

Tarifordnung

Gültig ab 1. Januar 2025

Inhaltsverzeichnis

1	Allgemeine Bestimmungen	2
1.1	Geltungsbereich	2
1.2	Vertragliche Vereinbarungen	2
1.3	Ausweise/ Dokumente	2
1.4	Aufklärungspflicht des Spitals	2
1.5	Vorauszahlung/ Kostenübernahme	3
1.6	Wohnsitz und anwendbarer Tarif	3
1.7	Ausserkantonale Behandlungen	4
1.8	Stationäre, ambulante Patienten	4
1.9	Selbstzahler	4
1.10	Patientenklasse für stationäre Aufenthalte	4
1.11	Patientenverfügung	5
1.12	Tarife	5
1.13	Verrechnungsgrundlagen	5
1.14	Rechnungsstellung	6
1.15	Zahlungsbedingungen	6
1.16	Haftung	6
1.17	Wertsachen	6
1.18	Schlussbestimmungen	6
2	Stationäre Aufenthalte, Preisübersicht stationäre Tarife	7
2.1	Grundversicherungsleistungen	7
2.2	Basispreise (Baserate)	7
2.3	Zusatzversicherte Patienten	7
2.4	Upgrade von Zimmerkomfort und/oder Arztwahl im stationären Bereich	8
2.5	Vorauszahlungen	9
2.6	Begleitpersonen	10
2.7	Vom Patienten zu tragende Kosten	10
3	Ambulante Behandlungen, Preisübersicht ambulante Tarife	11
3.1	Verrechnungsgrundlage für ambulante Behandlungen	11
3.2	Versäumte Termine	12
3.3	Nichtpflichtleistungen	12
3.4	Vom Patienten zu tragende Kosten	13
4	Besondere Leistungen	13
4.1	Rechtsmedizin, Autopsien, Verkehrsmedizin	13
4.2	Rettungsdienst	13
5	Glossar	13

1 ALLGEMEINE BESTIMMUNGEN

1.1 Geltungsbereich

Diese Tarifordnung regelt die Behandlungs- und Aufenthaltspreise vom Akutspital der Spital Zofingen AG (für das Pflegezentrum besteht eine separate Tarifordnung), sowie die Gebührenpflicht für weitere Leistungen. Vorbehalten bleiben abweichende Regelungen im Bereich der obligatorischen Sozialversicherungsgesetzgebung des Bundes.

Es werden die Tarife gemäss individuellen Verträgen mit Versicherungen fakturiert. Ohne gültigen Vertrag werden der anerkannten schweizerischen Kranken- oder Unfallversicherung und Selbstzahlern die Tarife gemäss dieser Taxordnung in Rechnung gestellt.

Ungedeckte Kosten, welche durch unkorrekte oder unvollständige Angaben des Patienten verursacht wurden (zum Beispiel Wohnsitzkanton oder Versicherungskategorie) gehen zu Lasten des Patienten.

1.2 Vertragliche Vereinbarungen

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

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 (EU-Bürger die Europäische Versicherungskarte)
- c) Impfausweis
- d) Blutgruppenkarte
- e) Allergiepass
- f) Medikamente, welche regelmässig eingenommen werden

1.4 Aufklärungspflicht des Spitals

Die Spital Zofingen AG hat gegenüber dem Patienten eine medizinische und finanzielle Aufklärungspflicht. Der Patient wird deshalb umfassend über die medizinische Behandlung aufgeklärt.

In der vorliegenden Taxordnung 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 die Kosten nicht oder nicht vollständig übernommen werden:

- Selbstbehalt zu Lasten des Patienten
- Kostenbeteiligung bei Versicherungen mit Wahlmöglichkeiten/ Hotellerie Zusatz
- Individueller Versicherungsvorbehalt in den allgemeinen Geschäftsbedingungen der Versicherung (Konsum von Drogen, Alkohol- oder Medikamentenmissbrauch usw.)
- Prämienausstände
- Leistungsausschluss

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 gedeckte Kosten zu Lasten des Patienten.**

1.5 Vorauszahlung/ Kostenübernahme

Sie nehmen zur Kenntnis, dass Sie gegenüber der Spital Zofingen AG, Schuldner/in der von Ihnen gewünschten Behandlung sind.

Sie kennen den Umfang Ihres Versicherungsschutzes; das Spital Zofingen hat keine Abklärungspflicht. Unsere Abklärungen erfolgen entgegenkommenderweise aufgrund der von Ihnen gemachten Angaben auf dem Anmeldeformular.

Sollte keine vollumfängliche Kostengutsprache und/oder Kostenübernahme eines Leistungsträgers (Versicherung/Kanton) vorliegen, ist eine Vorauszahlung zu leisten.

In folgenden Fällen muss eine Vorauszahlung geleistet werden:

- Patienten, welche beim Spital noch offene Rechnungen haben
- Leistungsaufschub bei den Versicherern (nichtbezahlte Versicherungsprämien)
- Wenn Sie nicht Mitglied einer Krankenkasse sind oder wenn keine vollumfängliche Kostengarantie eines Versicherers bei Eintritt vorhanden ist
- Wenn Sie in einer höheren Pflegeklasse behandelt werden wollen, als dass Sie versichert sind
- Selbstzahler
- Ausländische Patienten (notfallmässig oder geplant), falls keine europäische Versicherungskarte oder das Formular E112/S2 vorgewiesen werden kann
- Ausserkantonale Patienten, wenn der Referenztarif des Wohnkantons tiefer ist als Tarif der Spital Zofingen AG und kein entsprechender Versicherungsschutz besteht
- Nicht-Pflichtleistungen (wenn die von Ihnen gewünschte Behandlung von der Krankenkasse nicht übernommen wird)

Die Höhe der Vorauszahlung richtet sich nach dem Wohnsitz und der Pflegeklasse. Wir empfehlen Ihnen, vor Ihrem Spitaleintritt abzuklären, ob die von Ihnen gewünschte Pflegeklasse und Behandlung durch die Krankenkasse oder Versicherung abgedeckt ist. Lehnt der Kostenträger nachträglich eine Übernahme der Behandlung ab, wird der Patient als Selbstzahler betrachtet.

Die Vorauszahlung kann mit Einzahlungsschein (vor dem Eintritt), bar sowie mit Kredit-, Maestro- oder Postomat Karte beim Eintritt am Empfang oder in der Patientenaufnahme bezahlt werden.

1.6 Wohnsitz und anwendbarer Tarif

Massgebend für die Bestimmung des anwendbaren Tarifs im KVG-Bereich ist immer der gesetzliche Wohnsitz des Patienten. (Steuerort = Wohnsitz).

Bei Schweizer Patienten ohne festen Wohnsitz in der Schweiz und ohne europäische Versicherungskarte sowie Patienten mit Wohnsitz im Ausland ohne europäische Versicherungskarte oder dem Formular E112/S2, wird der Tarif für Selbstzahler verrechnet.

1.7 Ausserkantonale Behandlungen

Bei ausserkantonalen Hospitalisierungen bezahlen die Grundversicherung und der Kanton unter Umständen lediglich nur jene Kosten, welche bei gleicher Behandlung im Wohnkanton anfallen würden.

Dies gilt im Speziellen, wenn das Spital Zofingen keinen Leistungsauftrag des Wohnkantons hat oder wenn der Wohnkanton vor dem Spitalaufenthalt keine Kostengutsprache für die Behandlung abgibt.

Kostet eine solche Wahlbehandlung im Spital Zofingen mehr als im Wohnkanton, muss die Kostendifferenz von der Zusatzversicherung oder vom Patienten selbst übernommen werden.

Wir empfehlen deshalb, bei einer ausserkantonalen Behandlung und bei fehlender Zusatzversicherung für die ganze Schweiz bei der Krankenversicherung frühzeitig entsprechende Abklärungen vorzunehmen.

1.8 Stationäre, ambulante Patienten

Als stationäre Behandlung nach Art. 49 Abs. 1 KVG gelten 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) bei Überweisung in ein anderes Spital
- d) bei Todesfällen

1.9 Selbstzahler

Als Selbstzahler gelten Patienten welche für die gewünschte, respektive die in Anspruch genommenen Spitalleistungen keine oder keine vollumfängliche Versicherungsdeckung einer anerkannten schweizerischen Kranken- oder Unfallversicherung oder eines anderen von der Spital Zofingen AG anerkannten Garanten vorweisen können.

Bei Selbstzahlern wird eine Anzahlung gemäss Kostenvoranschlag erhoben. Der Betrag ist gemäss Vorgaben der Spital Zofingen AG vor oder bei Eintritt in das Spital zu bezahlen und wird ohne Verzinsung in der Endabrechnung berücksichtigt.

1.10 Patientenklasse 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 die Baserate im Wohnkanton des Patienten, bezahlt die Differenz entweder die Zusatzversicherung „Allgemein ganze Schweiz“ oder die Differenz geht zu Lasten des Patienten.

1.11 Patientenverfügung

Vorsorgeauftrag und Vertretung bei medizinischen Massnahmen

Mit der Patientenverfügung können Patienten im Hinblick auf eine allfällige Urteilsunfähigkeit schriftlich festlegen, welche Massnahmen sie wünschen, beziehungsweise ablehnen und wer bei medizinischen Entscheidungen vertretungsberechtigt ist.

Es gibt zahlreiche vorgedruckte Patientenverfügungen wie zum Beispiel jene der FMH, welche gemeinsam mit der schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) erarbeitet wurde. Die vorgedruckte Patientenverfügung kann auf die persönlichen Bedürfnisse angepasst werden. Die Patientenverfügung muss datiert und unterzeichnet werden, damit sie gültig wird.

Auf der Versichertenkarte kann der Patient durch seinen Hausarzt einen Hinweis speichern lassen, wo die Patientenverfügung aufbewahrt wird. Es besteht auch die Möglichkeit, dass die Patientenverfügung zum Beispiel beim Familiengericht, bei einer Vertrauensperson oder einer Organisation hinterlegt werden kann.

Wichtig: Die Patientenverfügung ist beim Spitaleintritt mitzubringen und auf der Station abzugeben, damit im Falle einer eintretenden Urteilsunfähigkeit entsprechend dieser Verfügung medizinisch behandelt wird.

Mit dem Vorsorgeauftrag wird das Selbstbestimmungsrecht für den Fall gewahrt, dass der Patient die Urteilsfähigkeit verliert. Dabei können natürliche oder juristische Personen beauftragt werden, sich um die persönlichen oder finanziellen Belange zu kümmern.

Ein Vorsorgeauftrag muss vom Patienten handschriftlich aufgesetzt und unterzeichnet oder notariell beglaubigt werden.

Wenn ein Patient urteilsunfähig wird und medizinisch behandelt werden muss, jedoch kein Vorsorgeauftrag, keine Patientenverfügung oder Beistandschaft besteht, müssen die behandelnden Ärzte die **Vertretung bei medizinischen Massnahmen** von Gesetzes wegen beziehen, um diese über bevorstehende medizinische Behandlungen zu orientieren und deren Zustimmung einzuholen.

Als Vertretung gelten Ehegatten oder eingetragene Partner, Konkubinatspartner, Personen welche im gleichen Haushalt leben, Nachkommen, Eltern oder Geschwister (in dieser Reihenfolge), sofern diese Personen engen Kontakt mit dem Patienten pflegen und persönlichen Beistand leisten.

1.12 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.

1.13 Verrechnungsgrundlagen

- Beschlüsse des Verwaltungsrates und der Spitalleitung.
- Eidgenössische Analysenliste (AL).
- Arzneimittelliste (ALT).
- Mittel- und Gegenstände Liste (MiGel).
- Spezialitätenliste (SL).
- Tarmed.
- Vertrag mit Versicherern über die Vergütung an die Spitäler für die stationäre sowie ambulante Behandlung ihrer allgemein versicherten Patienten.
- Vertrag mit den Versicherern über die Vergütung an die Spitäler für die stationäre Behandlung ihrer halbprivat und privat versicherten Patienten.
- Vertrag mit den Versicherern gemäss Bundesgesetz über die Unfall-, Invaliden- und Militärversicherung.

1.14 Rechnungsstellung

Die Rechnungsstellung erfolgt primär an den Garanten, welcher eine Kostengutsprache erteilt hat. In der Regel wird nach dem System des Tiers payant (Rechnung an Versicherung) abgerechnet. Von den Garanten nicht gedeckte Leistungen werden den Patienten in Rechnung gestellt.

Der Tiers payant kommt nicht zur Anwendung, wenn der Patient aufgrund von Prämienrückständen auf der „schwarzen Liste“ seines Wohnkantons geführt wird und es sich um planbare Leistungen (keine Notfälle) der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Pflichtleistungen) handelt. Der Versicherer informiert das Spital im Rahmen des Kostengutspracheverfahrens darüber.

Es gelten jeweils die Abrechnungsregeln und Preise des Kalenderjahres, in dem der Spitalaustritt erfolgt (stationäre Fälle) beziehungsweise in dem die Leistungen erbracht werden (ambulante Abrechnung).

Die inhaltlichen Anforderungen an die Rechnungsstellung richten sich nach der vom Bundesrat erlassenen Verordnung unter Wahrung der Datenschutzbestimmungen. Ohne ausdrücklichen Wunsch werden die verlangten Informationen an die entsprechenden Stellen weitergeleitet.

Das Spital Zofingen erstellt für die von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übernommenen Leistungen und die übrigen Leistungen getrennte Rechnungen /KVV Art. 59, Ziffer 3.

1.15 Zahlungsbedingungen

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

1.16 Haftung

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

1.17 Wertsachen

Den Patienten wird empfohlen möglichst keine Wertsachen ins Spital mitzubringen. Für Wertgegenstände, Bargeld und andere persönliche Utensilien, welche im Krankenzimmer oder sonst aufbewahrt werden, übernimmt das Spital keine Haftung.

1.18 Schlussbestimmungen

Die vorliegende Tarifordnung tritt am 1. Januar 2025 in Kraft und ersetzt die bisherigen Regelungen.

Zofingen, 1. Januar 2025

Spital Zofingen AG



Olivera Cerić
Direktorin



Beatrice Gass
CFO & Leitung Human Ressources

2 STATIONÄRE AUFENTHALTE, PREISÜBERSICHT STATIONÄRE TARIFE

Gültig ab 1. Januar 2025

2.1 Grundversicherungsleistungen

Alle im stationären Bereich erbrachten Leistungen der Spital Zofingen AG werden durch ressourcenbezogene Fallpreispauschalen „SwissDRG“ entschädigt.

Die Höhe dieser Fallpreispauschalen ist variabel und hängt vom diagnostizierten Schweregrad der Verletzung beziehungsweise der Ressourcenintensität der Behandlung und Betreuung (Fallgewicht) ab.

Die Fallpreispauschale umfasst mit wenigen Ausnahmen sämtliche Leistungen eines stationären Spitalaufenthaltes.

2.2 Basispreise (Baserate)

SwissDRG – Pauschale (*1) mit Basispreis für Kostengewicht 1.0

		Baserate, CHF	
a)	Patienten, wohnhaft im Kanton Aargau gemäss KVG	CSS	9'950
		HSK	9'965
		Tarifsuisse	9'965
b)	Patienten, welche gemäss UVG, MVG Oder IVG versichert sind		10'082
c)	Selbstzahler sind Patienten, welche nicht in den Geltungsbereich eines der oben erwähnten Gesetze fallen.		10'965

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.

2.3 Zusatzversicherte Patienten

Grundsätzlich richten sich die Tarife im Zusatzversicherungsbereich nach dem Vertrag mit dem Versicherer.

Zusätzlich zur Fallpreispauschale nach SwissDRG werden bei den Zusatzversicherten Patienten die zusätzlichen Leistungen für Hotellerie, Krankenpflege sowie Arztleistungen folgende Zuschläge berechnet:

Versicherungsstatus	Hotellerie und Krankenpflege Pro Nacht	Baserate Arztleistungen pro CW 1.0
Halbprivat oder Privat versichert	Gemäss separater Vereinbarung mit Versicherung	Gemäss separater Vereinbarung mit Versicherung
Selbstzahler (+ Patienten vom Ausland ohne europäische Versicherungskarte oder dem Formular E112/S2) Halbprivat	CHF 450.00	CHF 4'200.00
Selbstzahler (+ Patienten vom Ausland ohne europäische Versicherungskarte oder dem Formular E112/S2) Privat	CHF 550.00	CHF 5'200.00
Ohne vertragliche Vereinbarungen zwischen dem Versicherer und der Spital Zofingen AG im VVG Bereich		
Halbprivat versichert	CHF 450.00	CHF 4'200.00
Privat versichert	CHF 550.00	CHF 5'200.00

2.4 Upgrade von Zimmerkomfort und/oder Arztwahl im stationären Bereich

Allgemein oder halbprivat versicherte Patienten können auf Wunsch und im Rahmen der betrieblichen Möglichkeiten gegen Aufpreis und Vorauszahlung in einem Einbett- oder Zweibettzimmer untergebracht werden und können die freie Arztwahl in Anspruch nehmen.

Das Angebot kann unter folgenden Voraussetzungen angeboten werden:

- Das gewünschte Zimmerangebot muss vorhanden sein.
- Der Entscheid muss vor dem Spitaleintritt der zentralen Patientendisposition mitgeteilt werden.
- Der Entscheid gilt für den gesamten Spitalaufenthalt.
- Wenn keine Versicherungsabdeckung für das Komfortangebot besteht, ist vor dem Eintritt oder spätestens beim Eintritt am Empfang beziehungsweise in der Patientenaufnahme eine Depotzahlung zu leisten. Die Höhe des Depotbetrages wird dem Patienten durch die zentrale Patientendisposition mitgeteilt.
- Bei der Berechnung des Depots für die Vorauszahlung wird der Zimmerzuschlag mit der voraussichtlichen Aufenthaltsdauer multipliziert.
- Upgrade freie Arztwahl (plus Baserate Arztleistungen pro CW 1.0)

In Ausnahmefällen kann es vorkommen, dass aufgrund einer hohen Bettenbelegung kein Zimmer in der gewünschten Kategorie zur Verfügung steht. In diesem Fall kann das Spital Zofingen die Voraussetzungen nicht erfüllen und der Anspruch erlischt ohne Gegenleistung. Eine bereits geleistete Vorauszahlung wird uneingeschränkt zurückerstattet.

Versicherungsstatus und Zimmerwahl	Zimmer mit Dusche/WC Pro Nacht	Baserate Arztleistungen pro CW 1.0
Allgemein versichert Wunsch: 2er-Zimmer Zuschlag pro Nacht	CHF 320.00	
Allgemein versichert Wunsch: 1er-Zimmer Zuschlag pro Nacht	CHF 440.00	
Halbprivat versichert Wunsch: 1er-Zimmer Zuschlag pro Nacht	CHF 120.00	
Allgemein versichert Wunsch: Arztwahl Halbprivat		CHF 4'200.00
Allgemein versichert Wunsch: Arztwahl Privat		CHF 5'200.00
Halbprivat versichert Wunsch: Arztwahl Privat		CHF 1'000.00

2.5 Vorauszahlungen

Gemäss Punkt 1.5 der Taxordnung.

Das Spital Zofingen behält sich vor, bei Prothetik Eingriffen und in anderen begründeten Einzelfällen höhere Depotzahlungen festzulegen.

Aufenthaltsart	Patient wohnt in	Allgemein	Halbprivat	Privat
Ambulant und stationär ohne Rettungswagen	CH mit Versicherungskarte	CHF 0.00	CHF 0.00	CHF 0.00
Ambulant und stationär (über den Notfall) mit Rettungswagen	EU Staaten mit Versicherungskarte (Depot ist für Rettungswagen)	CHF 700.00	CHF 700.00	CHF 700.00
Ambulant (über den Notfall) ohne Rettungswagen	CH oder EU/ + Nicht EU Staaten ohne Versicherungskarte	CHF 600.00	CHF 600.00	CHF 600.00
Ambulant (über den Notfall) mit Rettungswagen	CH oder EU/ + Nicht EU Staaten ohne Versicherungskarte	CHF 1'300.00	CHF 1'300.00	CHF 1'300.00
Stationär ohne Rettungswagen	CH ohne Versicherungskarte oder vorbehaltslose Kostengutsprache	CHF 3'000.00	CHF 5'000.00	CHF 6'000.00
Stationär mit Rettungswagen	CH ohne Versicherungskarte oder vorbehaltslose Kostengutsprache	CHF 3'700.00	CHF 5'700.00	CHF 6'700.00

Aufenthaltsart	Patient wohnt in	Allgemein	Halbprivat	Privat
Stationär ohne Rettungswagen Chirurgische und Medizinische Fälle	Selbstzahler, EU und nicht EU Staaten ohne Versi- cherungskarte	CHF 8'000.00	CHF 10'000.00	CHF 12'000.00
Stationär mit Rettungswagen Chirurgische und Medizinische Fälle	Selbstzahler, EU und nicht EU Staaten ohne Versi- cherungskarte	CHF 8'700.00	CHF 10'700.00	CHF 12'700.00
Stationär ohne Rettungswagen Akutgeriatrie und Palliativ Fälle	Selbstzahler, EU und nicht EU Staaten ohne Versi- cherungskarte	CHF 18'000.00	CHF 20'000.00	CHF 22'000.00
Stationär mit Rettungswagen Akutgeriatrie und Palliativ Fälle	Selbstzahler, EU und nicht EU Staaten ohne Versi- cherungskarte	CHF 18'700.00	CHF 20'700.00	CHF 22'700.00

2.6 Begleitpersonen

Erwachsene Begleitperson (selbständig)	Preis
Für das zusätzliche Spitalbett pro Tag	CHF 150.00
Für das Klappbett pro Tag	CHF 25.00
Komfort Zimmerzuschlag (gemäss Upgrade Zimmerzuschlag, Seite 10)	
Pflegebedürftige Begleitperson bei einem Patienten (unabhängig vom Versicherungsstatus des Patienten)	
Verrechnung nach Aufwand	CHF ---.--
Angehörige von Privatpatient	
Übernachtung von Angehörigen auf Klappbett, inklusiv Frühstück	kostenlos
Elternteil als Begleitperson des Kindes bis 14 Jahre	
Übernachtung auf Klappbett, inklusiv Verpflegung	kostenlos
Begleitperson von sterbenden Patienten	
Übernachtung für Begleitperson auf Klappbett	kostenlos

Einer Begleitperson werden die Mahlzeiten wie folgt berechnet:

- Frühstück: CHF 8.00
- Mittagessen: CHF 18.00
- Abendessen: CHF 15.00

2.7 Vom Patienten zu tragende Kosten

Während dem Aufenthalt kann der Patient Leistungen beziehen, welche nicht durch seine Versicherung abgedeckt sind.

Für die Abgeltung der Leistungen hat der Patient selber 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 wie Telefonate, TV, Radio usw.
- d) Anschaffung, Reinigung, Reparatur und Pflege von Bekleidung.
- e) Rettungskosten sowie Krankentransporte bei Krankenhauseintritt und -austritt (die Leistungen der Krankenversicherer richten sich nach Art. 25 lit. g KVG beziehungsweise 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) Bettenreservation während dem Urlaub.
- l) Transportkosten für Taxi, Bahn usw., welche vom Spital vorfinanziert werden, damit der Patient nach Hause kommt.

Diese Liste ist nicht abschliessend.

3 AMBULANTE BEHANDLUNGEN, PREISÜBERSICHT AMBULANTE TARIFE

Gültig ab 1. Januar 2025

3.1 Verrechnungsgrundlage für ambulante Behandlungen

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

Ambulante Tarife	KVG	IV/MV/UV	Selbstzahler + Patienten ohne EU Versicherungskarte
Taxpunktwert Tarmed	CHF 0.92*	CHF 1.00	CHF 1.25
Taxpunktwert Physiotherapie	CHF 1.03*	CHF 0.95	CHF 1.25
Taxpunktwert Ernährungs- Diabetesberatung	CHF 1.00	CHF 1.00	CHF 1.25
Taxpunktwert Ergotherapie	CHF 1.10	CHF 1.10	CHF 1.35
Taxpunktwert Logopädie	CHF 1.10*	CHF 1.00	CHF 1.35
HSK (Helsana, Sanitas, KPT)	CHF 1.04*		
Taxpunktwert Labor	CHF 1.00	CHF 1.00	CHF 1.25

*vom Kanton verfügbarer Arbeitstarif ab 1.1.2025, dieser Tarif ist unter Vorbehalt gültig

3.2 Versäumte Termine

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

Eine versäumte Behandlung oder unentschuldigte Sitzung wird mit CHF 100.00 plus allfällige für die Behandlung speziell vorbereitete Medikamente, Schienen usw. in Rechnung gestellt.

Bei verpassten Operationsterminen behält sich das Spital Zofingen vor, die erbrachten Leistungen (Operationsteam und Infrastruktur) in Rechnung zu stellen.

Pauschalbetrag von: CHF 500.00

Die entstandenen Kosten werden dem Patienten in Rechnung gestellt.

3.3 Nichtpflichtleistungen

Bei Komplikationen oder ärztlichem Mehraufwand wird der Betrag dementsprechend angepasst.

Nichtpflichtleistung	amb/stat	Kosten/ Pauschal	Labor Kosten
Sterilisation Frau Die zusätzlichen Kosten für die Vorabklärung und Nachbetreuung werden meist über die Krankenkasse abgerechnet.			
Laparoskopische Tubensterilisation als Alleineingriff	ambulant	CHF 2'900.00	zusätzlich nach Aufwand
Tubensterilisation als Zusatzeingriff LAP/PP	ambulant	CHF 700.00	zusätzlich nach Aufwand
Vaginale Sterilisation als Zusatzeingriff	ambulant	CHF 1'050.00	zusätzlich nach Aufwand
Sterilisation Mann Die zusätzlichen Kosten für die Vorabklärung und Nachbetreuung werden meist über die Krankenkasse abgerechnet.			
Vasektomie mit Lokalanästhesie	ambulant	CHF 900.00	zusätzlich nach Aufwand
Vasektomie mit Narkose	ambulant	CHF 1'350.00	zusätzlich nach Aufwand
Vasektomie als Zusatzeingriff	ambulant	CHF 460.00	zusätzlich nach Aufwand
Rituelle Zirkumzision Die zusätzlichen Kosten für die Vorabklärung und Nachbetreuung werden meist über die Krankenkasse abgerechnet.			
	ambulant	CHF 1'200.00	zusätzlich nach Aufwand

3.4 Vom Patienten zu tragende Kosten

Während dem Aufenthalt kann der Patient Leistungen beziehen, welche nicht durch seine Versicherung abgedeckt sind.

Für die Abgeltung der Leistungen hat der Patient selber 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 wie Telefonate, TV, Radio usw.
- d) Anschaffung, Reinigung, Reparatur und Pflege von Bekleidung.
- e) Rettungskosten sowie Krankentransporte bei Krankenhauseintritt und -austritt (die Leistungen der Krankenversicherer richten sich nach Art. 25 lit. g KVG beziehungsweise 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 usw., welche vom Spital vorfinanziert werden, damit der Patient nach Hause kommt.

Diese Liste ist nicht abschliessend.

4 BESONDERE LEISTUNGEN

4.1 Rechtsmedizin, Autopsien, Verkehrsmedizin

Die entstandenen Kosten werden dem Patienten, Angehörigen in Rechnung gestellt, sofern dies auf eigenen Wunsch angeordnet wird. Gemäss gültigen Tarifen des Instituts für Rechtsmedizin am Kantonsspital Aarau.

4.2 Rettungsdienst

Allfällig anfallende Kosten für Transporte werden ohne Zuschläge weiterverrechnet.

5 GLOSSAR

SwissDRG	Swiss Diagnosis Related Groups (diagnosebezogene Fallgruppe)
KVG	Bundesgesetz über die Krankenversicherung
UVG	Bundesgesetz über die Unfallversicherung
MVG	Bundesgesetz über die Militärversicherung
IVG	Bundesgesetz über die Invalidenversicherung
VVG	Versicherungsvertragsgesetz (Zusatzversicherung)
KVV	Verordnung über die Krankenversicherung
VKL	Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime in der Krankenversicherung
FMH	Verbindungen der Schweizer Ärzte und Ärztinnen
santésuisse	Ist der Branchenverband (Konkordat) der schweizerischen Krankenversicherer im Bereich der privaten, sozialen Krankenversicherung.