

## **TARIFORDNUNG**

gültig ab 1. Januar 2012

Kantonsspital Glarus AG  
Burgstrasse 99  
CH-8750 Glarus  
[www.ksgl.ch](http://www.ksgl.ch)

Erlassen am 16.12.2011 vom Verwaltungsrat  
der Kantonsspital Glarus AG

## INHALTSVERZEICHNIS

### I. ALLGEMEINE BESTIMMUNGEN

Geltungsbereich	3
Rechtliche Grundlagen	3
Stationäre und ambulante Patienten	3
Stationäre Allgemeinpatienten und stationäre Privatpatienten	4
Zimmerkomfort und Arztwahl im stationären Bereich	4
Anwendbarer Tarif	4
Patientenklassen	4

### II. FINANZIELLES

Kostengutsprache	5
Kostenvorschuss	5
Kosten für stationäre Patienten	6
Kosten für ambulante Patienten	7
Rechnungswesen	7

### ANHÄNGE

- Anhang 1 – Spitaltarife
- Anhang 2 – Ärztliche Tarife

## **I. ALLGEMEINE BESTIMMUNGEN**

### **Art. 1 Geltungsbereich**

Diese Tarifordnung regelt die Abgeltung des stationären Spitalaufenthaltes, der ambulanten Behandlungen und der Transportdienstleistungen für Patientinnen und Patienten<sup>1</sup> der Kantonsspital Glarus AG.

Die Tarifordnung wird dort angewendet, wo keine vertraglichen oder gesetzlichen Regelungen vorhanden sind.

### **Art. 2 Rechtliche Grundlagen**

Die Tarife für stationäre der allgemeinen Abteilung und für ambulante Patienten, die bei folgenden Versicherungseinrichtungen versichert sind, werden durch Vereinbarung geregelt:

- a) Krankenversicherer nach Art. 11 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung vom 18. März 1994 (SR832.10)
- b) Unfallversicherer nach Art. 58 und 61 ff. des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung vom 20. März 1981 (SR832.20)
- c) Eidgenössische Militärversicherung nach dem Bundesgesetz über die Militärversicherung vom 19. Juni 1959 (SR833.1)
- d) Eidgenössische Invalidenversicherung nach dem Bundesgesetz über die Invalidenversicherung vom 19. Juni 1959 (SR832.20).

Behörden und private Fürsorgeeinrichtungen sind den Krankenversicherern gleichgestellt.

Die Tarifordnung der Kantonsspital Glarus AG enthält die jeweils gültigen betragsmässigen Tarife und Preise in den Anhängen 1 und 2.

### **Art. 3 Stationäre und ambulante Patienten**

Als stationäre Patienten gelten:

- a) wer sich länger als 24 Stunden im Spital aufhält
- b) wer vor Ablauf von 24 Stunden im Spital stirbt
- c) wer vor Ablauf von 24 Stunden in ein anderes Spital verlegt wird
- d) wer über Mitternacht (00.00 Uhr) ein Bett auf einer Pflegestation belegt

Die übrigen Patienten gelten als ambulante Patienten.

<sup>1</sup>Wenn keine neutralen Bezeichnungen zur Verfügung stehen, wird nur die kürzere verwendet. Es sind aber immer beide Geschlechter gemeint.

#### **Art. 4 Stationäre Allgemeinpatienten und stationäre Privatpatienten**

Patienten, welche ein Halbprivat- oder Privat Upgrading wünschen oder eine Zusatzversicherung für eine Halbprivat- oder Privatbehandlung haben, gelten als Privatpatienten.

Stationäre Privatpatienten werden auf der Privatabteilung in einem Einzelzimmer, stationäre Halbprivatpatienten in einem Zweibettzimmer betreut, wenn nicht betriebliche Gründe die Betreuung in einem Mehrbettzimmer erfordern bzw. aus Platzgründen kein entsprechendes Zimmer zur Verfügung steht.

Die übrigen Patienten gelten als allgemeine Patienten.

#### **Art. 5 Zimmerkomfort und Arztwahl im stationären Bereich**

Patienten der allgemeinen Abteilung können im Rahmen der betrieblichen Möglichkeiten gegen Aufpreis

- a) in einem Einzel- oder Zweibettzimmer untergebracht werden
- b) die Behandlung durch einen Chefarzt, einen leitenden Arzt oder deren Stellvertreter in Anspruch nehmen

#### **Art. 6 Anwendbarer Tarif**

Zur Anwendung des Tarifes werden unterschieden:

- a) Personen mit steuerlichem Wohnsitz im Kanton Glarus (Kantonseinwohner)
- b) Personen mit steuerlichem Wohnsitz in einem anderen Kanton oder im Fürstentum Lichtenstein
- c) übrige Personen mit steuerlichem Wohnsitz im Ausland.

Massgebend ist der Wohnsitz zu Beginn des stationären Aufenthaltes oder der ambulanten Behandlung.

#### **Art. 7 Patientenklassen bei stationären Aufenthalten**

Es werden folgende Aufenthaltsklassen unterschieden:

- a) Allgemein (= Grundversicherung)
- b) Allgemein ausserkantonale (= Grundversicherung + Zusatzversicherung ganze Schweiz)
- c) Halbprivat (= Grundversicherung + Zusatzversicherung Halbprivat)
- d) Privat (= Grundversicherung + Zusatzversicherung Privat)

## **II. FINANZIELLES**

### **1. KOSTENGUTSPRACHE**

#### **Art. 7 Stationäre Patienten**

Die Kantonsspital Glarus AG meldet dem Versicherer im Voraus oder bei Eintritt die Aufnahme von stationären Patienten. Besteht kein Leistungsanspruch, meldet dies der Versicherer umgehend dem Spital.

Wird die Kostengutsprache nicht rechtzeitig beigebracht oder lehnt der Kostenträger nachträglich eine Übernahme der Kosten ab, wird der Patient als Selbstzahler betrachtet.

#### **Art. 8 Ambulante Patienten**

Ambulante Patienten bringen auf Verlangen der Kantonsspitals Glarus AG eine Kostengutsprache bei.

Wird die Kostengutsprache nicht rechtzeitig beigebracht oder lehnt der Kostenträger nachträglich eine Übernahme der Kosten ab, wird der Patient als Selbstzahler betrachtet.

### **2. KOSTENVORSCHUSS**

#### **Art. 9 Selbstzahler**

Selbstzahler haben der Kantonsspital Glarus AG einen festgesetzten Kostenvorschuss, der die wahrscheinlichen Kosten deckt, im Voraus oder spätestens bei Eintritt zu leisten.

Bei Wahlbehandlung ist der Kostenvorschuss/Depotzahlung im Voraus oder spätestens am Eintrittstag zu leisten.

Sofern eine teilweise Kostengutsprache vorliegt, wird der Kostenvorschuss/Depotzahlung anteilmässig reduziert.

### **3. KOSTEN FÜR STATIONÄRE PATIENTEN**

#### **Art. 8 Allgemeine Tarife**

Die Tarife werden in dem Anhang zu dieser Tarifordnung geregelt. Die Ansätze für die Leistungen wurden in Verhandlungen zwischen den Versicherern und dem Spital ausgehandelt und die Verträge der Grundversicherung anschliessend von der Regierung des Kantons Glarus genehmigt resp. festgesetzt.

#### **Art. 9 Tarife für besondere Leistungen bei stationären Patienten**

Für Hämodialyseleistungen werden die Tarife gemäss Schweizerischem Dialysetarifvertrag in Rechnung gestellt.

Leistungen der Rechtsmedizin und Autopsien werden den Auftrag gebenden Stellen resp. dem Spital gemäss Tarifen der Rechtsmedizin in Rechnung gestellt.

Bei Tagesansätzen wird der Ein- und Austrittstag voll berechnet, ebenso die Tage des Urlaubsantritts sowie Urlaubsendes.

#### **Art. 10 Tarif Privatabteilung**

In der Halbprivat- und Privatabteilung werden zusätzlich zu den Kosten der allgemeinen Abteilung in Rechnung gestellt:

- a) Tagespauschalen für die Mehrleistungen Hotellerie, Infrastruktur, Pflege und Diagnostik
- b) Ärztliche Mehrleistungen (Arztwahl und Betreuung)
- c) bei Selbstzahlern Zuschlag für Upgrade (Halbprivat- oder Privatabteilung, freie Arztwahl)

Patienten, die von der allgemeinen Abteilung in die Privatabteilung oder von der Privatabteilung in die allgemeine Abteilung übertreten, haben nur für die Zeit des Aufenthaltes in der Privatabteilung die pro Tag erhobenen, oben genannten, Zuschläge zu entrichten.

Bei Tagesansätzen wird der Ein- und Austrittstag voll berechnet, ebenso die Tage des Urlaubsantritts sowie Urlaubsendes.

## **4. KOSTEN FÜR AMBULANTE PATIENTEN**

### **Art. 11 Einzelleistungsverrechnung**

Bei ambulanten Behandlungen verrechnet das Spital seine Leistungen nach folgenden Regelwerken:

- a) Tarmed für die darin definierten Leistungen
- b) Weitere vom Bundesrat genehmigte Regelwerke, insbesondere solche für Physio-, Ergo- und Logotherapie, Ernährungsberatung, Diabetesberatung, Still- und Stomaberatung, Hebammenleistungen, Laborleistungen, sowie Analysen, Arzneimittel, Mittel und Gegenstände
- c) Es kommen die im Bereich der Unfall-, Invaliden- und Militärversicherungen geltenden Taxpunkte und Taxpunktwerte gemäss Tarmed zur Anwendung
- d) Für die Behandlung von ausländischen Patienten ohne eine gültige obligatorische Krankenversicherung in der Schweiz können Tarif- bzw. Taxzuschläge nach marktwirtschaftlichen Grundsätzen erhoben werden
- e) Für Nichtpflichtleistungen können Tarifzuschläge nach marktwirtschaftlichen Grundsätzen erhoben werden
- f) Für Leistungen, die weder in einem der aufgeführten Tarife noch im Anhang zu dieser Tarifordnung erwähnt sind, werden die Selbstkosten mit einem entsprechenden Zuschlag in Rechnung gestellt

## **5. RECHNUNGSWESEN**

### **Art.13 Zahlungsfrist und Mahnwesen, Verfügung**

Die Rechnung ist innert 30 Tagen zu begleichen, sofern nicht eine abweichende Zahlungsfrist vereinbart worden ist.

Nach Ablauf dieser Frist werden ein Verzugszins und der Ersatz der Selbstkosten für die Zahlungsaufforderung verrechnet. Patienten mit einer obligatorischen Krankenversicherung in der Schweiz sind ausgenommen, sofern keine andere Vereinbarung vorliegt.