

**Bericht und Antrag
des Regierungsrates des Kantons Schaffhausen
an den Kantonsrat
zum Erlass eines Dekretes über die Taxen
der kantonalen Spitäler Schaffhausen**

05-110

Sehr geehrte Frau Präsidentin
Sehr geehrte Damen und Herren

Wir unterbreiten Ihnen Bericht und Antrag betreffend den Erlass eines Dekretes über die Taxen der kantonalen Spitäler. Das neue Dekret soll die bisherigen Taxdekrete des Kantonsspitals, des Psychiatriezentrums und des Pflegezentrums, die veraltet und durch abweichende Verträge mit den Versicherern teilweise überholt sind, ablösen.

Mit Blick auf die anstehende Verselbständigung der kantonalen Spitäler ist das Dekret als Übergangsregelung für das Jahr 2006 konzipiert. Später wird es nach den Vorgaben des neuen Spitalgesetzes primär Sache des Spitalrates sein, die Tarife mit den Versicherern auszuhandeln bzw. in jenen Fällen, wo der Markt Spielräume belässt, autonom festzulegen. Politische Vorgaben des Regierungsrates und des Kantonsrates werden künftig nicht mehr über Taxdekrete einzubringen sein, sondern – soweit erwünscht – in den Rahmen- und Jahreskontrakten gemäss Art. 9 des Spitalgesetzes festzulegen sein.

1. Ausgangslage

Die wichtigsten Tarife für Leistungen, die im Rahmen der obligatorischen Kranken- und Unfallversicherung sowie der Invaliden- und der Militärversicherung abgerechnet werden, sind nach den geltenden bundesrechtlichen Vorgaben in Verträgen mit den Versicherern zu vereinbaren oder – im Streitfall – durch Festlegung des Regierungsrates mit Beschwerdemöglichkeit an den Bundesrat zu regeln. Dies betrifft insbesondere

- die Tarife für stationäre Spitalpatienten in der allgemeinen Abteilung,
- die Tarife für ambulante Behandlungen, und
- die Beiträge der Versicherer an die Behandlungs- und Pflegekosten von Patientinnen und Patienten im Langzeit- und im teilstationären Bereich.

Für die kantonalen Spitäler sind entsprechende Verträge mit den Versicherern in allen genannten Bereichen in Kraft. Eine explizite Nennung der aktuellen Ansätze im Rahmen des Dekrets erübrigt sich.

Zu regeln sind im Dekret nur jene Bereiche, für die dem Kanton als Träger der Spitäler aufgrund der bundesrechtlichen Vorgaben ein eigener Handlungsspielraum offen bleibt. Dies ist insbesondere in folgenden Bereichen der Fall:

- Hotellerie-, Verpflegungs- und Betreuungskosten ausserhalb der Versicherungs-Pflichtleistungen bei Patientinnen und Patienten im Langzeit- und im teilstationären Bereich;
- Tarifizuschläge für Patientinnen und Patienten der Halbprivat- und Privatabteilung;
- Tarife für ausserkantonale Patientinnen und Patienten (Wahleingriffe, ohne Fälle, für die eine Zahlungspflicht des Wohnkantons besteht);
- andere Leistungen, die nicht in die Leistungspflicht der bundesrechtlichen Sozialversicherungen fallen;
- allgemeine formelle Regelungen und Abgrenzungsfragen.

Namhafte materielle Änderungen sind im Rahmen des neuen Dekretes nur in den beiden erstgenannten Bereichen vorgesehen. In den anderen Bereichen werden nur wenige inhaltliche Detail-Anpassungen vorgenommen. Im Übrigen werden die in den bestehenden Dekreten festgehaltenen Grundsätze und Regelungen in redaktionell bereinigter Form übernommen.

2. Stationäre Spitalbehandlung (§ 8 - § 11)

a) Vertragliche Grundlagen

Für stationäre Behandlungen im Rahmen der obligatorischen Krankenversicherung (Kantonseinwohner allgemeine Abteilung) gelten nach den geltenden Verträgen vom Februar 2004 (Kantonsspital) bzw. vom Januar 2005 (Psychiatrie) folgende Tarife:

- Akutabteilungen Kantonsspital: Pauschalen Fr. 1'869.- pro Fall plus Fr. 171.- pro Tag, zusätzliche Separatverrechnung Implantate u.a.;
- Akutgeriatrie und Rehabilitation Kantonsspital: Pauschale Fr. 248.- pro Tag;
- Akutbehandlung und Rehabilitation Psychiatriezentrum: Pauschale Fr. 182.- pro Tag, zuzüglich Separatverrechnung einzelner spezieller Leistungen.

Mit den Vertragstarifen wird ein Kostendeckungsgrad von knapp 40 % im Kantonsspital bzw. knapp 45 % im Psychiatriezentrum erreicht. Theoretisch zulässig wäre nach Gesetz und aktuellem Stand der Rechtsprechung ein Deckungsgrad von 46 %. Aufgrund von Kosten- und Tarifvergleichen mit anderen Spitälern sind Tarifierhöhungen auf der Basis einvernehmlicher Vertragslösungen mit den Versicherern derzeit allerdings nicht möglich. Auf einseitige Vertragskündigungen seitens des Kantons per Ende 2005 wurde mit Blick auf den ungewissen Ausgang eines allfälligen Rechtsmittelverfahrens verzichtet. Eine erneute Überprüfung der Situation ist im Frühjahr 2006 mit Blick auf das Globalbudget 2007 der Spitäler Schaffhausen vorgesehen.

Im Bereich der übrigen Sozialversicherungen (Unfall-, Invaliden- und Militärversicherung) werden deutlich kleinere Umsätze erzielt. Die Verhandlungen für Vertragsanpassungen per 2006 in diesem Bereich sind noch nicht abgeschlossen. Ein Handlungsbedarf auf Dekretsstufe ist nicht gegeben.

b) Dekretsregelungen Allgemeine Abteilung

Im Rahmen des Dekrets werden für die allgemeine Abteilung lediglich die Grundsätze der Tarifbildung, wie sie sich aus dem Bundesrecht ableiten lassen, zusammengefasst (§ 8). Zudem werden die Leistungen, die ausserhalb von Pauschaltarifen separat verrechnet werden, im Sinne der bisherigen Dekretsbestimmungen aufgezählt (§ 9).

Bezüglich der Tarifizuschläge für ausserkantonale Patientinnen und Patienten kann im Wesentlichen auf die Ostschweizer Krankenhausvereinbarung verwiesen werden, welche einheitliche Berechnungsgrundlagen für die kantonsübergreifenden Ausgleichszahlungen enthält und für die überwiegende Mehrheit der Fälle unmittelbar verbindlich ist. 2005 gelten für die Schaffhauser Spitäler folgende Pauschalen:

- Akutabteilungen Kantonsspital: Fr. 3'010.- pro Fall + Fr. 280.- pro Tag;
- Geriatrie / Rehabilitation Kantonsspital Fr. 395.- pro Tag;
- Psychiatrie Fr. 307.- pro Tag.

Die Teuerungsanpassungen per 2006 werden für alle involvierten Spitäler im Rahmen der Konferenz der Ostschweizer Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK-Ost) verhandelt. Die Bereinigung und Genehmigung der neuen Preise soll anfangs 2006 erfolgen (nach Abschluss der in einigen Kantonen noch hängigen Tarifverhandlungen mit den Versicherern).

c) Privatabteilung

Für die Halbprivat- und die Privatabteilung war in den bisherigen Dekreten eine separate Verrechnung aller medizinischen Einzelleistungen vorgesehen. Aufgrund der neueren Rechtsprechung im Krankenversicherungsbereich ist diese Praxis nicht mehr zulässig. Deshalb wurden mit den wichtigsten Versicherern im Frühjahr 2004 neue Verträge abgeschlossen, die eine für beide Seiten kostenneutrale Umstellung auf Pauschalzuschläge mit sich brachten.

Im neuen Dekret (§ 10) werden nun die mit den wichtigsten Versicherern vereinbarten Tarifzuschläge übernommen, womit eine analoge Verrechnung auch für Selbstzahler sowie für Versicherer ohne Vertrag ermöglicht wird.

Für die Privat- und Halbprivatabteilung des Psychatriebereichs bestehen noch keine Verträge. Hier soll nun mit dem neuen Dekret eine analoge Umstellung vorgenommen werden (kosten- bzw. ertragsneutrale Umstellung von Einzelleistungsverrechnung auf Pauschalzuschläge).

3. Langzeitpflege (§ 11 bis § 14)

In den Langzeitpflegebereichen des Kantonsspitals (Pflegezentrum) und des Psychatriezentrums werden die Pflichtleistungen der Versicherer ebenfalls in den oben erwähnten Verträgen geregelt. Bei den Aufenthaltspauschalen, die gegenüber den Patientinnen und Patienten direkt in Rechnung zu stellen sind, bestehen dagegen Gestaltungsmöglichkeiten, die im Rahmen des Dekrets zu klären sind.

Die heute geltenden Taxen wurden vom Kantonrat im Dezember 2000 mit Wirkung ab 1. Januar 2001 festgelegt. Demnach werden gegenüber Langzeitpatientinnen und -patienten folgende Tagespauschalen in Rechnung gestellt:

- Grundpauschale Fr. 116.- pro Tag;
- Einkommens- und vermögensabhängige Zuschläge bis Fr. 24.- pro Tag bei Personen in günstigen wirtschaftlichen Verhältnissen;
- Abschöpfung der Hilflosenentschädigung gemäss AHV- / IV-Gesetzgebung (Hilo) bei Personen, welche entsprechende Beiträge erhalten (Fr. 28.70 pro Tag bei schwerer bzw. Fr. 17.95 pro Tag bei mittelschwerer Hilflosigkeit).

Das Gesamttotal der Zahlungen pro Patient und Monat streut somit im Bereich zwischen Fr. 3'500.- (kleinere Einkommen ohne Hilo) und Fr. 5'000.- (Maximum Staffeltarif, schwere Hilo, Werte gerundet).

Die heutigen Tarife stellen für die Betroffenen bereits eine erhebliche Belastung dar. Gemessen an den Kosten sowie auch im Vergleich mit Pflegeheimen in anderen Kantonen, die traditionell deutlich weniger stark subventioniert werden, müssen sie aber noch immer als ausgesprochen günstig bezeichnet werden:

- Aus der Kostenrechnung des Kantonsspitals ergibt sich, dass der Kanton im Pflegezentrum des Kantonsspitals mehr als Fr. 200.- pro Pfl egetag aus Steuermitteln an die Betreuungskosten von Langzeitpatienten beisteuert.
- In den nächsten Pflegeheimen der Nachbarkantone Zürich und Thurgau (Kohlfirst Feuerthalen und Katharinental Diessenhofen) liegen die Höchstansätze für schwer pflegebedürftige Patienten über Fr. 200.- pro Tag, womit Gesamtbelastungen der Patienten über Fr. 6'000.- pro Monat erreicht werden können.

Auch im Vergleich zu den kommunalen Altersheimen und den subventionierten Privatheimen des Kantons Schaffhausen müssen die Ansätze der kantonalen Häuser heute als moderat bezeichnet werden: In den meisten kommunalen Heimen liegen die Tagessätze für Pflegepatienten im Zweibettzimmer heute zwischen Fr. 110.- und Fr. 150.- pro Tag (+ Hilo); lediglich zwei ländliche Heime kennen für Pflegepatientinnen und -patienten noch Ansätze unter Fr. 110.- pro Tag.

Aufgrund der Kostenentwicklung und der verbesserten sozialen Situation vieler Rentnerinnen und Rentner drängt es sich auf, die seit 5 Jahren stabilen Tarife den neuen Gegebenheiten anzupassen. Dabei ist ein Systemwechsel auf zwei Ebenen vorgesehen:

- Entsprechend einem Trend, der sich in den letzten Jahren in den meisten Kantonen bereits durchgesetzt hat, soll die bisherige Vereinnahmung der Hilflosenentschädigung abgelöst werden durch eine generelle Abstufung der Pensionspreise aufgrund der Pflegebedürftigkeit.
- Gleichzeitig sollen die einkommensabhängigen Tarifzuschläge abgelöst werden durch einen höheren Normaltarif, wobei – im Sinne einer Umkehr der „Beweislast“ – durch Tarifiermässigungen im Einzelfall sichergestellt werden soll, dass kein Langzeitpatient aufgrund der Heimtarife Leistungen der Sozialhilfe beanspruchen muss.

Mit dem Systemwechsel bei der Abschöpfung der Hilflosenentschädigung wird der landesweiten Entwicklung von Praxis und Rechtsprechung Rechnung getragen: Der Umstand, dass von Hilo-Bezügern in einer Institution höhere Brutto-Preise verlangt werden als von anderen Patienten mit gleichem Pflegebedarf, wird als indirekte Quersubventio-

nierung durch die Hilo-Leistungen empfunden und zunehmend schlechter akzeptiert. Aus der Sicht des Spitals und des Kantons ermöglicht die Umstellung zudem eine Steigerung der Erträge, weil Tarifizuschläge aufgrund des Pflegebedarfs zeitgerecht anwendbar sind, während die Hilo erst nach Ablauf eines Karenzjahres zum Tragen kommt.

Die Weiterführung eines Staffeltarifs im neuen Gesamtrahmen wäre problematisch. Mit Ausnahme des Altersheims Thayngen kennt keine andere Institution der Region einkommensabhängige Taxen.

Die vorgeschlagene neue Tarifregelung orientiert sich im Einzelnen an folgenden Eckwerten:

- Die maximale Tagespauschale für schwer pflegebedürftige Personen wird auf dem maximalen Niveau festgelegt, das gemäss bisheriger Taxordnung von Personen in günstigen wirtschaftlichen Verhältnissen unter Beizug einer Hilo schweren Grades erreicht wurde (Fr. 168.- pro Tag).
- Die minimale Tagespauschale für leicht pflegebedürftige Personen, die vor allem bei psychiatrischen Langzeitpatienten zur Anwendung kommt, soll auf dem heutigen Niveau belassen werden (Fr. 116.- pro Tag, entsprechend einer normalen Referenztaxe von Behindertenheimen der Region Schaffhausen).
- Zwischen den beiden Eckwerten ist eine vierstufige Differenzierung vorgesehen, die sich am Ausmass der Pflegebedürftigkeit nach dem im Heimwesen üblichen Erfassungssystem BESA orientiert.
- Zur Vermeidung sozialer Härten wird explizit vorgegeben, dass die Taxen bei Kantonsewohnern in jedem Fall auf das Niveau begrenzt bleiben, das unter Beizug von Ergänzungsleistungen ohne Beiträge der Sozialhilfe finanziert werden kann.

Der Regierungsrat geht davon aus, dass mit der genannten Revision eine angemessene Verbesserung des Kostendeckungsgrades erreicht werden kann, unter Vermeidung unzumutbarer sozialer Härten und gleichzeitiger Respektierung der örtlichen Gegebenheiten in Bezug auf die Tarife der kommunalen Heime.

Zur Linderung von Härten beim Übergang ist vorgesehen, die neuen Taxen bei Personen, die vor dem kommenden Jahreswechsel als Langzeitpatienten aufgenommen wurden, erst mit einer Zeitverzögerung von 3 Monaten anzuwenden: Bis Ende März 2006 sollen in diesen Fällen noch die alten Taxen gelten.

4. Ambulante und teilstationäre Behandlung (§ 15 und § 16)

Die ambulanten Spitalleistungen werden grossmehrheitlich nach landesweit geltenden Tarifen – teilweise mit regionalen Taxpunktswerten – abgerechnet. Auf Dekretsstufe besteht hier kein weiterer Handlungsbedarf.

Politisch zu regeln bleiben lediglich die Verpflegungs- und Aufenthalts-pauschalen der geriatrischen Tagesklinik. Hier sind gegenüber den bisherigen Ansätzen bescheidene Aufschläge um Fr. 5.- pro Tag vorgesehen.

5. Anmerkungen zu weiteren Dekretsbestimmungen

Die allgemeinen Eingangsbestimmungen des Dekrets (§ 1 bis § 7) sowie die im Bericht nicht näher erläuterten Einzelheiten der nachfolgenden Kapitel fassen im Wesentlichen die einschlägigen Bestimmungen der drei bisherigen Dekrete in geraffter und teilweise leicht modifizierter Form zusammen.

Als inhaltliche Neuerung verdienen einzig die Aussagen in Bezug auf die Verrechnung von aussertarifischen Leistungen besondere Erwähnung: Mit Blick auf die grösseren unternehmerischen Freiräume, die den kantonalen Spitälern gemäss neuem Spitalgesetz künftig offen stehen sollen, wird in § 6 Abs. 2 ausdrücklich festgehalten, dass die Spitäler für spezielle Leistungen ausserhalb der Grundversorgung bzw. der Pflichtleistungen der Kranken- und Unfallversicherung gewinnbringende Preise festlegen können.

6. Finanzielle Auswirkungen

Die Neuregelung der Langzeitpflegetaxen wird im Kantonsspital – basierend auf den Belegungs- und Ertragszahlen des Jahres 2004 – zu einer Ertragssteigerung im Rahmen von gut 300'000 Franken führen. Bezogen auf die Netto-Beiträge der Patienten entspricht dies einer Steigerung von knapp 10 %; bezogen auf die Gesamterträge der Langzeitpflege (inkl. Leistungen der Krankenkassen, die unverändert bleiben) resultiert eine Zunahme um ca. 6 %.

Im Psychiatriebereich sind die Veränderungen deutlich kleiner (Zusatz-ertrag knapp 100'000 Franken), da das System BESA, welches zur Erfassung des Pflegebedarfs herangezogen wird, den Unterstützungsbedarf bei psychischen Leiden nicht hinlänglich abbildet und die Zahl der

Patienten, denen spürbare Taxaufschläge zugemutet werden, deutlich kleiner sein wird als im Pflegezentrum.

In den übrigen Bereichen sind aufgrund des neuen Dekrets nur marginale finanzielle Konsequenzen zu erwarten.

*Sehr geehrte Frau Präsidentin
Sehr geehrte Damen und Herren*

Gestützt auf die vorstehenden Ausführungen beantragen wir Ihnen, auf die Beratung des angeführten Dekrets einzutreten und ihm zuzustimmen.

Schaffhausen, 8. November 2005

Im Namen des Regierungsrates

Der Präsident:

Heinz Albicker

Der Staatsschreiber:

Dr. Reto Dubach

Dekret über die Taxen der kantonalen Spitäler Schaffhausen

Anhang

vom

Der Kantonsrat Schaffhausen,

gestützt auf Art. 28 des Gesundheitsgesetzes vom 19. Oktober 1970,

beschliesst als Dekret:

I. Allgemeine Bestimmungen

§ 1

Dieses Dekret regelt die Leistungsverrechnung in den kantonalen Spitälern Schaffhausen (Kantonsspital - Akutmedizin und Geriatrie, Psychiatrische Dienste) für die Behandlung, Pflege und Betreuung von Patientinnen und Patienten aller Fachbereiche.

Geltungsbereich

§ 2

Die Behandlung erfolgt stationär, teilstationär oder ambulant. Bei stationärer Behandlung wird unterschieden zwischen Spitalbehandlung und Langzeitpflege. Die Abgrenzungen richten sich nach den bundesrechtlichen Bestimmungen über die Krankenversicherung, soweit in den Verträgen mit den Versicherern keine abweichenden Regelungen vereinbart werden.

Leistungs-
kategorien

§ 3

¹ Die Taxen werden vom Patienten bzw. der Patientin geschuldet.

² Bei stationären Eintritten muss in der Regel Sicherstellung geleistet werden durch Kostengutsprache einer Versicherung oder Behörde oder durch Leistung eines Bardepots. Bei dringlichen Aufnahmen ist die Sicherstellung so bald wie möglich nachzuholen.

³ In Fällen, wo ein hinlänglicher Versicherungsschutz anderweitig nachgewiesen wird, kann eine Aufnahme ohne formelle Kostengutsprache oder Bardepot erfolgen.

Kosten-
gutsprache,
Depot,
Rechnungs-
stellung

§ 4

Verrechenbare
Pflegetage

- ¹ Bei stationären Behandlungen werden sowohl der Eintritts- als auch der Austrittstag voll als Pflegetag angerechnet.
- ² Bei Beurlaubung bis zwei Tage werden die Tage der Abwesenheit als Pflegetage angerechnet.
- ³ Bei Übertritten innerhalb der kantonalen Spitäler wird der Tag nur einmal - von der abgebenden Institution - angerechnet.

§ 5

Übergeordnete
Tarife

- ¹ Bei Leistungen, die nicht über spitalspezifische Pauschalen abgegolten werden, kommen national gebräuchliche Tarife zur Anwendung, wo solche zur Verfügung stehen.
- ² Der Regierungsrat regelt bei Bedarf die anzuwendenden Taxpunktwerte nach den einschlägigen bundesrechtlichen Bestimmungen.

§ 6

Ausser-
tarifische
Leistungen

- ¹ Leistungen, für die anerkannte Tarife fehlen und dieses Dekret nichts anderes vorschreibt, werden in der Regel nach Selbstkosten verrechnet.
- ² Für spezielle Leistungen ausserhalb der Grundversorgung bzw. der Pflichtleistungen der bundesrechtlichen Sozialversicherungen, für individuell verlangte Zusatz- und Mehrleistungen sowie für Wahlbehandlungen von Personen mit Wohnsitz ausserhalb des Kantons Schaffhausen kann das Spital gewinnbringende Preise festlegen.

§ 7

Härtefälle

Stellen die verrechneten Kosten für Patientinnen bzw. Patienten eine besondere Härte dar, so können sie von der Verwaltungsdirektion ganz oder teilweise erlassen werden.

II. Stationäre Spitalbehandlung

§ 8

Allgemeine
Abteilung

- ¹ Die Tarife für die Pflichtleistungen der obligatorischen Krankenversicherung sowie der übrigen bundesrechtlichen Sozialversicherungen (Unfall-, Invaliden- und Militärversicherung) für Behandlungen auf der allgemeinen Abteilung werden mit den Tarifpartnern nach den bundesrechtlichen Vorgaben vereinbart bzw. festgelegt.
- ² Die Tarifverhandlung mit den Versicherern ist Sache der Spitäler. Die Verträge bedürfen der Genehmigung durch den Regierungsrat.

³ Leistungen, die ausserhalb des Pflichtleistungsbereiches der bundesrechtlichen Sozialversicherungen erbracht werden, werden im Sinne von § 6 und § 9 separat in Rechnung gestellt.

⁴ Gegenüber ausserkantonalen Patientinnen und Patienten, die im Rahmen der obligatorischen Krankenversicherung behandelt werden, kommen die gleichen Tarife wie für Kantonseinwohnerinnen und -einwohner zur Anwendung, wenn der Wohnkanton zusätzliche Kostenbeiträge nach den Grundsätzen der Ostschweizer Krankenhausvereinbarung zahlt. In anderen Fällen werden entsprechende Tarifizuschläge zu Lasten der Patientinnen und Patienten bzw. der Versicherer erhoben.

§ 9

Soweit die Verträge mit den Versicherern nichts Abweichendes vorsehen, werden ausserhalb der Tarifpauschalen folgende Leistungen separat in Rechnung gestellt:

Separat
verrechnete
Leistungen

- a) Implantate;
- b) Dialysebehandlungen;
- c) spezielle Untersuchungen und Behandlungen bei externen Leistungserbringern, inkl. akutsomatische Spitalbehandlungen bei Psychiatriepatientinnen und -patienten;
- d) Krankentransporte;
- e) Medikamente, Mittel und Gegenstände, die zum Gebrauch nach dem Spitalaustritt abgegeben werden;
- f) medizinische Leistungen ausserhalb der Leistungspflicht der bundesrechtlichen Sozialversicherungen, inkl. präventivmedizinische Leistungen;
- g) individuell verlangte Zusatzleistungen (Komfort-Zuschläge, Hotellerieleistungen etc.)
- h) Hausabklärungen, Sozialberatung, Familiengespräche;
- i) ärztliche Gutachten und Berichte für externe Stellen;
- j) Auslagen für persönliche Bedürfnisse wie Telefon, TV, Anschaffung persönlicher Effekten, zahnärztliche Leistungen, Coiffeur, Pedicure, Aufbereitung der persönlichen Wäsche usw.;
- k) Kosten für Sachbeschädigungen;
- l) Todesfallkosten, verlangte Autopsien.

§ 10

¹ Bei Patientinnen und Patienten der Privatabteilung mit Unterbringung im Zweibett-Zimmer kommen gegenüber den Grund-Tarifen gemäss § 8 und § 9 die folgenden Zuschläge zur Anwendung:

Privatabteilung

a) Pauschalzuschläge Akutbehandlung somatisch: Fr. 609.- pro Fall zuzüglich Fr. 645.- pro Pflage-tag

b) Pauschalzuschläge Geriatrie / Rehabilitation somatisch: Fr. 220.- pro Pflage-tag;

c) Pauschalzuschläge Psychiatrie: Fr. 250.- pro Pflage-tag.

² Bei Patientinnen und Patienten der Privatabteilung mit Unterbringung im Einbett-Zimmer kommen gegenüber den Grund-Tarifen gemäss § 7 und § 8 die folgenden Zuschläge zur Anwendung:

a) Pauschalzuschläge Akutbehandlung somatisch: Fr. 913.- pro Fall zuzüglich Fr. 969.- pro Pflage-tag

b) Pauschalzuschläge Geriatrie / Rehabilitation somatisch: Fr. 330.- pro Pflage-tag;

c) Pauschalzuschläge Psychiatrie: Fr. 375.- pro Pflage-tag.

² Die Spitäler können mit den Versicherern abweichende Verträge abschliessen. Sie können zudem spezielle Tarifregelungen treffen für Patientinnen und Patienten, die für die Privatabteilung keinen genügenden Versicherungsschutz haben und die auf eigenen Wunsch im Ein- oder Zweibettzimmer beherbergt bzw. durch Kaderärztinnen und -ärzte ihrer Wahl behandelt werden.

§ 11

Abteilungswechsel

¹ Ein einmaliger Wechsel von der Privatabteilung in die Allgemeine Abteilung ist zulässig. Ein Wechsel in umgekehrter Richtung ist möglich, soweit ein geeignetes Zimmer verfügbar ist.

² Die bis zum Abteilungswechsel erbrachten Leistungen werden nach den Grundsätzen der Eintritts-Abteilung abgerechnet; mit dem Abteilungswechsel werden auch die Verrechnungsgrundsätze umgestellt.

III. Langzeitpflege

§ 12

Grundpauschalen

¹ Für Aufenthalt und Verpflegung sowie Betreuungsleistungen, die nicht in die Leistungspflicht der obligatorischen Krankenversicherung fallen, werden bei Einwohnerinnen und Einwohnern des Kantons Schaffhausen die folgenden Grundpauschalen in Rechnung gestellt (Abstufung entsprechend dem Pflegebedarf nach dem im schweizerischen Heimwesen anerkannten System BESA):

- | | |
|--|-------------------|
| a) sehr schwere Pflege
(BESA 4, über 60 Punkte) | Fr. 168.- pro Tag |
| b) schwere Pflege (BESA 4, 45 – 60 Punkte) | Fr. 155.- pro Tag |
| c) mittelschwerer Pflegebedarf (BESA 3) | Fr. 142.- pro Tag |

d) mässiger Pflegebedarf (BESA 2) Fr. 129.- pro Tag

e) leichter Pflegebedarf (BESA 0 + 1) Fr. 116.- pro Tag

² Die Pauschalen für Personen mit ausserkantonalem Wohnsitz betragen 130 % der Ansätze gemäss Absatz 1.

³ Bei Bezugsberechtigten einer Hilflosenentschädigung schweren Grades gemäss Bundesgesetzgebung über die Alters- bzw. Invalidenversicherung kommt zumindest der Ansatz gemäss Abs. 1 Bst. c zur Anwendung, bei mittelschwerer Hilflosigkeit zumindest der Ansatz gemäss Abs. 1 Bst. d.

⁴ Bei Personen mit Wohnsitz im Kanton Schaffhausen, welche Ergänzungsleistungen zur AHV / IV beziehen, bleibt die Tagestaxe auf das Niveau begrenzt, das ohne Beanspruchung von Beiträgen der Sozialhilfe finanziert werden kann.

⁵ Bei Unterbringung im Einbett-Zimmer auf eigenen Wunsch werden auf den jeweiligen Zimmerkomfort abgestimmte Zuschläge zwischen Fr. 30.- und Fr. 80.- pro Tag erhoben. Bei Personen, die aus medizinischen oder betrieblichen Gründen im Einbett-Zimmer untergebracht werden, wird kein Zuschlag erhoben.

⁶ Bei Überweisung in ein Spital sowie bei Beurlaubung / freiwilligen Ferientaufenthalten von mindestens 3 Tagen wird für die Zeit der Abwesenheit bis maximal 20 Tage eine Reservationsgebühr von Fr. 50.- (Mehrbettzimmer) bzw. Fr. 90.- (Einbettzimmer) pro Tag erhoben. Bei kürzeren Abwesenheiten werden durchgehend die vollen Pauschalen in Rechnung gestellt.

§ 13

¹ Die Tarife für die Pflichtleistungen der obligatorischen Krankenversicherung werden im Sinne von § 8 Abs. 1 bis 3 vereinbart bzw. festgelegt.

Medizinische Leistungen, Pflege, weitere Leistungen

² Weitere Leistungen werden im Sinne von § 6 und § 9 aufwandgerecht verrechnet.

§ 14

Bei Personen, die Anspruch auf Leistungen von Unfall- oder Haftpflichtversicherungen haben, werden die Taxen nach Massgabe des medizinischen und pflegerischen Aufwandes, der einforderbaren Versicherungsleistungen sowie der sozialen Verhältnisse durch die Spitäler festgelegt.

Unfallversicherungen, Haftpflichtversicherungen

IV. Ambulante und teilstationäre Behandlung

§ 15

Ambulante
Behandlung

Ambulante Leistungen werden nach den massgeblichen Tarifen gemäss § 5 bzw. nach den Grundsätzen von § 6 dieses Dekretes abgerechnet.

§ 16

Teilstationäre
Behandlung

¹ Bei teilstationärer Behandlung werden die medizinischen Leistungen nach den für ambulante Patientinnen und Patienten massgeblichen Bestimmungen in Rechnung gestellt, soweit keine abweichenden Verträge zur Anwendung kommen.

² Die Verpflegungskosten sowie andere nicht kassenpflichtige Leistungen werden im Sinne von § 6 separat in Rechnung gestellt.

³ Bei Patientinnen und Patienten der geriatrischen Tagesklinik werden für die Verpflegungs- und Aufenthaltskosten folgende Pauschalen in Rechnung gestellt:

- a) Grundpauschale Kantonseinwohner Fr. 95.- pro Tag
- b) Zuschlag bei anschliessender Übernachtung Fr. 50.- pro Nacht
- c) Zuschlag für ausserkantonale Patienten Fr. 35.- pro Tag

V. Schlussbestimmungen

§ 17

Übergangs-
bestimmungen

Für die Aufenthalts- und Verpflegungskosten von Patientinnen und Patienten der Langzeitpflege, die vor dem 1. Januar 2006 aufgenommen wurden, gelten – in Abweichung von § 12 – bis Ende März 2006 noch die alten Tarifregelungen.

§ 18

In-Kraft-Treten

¹ Dieses Dekret tritt auf den 1. Januar 2006 in Kraft.

² Es ist im Amtsblatt zu veröffentlichen und in die kantonale Gesetzessammlung aufzunehmen.

³ Es ersetzt das Dekret über die Taxen des Kantonsspitals vom 3. Dezember 2001, das Dekret über die Taxen des kantonalen Psychiatriezentrums vom 13. Dezember 1993 sowie das Dekret über die Taxen des kantonalen Pflegezentrums vom 29. August 1994.

Schaffhausen,

Im Namen des Kantonsrates

Die Präsidentin:

Die Sekretärin: