

Nr. 820d

Reglement über die Tarife für die stationäre und ambulante Behandlung von Patientinnen und Patienten im Luzerner Kantonsspital (Tarifreglement LUKS)

vom 10. Januar 2008* (Stand 1. Januar 2008)

Der Spitalrat des Luzerner Kantonsspitals,

gestützt auf die §§ 16 Absatz 2g und 23 Absatz 1 des Spitalgesetzes vom 11. September 2006¹,

beschliesst:

I. Allgemeine Bestimmungen

§ 1 *Inhalt*

Das Reglement regelt die Tarife und Preise für die stationäre und die ambulante Behandlung von Patientinnen und Patienten in den Spitalbetrieben des Luzerner Kantonsspitals in Luzern, Sursee, Wolhusen und Montana.

§ 2 *Begriffe*

¹ Als stationäre Patientin oder stationärer Patient gilt, wer

- a. länger als 24 Stunden in einem der Spitalbetriebe behandelt wird,
- b. vor Ablauf von 24 Stunden in einen anderen Spitalbetrieb zur stationären Weiterbehandlung verlegt wird,
- c. über Mitternacht auf einer Bettenstation hospitalisiert wird und ein Pflegebett benutzt (Mitternachtszensus),
- d. in einem der Spitalbetriebe stirbt.

Die anderen Patientinnen und Patienten gelten als ambulante Patientinnen und Patienten.

* G 2008 29

¹ SRL Nr. 800a. Auf dieses Gesetz wird im Folgenden nicht mehr hingewiesen.

² Als Selbstzahlerinnen und Selbstzahler gelten Patientinnen und Patienten, für die keine Versicherungsdeckung besteht.

§ 3 *Arztwahl und Hospitalisation*

¹ Privat oder halbprivat versicherte Patientinnen und Patienten werden in der Regel durch den Chefarzt oder die Chefärztin, den Leitenden Arzt oder die Leitende Ärztin oder durch ihre Stellvertretung behandelt.

² Stationäre, privat versicherte Patientinnen und Patienten werden in der Regel in einem Einbettzimmer; stationäre, halbprivat versicherte Patientinnen und Patienten in der Regel in einem Zweibettzimmer hospitalisiert. Das Luzerner Kantonsspital kann aus betrieblichen Gründen, wie bei fehlender Bettenkapazität, davon abweichen.

³ Grundversicherte Patientinnen und Patienten werden von Ärztinnen und Ärzten behandelt, die vom Chefarzt oder von der Chefärztin beziehungsweise vom Leitenden Arzt oder von der Leitenden Ärztin bezeichnet werden. Die freie Arztwahl ist ausgeschlossen.

⁴ Stationäre, grundversicherte Patientinnen und Patienten werden in der Regel in einem Zimmer mit zwei bis vier Betten hospitalisiert.

⁵ Für die Arztwahl und Hospitalisation von Selbstzahlerinnen und Selbstzahlern gelten die Sonderregelungen der Verwaltung.

§ 4 *Versicherungsdeckung und Kostengutsprache*

¹ Jede Patientin und jeder Patient hat bei Klinikeintritt beziehungsweise beim Beginn der ambulanten Behandlung einen aktuellen Versicherungsausweis und einen gültigen persönlichen Ausweis mitzubringen. Als persönlicher Ausweis gilt die Identitätskarte, der Ausländerausweis oder die Aufenthaltsbewilligung.

² Die Verwaltung des Luzerner Kantonsspitals (im Folgenden Verwaltung genannt) meldet den Klinikeintritt beziehungsweise den Beginn der ambulanten Behandlung und die Behandlungsklasse umgehend dem Versicherer gemäss dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) vom 18. März 1994².

³ Patientinnen und Patienten, für die ein anderer Kostenträger, wie zum Beispiel ein Versicherer gemäss dem Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag (Versicherungsvertragsgesetz, VVG) vom 2. April 1908³, aufkommen muss, haben rechtzeitig vor dem Klinikeintritt beziehungsweise vor Beginn der ambulanten Behandlung eine entsprechende schriftliche Kostengutsprache einzuholen. Sie ist so bald als möglich, spätestens beim Klinikeintritt beziehungsweise beim Beginn der ambulanten Behandlung, der Verwaltung einzureichen.

² SR 832.10. Auf dieses Gesetz wird im Folgenden nicht mehr hingewiesen.

³ SR 221.229.1

⁴Vorbehalten bleiben besondere vertragliche Vereinbarungen mit Versicherern und anderen Garanten, behördliche Einweisungen und Notfälle.

§ 5 *Depotleistung*

¹Stationäre Patientinnen und Patienten, bei denen die Versicherungsdeckung bei Klinik-eintritt unklar oder ungenügend ist, sowie stationäre Selbstzahlerinnen und Selbstzahler haben vorgängig ein Depot zu leisten.

²Die Depotleistung beträgt

- | | |
|---|-------------|
| a. für die allgemeine Abteilung: | |
| Kantoneinwohnerinnen und -einwohner | Fr. 8000.– |
| ausserkantonale Patientinnen und Patienten | Fr. 10000.– |
| ausländische Patientinnen und Patienten | Fr. 12000.– |
| b. für die Privat- und Halbprivatabteilung: | |
| Kantoneinwohnerinnen und -einwohner | Fr. 12000.– |
| ausserkantonale Patientinnen und Patienten | Fr. 15000.– |
| ausländische Patientinnen und Patienten | Fr. 20000.– |

³Kann kein Depot geleistet werden und liegt keine dringende medizinische Indikation vor, kann die Behandlung abgebrochen oder auf einen späteren Zeitpunkt verschoben werden.

⁴Vorbehalten bleiben besondere vertragliche Vereinbarungen mit Versicherern und anderen Garanten, behördliche Einweisungen und Notfälle.

§ 6 *Ein- und Austritt*

Für den Ein- und den Austrittstag wird die volle Tagespauschale verrechnet.

§ 7 *Urlaub*

¹Für den Tag, an dem die Patientin oder der Patient seinen oder ihren Urlaub antritt oder beendet, wird eine Tagespauschale verrechnet.

²Nimmt die Patientin oder der Patient während des Klinikaufenthalts Urlaub, ohne dies zuvor mit der zuständigen Stelle abgeklärt zu haben, kann eine Pauschale in Rechnung gestellt werden.

§ 8 *Versäumte Behandlungen*

Tritt die Patientin oder der Patient die Behandlung ohne ausreichenden Grund nicht oder nicht rechtzeitig an, kann eine Pauschale in Rechnung gestellt werden.

§ 9 *Erhebung der Tarife und Preise*

Die Tarife und Preise werden von der Verwaltung erhoben.

§ 10 *Zahlungserleichterungen*

In Härtefällen kann die Verwaltung auf begründetes Gesuch hin Zahlungserleichterungen gewähren oder die Forderung reduzieren.

§ 11 *Rechnungsstellung*

¹ Die Verwaltung stellt nach Austritt der Patientin oder dem Patienten Rechnung.

² Für Aufenthalte, die länger als 30 Tage dauern, kann eine Zwischenrechnung gestellt werden.

³ Rechnungen sind innert 30 Tagen zu beanstanden.

§ 12 *Fälligkeit und Betreibung*

¹ Die Rechnung ist innert 30 Tagen ohne Abzug zu bezahlen. Wird sie nicht innert Frist bezahlt, mahnt die Verwaltung den Patienten oder die Patientin. Dafür ist eine Mahngebühr geschuldet.

² Nach Ablauf der Frist gemäss Absatz 1 ist ein Verzugszins von 5 Prozent geschuldet.

³ Nach der zweiten erfolglosen Mahnung leitet die Verwaltung die Betreibung ein.

§ 13 *Verfahren bei Streitigkeiten*

¹ Bei Streitigkeiten erlässt der Direktor oder die Direktorin eine Verfügung mit Rechtsmittelbelehrung. In der Verfügung ist ein allfälliger Rechtsvorschlag aufzuheben.

² Rechtskräftige Verfügungen sind gestützt auf § 207 Absatz 2 des Gesetzes über die Verwaltungsrechtspflege vom 3. Juli 1972⁴ vollstreckbaren gerichtlichen Urteilen gleichgestellt.

II. Tarife und Preise der allgemeinen Abteilung

1. Für Selbstzahlerinnen und Selbstzahler

§ 14 *Tagespauschalen*

¹ Für Selbstzahlerinnen und Selbstzahler der allgemeinen Abteilung gelten folgende Tagespauschalen (inkl. Akutspitalrehabilitation):

- | | |
|---|------------|
| a. Wohnsitz Kanton Luzern | |
| Akutsonnatik in Luzern, Sursee und Wolhusen | Fr. 1065.– |
| Luzerner Höhenklinik Montana | Fr. 410.– |

⁴ SRL Nr. 40

- | | |
|---|------------|
| b. Wohnsitz übrige Schweiz | |
| Akutsomatik Luzern, Sursee und Wolhusen | Fr. 1600.– |
| Luzerner Höhenklinik Montana | Fr. 560.– |
| c. Wohnsitz im Ausland | |
| Akutsomatik Luzern, Sursee und Wolhusen | Fr. 1850.– |
| Luzerner Höhenklinik Montana | Fr. 610.– |

Für kranke Säuglinge gelten die Tagespauschalen gemäss den Buchstaben a bis c.

²Mit den Tagespauschalen gemäss Absatz 1 sind die Kosten für Verpflegung und Unterkunft, Krankenpflege, ärztliche Behandlung sowie diagnostische und therapeutische Leistungen abgegolten.

³Für Dilatationen und Leistungen der Herzchirurgie erhebt die Verwaltung einen Zuschlag. Er wird im Einzelfall nach Rücksprache mit dem behandelnden Arzt oder der behandelnden Ärztin festgelegt. Dabei sind insbesondere die aufgewendete Zeit und der Schwierigkeitsgrad zu berücksichtigen.

⁴Für Begleitpersonen werden die Gebühren von der Verwaltung im Einzelfall festgesetzt.

§ 15 *Zusätzliche Kosten*

¹Zu den Tagespauschalen gemäss § 14 Absatz 1 sind zusätzlich zu bezahlen

- a. die Gebühren für die Operations- und Gebärsaalbenützung,
- b. die Kosten für Prothesen und das Implantations- und Osteosynthesematerial (mit einem zusätzlichen Gemeinkostenzuschlag von höchstens 400 Franken pro Eingriff),
- c. orthopädische Hilfsmittel, die Inanspruchnahme der Intensivpflege- und der Dialysestation, Aufwendungen bei ausserordentlicher Pflegebedürftigkeit, Vorsorgeuntersuchungen, Gutachten, Patiententransporte, Medikamente, die bei der Entlassung oder in den Urlaub mitgegeben werden, medizinisches Material, Verbandsmaterial, persönliche Bedürfnisse, Schulkosten, Leistungen im Zusammenhang mit Sterbefällen sowie die Mahngebühr und der Verzugszins.

²Die zusätzlichen Kosten werden von der Verwaltung festgelegt.

³Die Verwaltung kann zudem bei Wunscheingriffen für bestimmte Leistungen, die nicht Pflichtleistungen im Sinn des KVG sind, Pauschalen festlegen. Bei der Festlegung sind insbesondere die aufgewendete Zeit und der Schwierigkeitsgrad der Leistung zu berücksichtigen.

§ 16 *Besondere Abmachungen*

Vorbehalten bleiben besondere Abmachungen zwischen dem Luzerner Kantonsspital und Dritten.

2. Für grundversicherte Patientinnen und Patienten

§ 17 *Anwendbare Taxen*

¹ Für grundversicherte Patienten und Patientinnen mit Wohnsitz im Kanton Luzern gelten die Tarife, die im Tarifvertrag zwischen dem Luzerner Kantonsspital und den Krankenversicherern vereinbart wurden, sofern der Versicherer die Kosten übernehmen muss.

² Kommt kein Tarifvertrag zustande, setzt der Regierungsrat die Tarife fest.

³ Muss ein haftpflichtiger Dritter oder dessen Versicherung die Kosten ganz oder teilweise übernehmen, gelten die §§ 14 und 15.

⁴ Wird der grundversicherte Patient oder die grundversicherte Patientin auf der Privatabteilung behandelt, werden die Tarife und Preise für Privatpatientinnen und -patienten in Rechnung gestellt.

3. Für UV-, MV- und IV-Patientinnen und -Patienten

§ 18 *Anwendbare Taxen*

¹ Für UV-, MV- und IV-Patientinnen und -Patienten gelten die Tarife, die zwischen dem Luzerner Kantonsspital und den Versicherungsträgern vereinbart wurden.

² Wird die Patientin oder der Patient auf der Privatabteilung behandelt, werden die Tarife und Preise für Privatpatientinnen und -patienten verrechnet.

4. Für Bezügerinnen und Bezüger wirtschaftlicher Sozialhilfe

§ 19 *Anwendbare Taxen*

¹ Bei Patientinnen und Patienten, für deren Spitalkosten die Sozialbehörde eines kantonalen Gemeinwesens aufkommt, wird nach den Bestimmungen für grundversicherte Patientinnen und Patienten abgerechnet.

² Kommt eine ausserkantonale Sozialbehörde für die Spitalkosten auf, wird nach den Bestimmungen für Selbstzahlerinnen und Selbstzahler abgerechnet.

III. Tarife und Preise der Halbprivat- und Privatabteilung

§ 20 Tagespauschalen

¹Für Patientinnen und Patienten der Halbprivat- und Privatabteilung gelten folgende Tagespauschalen (inkl. Akutspitalrehabilitation):

<i>Luzern, Sursee und Wolhusen</i>	Halbprivatabteilung	Privatabteilung
a. Wohnsitz in der Schweiz		
Aufenthalt/Hotellerie	Fr. 401.–	Fr. 566.–
Pflege	Fr. 260.–	Fr. 287.–
Medizinische Nebenleistungen	Fr. 484.–	Fr. 484.–
b. Wohnsitz im Ausland		
Aufenthalt/Hotellerie	Fr. 481.–	Fr. 680.–
Pflege	Fr. 312.–	Fr. 345.–
Medizinische Nebenleistungen	Fr. 580.–	Fr. 580.–
 <i>Luzerner Höhenklinik Montana</i>		
a. Wohnsitz im Kanton Luzern		
Tagespauschale	Fr. 665.–	Fr. 800.–
Akutpneumologie und Schlaflabor	Fr. 284.–	Fr. 356.–
b. Wohnsitz übrige Schweiz		
Tagespauschale	Fr. 794.–	Fr. 950.–
Akutpneumologie und Schlaflabor	Fr. 412.–	Fr. 511.–
c. Wohnsitz im Ausland		
Tagespauschale	Fr. 952.–	Fr. 1140.–
Akutpneumologie und Schlaflabor	Fr. 495.–	Fr. 613.–

²Für Begleitpersonen werden die Gebühren von der Verwaltung im Einzelfall festgesetzt.

§ 21 Zusätzliche Kosten

¹Zu den Tagespauschalen gemäss § 20 Absatz 1 sind zusätzlich zu bezahlen

- a. in den Spitalbetrieben in Luzern (inklusive Akutspital-Rehabilitation), Sursee und Wolhusen die Kosten für Hämodialysen und Peritonealdialysen, Medikamente, Prothesen und das Implantations- und Osteosynthesematerial (mit einem zusätzlichen Gemeinkostenzuschlag von höchstens 400 Franken pro Eingriff), Blut und Blutersatz, alle ärztlichen Leistungen,
- b. in der Luzerner Höhenklinik Montana allgemein die Kosten für extern erbrachte Leistungen wie Konsilien von klinikfremden Spezialisten, spezielle Untersuchungen, Laborarbeiten oder Behandlungen durch eine andere ärztlich geleitete Institution oder durch frei praktizierende Ärzte, sofern sie nicht in direktem Zusammenhang mit dem Einweisungsgrund stehen und nicht in der Klinik selbst durchgeführt wer-

den können und der Behandlung von interkurrenten Krankheiten dienen, Medikamente von durchschnittlich mehr als 50 Franken pro Aufenthaltstag, Hilfsmittel und Medikamente, die bei der Entlassung mitgegeben werden,

- c. in der Luzerner Höhenklinik Montana im Zusammenhang mit Leistungen der Akutpneumologie und des Schlaflabors die Kosten für medizinische Nebenleistungen, Medikamente, Blut und Blutersatz, Verbandsmaterial, medizinisches Material, ärztliche Leistungen,

sowie die Kosten für Patiententransporte, persönliche Bedürfnisse, Leistungen im Zusammenhang mit Sterbefällen, Gutachten, die Mahngebühren und der Verzugszins.

² Die zusätzlichen Kosten werden mit folgenden Ausnahmen nach den §§ 23 bis 25 festgelegt:

	Halbprivatabteilung	Privatabteilung
a. Visiten bis 15 Minuten	Fr. 40.– bis Fr. 80.–	Fr. 55.– bis Fr. 110.–
Visiten über 15 Minuten	Fr. 80.– bis Fr. 150.–	Fr. 110.– bis Fr. 200.–
b. Aufnahmeuntersuchungen	Fr. 100.– bis Fr. 300.–	Fr. 130.– bis Fr. 400.–
c. Konsilien:		
konsultierender Arzt	Fr. 100.– bis Fr. 300.–	Fr. 130.– bis Fr. 400.–
behandelnder Arzt	Fr. 50.– bis Fr. 100.–	Fr. 65.– bis Fr. 130.–
d. Anästhesie und Narkose:		
Risikogruppe 1		
Grundtaxe für die ersten 15 Minuten (inkl. Prämedikations- und Postmedikationsvisite)		Fr. 265.–
Zuschlag jede weitere 15 Minuten		Fr. 135.–
Risikogruppe 2:		
Grundtaxe für die ersten 15 Minuten (inkl. Prämedikations- und Postmedikationsvisite)		Fr. 300.–
Zuschlag jede weitere 15 Minuten		Fr. 150.–
Risikogruppe 3:		
Grundtaxe für die ersten 15 Minuten (inkl. Prämedikations- und Postmedikationsvisite)		Fr. 325.–
Zuschlag jede weitere 15 Minuten		Fr. 165.–
Risikogruppe 4:		
Grundtaxe für die ersten 15 Minuten (inkl. Prämedikations- und Postmedikationsvisite)		Fr. 365.–
Zuschlag jede weitere 15 Minuten		Fr. 180.–
e. Radiologie (röntgendiagnostische Leistungen)		
Röntgenaufnahmen der oberen und unteren Extremitäten, der Wirbelsäule, des Thorax und des Schädels		Fr. 60.– bis Fr. 80.–
Durchleuchtungen		Fr. 60.– bis Fr. 80.–
Ultraschall-Untersuchungen		Fr. 100.– bis Fr. 150.–
Gastroenterologische Leistungen		Fr. 60.– bis Fr. 210.–
Urologische Untersuchungen		Fr. 110.– bis Fr. 180.–

Spezialuntersuchungen	Fr. 60.– bis Fr. 300.–
Angiographien	Fr. 210.– bis Fr. 900.–
Neuro-radiologische Leistungen	Fr. 310.– bis Fr. 800.–
Computer-Tomographie ohne Kontrastmittel	Fr. 250.– bis Fr. 350.–
Computer-Tomographie mit Kontrastmittel	Fr. 275.– bis Fr. 375.–
Diagnostische und therapeutische Punktionen	Fr. 50.– bis Fr. 180.–
Angiokardiographien	Fr. 600.– bis Fr. 1000.–

³Die Verwaltung kann zudem bei Wunscheingriffen für bestimmte Leistungen, die nicht Pflichtleistungen im Sinn des KVG sind, Pauschalen festlegen. Bei der Festlegung sind insbesondere die aufgewendete Zeit und der Schwierigkeitsgrad der Leistung zu berücksichtigen.

§ 22 *Besondere Abmachungen*

Vorbehalten bleiben besondere Abmachungen zwischen der Luzerner Kantonsspital und Dritten.

IV. Tarife und Preise für die ambulanten Patientinnen und Patienten

§ 23 *Berechnungsgrundsätze*

Die Gebühren für die medizinisch-technischen Leistungen und für die ärztlichen Leistungen, die im Zusammenhang mit einer ambulanten Behandlung im Rahmen oder ausserhalb der privaten Sprechstunde erbracht wurden, sind nach dem Tarmed, der Eidgenössischen Analysenliste, dem Physiotherapeutentarif, dem Ergotherapeutentarif, dem Logopäden-tarif, dem Tarif der Schweizerischen Zahnärztesgesellschaft (SSO), dem Ernährungsbera-tungstarif, dem Diabetestarif, dem Stillberatungstarif, dem Tarif für Stomaberatung und -behandlung durch nichtärztliches Personal in Spitälern, dem Tarif für die Behandlung im Zusammenhang mit Geburt, Geburtsvorbereitungen und Wochenbett durch Hebammen in Spitälern ohne Beisein des Arztes und dem Tarif für Neuropsychologie zu be-rechnen.

§ 24 *Taxpunktwerte*

¹Sind die Kosten für eine Leistung nach Taxpunkten zu berechnen, gelten folgende Taxpunktwerte:

Tarmed	Fr. 1.–
Eidgenössische Analysenliste	Fr. –.90
Physiotherapeutentarif	Fr. 1.05
Ergotherapeutentarif	Fr. 1.05

Logopädietarif	Fr. 1.–
SSO-Tarif	Fr. 3.10
Ernährungsberatung	Fr. 1.–
Diabetesberatungstarif	Fr. 1.–
Stillberatungstarif	Fr. 1.–
Tarif für nichtärztliche Stoma-Leistungen	Fr. 1.–
Tarif für Leistungen von Hebammen ohne Beisein des Arztes oder der Ärztin	Fr. 1.05
Tarif für die Leistungen der Neuropsychologie	Fr. 1.–

² Vorbehalten bleiben besondere Vereinbarungen mit Versicherern. Der Direktor oder die Direktorin kann insbesondere für Privatpatientinnen und Privatpatienten anstelle der Einzelberechnung Fallpreispauschalen vereinbaren.

§ 25 *Festlegung der Kosten im Einzelfall*

¹ Ist eine Leistung nicht im anwendbaren Tarif enthalten und lässt der Tarif eine Lückenfüllung zu, legt die Verwaltung die Kosten nach Rücksprache mit der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt im Einzelfall fest. Die Verwaltung kann Pauschalen festlegen.

² Bei der Festlegung der Kosten sind insbesondere die aufgewendete Zeit und der Schwierigkeitsgrad der Leistung zu berücksichtigen.

V. Schlussbestimmungen

§ 26 *Inkrafttreten*

Das Reglement tritt am 1. Januar 2008 in Kraft. Es ist zu veröffentlichen.

Luzern, 10. Januar 2008

Im Namen des Spitalrates des Luzerner Kantonsspitals
Der Präsident: Hans Amrein
Der Sekretär: Jürg Aebi