fehlerhafte Rechnungen sind innert 30 Tagen an die Spitalverwaltung zurückzusenden.

⁴ Bei unverschuldeten Zahlungsschwierigkeiten kann die Spitalverwaltung Zahlungserleichterungen gewähren.

II. Kostengutsprache und Kostenvorschuss**Art. 8** *Stationäre Patienten*
a. Kostengutsprache

¹ Stationäre Patienten, für deren Kosten eine Krankenkasse, eine andere Versicherung oder eine Fürsorgebehörde aufkommt, haben beim Eintritt, spätestens aber bis zum fünften Aufenthaltstag eine Kostengutsprache beizubringen.

² Wird die Kostengutsprache nicht rechtzeitig beigebracht oder lehnt der Kostenträger nachträglich eine volle Übernahme der Kosten ab, so gilt der Patient als Selbstzahler.

Art. 9 *b. Kostenvorschuss*

¹ Selbstzahler haben den von der Spitalverwaltung festgesetzten Kostenvorschuss zu leisten, der die voraussichtlichen Kosten deckt, in der Regel aber für wenigstens zehn Tage Aufenthalt ausreicht.

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

Art. 10 *Ambulante Patienten*

Ambulante Patienten haben auf Verlangen der Spitalverwaltung eine Kostengutsprache beizubringen oder einen Kostenvorschuss zu leisten.

III. Taxen**Art. 11**¹² *Grundsatz*

¹ Für stationäre Patienten erhebt das Spital:

- a. Tagestaxen oder Fallpreispauschalen,
- b. Taxen für besondere Leistungen.

² Die Tagestaxen oder Fallpreispauschalen werden nach den im Anhang zu dieser Taxordnung festgesetzten Ansätzen erhoben.

Art. 12 *Ein- und Austritt*

Für den Ein- und den Austrittstag ist die volle Tagestaxe zu entrichten.

Art. 13 *Urlaub*

Wird dem Patienten vom Arzt ein Urlaub bewilligt, so wird für den Tag des Weggangs und den Tag der Rückkehr die volle Tagestaxe erhoben.

Art. 14 *Steuern für besondere Leistungen* *a. allgemeine Abteilung*

¹ Die in den Tagestaxen oder Fallpreispauschalen nicht inbegriffenen Leistungen bei der allgemeinen Abteilung werden vertraglich mit den Krankenversicherern geregelt.¹³

² Den Ausländern werden die Honorare von Beleg- und Konsiliarärzten, Implantate sowie die externen Untersuchungen und Behandlungen zusätzlich in Rechnung gestellt.¹⁴

Art. 15¹⁵ *b. Privatabteilung*

¹ Die Steuern für die Leistungen in der Privat- und Halbprivatabteilung setzen sich zusammen aus der Grundtaxe, dem Entgelt für die Spitalleistungen und den Honoraren für die ärztlichen Leistungen (Einzelleistungstarifizierung).

² Die Leistungen für persönliche Bedürfnisse, Verrichtungen bei Sterbefällen sowie bei besondern administrativen Umtrieben werden zusätzlich in Rechnung gestellt.

³ Mit den Krankenversicherern können Fallpreispauschalen vereinbart werden.

⁴ Die zusätzlichen Leistungen werden nach vereinbarten Tarifen verrechnet; für die ärztlichen Leistungen gelten die vertraglichen Zuschlagssätze. Sind keine Tarife vorhanden, so kommen die spitalintern festgesetzten Ansätze zur Anwendung.

Art. 16 *c. Übertritte*

Patienten der allgemeinen Abteilung, die in die Privatabteilung übertreten, haben für die Zeit des Aufenthalts in der allgemeinen Abteilung die Steuern für besondere Leistungen gemäss Art. 15 dieser Taxordnung zu entrichten

Art. 17 *d. Ambulante Patienten*

¹ Für ambulante Patienten gilt die Einzelleistungsverrechnung.

² Die Ansätze und Tarife für Kantonseinwohner von anerkannten Krankenkassen richten sich nach dem Vertrag mit den Krankenversicherern.¹⁶

³ ...¹⁷

Art. 18 *Selbstkosten*

Für Leistungen, die nicht tarifiert sind, werden die Selbstkosten in Rechnung gestellt. Diese können nach pauschalisierten Ansätzen erhoben werden.

IV. Übergangs- und Schlussbestimmungen

Art. 19 *Aufhebung bisherigen Rechts*

Die dieser Taxordnung widersprechenden Bestimmungen werden aufgehoben, insbesondere:

- a. der Regierungsratsbeschluss über die Verpflegungskosten und Nebenleistungen im Kantonsspital vom 20. Dezember 1965¹⁸,
- b. der Regierungsratsbeschluss über die Festsetzung der Kostgelder für die Insassen des kantonalen Bürgerheimes (Pflege- und Altersheim) vom 29. September 1970¹⁹,
- c. der Regierungsratsbeschluss über die Taxen für das Kantonsspital sowie das kantonale Pflege- und Altersheim vom 14. November 1989²⁰.

Art. 20 *Inkrafttreten*

Diese Taxordnung tritt ab 1. Januar 1991 in Kraft.

Anhang A²¹

Taxordnung 2010 des Kantonsspitals

Die Taxen im Kantonsspital und der Psychiatrie betragen je nach Abteilung und Tarifgruppe:

1	Akutsomatische Klinik	
11	Allgemeine Abteilung¹	Fr.
111	Krankenkassen	
	– Wohnsitz Kanton Obwalden	3 947.–
	– Wohnsitz übrige Schweiz	10 042.–
112	UV/IV/MV	6 779.–
113	Selbstzahler	10 042.–

¹ Fallpauschale AP-DRG:

Basispreis bei Fallgewicht 1,0.

Zusätzliche Verrechnungen gemäss gültigen Verträgen:

- Medikamente und Verbandstoffe, ausgehändigt bei Patientenaustritt,
- Primär-Krankentransporte,
- vom Versicherer verlangte Gutachten und Autopsien,
- nicht kassenpflichtige Eingriffe / Untersuchungen (Verrechenbar an Patient).

12	Halbprivate Abteilung² (Kantons- und Nichtkantonseinwohner)	Fr. * 13 027.–
-----------	--	-------------------

13	Private Abteilung² (Kantons- und Nichtkantonseinwohner)	Fr. * 17 837.–
-----------	--	-------------------

² Fallpauschale AP-DRG:

Basispreis bei Fallgewicht 1,0.

Zusätzliche Verrechnungen gemäss gültigen Verträgen (Halbprivat und Privat):

- Medikamente und Verbandstoffe, ausgehändigt bei Patientenaustritt,
- Primär-Krankentransporte,
- vom Versicherer verlangte Gutachten und Autopsien,
- nicht kassenpflichtige Eingriffe / Untersuchungen (verrechenbar an Patient).

Der Kantonsanteil (Sockelbeitrag) beträgt maximal Fr. 3 947.– x das Kostengewicht (siehe Kantonseinwohner allgemein).

* Bruttopreis (diverse Rabatte gemäss Verträgen).

2 Psychiatrische Klinik Obwalden und Nidwalden (PONS)

21 Allgemeine Abteilung	Fr.
211 Krankenkassen	
– Wohnsitz Kanton Obwalden und Nidwalden ¹	235.–
– Wohnsitz übrige Schweiz (exkl. CSS) ⁵	600.–
– Wohnsitz übrige Schweiz CSS ¹ , bis 60. Tag = Fr. 470.–, ab 61. Tag =	400.–
212 UV/IV/MV ²	403.–
213 Selbstzahler mit Wohnsitz Schweiz ³	500.–
214 Selbstzahler mit Wohnsitz Ausland ⁴	550.–

¹ Teilpauschale

Zusätzlich werden verrechnet: Medikamente, Verbandstoffe und übrige Materialien, die nach Hause mitgegeben werden; Primär-Krankentransporte.

² Teilpauschale

Zusätzlich werden verrechnet: Primär-Krankentransporte.

³ Teilpauschale

Zusätzlich werden verrechnet: Sämtliche Behandlungskosten, Nebenleistungen und Arzthonorare. Als Selbstzahler gelten Patienten, deren Behandlung nicht einer Pflichtleistung gemäss KVG entspricht.

⁴ Teilpauschale

Zusätzlich werden verrechnet: Sämtliche Behandlungskosten, Nebenleistungen und Arzthonorare.

⁵ Teilpauschale

Zusätzlich werden verrechnet: Spezialuntersuchungen und externe ärztliche Leistungen.

22 Halbprivate Abteilung *

221 Krankenkassen (exkl. Concordia und CSS)	
– Wohnsitz Kanton Obwalden und Nidwalden	392.–
– Wohnsitz übrige Schweiz	447.–
222 Selbstzahler mit Wohnsitz Schweiz	550.–
223 Selbstzahler mit Wohnsitz Ausland	600.–
224 Concordia: ¹ bis 60. Tag = Fr. 561.–, ab 61. Tag =	480.–
225 CSS: ¹ bis 60. Tag = Fr. 545.–, ab 61. Tag =	465.–

* Teilpauschale

Zusätzlich werden sämtliche Behandlungskosten, Nebenleistungen und Arzthonorare verrechnet.

Der Kantonsanteil (Sockelbeitrag) beträgt Fr. 235.– (100 % von Fr. 235.–).

¹ Teilpauschale

Zusätzlich werden verrechnet: Spezialuntersuchungen und externe ärztliche Leistungen.

23	Private Abteilung *	Fr.
231	Krankenkassen (exkl. Concordia und CSS) – Wohnsitz Kanton Obwalden und Nidwalden – Wohnsitz übrige Schweiz	507.– 562.–
232	Selbstzahler mit Wohnsitz Schweiz	600.–
233	Selbstzahler mit Wohnsitz Ausland	650.–
234	Concordia: ¹ bis 60. Tag = Fr. 602.–, ab 61. Tag =	520.–
235	CSS: ¹ bis 60. Tag = Fr. 585.–, ab 61. Tag =	505.–

* Teilpauschale

Zusätzlich werden sämtliche Behandlungskosten, Nebenleistungen und Arzthonorare verrechnet.

Der Kantonsanteil (Sockelbeitrag) beträgt Fr. 235.– (100 % von Fr. 235.–).

¹ Teilpauschale

Zusätzlich werden verrechnet: Spezialuntersuchungen und externe ärztliche Leistungen.

- ¹ Geändert durch Nachtrag vom 18. Dezember 1995
- ² LB XXI, 131; geändert durch Nachtrag vom 12. November 1991, in Kraft seit 1. Januar 1992 (LB XXI, 329), Nachtrag vom 22. Dezember 1992, in Kraft seit 1. Januar 1993 (LB XXII, 176), Nachtrag vom 18. Oktober 1993, in Kraft seit 1. Januar 1994 (LB XXII, 346), Nachtrag vom 15. November 1994, in Kraft seit 1. Januar 1995 (LB XXIII, 288), Nachtrag vom 18. Dezember 1995, in Kraft seit 1. Januar 1996 (LB XXIII, 453), Nachtrag vom 25. Juni 1996, in Kraft seit 1. Januar 1997 (LB XXIV, 49), Nachtrag vom 9. Dezember 1997, in Kraft seit 1. Januar 1998 (LB XXIV, 439), Nachtrag vom 1. Dezember 1998, in Kraft seit 1. Januar 1999 (LB XXV, 161), Nachtrag vom 29. Juni 1999, in Kraft seit 1. Juli 1999 (LB XXV, 313), Nachtrag vom 16. November 1999, in Kraft seit 1. Januar 2000 (LB XXV, 360), Nachtrag vom 11. November 2003, in Kraft rückwirkend seit 1. Januar 2003 (ABI 2003, 1340), Nachtrag vom 6. Januar 2004, in Kraft rückwirkend seit 1. Januar 2004 (ABI 2004, 43), Nachtrag vom 17. Februar 2004, in Kraft rückwirkend seit 1. Januar 2004 (ABI 2004, 199), Nachtrag vom 28. Juni 2005, in Kraft seit 1. Juli 2005 (ABI 2005, 877), Nachtrag vom 12. Mai 2009, in Kraft rückwirkend seit 1. Januar 2009 (ABI 2009, 817), und Nachtrag vom 20. April 2010, in Kraft rückwirkend seit 1. Januar 2010 (ABI 2010, 841)
- ³ GDB 810.1
- ⁴ Ingress geändert durch Nachtrag vom 11. November 2003
- ⁵ Geändert durch Nachtrag vom 18. Dezember 1995
- ⁶ vgl. Art. 3 und 4 KVG, SR 832.10
- ⁷ Art. 58 und 61 ff. UVG, SR 832.20
- ⁸ Art. 58 und 68 ff. UVG, SR 832.20
- ⁹ vgl. MVG, SR 833.1
- ¹⁰ vgl. IVG, SR 831.20
- ¹¹ Fassung gemäss Nachtrag vom 11. November 2003
- ¹² Fassung gemäss Nachtrag vom 11. November 2003
- ¹³ Geändert durch Nachtrag vom 11. November 2003
- ¹⁴ Geändert durch Nachtrag vom 29. Juni 1999
- ¹⁵ Fassung gemäss Nachtrag vom 29. Juni 1999
- ¹⁶ Geändert durch Nachtrag vom 11. November 2003
- ¹⁷ Aufgehoben durch Nachtrag vom 28. Juni 2005
- ¹⁸ LB XI, 284, XIV, 7, sowie XIX, 274 und 388
- ¹⁹ LB XII, 255, XIV, 10, sowie XIX, 274 und 388
- ²⁰ LB XX, 383
- ²¹ Fassung gemäss Nachtrag vom 20. April 2010