

Nr. 820d

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

vom 27. Oktober 2011* (Stand 22. Januar 2015)

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 2011 303

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 oder welche diese nicht geltend machen.²

³ Als Aufenthalt gilt die Zeit vom Eintritt bis zur Entlassung.

⁴ Als Versicherungsklassen werden unterschieden: allgemein, halbprivat, privat und Selbstzahlende.³

§ 3 *Arztwahl und Hospitalisation*

¹ Privat oder halbprivat versicherte Patientinnen und Patienten werden in der Regel durch den Chefarzt oder die Cheförztn, 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.⁴

³ Grundversicherte Patientinnen und Patienten werden von Ärztinnen und Ärzten behandelt, die vom Chefarzt oder von der Cheförztn 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 stationären Klinikeintritt und die Behandlungsklasse umgehend dem Versicherer gemäss dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) vom 18. März 1994⁵.

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 1908⁶, aufkommen muss, haben rechtzeitig vor dem

² Fassung gemäss Änderung vom 13. Dezember 2012, in Kraft seit dem 1. Januar 2013 (G 2012 395).

³ Fassung gemäss Änderung vom 13. Dezember 2012, in Kraft seit dem 1. Januar 2013 (G 2012 395).

⁴ Fassung gemäss Änderung vom 13. Dezember 2012, in Kraft seit dem 1. Januar 2013 (G 2012 395).

⁵ SR 832.10. Auf dieses Gesetz wird im Folgenden nicht mehr hingewiesen.

⁶ SR 221.229.1

stationären Klinikeintritt eine entsprechende schriftliche Kostengutsprache einzuholen. Sie ist der Verwaltung so bald als möglich, spätestens jedoch beim Klinikeintritt einzureichen.

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

§ 5 *Depotleistung*

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

² Die Depotleistung beträgt

- | | | |
|----|--|-------------|
| a. | für die allgemeine Abteilung | |
| | Kantoneinwohnerinnen und -einwohner | Fr. 10000.– |
| | ausserkantonale Patientinnen und Patienten | Fr. 12000.– |
| | ausländische Patientinnen und Patienten | Fr. 15000.– |
| b. | für die Privat- und Halbprivatabteilung | |
| | Kantoneinwohnerinnen und -einwohner | Fr. 14000.– |
| | ausserkantonale Patientinnen und Patienten | Fr. 17000.– |
| | ausländische Patientinnen und Patienten | Fr. 23000.– |

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

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

§ 6 *Ein- und Austritt*

In Bereichen, wo der Abrechnungstarif DRG nicht zur Anwendung kommt, oder bei unbewerteten Fällen kann für den Austritt eine Austrittspauschale in der Höhe einer Hotelierpauschale gemäss § 21 verrechnet werden. Dabei gilt für grundversicherte Patientinnen und Patienten der Ansatz der halbprivaten Abteilung.

§ 7 *Urlaub*

¹ Verlässt eine Patientin oder ein Patient medizinisch nicht notwendig das Spital für länger als 24 Stunden, wird dies als Urlaub gezählt. Für die Ermittlung der Anzahl Urlaubstage wird jeweils auf die nächsten 24 Stunden abgerundet. Für das Bereithalten des Platzes kann der Patientin oder dem Patienten ein Unkostenbeitrag von 100 Franken verrechnet werden.

² Nimmt die Patientin oder der Patient während des Klinikaufenthalts Urlaub, ohne dies zuvor mit der zuständigen Stelle abgeklärt zu haben, kann ein Unkostenbeitrag von 180 Franken in Rechnung gestellt werden.

³ Erfolgt eine Fallzusammenführung gemäss den Definitionen nach Swiss DRG, gelten die Tage zwischen den Fällen als medizinisch notwendige Urlaubstage.

§ 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 nicht unter den DRG-Abrechnungsmodus fallen und 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 die Patientin oder den Patienten. 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 1972⁷ 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, die nicht unter das Fallpreismodell DRG fallen, gelten folgende Tagespauschalen (inkl. Akutspitalrehabilitation):

- | | |
|--|------------|
| a. Wohnsitz Kanton Luzern | |
| Akutsomatik in Luzern, Sursee und Wolhusen | Fr. 1500.– |
| Luzerner Höhenklinik Montana | Fr. 800.– |
| b. Wohnsitz übrige Schweiz | |
| Akutsomatik Luzern, Sursee und Wolhusen | Fr. 1700.– |
| Luzerner Höhenklinik Montana | Fr. 850.– |
| c. Wohnsitz im Ausland | |
| Akutsomatik Luzern, Sursee und Wolhusen | Fr. 2000.– |
| Luzerner Höhenklinik Montana | Fr. 900.– |

Für kranke Säuglinge gelten die Tagespauschalen gemäss den Buchstaben a bis c.⁸

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

³ ...⁹

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

§ 15 Zusätzliche Kosten

¹ Zu 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),

⁷ SRL Nr. 40

⁸ Fassung gemäss Änderung vom 19. Dezember 2013, in Kraft seit dem 1. Januar 2014 (G 2014 12).

⁹ Aufgehoben durch Änderung vom 13. Dezember 2012, in Kraft seit dem 1. Januar 2013 (G 2012 395).

- c. orthopädische Hilfsmittel, die Inanspruchnahme der Intensivpflege- und der Dialysetation, Aufwendungen bei ausserordentlicher Pflegebedürftigkeit, Vorsorgeuntersuchungen, Gutachten, Medikamente oder medizinisches Material, die bei der Entlassung oder in den Urlaub mitgegeben werden, sowie persönliche Bedürfnisse, Schulkosten, Leistungen im Zusammenhang mit Sterbefällen sowie die Mahngebühr und der Verzugszins,¹⁰
- d. Material und Medikamente, die mit nach Hause gegeben werden,¹¹
- e. Patiententransporte gemäss separater Tarif-Richtlinie der Verwaltung,¹²
- f. persönliche Auslagen¹³.

² Die zusätzlichen Kosten werden von der Verwaltung festgelegt.

³ ...¹⁴

§ 16 *Abgeltung nach Swiss DRG*

Für Selbstzahlerinnen und Selbstzahler, die unter das Abrechnungsmodell DRG fallen, wird die folgende Baserate erhoben:

- a. Wohnsitz Kanton Luzern Fr. 11 500.–
- b. Wohnsitz übrige Schweiz Fr. 12 000.–
- c. Wohnsitz Ausland Fr. 12 600.–

Damit sind sämtliche Leistungen abgegolten mit Ausnahme von Materialien und Medikamenten, die der Patientin oder dem Patienten mit nach Hause gegeben werden, sowie der persönlichen Auslagen während des Aufenthalts oder der Leistungen für die Behandlung als Privat- oder Halbprivat-Patientin oder -Patient gemäss §§ 21 ff.

§ 17 *Besondere Abmachungen*

Vorbehalten bleiben besondere Abmachungen zwischen dem Luzerner Kantonsspital und Dritten.

2. Für grundversicherte Patientinnen und Patienten

§ 18 *Anwendbare Taxen*

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

¹⁰ Fassung gemäss Änderung vom 19. Dezember 2013, in Kraft seit dem 1. Januar 2014 (G 2014 12).

¹¹ Eingefügt durch Änderung vom 19. Dezember 2013, in Kraft seit dem 1. Januar 2014 (G 2014 12).

¹² Eingefügt durch Änderung vom 19. Dezember 2013, in Kraft seit dem 1. Januar 2014 (G 2014 12).

¹³ Eingefügt durch Änderung vom 19. Dezember 2013, in Kraft seit dem 1. Januar 2014 (G 2014 12).

¹⁴ Aufgehoben durch Änderung vom 13. Dezember 2012, in Kraft seit dem 1. Januar 2013 (G 2012 395).

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 §§ 14–16.

⁴ Wird die grundversicherte Patientin oder der grundversicherte Patient auf der Privatabteilung behandelt, werden die Tarife und Preise für Privatpatientinnen und -patienten in Rechnung gestellt. Ein Klassenwechsel ist vor dem Spitaleintritt zu deklarieren und gilt für die gesamte Aufenthaltsdauer.

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

§ 19 *Anwendbare Taxen*

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

² Wird die Patientin oder der Patient auf der Privatabteilung behandelt, werden die Tarife und Preise für Privatpatientinnen und -patienten verrechnet. Ein Klassenwechsel ist vor dem Spitaleintritt zu deklarieren und gilt für die gesamte Aufenthaltsdauer.

4. Für Bezügerinnen und Bezüger wirtschaftlicher Sozialhilfe

§ 20 *Anwendbare Taxen*

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

III. Tarife und Preise der Halbprivat- und Privatabteilung

§ 21 *Tagestaxen als Zuschlagsleistung*

¹ Kommt keine Einigung mit den Sozialversicherungspartnern zustande oder tritt eine Krankenkasse dem Vertrag nicht bei oder tritt der Patient selbst als Garant für die Leistungen der Halbprivat- oder Privatabteilung ein, gelten die folgenden Tagespauschalen als Zuschlagsleistung zu den DRG nach § 15 oder zu den Tagespauschalen nach § 14.

	Halbprivatabteilung	Privatabteilung
<i>Luzern, Sursee und Wolhusen</i>		
a. Wohnsitz in der Schweiz Aufenthalt/Hotellerie	Fr. 350.–	Fr. 500.–
b. Wohnsitz im Ausland Aufenthalt/Hotellerie	Fr. 450.–	Fr. 650.–
<i>Luzerner Höhenklinik Montana</i>		
a. Wohnsitz in der Schweiz Tagespauschale	Fr. 350.–	Fr. 500.–
b. Wohnsitz im Ausland Tagespauschale	Fr. 450.–	Fr. 600.– ¹⁵

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

§ 22 *Zusätzliche Kosten*

¹ Zu den Tagespauschalen gemäss § 21 sind zusätzlich zu bezahlen:¹⁶

- in den Spitalbetrieben in Luzern (inklusive Akutspital-Rehabilitation), Sursee und Wolhusen die Kosten der Zusatzentgelte gemäss dem Reglement nach Swiss DRG, mitgegebene Medikamente und Materialien sowie ärztliche Leistungen gemäss § 22 Absatz 2,
- 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 Ärztinnen und Ärzte, sofern sie nicht in direktem Zusammenhang mit dem Einweisungsgrund stehen und nicht in der Klinik selbst durchgeführt werden 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,
- 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 Verwaltung des Luzerner Kantonsspitals erstellt eine Honorarrichtlinie für die privatärztlichen Leistungen für halbprivat- und privatversicherte Patientinnen und Patienten (Standorte Luzern, Sursee und Wolhusen).¹⁷

¹⁵ Fassung gemäss Änderung vom 13. Dezember 2012, in Kraft seit dem 1. Januar 2013 (G 2012 395).

¹⁶ Fassung gemäss Änderung vom 13. Dezember 2012, in Kraft seit dem 1. Januar 2013 (G 2012 395).

¹⁷ Fassung gemäss Änderung vom 13. Dezember 2012, in Kraft seit dem 1. Januar 2013 (G 2012 395).

³ Die 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.

§ 23 *Besondere Abmachungen*

Vorbehalten bleiben besondere Abmachungen zwischen dem Luzerner Kantonsspital und Dritten.

IV. Tarife und Preise für ambulante Patientinnen und Patienten

§ 24 *Berechnungsgrundsätze*

Die Gebühren für die medizin-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 Physiotherapietarif, dem Ergotherapietarif, dem Logopädietarif, dem Tarif der Schweizerischen Zahnärztegesellschaft (SSO), dem Ernährungsberatungstarif, dem Diabetesberatungstarif, dem Stillberatungstarif, dem Tarif für Stoma-Beratung 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 oder der Ärztin und dem Tarif für Neuropsychologie zu berechnen.

§ 25¹⁸ *Taxpunktwerte*

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

Tarmed	Fr. 1.20
Eidgenössische Analysenliste	Fr. 1.–
Physiotherapietarif	Fr. 1.10
Ergotherapietarif	Fr. 1.20
Logopädietarif	Fr. 1.20
SSO-Tarif	Fr. 3.80
Ernährungsberatung	Fr. 1.10
Diabetesberatungstarif	Fr. 1.10
Stillberatungstarif	Fr. 1.10
Tarif für nichtärztliche Stoma-Leistungen	Fr. 1.10

¹⁸ Fassung gemäss Änderung vom 19. Dezember 2013, in Kraft seit dem 1. Januar 2014 (G 2014 12).

Tarif für Leistungen von Hebammen
ohne Beisein des Arztes oder der Ärztin Fr. 1.20
Tarif für die Leistungen der Neuropsychologie Fr. 1.–¹⁹

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

§ 26 *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.

§ 26a²⁰ *Kosten für administrativen Aufwand*

Die Verwaltung kann für von Dritten verursachten administrativen Aufwand pro Bearbeitung eine Aufwandpauschale von 75 Franken geltend machen.

V. Schlussbestimmungen

§ 27 *Inkrafttreten*

Das Reglement tritt am 1. Januar 2012 in Kraft und ersetzt das Reglement über die Tarife für die stationäre und ambulante Behandlung von Patientinnen und Patienten im Luzerner Kantonsspital (Tarifreglement LUKS) vom 10. Januar 2008²¹. Es ist zu veröffentlichen.

Luzern, 27. Oktober 2011

Im Namen des Spitalrates des Luzerner Kantonsspitals

Der Präsident: Dr. Beat Villiger

Der Sekretär: Robert Bisig

¹⁹ Fassung gemäss Änderung vom 22. Januar 2015, in Kraft seit dem 22. Januar 2015 (G 2015 76).

²⁰ Eingefügt durch Änderung vom 19. Dezember 2013, in Kraft seit dem 1. Januar 2014 (G 2014 12).

²¹ G 2008 29 (SRL Nr. 820d)