

TARIFORDNUNG

gültig ab 1. Januar 2012

Kantonsspital Glarus AG
Burgstrasse 99
CH-8750 Glarus
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 Patienten¹ 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.

¹Wenn 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.

Anhang 1 Tarifordnung gültig ab 1. Januar 2025

1. Pauschalen für einen stationären Aufenthalt

Alle im stationären Bereich erbrachten Leistungen des Spitals Glarus werden durch ressourcenbezogene Fallpreispauschalen «SwissDRG¹» entschädigt. Die Höhe dieser Fallpreispauschale ist variabel und hängt vom diagnostizierten Schweregrad der Verletzung bzw. der Ressourcenintensität der Behandlung und Betreuung (Fallgewichtung) ab. Die Fallpauschale umfasst mit wenigen Ausnahmen sämtliche Leistungen eines stationären Spitalaufenthaltes.

1.1 Fallpauschale für Kantonseinwohner der allgemeinen Abteilung

Fallpreispauschale der Krankenversicherungen, Krankenversicherung mit Unfallzusatz und übrige Garanten	CHF 9'925.00 für tas ^{3,4} CHF 10'100.00 für HSK ¹ CHF 9'925.00 für CSS ^{2,4}
Fallpreispauschale der Unfall-, Invaliden- und Militärversicherung	CHF 10'118.00

1.2 Fallpauschale für Einwohner übrige Schweiz und EU/EFTA-Staaten, allgemeine Abteilung

Fallpreispauschale der Krankenversicherungen, Krankenversicherung mit Unfallzusatz und übrige Garanten	CHF 9'925.00 für tas ^{3,4} CHF 10'100.00 für HSK ¹ CHF 9'925.00 für CSS ^{2,4}
---	--

Allfällige Differenzen zwischen unterschiedlichen Kantonstarifen werden dem Patienten nicht in Rechnung gestellt, sofern dieser dafür keine Versicherungsdeckung hat (Art. 41 1bis KVG).

1.3 Fallpauschale für Selbstzahler und Ausländer aus Drittstaaten, allgemeine Abteilung

Fallpreispauschale	CHF 10'950.00
--------------------	---------------

In den mit den Versicherungen vertraglich vereinbarten Fallpauschalen 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.

¹HSK = Einkaufsgemeinschaft Helsana, Sanitas, KPT

²CSS = CSS, Arcosana, Intras

³tas = tarifsuisse

⁴provisorischer Abrechnungstarif 2024

Diesen Versicherungen werden zusätzlich zur Fallpauschale folgende Leistungen in Rechnung gestellt.

- a) Medikamente und Verbandstoffe, die dem Patienten beim Austritt aus dem Spital ausgehändigt werden
- b) Primär-Krankentransporte
- c) Vom Versicherer verlangte Gutachten und Autopsien.

Upgrade für Hotellerie- und/oder Arztleistungen sind möglich.

1.4 Nachtpauschalen für Patienten der Halbprivat- und Privatabteilung

1.4.1 Garanten ohne Vertrag CH/EU

Nachtpauschale Halbprivat	CHF 525.00
Nachtpauschale Privat	CHF 635.00

1.4.2 Garanten Drittstaaten und Selbstzahler

Nachtpauschale Halbprivat	CHF 626.00
Nachtpauschale Privat	CHF 758.00

1.5 Arzthonorare für Patienten der Halbprivat- und Privatabteilung bei Garanten ohne Vertrag CH/EU, Garanten Drittstaaten und Selbstzahlern

- 1.5.1 Mehrleistungsfallpauschale für die Halbprivat- und Privatabteilung (Baserate bei Kostengewicht 1.00)
Die Höhe des Kostengewichtes ist unlimitiert.

Garanten ohne Vertrag CH/EU

Mehrleistungsfallpauschale halbprivat	CHF 4'700.00
Mehrleistungsfallpauschale Privat	CHF 5'700.00

Garanten Drittstaaten und Selbstzahler

Mehrleistungsfallpauschale halbprivat	CHF 5'200.00
Mehrleistungsfallpauschale Privat	CHF 6'300.00

1.6 Transportleistungen

Transporte durch die Rettungsambulanz Glarus werden dem Patienten verrechnet.

Es gelten folgende Tarife:

Grundtaxe Primäreinsatz	CHF 1'050.00
Grundtaxe Sekundäreinsatz	CHF 280.00
Grundtaxe Leerfahrt	CHF 1'050.00
Grundtaxe Notarzteinsatzfahrzeug	CHF 325.00
Zuschlag je Fahrkilometer (Hin- und Rückfahrt)	CHF 7.00

Für Patienten aus dem Versorgungsgebiet des Kantons St. Gallen gilt ebenfalls die Tarifordnung des Kantons Glarus.

1.7 Hämodialyse

Die Kosten für die Hämodialyse werden gemäss dem schweizerischen Dialysevertrag SVK (gültig ab 01.01.2012) und dem Administrativvertrag SVK/H und HSK/CSS (gültig ab 01.01.2018) verrechnet.

1.8 Vom Patienten zu tragende Kosten

Während dem Aufenthalt kann der Patient Leistungen beziehen, die nicht durch seine Versicherung gedeckt sind.

Der Patient trägt die Kosten für:

- a) Nicht medizinisch indizierte Sterilisationen, Vasektomien, etc.
- b) Nicht in der Mittel- und Gegenstandsliste aufgeführten Mittel und Gegenstände
- c) Einweisungs- und Entlassungstransporte ohne medizinisch notwendige Verlegungstransporte in andere Spitäler, Kliniken, Heime, Transporte privater Natur und Beförderung privater Begleitpersonen
- d) Nichtpflichtleistungen
- e) Begleitpersonen und die Mutter begleitende Säuglinge
- f) Zusatzkosten und Zusatzleistungen im Familienzimmer (Wochenbettstation)
- g) Medien wie Telefon/Radio/TV/Internet, private Porti, zusätzliche Verpflegung auf persönlichen Wunsch des Patienten, sowie Mehrleistungen für weitere private Aufwendungen für den Patienten
- h) Auslagen für den Zuzug auswärtiger Spezialisten auf Verlangen des Patienten
- i) Zimmerzuschlag für Ein- oder Zweibettzimmer
- j) Kosten für Sachbeschädigungen
- k) Besondere Leistungen im Todesfall
- l) Nicht medizinisch indizierte stationäre Aufenthalte

1.9 Upgrade Hotellerie und/oder freie Arztwahl und medizinische Mehrleistungen

1.9.1 Hotellerie

Wir bieten allen Patienten die Möglichkeit, sich gegen Aufpreis in einer höheren Versicherungsklasse betreuen zu lassen oder bei vorhandenen Kapazitäten eine höhere Zimmerkategorie zu wählen.

Bei der Wahl einer höheren Zimmerkategorie zahlen die Patienten pro Nacht einen Aufschlag für ein Zweibett- oder Einbettzimmer.

Bei der Wahl einer höheren Versicherungsklasse (Upgrade) erfolgt die Unterbringung auf der Privatstation mit den entsprechenden Serviceleistungen.

1.9.2 Freie Arztwahl und medizinische Mehrleistungen

Die Patienten der allgemeinen Abteilung haben die Möglichkeit der freien Arztwahl und den medizinischen Mehrleistungen. In diesem Falle erstellt die Patientenabrechnung im Voraus einen Kostenvoranschlag, aus welchem die Kosten der Hotellerie und der medizinischen Mehrleistungen, hervorgehen (Nachtpauschale und die entsprechende Mehrleistungsfallpauschale).

Der Kostenvorschuss kann bar oder mit Kreditkarte vor Eintritt geleistet werden. Ist absehbar, dass der Kostenvorschuss nicht ausreicht, so wird ein weiterer Kostenvorschuss verlangt.

1.9.3 Tarifübersicht

	Arztwahl und medizinische Mehrleistungen	Privat Upgrade Hotellerie	Halbprivat Upgrade Hotellerie	1-Bett Zimmer <small>Allgemeine Abteilung</small>	2-Bett Zimmer <small>Allgemeine Abteilung</small>
Privatversicherung	inklusive	inklusive			
Halbprivatversicherung	inklusive	110.00 CHF/Nacht	inklusive		
Grundversicherung	gemäss Kostenvoran- schlag	738.00 CHF/Nacht	606.00 CHF/Nacht	290.00 CHF/Nacht	245.00 CHF/Nacht

1.9.4 Zusatzleistungen Geburt

Die Familienabteilung des Kantonsspitals Glarus bietet gegen einen Kostenzuschlag Familienzimmer an:

Allgemeinversicherte Patienten	CHF 150.00 pro Nacht
Halbprivatversicherte Patienten	CHF 80.00 pro Nacht
Privatversicherte Patienten	gratis

Die Mitbenützung des Raumes durch den Partner und das Tee- und Frühstücksbuffet sind im Preis inbegriffen. Das Familienzimmer wird pro Nacht verrechnet.

1.9.5 Preise Übernachtung und Verpflegung für Begleitpersonen

Übernachtung	CHF 75.00 pro Nacht
Frühstück	CHF 15.00
Mittagessen	CHF 25.00
Abendessen	CHF 22.00

1.9.6 nicht medizinisch indizierte stationäre Aufenthalte

Die Kosten für stationäre Aufenthalte, die über die medizinisch erforderliche und ärztlich indizierte Behandlungsdauer hinausgehen, trägt der Patient selbst. Dies gilt insbesondere, wenn die Spitalbedürftigkeit nicht mehr gegeben ist und der Patient auf eigenen Wunsch weiterhin im Spital verbleiben möchte. CHF 800.00/pro Nacht (ohne medizinische Behandlung und Pflege)

2. Taxpunktwerte für die ambulante Behandlung

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

Krankenversicherungen	tas³	HSK¹	CSS²
Taxpunktwert TARMED	CHF 0.83 ⁴	CHF 0.88	CHF 0.83 ⁴
Taxpunktwert Physiotherapie	CHF 1.01	CHF 1.01	CHF 1.00
Taxpunktwert Ergotherapie	CHF 1.10	CHF 1.10	CHF 1.10
Taxpunktwert Ernährungs-/Diabetesberatung	CHF 1.00	CHF 1.00	CHF 1.00
Taxpunktwert Labor	CHF 1.00	CHF 1.00	CHF 1.00
Taxpunktwert Logopädie	CHF 1.06	CHF 1.06	CHF 1.06
Taxpunktwert Hebamme	CHF 1.15	CHF 1.15	CHF 1.15

¹Einkaufsgemeinschaft Helsana, Sanitas, KPT

²CSS = CSS, Arcosana, Intras

³tas = tarifsuisse

⁴provisorischer Tarif 2024

Unfall-, Invaliden- u. Militärversicherung	MTK
Taxpunktwert TARMED	CHF 1.00
Taxpunktwert Physiotherapie	CHF 0.95
Taxpunktwert Ergotherapie	CHF 1.10
Taxpunktwert Ernährungs-/Diabetesberatung	CHF 1.00
Taxpunktwert Labor	CHF 1.00
Taxpunktwert Logopädie	CHF 1.00

Selbstzahler ambulant Glarus und übrige Schweiz

Taxpunktwert für alle ambulanten Leistungen CHF 1.10

Selbstzahler ambulant Ausland

Taxpunktwert für alle ambulanten Leistungen CHF 1.35

3. Rechnungsstellung

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

Für Garanten, mit welchen die Kantonsspital Glarus AG keinen Vertrag hat, und für Selbstzahler gelten folgende administrativen Gebühren:

Rechnungsbetrag bis CHF 1'000.00	CHF 50.00
Rechnungsbetrag ab CHF 1'001.00	CHF 100.00

4. Kostenvorschüsse

Ein Kostenvorschuss wird dann vom Patienten oder dessen Angehörigen vor Eintritt verlangt, wenn für das gewählte Dienstleistungsangebot keine oder eine zu geringe Deckung durch die Versicherung gewährt wird oder diese nicht bekannt ist. Die Höhe wird im Voraus aufgrund der voraussichtlichen Behandlungskosten gemäss der zu Grunde liegenden Tarifordnung durch die Patientenadministration festgelegt. Der Vorschuss ist vor Eintritt zu leisten.

Der Kostenvorschuss für ambulante Behandlungen wird aufgrund der voraussichtlichen Behandlungskosten festgesetzt.