

Tarifordnung

gültig ab 1. Januar 2024

Inhaltsverzeichnis

Tarifordnung	1
Inhaltsverzeichnis	1
1 Allgemeine Bestimmungen.....	3
1.1 Geltungsbereich	3
1.2 Einweisung	3
1.3 Ausweise/Dokumente	3
1.4 Aufklärungspflicht des Spitals	3
1.5 Vorauszahlung	3
1.6 Vertragliche Vereinbarungen	3
1.7 Wohnsitz.....	4
1.8 Patientenklassen für stationäre Aufenthalte	4
1.9 Tarife	4
1.10 Zahlungsbedingungen.....	4
1.11 Haftung.....	4
1.12 Wertsachen	4
2 Stationäre Patienten	5
2.1 Begriff	5
3 Ambulante Patienten	5
3.1 Begriff	5
4 Schlussbestimmungen.....	5
Anhang I zur Tarifordnung	6
1 Stationäre Aufenthalte.....	6
1.1 Allgemein versicherte Patienten.....	6
1.1.1 Basispreise (Baserate)	6
1.2 Zusatzversicherte Patienten (VVG)	7
1.2.1 Patient mit halbprivater Versicherungsdeckung (Basis Zweibett-Zimmer / Freie Arztwahl)	7
1.2.2 Patient mit privater Versicherungsdeckung nach VVG (Basis Einbett-Zimmer / Freie Arztwahl).....	7
1.3 Patienten ohne OKP und VVG Versicherung	7
1.3.1 Selbstzahler Zweibett-Zimmer / Freie Arztwahl.....	7
1.3.2 Selbstzahler Einbett-Zimmer / Freie Arztwahl	7
1.3.3 Ausländer Zweibett-Zimmer / Freie Arztwahl	7
1.3.4 Ausländer Einbett-Zimmer / Freie Arztwahl	7
1.4 Vom Patienten zu tragende Kosten	7
1.5 Entlassung nach Hause	8
1.6 Begleitpersonen von Patienten	8
1.7 Upgrade.....	8
1.7.1 Upgrade Zweibett- / Einbett-Zimmer.....	8
1.7.2 Familienzimmer.....	8
1.8 Rechnungsstellung.....	9
1.9 Verrechnungsgrundlagen.....	10
1.10 Kostenvorschüsse	10

2	Ambulante Behandlungen	11
2.1	Verrechnungsgrundlage für ambulante Behandlungen	11
2.1.1	Krankenversicherung.....	11
2.1.2	Unfall-, Invaliden- und Militärversicherung	11
2.1.3	Selbstzahler / Ausländer	11
2.2	Verrechnungen von Mahlzeiten	11
2.3	Rechnungsstellung.....	12
2.4	Verrechnungsgrundlagen.....	12
2.5	Kostenvorschüsse	12
3	Diverse Kosten.....	13
4	Glossar.....	14

Zu Gunsten der besseren Lesbarkeit wird in der Tarifordnung nur eine Geschlechtsform verwendet.

1 Allgemeine Bestimmungen

1.1 Geltungsbereich

Diese Tarifordnung gilt für Wahl- und Notfalleintritte von stationären und ambulanten Patienten.

1.2 Einweisung

Die Einweisung erfolgt in der Regel durch einen Arzt oder durch Selbsteinweisung via Notfall.

1.3 Ausweise/Dokumente

Bei der Aufnahme (stationär/ambulant) haben die Patienten folgende Papiere mitzubringen:

- a) amtlicher Personalausweis (Ausländer: Pass oder Aufenthaltsbewilligung)
- b) Versicherungskarte, allenfalls Kostengutsprache
- c) Blutgruppenkarte
- d) Allergie-Pass
- e) Medikamente, die regelmässig eingenommen werden

EU-Bürger haben neben dem Pass auch die Europäische Versicherungskarte mitzubringen.

1.4 Aufklärungspflicht des Spitals

Das Spital Muri hat gegenüber dem Patienten eine medizinische und finanzielle Aufklärungspflicht. Der Patient wird deshalb umfassend über die medizinische Behandlung und die finanziellen Folgen des Spitalaufenthalts aufgeklärt.

In der vorliegenden Tarifordnung kann sich der Patient über die administrativen Regelungen und finanziellen Konsequenzen eines Aufenthaltes orientieren. **Es ist grundsätzlich Sache des Patienten, seinen Versicherungsschutz zu kennen.**

Aus folgenden Gründen (die Aufzählung ist nicht abschliessend) ist es möglich, dass trotz Abschluss einer Zusatzversicherung halbprivat/privat die Kosten nicht oder nicht vollständig übernommen werden:

- Selbstbehalt zu Lasten des Patienten
- Kostenbeteiligungen bei Versicherungen mit Wahlmöglichkeiten / Hotellerie Zusatz
- individueller Versicherungsvorbehalt in der Versicherungspolice
- Versicherungsvorbehalt in den allgemeinen Geschäftsbedingungen der Versicherung (Konsum von Drogen, Alkohol- oder Medikamentenmissbrauch etc.)
- Prämienausstände

Falls für die gewählte Versicherungskategorie oder für das gewünschte Upgrade keine genügende Versicherung besteht oder die Versicherung nachträglich die Übernahme der Kosten aufgrund eines Versicherungsvorbehaltes ablehnt, **gehen sämtliche von der Versicherung nicht gedeckten Kosten zu Lasten des Patienten.**

1.5 Vorauszahlung

In folgenden Fällen muss eine Vorauszahlung geleistet werden:

- keine Kostendeckung von den Versicherern
- Selbstzahler
- ausländische Patienten (notfallmässig oder geplant) falls keine europäische Versicherungskarte vorgewiesen werden kann
- Patienten, die beim Spital noch offene Rechnungen haben

1.6 Vertragliche Vereinbarungen

Das Spital kann Verträge mit den anerkannten Versicherungen oder mit Behörden abschliessen. Die abgeschlossenen Verträge sind Bestandteile dieser Tarifordnung.

1.7 Wohnsitz

Für den Tarif ist immer der gesetzliche Wohnsitz des Patienten massgebend. Es werden unterschieden:

- a) Patienten im Kanton Aargau wohnhaft
- b) Patienten in der Schweiz wohnhaft
- c) Patienten im Ausland wohnhaft mit europäischen Versicherungskarte
- d) Patienten im Ausland wohnhaft ohne europäische Versicherungskarte

Bei Schweizer Patienten ohne festen Wohnsitz in der Schweiz werden die Tarife gemäss Ziffer 1.7, Absatz b) angewendet.

1.8 Patientenklassen für stationäre Aufenthalte

Es werden folgende Aufenthaltsklassen unterschieden:

- a) Allgemein Wohnkanton Aargau (= grundversichert)
- b) Allgemein ausserkantonale ganze Schweiz *
- c) Halbprivat (= grundversichert + Halbprivat zusatzversichert)
- d) Privat (= grundversichert + Privat zusatzversichert)

* Falls die Baserate im Kanton Aargau höher ist als der Referenztarif des aus dem Kanton xx stammenden Patienten, bezahlt die Differenz entweder die Zusatzversicherung „Allgemein ganze Schweiz“ oder die Differenz geht zu Lasten des Patienten. Das Spital Muri verzichtet auf eine Verrechnung an den Patienten.

1.9 Tarife

Die Tarife werden in den Anhängen dieser Tarifordnung geregelt. Die Ansätze für die Leistungen wurden in Verhandlungen zwischen den Versicherern und dem Spital ausgehandelt und diejenige in den Grundversicherungen anschliessend von der Regierung des Kantons Aargau genehmigt.

1.10 Zahlungsbedingungen

Die Rechnungen sind grundsätzlich innert 30 Tagen zu begleichen (vorbehalten bleiben Vereinbarungen mit den Versicherern). Nach Verfall wird ein Verzugszins von 5 % pro Jahr in Rechnung gestellt.

1.11 Haftung

Die Patienten haften für Sachschäden, die sie verschulden, insbesondere für Schäden an Gebäude, Mobiliar und Effekten.

1.12 Wertsachen

Den Patienten wird empfohlen möglichst keine Wertsachen ins Spital mitzubringen. Für Wertgegenstände, Bargeld und andere persönliche Utensilien, die in Krankenzimmern oder sonst aufbewahrt werden, übernimmt das Spital keine Haftung. Es besteht die Möglichkeit mitgebrachte Wertsachen und Bargeld beim Spitaleintritt auf der Station zu deponieren.

2 Stationäre Patienten

2.1 Begriff

Als stationäre Behandlung gelten nach Artikel 3 VKL Aufenthalte zur Untersuchung, Behandlung und Pflege im Spital:

- a) von mindestens 24 Stunden
- b) von weniger als 24 Stunden, bei denen während einer Nacht ein Bett belegt wird
- c) im Spital bei Überweisung in ein anderes Spital bei Verlegung mit Ambulanz gem. Regelung SwissDRG
- d) bei Todesfällen

Alle übrigen Patienten gelten als ambulante Patienten.

3 Ambulante Patienten

3.1 Begriff

Ambulante Patienten sind Patienten, die sich weniger als 24 Stunden im Spital aufhalten, nicht verlegt werden und nicht unter Ziffer 2 fallen.

4 Schlussbestimmungen

Die vorliegende Tarifordnung tritt am 1. Januar 2023 in Kraft und ersetzt die bisherigen Regelungen.

Spital Muri AG

Spital Muri AG

Dr. med. Daniel Strub
CEO

Jasmin Wirth
CFO

Anhang I zur Tarifordnung

Gültig ab 1. Januar 2023

1 Stationäre Aufenthalte

1.1.1 Allgemein versicherte Patienten

Alle im stationären Bereich erbrachten Leistungen des Spital Muri werden durch ressourcenbezogene Fallpreispauschalen „SwissDRG“ entschädigt. Die Höhe dieser Fallpreispauschale ist variabel und hängt vom diagnostizierten Schweregrad der Krankheit/Verletzung bzw. der Ressourcenintensität der Behandlung und Betreuung (Fallgewicht) ab. Die Fallpreispauschale umfasst mit wenigen Ausnahmen sämtliche Leistungen eines stationären Spitalaufenthaltes.

1.1.2 Basispreise (Baserate)

SwissDRG¹-Pauschale mit Basispreis für Kostengewicht 1.0:

a) Patienten im Kanton Aargau wohnhaft und KVG ² versichert	CHF	9'900.00 - 9'915.00 *
b) Patienten in der Schweiz wohnhaft und KVG ² versichert	CHF	9'900.00 - 9'915.00 *
c) Patienten in der Schweiz wohnhaft und KVG ² versichert, welche als Notfall nach Art. 41 Abs. 3 KVG hospitalisiert werden	CHF	9'900.00 - 9'915.00 *
d) Patienten im Ausland wohnhaft mit europäischer Versicherungskarte ²	CHF	9'900.00 *
e) Ausländer, die nicht unter Ziffer d fallen	CHF	10'840.00
f) <i>Patienten, die gemäss UVG³, IVG⁴ oder MVG⁵ versichert sind</i>	CHF	9'722.00
g) Selbstzahler CH	CHF	10'840.00

* Falls der Referenztarif im Kanton Aargau höher ist als der Referenztarif des Wohnkantons des Patienten, wird die Differenz entweder von der Zusatzversicherung übernommen oder sofern der Patient nicht über eine entsprechende Versicherung verfügt, zu Lasten des Patienten abgerechnet. Das Spital Muri verzichtet jedoch auf eine Verrechnung an den Patienten.

In den mit den Versicherungen vertraglich vereinbarten Fallpreispauschalen sind die Leistungen wie Unterkunft, Verpflegung, Bereitschaftskosten, pflegerische Betreuung, alle ärztlichen und spitaltechnischen Leistungen, Implantate, Materialien, Medikamente gemäss KVG/UVG sowie Verlegungstransporte während des Spitalaufenthaltes gemäss KVG enthalten.

Den unter 1.1.1 a) bis g) aufgelisteten Patientenkategorien werden zusätzlich zu den Pauschalen nach SwissDRG der allgemeinen Abteilung folgende Leistungen in Rechnung gestellt:

- Zusatzentgelte gemäss SwissDRG
- Medikamente und Materialien, die dem Patienten beim Austritt aus dem Spital ausgehändigt werden.
- Primär-Krankentransporte
- Dialysen
- vom Versicherer verlangte Gutachten und Autopsien

kursiv = provisorische Pauschale, da Vertragsabschluss noch nicht definitiv ist

¹ Bei der SwissDRG-Vergütung wird jeder Patient des Spitals einer von ca. 1'000 diagnosebezogenen Fallgruppen zugeteilt. In einer bestimmten Fallgruppe finden sich dann Patienten mit ähnlichen klinischen Eigenschaften und ähnlichem erwarteten Behandlungsaufwand. Jede SwissDRG-Fallgruppe hat ein eigenes Kostengewicht, welches mit dem tarifspezifischen Basispreis multipliziert den Rechnungsbetrag ergibt. Basis ist die jeweils aktuellste SwissDRG-Version.

² Bundesgesetz über die Krankenversicherung

³ Bundesgesetz über die Unfallversicherung

⁴ Bundesgesetz über die Invalidenversicherung

⁵ Bundesgesetz über die Militärversicherung

1.2 Zusatzversicherte Patienten (VVG)

1.2.1 Patient mit halbprivater Versicherungsdeckung (Basis Zweibett-Zimmer / Freie Arztwahl)

Zusätzlich zur Fallpauschale nach SwissDRG gemäss Punkt 1.1.1

+ Hotellerie und Krankenpflege pro Nacht	Gemäss separater Vereinbarung mit Versicherung
+ Arzthonorare gemäss sep. Vereinbarung mit Versicherer	Baserate * Case Mix Index

Upgrade: Zimmer-Upgrades sind möglich (siehe Anhang I, Punkt 7, der Tarifordnung)

1.2.2 Patient mit privater Versicherungsdeckung (Basis Einbett-Zimmer / Freie Arztwahl)

Zusätzlich zur Fallpauschale nach SwissDRG gemäss Punkt 1.1.1

+ Hotellerie und Krankenpflege pro Nacht	Gemäss separater Vereinbarung mit Versicherung
+ Arzthonorare gemäss sep. Vereinbarung mit Versicherer	Baserate * Case Mix Index

1.3 Patienten ohne Grund- und Zusatzversicherung (OKP und VVG)

Zusätzlich zur Fallpauschale nach SwissDRG gemäss Punkt 1.1.1

1.3.1 Selbstzahler Zweibett-Zimmer / Freie Arztwahl

+ Hotellerie und Krankenpflege pro Nacht	CHF 390.00
Arzthonorar	Baserate CHF 3'760.00*Case Mix Index

1.3.2 Selbstzahler Einbett-Zimmer / Freie Arztwahl

+ Hotellerie und Krankenpflege pro Nacht	CHF 490.00
Arzthonorar	Baserate CHF 4'740.00*Case Mix Index

1.3.3 Ausländer Zweibett-Zimmer / Freie Arztwahl

+ Hotellerie und Krankenpflege pro Nacht	CHF 410.00
Arzthonorar	Baserate CHF 3'970.00*Case Mix Index

1.3.4 Ausländer Einbett-Zimmer / Freie Arztwahl

+ Hotellerie und Krankenpflege pro Nacht	CHF 510.00
Arzthonorar	Baserate CHF 5'050.00*Case Mix Index

1.4 Vom Patienten zu tragende Kosten

Während dem Aufenthalt kann der Patient Leistungen beziehen, die nicht durch seine Versicherung abgedeckt sind. Für die Abgeltung der Leistungen hat der Patient selbst aufzukommen.

- a) gemäss Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) nicht kassenpflichtige Leistungen
- b) auf Wunsch des Patienten oder deren Angehörigen zugezogene, spitalfremde Ärztinnen und Ärzte
- c) persönliche Bedürfnisse des Patienten (Telefonate, TV, Radio etc.)
- d) Anschaffungen, Reinigung, Reparatur, Pflege von Bekleidung
- e) Rettungskosten sowie Krankentransporte bei Krankenhauseintritt und –austritt (die Leistungen der Krankenversicherer richten sich nach Art. 25 lit. g KVG bzw. Art. 33 lit. g KVV, Art. 26 und 27 KLV)
- f) Unkosten bei Todesfällen
- g) Mehrleistungen Hotellerie auf Wunsch des Patienten
- h) Kosten für Sachbeschädigungen
- i) Beherbergung von Begleitpersonen
- j) Auslagen für Begleitung
- k) Transportkosten für Taxi, Bahn etc., die vom Spital vorfinanziert werden, damit der Patient nach Hause kommt

Diese Liste ist nicht abschliessend.

1.5 Entlassung nach Hause

Falls der Patienten nach Hause entlassen wird, da keine Spitalbedürftigkeit mehr vorliegt und die Entlassung durch den Patienten innerhalb von 24 Stunden nicht wahrgenommen werden kann, wird eine Tagespauschale von CHF 440.00 erhoben.

1.6 Begleitpersonen von Patienten

- Übernachtung auf Klappbett durch Begleitperson CHF 30.00 / Nacht
Bei Begleitpersonen von Neugeborenen oder Kindern unter 14 Jahren wird auf die Verrechnung verzichtet
Bei Begleitpersonen von sterbenden Patienten wird auf die Verrechnung verzichtet
- Übernachtung im Spitalbett durch Begleitperson CHF 70.- / Nacht
(sofern verfügbar; möglich bei privat versicherten Patienten / Upgrade Einbett-Zimmer)

Einer Begleitperson werden die Mahlzeiten wie folgt verrechnet:

- | | | |
|---------------|-----|-------|
| • Frühstück | CHF | 16.00 |
| • Mittagessen | CHF | 29.00 |
| • Abendessen | CHF | 22.00 |

Hat eine Patientin (Mutter) ihren gesunden Säugling bei sich, so ist für die Betreuung des Säuglings durch das Spital CHF 60.00 / Tag zu entrichten.

Diese Leistungen werden von den Krankenkassen nicht bezahlt und können nur angeboten werden, sofern sie betrieblich möglich sind.

1.7 Upgrade

1.7.1 Upgrade Zweibett- / Einbett-Zimmer

Wünscht ein Allgemein versicherter Patient ein Zweibett- oder Einbett-Zimmer (also mehr als er versichert ist), so kann er über den Zuschlag Zimmer ein Zweibett- oder Einbett-Zimmer beziehen, sofern entsprechende Zimmer zur Verfügung stehen.

- Zweibett-Zimmer für Allgemein versicherte Patienten CHF 330.00 / Nacht
- Einbett-Zimmer für Allgemein versicherte Patienten CHF 460.00 / Nacht

Wünscht ein Halbprivat versicherter Patient ein Einbett-Zimmer (also mehr als er versichert ist), so kann er über den Zuschlag Zimmer ein Einbett-Zimmer in der Privatstation beziehen, sofern entsprechende Zimmer zur Verfügung stehen.

- Einbett-Zimmer für Halbprivat versicherte Patienten CHF 130.00 / Nacht

Die Verrechnung erfolgt nur wenn der Patient im Zimmer auf der Bettenstation hospitalisiert ist.

1.7.2 Familienzimmer

Wünscht eine Wöchnerin das Familienzimmer auf der Geburtsabteilung, so kann Sie über einen entsprechenden Zimmerzuschlag das Familienzimmer beziehen, sofern das entsprechende Zimmer zur Verfügung steht.

- | | | |
|---|-----|-----------------|
| • Familienzimmer Allgemein versicherte Patientin | CHF | 420.00 / Nacht* |
| • Familienzimmer Halbprivat versicherte Patientin | CHF | 190.00 / Nacht* |
| • Familienzimmer Privat versicherte Patientin | CHF | 90.00 / Nacht |

* Die Ausstattung und Einrichtung der Familien-Zimmer wurden von der Gönnervereinigung Pro Spital Muri finanziell unterstützt

1.8 Rechnungsstellung

Die Rechnungsstellung erfolgt primär an die Garanten (tiers payant), die eine Kostengutsprache erteilt haben. Von den Garanten nicht gedeckte Leistungen werden den Patienten oder sonst Zahlungspflichtigen in Rechnung gestellt.

Den Patienten oder sonst Zahlungspflichtigen werden unabhängig der Patientenklasse separat zu den Tarifen für Hotellerie und Pflege, Einzelleistungen oder Fallpauschalen immer folgende Leistungen in Rechnung gestellt:

- a) bei KVG: die Kosten für Krankentransporte (ausgenommen medizinisch bedingte Verlegungstransporte)
- b) nicht KVG-/UVG-/IVG-/MVG-pflichtige medizinische Leistungen inklusive präventivmedizinische Leistungen
- c) nicht von der obligatorischen Versicherung (KVG/UVG/IVG/MVG) zu übernehmende Mittel und Gegenstände
- d) Todesfallkosten
- e) Beherbergung und Auslagen für Begleitpersonen
- f) Mahngebühren

1.9 Verrechnungsgrundlagen

Als Verrechnungsgrundlagen gelten:

- Beschlüsse des Stiftungsrates und der Spitalleitung des Spital Muri
- Eidgenössische Analysenliste (AL)
- Arzneimittelliste (ALT)
- Mittel- und Gegenstände Liste (MiGel)
- Spezialitätenliste (SL)
- Vertrag mit Versicherern über die Vergütung an die Spitäler für stationäre Behandlung ihrer Patienten in der Allgemeinen Station und ambulante Behandlung ihrer Patienten
- Vertrag mit den Versicherern über die Rechnungsstellung gegenüber Patienten der Halbprivat- und Privatstation
- Vertrag mit den Versicherern gemäss Bundesgesetz über die Unfall-, Invaliden- und Militärversicherung.

1.10 Kostenvorschüsse

Eine Vorauszahlung wird bei den folgenden Fällen verlangt:

- Debitorenausstände aus früheren Behandlungen
- ungenügende Kostengutsprache von den Versicherern
- Nichtpflichtleistungen
- In Notfällen ohne Kostensicherung CHF 10'000.00

Die Vorauszahlung kann bar oder mit Kreditkarte **vor** Eintritt geleistet werden. Ist absehbar, dass die Vorauszahlung nicht ausreicht, so wird eine weitere Vorauszahlung verlangt.

2 Ambulante Behandlungen

2.1 Verrechnungsgrundlage für ambulante Behandlungen

Sämtliche ärztlichen und spitaltechnischen Leistungen sowie die benötigten Implantate, Materialien und Medikamente werden als Einzelleistungen nach den mit den Versicherern ausgehandelten Tarifen verrechnet.

2.1.1 Krankenversicherung

Taxpunktwert TARMED	CHF	0.91
Taxpunktwert Physiotherapie	CHF	1.03
Taxpunktwert Ernährungs-/Diabetesberatung	CHF	1.00
Taxpunktwert Ergotherapie	CHF	1.19
Taxpunktwert Logopädie	CHF	1.08 / 1.10
Taxpunktwert Labor	CHF	1.00
Taxpunktwert ambulante Behandlungen durch Hebammen	CHF	1.10
Taxpunktwert Stoma Beratung und -behandlung	CHF	0.91

Kursiv = provisorische Taxe da ein Festsetzungsverfahren am Laufen ist.

2.1.2 Unfall-, Invaliden- und Militärversicherung

Taxpunktwert TARMED	CHF	1.00
Taxpunktwert Physiotherapie	CHF	0.95
Taxpunktwert Ernährungs-/Diabetesberatung	CHF	1.00
Taxpunktwert Ergotherapie	CHF	1.10
Taxpunktwert Logopädie	CHF	1.00
Taxpunktwert Labor	CHF	1.00
Taxpunktwert ambulante Behandlungen durch Hebammen	CHF	1.00
Taxpunktwert Stoma Beratung und -behandlung	CHF	1.00

2.1.3 Selbstzahler / Ausländer

Taxpunktwert TARMED	CHF	1.23
Taxpunktwert Physiotherapie	CHF	1.27
Taxpunktwert Ernährungs-/Diabetesberatung	CHF	1.34
Taxpunktwert Ergotherapie	CHF	1.47
Taxpunktwert Logopädie	CHF	1.39
Taxpunktwert Labor	CHF	1.34
Taxpunktwert ambulante Behandlungen durch Hebammen	CHF	1.19
Taxpunktwert Stoma Beratung und -behandlung	CHF	1.47

2.2 Verrechnungen von Mahlzeiten

Mahlzeiten, die nicht über den ambulanten Tarif abgegolten sind, werden dem Patienten wie folgt verrechnet:

Frühstück	CHF	16.00
Mittagessen	CHF	29.00
Abendessen	CHF	22.00

2.3 Rechnungsstellung

Ambulante Kriterien: Die Rechnungsstellung erfolgt primär an die Garanten. Von den Garanten nicht gedeckte Leistungen werden den Patienten oder sonst Zahlungspflichtigen in Rechnung gestellt.

Den Patienten oder sonst Zahlungspflichtigen werden unabhängig der Patientenklasse separat zu den Tarifen Pflege und Einzelleistungen folgende Leistungen in Rechnung gestellt:

- a) bei KVG: die Kosten für Krankentransporte (ausgenommen medizinisch bedingte Verlegungstransporte)
- b) nicht KVG-/UVG-/IVG-/MVG-pflichtige medizinische Leistungen inklusive präventivmedizinische Leistungen
- c) nicht von der obligatorischen Versicherung (KVG/UVG/IVG/MVG) zu übernehmende Mittel und Gegenstände
- d) Mahngebühren

2.4 Verrechnungsgrundlagen

- Beschlüsse des Stiftungsrates und der Spitalleitung des Spital Muri
- Eidgenössische Analysenliste (AL)
- Arzneimittelliste (ALT)
- Mittel- und Gegenstände Liste (MiGel)
- Spezialitätenliste (SL)
- Tarmed
- Vertrag mit Versicherern über die Vergütung an die Spitäler für stationäre Behandlung ihrer Patienten in der Allgemeinen Station und ambulante Behandlung ihrer Patienten
- Vertrag mit den Versicherern über die Rechnungsstellung gegenüber Patienten der Halbprivat- und Privatstation
- Vertrag mit den Versicherern gemäss Bundesgesetz über die Unfall-, Invaliden- und Militärversicherung.

2.5 Kostenvorschüsse

Eine Vorauszahlung wird bei den folgenden Fällen verlangt:

- Debitorenausstände aus früheren Behandlungen
- ungenügende Kostengutsprache von den Versicherern

	Für Patienten mit Wohnsitz in		
	Kanton Aargau CHF	übrige Schweiz CHF	Ausland CHF
Ambulante Behandlungen ²⁾	2'500.00	3'500.00	4'000.00

²⁾ Die Vorauszahlung für ambulante Behandlungen wird aufgrund der voraussichtlichen Behandlungskosten festgesetzt.

3 Diverse Kosten

3.1 Benutzung des «Infotainment» (Fernsehen/Zeitschriften/Hörbücher/Spiele) für allgemeine Patienten

Pro Tag	CHF	6.00
max. Betrag pro Aufenthalt	CHF	100.00

3.2 Rollstühle

Preis pro Monat	CHF	60.00
Depot	CHF	200.00

3.3 Nichterscheinen ohne Absage

Abmeldungen oder Terminverschiebungen sind spätestens 24 Std. vor dem geplanten Termin beim entsprechenden Arzt oder Sekretariat vorzunehmen.

Eine versäumte Behandlung oder unentschuldigte Sitzung wird dem Patienten in Rechnung gestellt

Unentschuldigtes Fernbleiben einer ambulanten Behandlung/Sitzung	CHF	60.00 / pro ¼ Std.
Unentschuldigtes Fernbleiben bei einer Operation	CHF	400.00 / pro ¼ Std.

4 Glossar

Swiss-DRG	Swiss Diagnosis Related Groups (diagnosebezogene Fallgruppen)
KVG	Bundesgesetz über die Krankenversicherung
UVG	Bundesgesetz über die Unfallversicherung
MVG	Bundesgesetz über die Militärversicherung
IVG	Bundesgesetz über die Invalidenversicherung
VVG	Versicherungsvertragsgesetz
AP	Abteilungspauschale
KVV	Verordnung über die Krankenversicherung
VKL	Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime in der Krankenversicherung