Tarifordnung
Regionalspital Surselva AG

gültig ab 1. Januar 2019

Hinweis:
In dieser Tarifordnung wird aus Gründen der einfacheren Lesbarkeit die männliche Form verwendet. Es sind stets Personen weiblichen und männlichen Geschlechts gleichermassen gemeint.

Inhaltsverzeichnis

1. Allgemeines 3
   1.1. Geltungsbereich 3
   1.2. Aufklärungspflicht 3
   1.3. Ambulante und stationäre Patienten 3
   1.4. Patientengruppen 3
2. Leistungskategorien 4
3. Tarife und Preise 4
4. Kostengutsprachen/Kostenvorschuss 5
   4.1. Kostengutsprachen 5
   4.2. Kostenvorschuss 6
5. Rechnungsstellung 6
6. Schlussbestimmungen, Inkrafttreten 7

Anhänge

1. Basispreis bei stationären Aufenthalten auf der allgemeinen Abteilung 8
2. Tarife bei stationären Aufenthalten auf der halbprivaten oder privaten Abteilung 9
3. Tarife für ambulante Behandlungen 10
4. Zuschläge für besondere Leistungen 11
5. Kostenvorschuss 13
6. Schlussbestimmungen 13

1. Allgemeines

1.1. Geltungsbereich

Diese Tarifordnung regelt die Tarife und Preise für die ambulanten Behandlungen und stationären Aufenthalte in der Regionalspital Surselva AG (RSS AG).

Vorbehalten bleiben:
- Regelungen im Bereich der Sozialversicherungen des Bundes,
- Verträge (Tarifverträge) zwischen der RSS AG und den Versicherern,
- Festlegung der Tarife und Preise durch die Behörden,
- separat abgeschlossene Verträge (Tarifverträge) zwischen der RSS AG und Leistungsnehmern (z.B. SwissOlympic).

1.2. Aufklärungspflicht

Die RSS AG hat gegenüber dem Patienten eine medizinische und finanzielle Aufklärungspflicht. Der zuständige Arzt klärt den Patienten über die bevorstehende Behandlung und deren Folgen auf. Die Patientenadministration klärt den Patienten über die finanziellen Folgen der Behandlung bzw. des Aufenthaltes auf.

In der vorliegenden Tarifordnung kann sich der Patient über die administrativen Regelungen und finanziellen Konsequenzen einer Behandlung bzw. eines Aufenthaltes in der RSS AG orientieren. Es ist grundsätzlich Sache des Patienten, seinen Versicherungsschutz zu kennen.

1.3. Ambulante und stationäre Patienten

Für die Abgrenzung zwischen ambulanter und stationärer Behandlung ist die Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime (VKL) zum Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) massgebend.

Als stationäre Behandlung gelten somit Aufenthalte zur Untersuchung, Behandlung und Pflege:
- von mehr als 24 Stunden,
- von weniger als 24 Stunden, bei denen während einer Nacht ein Bett belegt wird,
- bei Überweisung in ein anderes Spital,
- bei Todesfällen.

Als ambulante Behandlung gelten alle Behandlungen, die nicht stationäre Behandlungen sind (Art. 49, Abs. 6 KVG)

1.4. Patientengruppen

Die Patienten werden wie folgt unterschieden:
- Patienten mit steuerrechtlichem Wohnsitz in der Schweiz, die nach KVG versichert sind,
- Patienten die nach UVG/IVG/MVG versichert sind,
- Patienten aus EU/EFTA-Staaten, die gesetzlich krankenversichert sind, mit einer Europäischen Krankenversicherungskarte (EKVK),
- Patienten aus dem übrigen Ausland.

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

2. Leistungskategorien

Es werden folgende Leistungskategorien unterschieden:

a) Ambulante Behandlung
Die RSS AG erbringt den Patienten die Basisleistungen nach dem Standard der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (KVG).

b) Stationäre Behandlung Allgemeine Abteilung
Die RSS AG erbringt den Patienten die Basisleistungen nach dem Standard der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (KVG).

c) Stationäre Behandlung Halbprivate Abteilung
Die RSS AG erbringt den Patienten neben der Basisleistung nach KVG Zusatzleistungen für Unterkunft, Verpflegung und Behandlung.

d) Stationäre Behandlung Private Abteilung
Die RSS AG erbringt den Patienten neben der Basisleistung nach KVG Zusatzleistungen für Unterkunft, Verpflegung und Behandlung.

Halbprivat- und Privatpatienten haben in der Regel Anspruch auf die Behandlung durch einen Leitenden Arzt oder dessen Stellvertreter oder dem Chefarzt sowie die Unterbringung im Zweibett- oder Einbett-Zimmer.

3. Tarife und Preise

Die RSS AG verrechnet ihre Leistungen nach den folgenden Regelwerken:

a) ambulante Behandlung:
- Tarmed für die darin definierten Leistungen
- vom Bundesrat genehmigte Tarifstrukturen für Physiotherapie, Ernährungs- und Diabetesberatung, Stoma- und Wundberatung,
- vom EDI erlassenen Listen für Analysen, Arzneimittel, Mittel und Gegenstände,
- es kommen die geltenden Taxpunkte, die mit den Versicherern vereinbarten Taxpunktwerte und die geltenden Preise zur Anwendung,
- für Selbstzahler und Patienten ausserhalb der EU/EFTA-Staaten gilt der Anhang zur vorliegenden Taxordnung (Ziff. 3).

b) stationäre Behandlung Allgemeine Abteilung
- Tarifstruktur Swiss DRG
- Basispreis KVG/Sozialversicherungen gemäss Verträgen mit den Versicherern

c) stationäre Behandlung Halbprivate Abteilung
- Basispreis KVG gemäss Verträgen mit den Versicherern (Swiss DRG)
- Nachtpauschale für Hotellerie gemäss Verträgen mit den Versicherern
- Pauschale für freie Arztwahl und weitere Leistungen gemäss Verträgen mit den Versicherern
- Wenn mit einem Versicherer kein Tarifvertrag für die Halbprivate Abteilung besteht, ist der Anhang zur vorliegenden Tarifordnung (Ziff. 2) massgebend.

d) stationäre Behandlung Private Abteilung
   - Basispreis KVG gemäss Verträgen mit den Versicherern (Swiss DRG)
   - Nachtpauschale für Hotellerie gemäss Verträgen mit den Versicherern
   - Pauschale für freie Arztwahl und weitere Leistungen gemäss Verträgen mit den Versicherern
   - Wenn mit einem Versicherer kein Tarifvertrag für die Private Abteilung besteht, ist der Anhang zur vorliegenden Tarifordnung (Ziff.2) massgebend.

e) Zuschläge für besondere Leistungen
   - Massgebend ist der Anhang zur vorliegenden Tarifordnung (Ziff. 4)

f) Selbstzahler und Nichtpflichtleistungen nach KVG
   - Massgebend ist der Anhang zur vorliegenden Taxordnung (Ziff. 2 und 3)

4. Kostengutsprachen/Kostenvorschuss

4.1. Kostengutsprachen

- Stationäre Patienten

Die RSS AG meldet dem Versicherer im Voraus oder bei Eintritt die Aufnahme eines Patienten. Besteht keine Leistungspflicht, meldet der Versicherer dies umgehend der RSS AG.

Wird die Kostengutsprache nicht rechtzeitig beigebracht oder lehnt der Versicherer die Übernahme der Kosten ab, so wird der Patient als Selbstzahler betrachtet.

- Ambulante Patienten

Ambulante Patienten bringen auf Verlangen der RSS AG eine Kostengutsprache mit.

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

4.2. Kostenvorschuss

Selbstzahler haben der RSS AG einen Kostenvorschuss, der die voraussichtlichen Kosten deckt, zu leisten (Anhang zur vorliegenden Tarifordnung, Ziff. 5).

Als Selbstzahler gelten:

a) Patienten die über keine Versicherung nach KVG, UVG, MVG oder IVG oder keine gültige Europäische Krankenversichertenkarte verfügen oder vorweisen können,
b) Patienten die zwar über eine gültige Europäische Krankenversicherungskarte verfügen, sich aber zum Zwecke einer medizinischen Behandlung in die Schweiz begeben,
c) Patienten, die zwar KVG-versichert sind, sich aber für eine nichtkassenpflichtige Behandlung in die RSS AG begeben,
d) Patienten, die zwar KVG-versichert sind, aber der Versicherer die Kostenübernahme ablehnt.

Tarifordnung
Regionalspital Surselva AG

gültig ab 1. Januar 2019

Hinweis:
In dieser Tarifordnung wird aus Gründen der einfacheren Lesbarkeit die männliche Form verwendet. Es sind stets Personen weiblichen und männlichen Geschlechts gleichermassen gemeint.

Inhaltsverzeichnis

1. Allgemeines 3
   1.1. Geltungsbereich 3
   1.2. Aufklärungspflicht 3
   1.3. Ambulante und stationäre Patienten 3
   1.4. Patientengruppen 3
2. Leistungskategorien 4
3. Tarife und Preise 4
4. Kostengutsprachen/Kostenvorschuss 5
   4.1. Kostengutsprachen 5
   4.2. Kostenvorschuss 6
5. Rechnungsstellung 6
6. Schlussbestimmungen, Inkrafttreten 7

Anhänge

1. Basispreis bei stationären Aufenthalten auf der allgemeinen Abteilung 8
2. Tarife bei stationären Aufenthalten auf der halbprivaten oder privaten Abteilung 9
3. Tarife für ambulante Behandlungen 10
4. Zuschläge für besondere Leistungen 11
5. Kostenvorschuss 13
6. Schlussbestimmungen 13

1. Allgemeines

1.1. Geltungsbereich

Diese Tarifordnung regelt die Tarife und Preise für die ambulanten Behandlungen und stationären Aufenthalte in der Regionalspital Surselva AG (RSS AG).

Vorbehalten bleiben:
- Regelungen im Bereich der Sozialversicherungen des Bundes,
- Verträge (Tarifverträge) zwischen der RSS AG und den Versicherern,
- Festlegung der Tarife und Preise durch die Behörden,
- separat abgeschlossene Verträge (Tarifverträge) zwischen der RSS AG und Leistungsnehmern (z.B. SwissOlympic).

1.2. Aufklärungspflicht

Die RSS AG hat gegenüber dem Patienten eine medizinische und finanzielle Aufklärungspflicht. Der zuständige Arzt klärt den Patienten über die bevorstehende Behandlung und deren Folgen auf. Die Patientenadministration klärt den Patienten über die finanziellen Folgen der Behandlung bzw. des Aufenthaltes auf.

In der vorliegenden Tarifordnung kann sich der Patient über die administrativen Regelungen und finanziellen Konsequenzen einer Behandlung bzw. eines Aufenthaltes in der RSS AG orientieren. Es ist grundsätzlich Sache des Patienten, seinen Versicherungsschutz zu kennen.

1.3. Ambulante und stationäre Patienten

Für die Abgrenzung zwischen ambulanter und stationärer Behandlung ist die Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime (VKL) zum Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) massgebend.

Als stationäre Behandlung gelten somit Aufenthalte zur Untersuchung, Behandlung und Pflege:
- von mehr als 24 Stunden,
- von weniger als 24 Stunden, bei denen während einer Nacht ein Bett belegt wird,
- bei Überweisung in ein anderes Spital,
- bei Todesfällen.

Als ambulante Behandlung gelten alle Behandlungen, die nicht stationäre Behandlungen sind (Art. 49, Abs. 6 KVG)

1.4. Patientengruppen

Die Patienten werden wie folgt unterschieden:
- Patienten mit steuerrechtlichem Wohnsitz in der Schweiz, die nach KVG versichert sind,
- Patienten die nach UVG/IVG/MVG versichert sind,
- Patienten aus EU/EFTA-Staaten, die gesetzlich krankenversichert sind, mit einer Europäischen Krankenversicherungskarte (EKVK),
- Patienten aus dem übrigen Ausland.

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

2. Leistungskategorien

Es werden folgende Leistungskategorien unterschieden:

a) Ambulante Behandlung
Die RSS AG erbringt den Patienten die Basisleistungen nach dem Standard der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (KVG).

b) Stationäre Behandlung Allgemeine Abteilung
Die RSS AG erbringt den Patienten die Basisleistungen nach dem Standard der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (KVG).

c) Stationäre Behandlung Halbprivate Abteilung
Die RSS AG erbringt den Patienten neben der Basisleistung nach KVG Zusatzleistungen für Unterkunft, Verpflegung und Behandlung.

d) Stationäre Behandlung Private Abteilung
Die RSS AG erbringt den Patienten neben der Basisleistung nach KVG Zusatzleistungen für Unterkunft, Verpflegung und Behandlung.

Halbprivat- und Privatpatienten haben in der Regel Anspruch auf die Behandlung durch einen Leitenden Arzt oder dessen Stellvertreter oder dem Chefarzt sowie die Unterbringung im Zweibett- oder Einbett-Zimmer.

3. Tarife und Preise

Die RSS AG verrechnet ihre Leistungen nach den folgenden Regelwerken:

a) ambulante Behandlung:
- Tarmed für die darin definierten Leistungen
- vom Bundesrat genehmigte Tarifstrukturen für Physiotherapie, Ernährungs- und Diabetesberatung, Stoma- und Wundberatung,
- vom EDI erlassenen Listen für Analysen, Arzneimittel, Mittel und Gegenstände,
- es kommen die geltenden Taxpunkte, die mit den Versicherern vereinbarten Taxpunktwerte und die geltenden Preise zur Anwendung,
- für Selbstzahler und Patienten ausserhalb der EU/EFTA-Staaten gilt der Anhang zur vorliegenden Taxordnung (Ziff. 3).

b) stationäre Behandlung Allgemeine Abteilung
- Tarifstruktur Swiss DRG
- Basispreis KVG/Sozialversicherungen gemäss Verträgen mit den Versicherern

c) stationäre Behandlung Halbprivate Abteilung
- Basispreis KVG gemäss Verträgen mit den Versicherern (Swiss DRG)
- Nachtpauschale für Hotellerie gemäss Verträgen mit den Versicherern
- Pauschale für freie Arztwahl und weitere Leistungen gemäss Verträgen mit den Versicherern
- Wenn mit einem Versicherer kein Tarifvertrag für die Halbprivate Abteilung besteht, ist der Anhang zur vorliegenden Tarifordnung (Ziff. 2) massgebend.

d) stationäre Behandlung Private Abteilung
   - Basispreis KVG gemäss Verträgen mit den Versicherern (Swiss DRG)
   - Nachtpauschale für Hotellerie gemäss Verträgen mit den Versicherern
   - Pauschale für freie Arztwahl und weitere Leistungen gemäss Verträgen mit den Versicherern
   - Wenn mit einem Versicherer kein Tarifvertrag für die Private Abteilung besteht, ist der Anhang zur vorliegenden Tarifordnung (Ziff.2) massgebend.

e) Zuschläge für besondere Leistungen
   - Massgebend ist der Anhang zur vorliegenden Tarifordnung (Ziff. 4)

f) Selbstzahler und Nichtpflichtleistungen nach KVG
   - Massgebend ist der Anhang zur vorliegenden Taxordnung (Ziff. 2 und 3)

4. Kostengutsprachen/Kostenvorschuss

4.1. Kostengutsprachen

- Stationäre Patienten

Die RSS AG meldet dem Versicherer im Voraus oder bei Eintritt die Aufnahme eines Patienten. Besteht keine Leistungspflicht, meldet der Versicherer dies umgehend der RSS AG.

Wird die Kostengutsprache nicht rechtzeitig beigebracht oder lehnt der Versicherer die Übernahme der Kosten ab, so wird der Patient als Selbstzahler betrachtet.

- Ambulante Patienten

Ambulante Patienten bringen auf Verlangen der RSS AG eine Kostengutsprache mit.

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

4.2. Kostenvorschuss

Selbstzahler haben der RSS AG einen Kostenvorschuss, der die voraussichtlichen Kosten deckt, zu leisten (Anhang zur vorliegenden Tarifordnung, Ziff. 5).

Als Selbstzahler gelten:

a) Patienten die über keine Versicherung nach KVG, UVG, MVG oder IVG oder keine gültige Europäische Krankenversichertenkarte verfügen oder vorweisen können,
b) Patienten die zwar über eine gültige Europäische Krankenversicherungskarte verfügen, sich aber zum Zwecke einer medizinischen Behandlung in die Schweiz begeben,
c) Patienten, die zwar KVG-versichert sind, sich aber für eine nichtkassenpflichtige Behandlung in die RSS AG begeben,
d) Patienten, die zwar KVG-versichert sind, aber der Versicherer die Kostenübernahme ablehnt.

Tarifordnung
Regionalspital Surselva AG

gültig ab 1. Januar 2019

Hinweis:
In dieser Tarifordnung wird aus Gründen der einfacheren Lesbarkeit die männliche Form verwendet. Es sind stets Personen weiblichen und männlichen Geschlechts gleichermassen gemeint.

Inhaltsverzeichnis

1. Allgemeines 3
   1.1. Geltungsbereich 3
   1.2. Aufklärungspflicht 3
   1.3. Ambulante und stationäre Patienten 3
   1.4. Patientengruppen 3
2. Leistungskategorien 4
3. Tarife und Preise 4
4. Kostengutsprachen/Kostenvorschuss 5
   4.1. Kostengutsprachen 5
   4.2. Kostenvorschuss 6
5. Rechnungsstellung 6
6. Schlussbestimmungen, Inkrafttreten 7

Anhänge

1. Basispreis bei stationären Aufenthalten auf der allgemeinen Abteilung 8
2. Tarife bei stationären Aufenthalten auf der halbprivaten oder privaten Abteilung 9
3. Tarife für ambulante Behandlungen 10
4. Zuschläge für besondere Leistungen 11
5. Kostenvorschuss 13
6. Schlussbestimmungen 13

1. Allgemeines

1.1. Geltungsbereich

Diese Tarifordnung regelt die Tarife und Preise für die ambulanten Behandlungen und stationären Aufenthalte in der Regionalspital Surselva AG (RSS AG).

Vorbehalten bleiben:
- Regelungen im Bereich der Sozialversicherungen des Bundes,
- Verträge (Tarifverträge) zwischen der RSS AG und den Versicherern,
- Festlegung der Tarife und Preise durch die Behörden,
- separat abgeschlossene Verträge (Tarifverträge) zwischen der RSS AG und Leistungsnehmern (z.B. SwissOlympic).

1.2. Aufklärungspflicht

Die RSS AG hat gegenüber dem Patienten eine medizinische und finanzielle Aufklärungspflicht. Der zuständige Arzt klärt den Patienten über die bevorstehende Behandlung und deren Folgen auf. Die Patientenadministration klärt den Patienten über die finanziellen Folgen der Behandlung bzw. des Aufenthaltes auf.

In der vorliegenden Tarifordnung kann sich der Patient über die administrativen Regelungen und finanziellen Konsequenzen einer Behandlung bzw. eines Aufenthaltes in der RSS AG orientieren. Es ist grundsätzlich Sache des Patienten, seinen Versicherungsschutz zu kennen.

1.3. Ambulante und stationäre Patienten

Für die Abgrenzung zwischen ambulanter und stationärer Behandlung ist die Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime (VKL) zum Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) massgebend.

Als stationäre Behandlung gelten somit Aufenthalte zur Untersuchung, Behandlung und Pflege:
- von mehr als 24 Stunden,
- von weniger als 24 Stunden, bei denen während einer Nacht ein Bett belegt wird,
- bei Überweisung in ein anderes Spital,
- bei Todesfällen.

Als ambulante Behandlung gelten alle Behandlungen, die nicht stationäre Behandlungen sind (Art. 49, Abs. 6 KVG)

1.4. Patientengruppen

Die Patienten werden wie folgt unterschieden:
- Patienten mit steuerrechtlichem Wohnsitz in der Schweiz, die nach KVG versichert sind,
- Patienten die nach UVG/IVG/MVG versichert sind,
- Patienten aus EU/EFTA-Staaten, die gesetzlich krankenversichert sind, mit einer Europäischen Krankenversicherungskarte (EKVK),
- Patienten aus dem übrigen Ausland.

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

2. Leistungskategorien

Es werden folgende Leistungskategorien unterschieden:

a) Ambulante Behandlung
Die RSS AG erbringt den Patienten die Basisleistungen nach dem Standard der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (KVG).

b) Stationäre Behandlung Allgemeine Abteilung
Die RSS AG erbringt den Patienten die Basisleistungen nach dem Standard der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (KVG).

c) Stationäre Behandlung Halbprivate Abteilung
Die RSS AG erbringt den Patienten neben der Basisleistung nach KVG Zusatzleistungen für Unterkunft, Verpflegung und Behandlung.

d) Stationäre Behandlung Private Abteilung
Die RSS AG erbringt den Patienten neben der Basisleistung nach KVG Zusatzleistungen für Unterkunft, Verpflegung und Behandlung.

Halbprivat- und Privatpatienten haben in der Regel Anspruch auf die Behandlung durch einen Leitenden Arzt oder dessen Stellvertreter oder dem Chefarzt sowie die Unterbringung im Zweibett- oder Einbett-Zimmer.

3. Tarife und Preise

Die RSS AG verrechnet ihre Leistungen nach den folgenden Regelwerken:

a) ambulante Behandlung:
- Tarmed für die darin definierten Leistungen
- vom Bundesrat genehmigte Tarifstrukturen für Physiotherapie, Ernährungs- und Diabetesberatung, Stoma- und Wundberatung,
- vom EDI erlassenen Listen für Analysen, Arzneimittel, Mittel und Gegenstände,
- es kommen die geltenden Taxpunkte, die mit den Versicherern vereinbarten Taxpunktwerte und die geltenden Preise zur Anwendung,
- für Selbstzahler und Patienten ausserhalb der EU/EFTA-Staaten gilt der Anhang zur vorliegenden Taxordnung (Ziff. 3).

b) stationäre Behandlung Allgemeine Abteilung
- Tarifstruktur Swiss DRG
- Basispreis KVG/Sozialversicherungen gemäss Verträgen mit den Versicherern

c) stationäre Behandlung Halbprivate Abteilung
- Basispreis KVG gemäss Verträgen mit den Versicherern (Swiss DRG)
- Nachtpauschale für Hotellerie gemäss Verträgen mit den Versicherern
- Pauschale für freie Arztwahl und weitere Leistungen gemäss Verträgen mit den Versicherern
- Wenn mit einem Versicherer kein Tarifvertrag für die Halbprivate Abteilung besteht, ist der Anhang zur vorliegenden Tarifordnung (Ziff. 2) massgebend.

d) stationäre Behandlung Private Abteilung
   - Basispreis KVG gemäss Verträgen mit den Versicherern (Swiss DRG)
   - Nachtpauschale für Hotellerie gemäss Verträgen mit den Versicherern
   - Pauschale für freie Arztwahl und weitere Leistungen gemäss Verträgen mit den Versicherern
   - Wenn mit einem Versicherer kein Tarifvertrag für die Private Abteilung besteht, ist der Anhang zur vorliegenden Tarifordnung (Ziff.2) massgebend.

e) Zuschläge für besondere Leistungen
   - Massgebend ist der Anhang zur vorliegenden Tarifordnung (Ziff. 4)

f) Selbstzahler und Nichtpflichtleistungen nach KVG
   - Massgebend ist der Anhang zur vorliegenden Taxordnung (Ziff. 2 und 3)

4. Kostengutsprachen/Kostenvorschuss

4.1. Kostengutsprachen

- Stationäre Patienten

Die RSS AG meldet dem Versicherer im Voraus oder bei Eintritt die Aufnahme eines Patienten. Besteht keine Leistungspflicht, meldet der Versicherer dies umgehend der RSS AG.

Wird die Kostengutsprache nicht rechtzeitig beigebracht oder lehnt der Versicherer die Übernahme der Kosten ab, so wird der Patient als Selbstzahler betrachtet.

- Ambulante Patienten

Ambulante Patienten bringen auf Verlangen der RSS AG eine Kostengutsprache mit.

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

4.2. Kostenvorschuss

Selbstzahler haben der RSS AG einen Kostenvorschuss, der die voraussichtlichen Kosten deckt, zu leisten (Anhang zur vorliegenden Tarifordnung, Ziff. 5).

Als Selbstzahler gelten:

a) Patienten die über keine Versicherung nach KVG, UVG, MVG oder IVG oder keine gültige Europäische Krankenversichertenkarte verfügen oder vorweisen können,
b) Patienten die zwar über eine gültige Europäische Krankenversicherungskarte verfügen, sich aber zum Zwecke einer medizinischen Behandlung in die Schweiz begeben,
c) Patienten, die zwar KVG-versichert sind, sich aber für eine nichtkassenpflichtige Behandlung in die RSS AG begeben,
d) Patienten, die zwar KVG-versichert sind, aber der Versicherer die Kostenübernahme ablehnt.

5. Rechnungstellung

Die Rechnungsstellung erfolgt primär an den Versicherer, welcher die Kostengutsprache erteilt hat. Vom Versicherer nicht gedeckte Kosten, werden dem Patienten in Rechnung gestellt.

Selbstzahler erhalten die Rechnung direkt. Es erfolgt eine Verrechnung mit dem geleisteten Kostenvorschuss.

Auslagen für persönliche Bedürfnisse werden dem Patienten in Rechnung gestellt.

Rechnungen der RSS AG sind innert 30 Tagen zu begleichen, sofern nicht eine andere Zahlungsfrist vereinbart worden ist.

Nach Ablauf der Zahlungsfrist werden Verzugszins und Mahngebühren verrechnet.

Bei unverschuldeten Zahlungsschwierigkeiten kann die RSS AG Zahlungserleichterungen gewähren.

6. Schlussbestimmungen, Inkrafttreten

Der Verwaltungsrat der RSS AG hat diese Tarifordnung an seiner Sitzung vom 23.11.2018 genehmigt und auf den 1. Januar 2019 in Kraft gesetzt. Sie ersetzt alle bisherigen Tarifordnungen.

Ilanz, 23.11.2018

Mathias Bundi
Präsident des Verwaltungsrates

Manfred Manser
Vizepräsident des Verwaltungsrates

Für Auskünfte vor dem Spitalaufenthalt steht unser Personal der Patientenadministration gerne zur Verfügung.

Während des Spitalaufenthaltes helfen die Pflegemitarbeitenden und unser Sozialdienst gerne weiter.

Anhang zur Tarifordnung Regionalspital Surselva AG

gültig ab 1. Januar 2023

Inhaltsverzeichnis

1. Basispreis bei stationären Aufenthalten auf der allgemeinen Abteilung 3
2. Tarife bei stationären Aufenthalten auf der halbprivaten oder privaten Abteilung 4
3. Tarife für ambulante Behandlungen 5
4. Zuschläge für besondere Leistungen 6
5. Kostenvorschuss 8
6. Schlussbestimmungen 8

Anhang zur Tarifordnung

In diesem Anhang werden die Tarife aufgelistet, welche nicht in anderen Tarifordnungen oder in Verträgen mit Versicherern geregelt sind.

1. Basispreise bei stationären Aufenthalten auf der allgemeinen Abteilung

Es werden folgende Tarife (Basispreise nach SwissDRG) unterschieden und in Rechnung gestellt:

1	Patienten mit steuerrechtlichem Wohnsitz in der Schweiz, die nach KVG versichert sind	gemäss Verträgen mit den Versicherern oder Festsetzung durch den Regierungsrat
2	Patienten die nach UVG/IVG/MVG versichert sind	gemäss Verträgen mit den Versicherern
3	Patienten aus EU/EFTA-Staaten, die gesetzlich krankenversichert sind, mit einer Europäischen Krankenversicherungskarte (EKVK)	wie Versicherte gemäss KVG
4	Patienten aus dem übrigen Ausland	CHF 13'500 DRG-Fallwert 1.0

Mit dem Basispreis sind sämtliche gesetzlich und vertraglich vereinbarten Leistungen abgegolten. Dies betrifft insbesondere alle im Auftrag der RSS AG während des stationären Spitalaufenthalts intern erbrachten bzw. extern in Auftrag gegebenen diagnostischen, ärztlichen, technischen, pflegerischen und therapeutischen Leistungen.

Analysen, Implantate, Medikamente sowie Mittel und Gegenstände sind im Basispreis enthalten.

Medikamente, die dem Patienten beim Austritt aus der RSS AG mitgegeben werden, werden dem Patienten in Rechnung gestellt.

2. Tarife bei stationären Aufenthalten auf der halbprivaten oder privaten Abteilung

Es werden folgende Pauschalen (Nachtpauschale, freie Arztwahl und weitere Leistungen) zusätzlich zum Basispreis KVG in Rechnung gestellt:

2.1. Patienten mit steuerrechtlichem Wohnsitz in der Schweiz

Halbprivate Abteilung		Private Abteilung	
Hotellerie	**Freie Arztwahl und weitere Leistungen**	**Hotellerie**	**Freie Arztwahl und weitere Leistungen**
Nachtpauschale CHF 360	Basispreis DRG Fallwert 1.0 CHF 3'780	Nachtpauschale CHF 420	Basispreis DRG Fallwert 1.0 CHF 4'800

2.2. Patienten aus EU/EFTA-Staaten und dem übrigen Ausland

Halbprivate Abteilung		Private Abteilung	
Hotellerie	**Freie Arztwahl und weitere Leistungen**	**Hotellerie**	**Freie Arztwahl und weitere Leistungen**
Nachtpauschale CHF 480	Basispreis DRG Fallwert 1.0 CHF 5'040	Nachtpauschale CHF 630	Basispreis DRG Fallwert 1.0 CHF 7'200

3. Tarife für ambulante Behandlungen

Für ambulante Patienten werden sämtliche ärztliche und technische Leistungen sowie Implantate, Mittel und Gegenstände und Medikamente einzeln in Rechnung gestellt:

Leistungen gemäss schweizerischen Tarifen	- Selbstzahler - Privat-versicherte - Nichtkassen-pflichtige Leistungen Taxpunktwert	Patienten aus EU/EFTA-Staaten mit Europäischer Krankenver-sicherungs-karte Taxpunktwert	Patienten aus dem übrigen Ausland Taxpunktwert
Ärztliche, technische und pflegerische Leistungen (Tarmed)	CHF 1.50	CHF 0.83	CHF 1.50
Physiotherapie	CHF 1.50	CHF 0.94	CHF 1.50
Labor	CHF 1.50	CHF 1.00	CHF 1.50
Ernährungs-/Diabetesberatung	CHF 1.50	CHF 1.00	CHF 1.50
Stoma-/Wundberatung	CHF 1.50	CHF 0.83	CHF 1.50
Hebammen	CHF 1.50	CHF 1.15	CHF 1.50

3.1. Verpasste Termine

Für Konsultationen oder Sitzungen, die nicht 24 Stunden im Voraus abgesagt werden, wird dem Patienten ein Pauschalbetrag von CHF 60.00 in Rechnung gestellt.

Für Physiotherapietermine, die nicht 24 Stunden im Voraus abgesagt werden, wird dem Patienten ein Pauschalbetrag von CHF 40.00 in Rechnung gestellt.

4. Zuschläge für besondere Leistungen

4.1. Aufpreis Zimmerkomfort

Patienten der allgemeinen Abteilung bzw. der halbprivaten Abteilung können auf Anfrage im Rahmen der betrieblichen Möglichkeiten und Kapazitäten der RSS AG folgendes Angebot in Anspruch nehmen. Der Aufpreis wird dem Patienten in Rechnung gestellt.

Versichert für...	Angebot im 3. und 4. OG	Aufpreis pro **Nacht** mit Privatpatientenservice	Aufpreis pro **Nacht** ohne Privatpatientenservice
Allgemeine Abteilung	Einbettzimmer	CHF 250.00	CHF 213.00
Allgemeine Abteilung	Zweibettzimmer	CHF 188.00	CHF 150.00
Halbprivate Abteilung	Einbettzimmer	CHF 150.00	CHF 150.00

4.2. Aufpreis Familienzimmer auf der Geburtsabteilung

Wöchnerinnen können auf Anfrage bei der Geburt im Rahmen der betrieblichen Möglichkeiten und Kapazitäten der RSS AG folgendes Angebot in Anspruch nehmen. Der Aufpreis wird der Wöchnerin in Rechnung gestellt.

Versichert für...	Angebot	Aufpreis pro **Nacht** mit Privatpatientenservice	Aufpreis pro **Nacht** ohne Privatpatientenservice
Allgemeine Abteilung	Familienzimmer mit Nasszelle	CHF 263.00	CHF 225.00
Halbprivate Abteilung	Familienzimmer mit Nasszelle	CHF 163.00	CHF 163.00
Private Abteilung	Familienzimmer mit Nasszelle	CHF 163.00	CHF 163.00

Im Aufpreis inbegriffen ist die Übernachtung, das Frühstück und die Parkkarte für die Begleitperson.

Familienzimmer sind für die gesamte Hospitalisationsdauer zu reservieren.

4.3. Aufpreis für Übernachtung und Verpflegung von Begleitpersonen

Angehörige, die beim Patienten übernachten oder sich auf der Station mit dem Patienten verpflegen, können auf Anfrage und im Rahmen der betrieblichen Möglichkeiten und Kapazitäten der RSS AG folgendes Angebot in Anspruch nehmen. Diese Leistungen werden dem Patienten in Rechnung gestellt.

- Übernachtung inkl. Frühstück		CHF	55.00
- Tagesmenu inkl. Getränk (für Erwachsene und Kinder)	Frühstück	CHF	10.00
	Mittagessen	CHF	19.00
	Nachtessen	CHF	14.00
- Übernachtung Säugling bei hospitalisiertem Elternteil	einmalige Pauschale	CHF	45.00
- Parkhaus für Patienten	pro Tag (nur ganze Tage)	CHF	23.20

4.4 Todesfallspesen

Zusatzaufwand Todesfall	einmalige Pauschale	CHF	150.00

5. Kostenvorschuss

Selbstzahler haben beim Eintritt in die RSS AG einen Kostenvorschuss in der Höhe der voraussichtlichen Aufenthalts- und Behandlungskosten zu leisten. Auf einen Kostenvorschuss wird verzichtet, wenn der Patient den schriftlichen Nachweis erbringt, dass die Kosten durch einen Garanten übernommen werden.

Es werden folgende Kostenvorschüsse verlangt:

Stationärer Aufenthalt

- Private Abteilung (Einbett-Zimmer)	CHF	10'000.00
- Halbprivate Abteilung (Zweibett-Zimmer)	CHF	8'000.00
- Allgemeine Abteilung (Mehrbett-Zimmer)	CH	5'000.00

Ambulante Behandlung

Patienten aus dem Ausland und ohne Europäische Krankenversicherungskarte		
- bei Selbsteinweisung	CHF	700.00
- bei Einweisung mit der Ambulanz	CHF	1'700.00
Patienten aus dem Ausland mit Europäischer Krankenversicherungskarte		
- bei Einweisung mit der Ambulanz	CHF	1'000.00

Falls notwendig wird der Kostenvorschuss von der RSS AG höher angesetzt. Bei Wunscheingriffen oder Wunschbehandlungen wird beim Patienten ein Kostenvorschuss gemäss Kostenvoranschlag der RSS AG für die Behandlung eingefordert.

Der Kostenvorschuss kann mittels Barzahlung oder Kreditkarte erfolgen.

6. Schlussbestimmungen

Der vorliegende Anhang zur Tarifordnung wurde von der Geschäftsleitung am 7. Dezember 2022genehmigt und tritt per 1. Januar 2023 in Kraft.

Ilanz, 7. Dezember 2022

Claudia Käch
CEO

Matthias Müller
Leiter Finanzen & Controlling