

TAXORDNUNG

Taxordnung

gültig ab 1. Januar 2010

Zugunsten der besseren Lesbarkeit verzichten wir in der Taxordnung auf die weibliche Form

TAXORDNUNG

Inhaltsverzeichnis

I. AUSGANGSLAGE	3
II. ALLGEMEINE BESTIMMUNGEN	4
1. Geltungsbereich	4
2. Einweisung	4
3. Aufklärungspflicht des Spitals	4
4. Kostenvorschuss	5
5. Vertragliche Vereinbarung	6
6. Wohnsitz	6
7. Patientenklassen	6
7. Tarife	6
8. Upgrading HALBPRIVAT oder PRIVAT	7
9. Rechnungsstellung	9
10. Zahlungsbedingungen	9
11. Verrechnungsgrundlagen	10
12. Aufenthaltsarten im Spital	11
III. STATIONÄRE TARIFE	12
Allgemeine Abteilung	12
Allgemeine Abteilung ganze Schweiz (freie Spitalwahl)	13
Halbprivate Abteilung	14
Private Abteilung	15
IV. AMBULANTE TARIFE	16
V. MEHRLEISTUNGEN	17
Upgrading Geburtshilfe	17
Upgrading für Patienten	17
Tarife Pflegeheimpatienten für Pflege und Hotellerie	18
Familienzimmer auf der Geburtsabteilung	19
Begleitpersonen	19

TAXORDNUNG

I. AUSGANGSLAGE

Im Rahmen der Revision der Spitalverordnung im Jahr 2003 hat der Kanton Schwyz die Leistungsabgeltung nach dem Prinzip der Fallpauschalen umgeschrieben.

Seit dem 1. Januar 2004 werden die drei Schwyzer Spitäler Einsiedeln, Lachen und Schwyz vom Kanton sowie den Kranken- und Unfallversicherern mit einer fallorientierten Pauschalabgeltung nach dem System AP-DRG (**A**ll **P**atients **D**iagnosis **R**elated **G**roups) finanziert.

Die Fallpauschalen AP-DRG wurden entwickelt, um alle stationären Behandlungen über Fallpauschalen vergüten zu können. Dazu wurden die Diagnosen in 28 Hauptkategorien (z.B. Geburtshilfe, Herz-Kreislauf-System) zugeordnet. Das AP-DRG-System umfasst derzeit rund 878 Fallpauschalen. Neben der Zuordnung aller Diagnosen wird auch die Fallschwere in drei Stufen berücksichtigt.

Die stationären Fälle werden anhand der gestellten Diagnosen und durchgeführten Prozeduren (auch Operationscode genannt) in eine der mittlerweile 878 Fallgruppen eingeteilt. Jede Fallgruppe wird mit einer relativen Zahl zwischen 0,157 und 23.797 als Fallgewicht versehen (Version 6.0). Somit lassen sich die Relationen zwischen den einzelnen Fallgruppen ohne weiteres einander gegenüberstellen. Zum Beispiel: Ein Patient mit einem Herzinfarkt hat ein ca. 3-mal höheres Fallgewicht als ein Patient, der am Blindarm operiert wird.

TAXORDNUNG

II. ALLGEMEINE BESTIMMUNGEN

1. Geltungsbereich

Diese Tarifordnung gilt für alle stationären und ambulanten Behandlungen im Spital Lachen.

2. Einweisung

Die Einweisung hat in der Regel durch einen Arzt zu erfolgen.

3. Aufklärungspflicht des Spitals

Die Spital Lachen AG hat gegenüber dem Patienten eine medizinische und finanzielle Aufklärungspflicht. Der Patient wird deshalb umfassend über die medizinische Behandlung und die finanziellen Folgen des Spitalaufenthaltes aufgeklärt. Der zuständige Arzt klärt den Patienten über die bevorstehende Behandlung und deren Folgen auf.

In der vorliegenden Taxordnung kann sich der Patient über die administrativen Regelungen und finanziellen Konsequenzen eines Aufenthaltes orientieren.

Für Fragen vor dem Spitalaufenthalt steht unser Patientenbüro gerne zur Verfügung.

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

TAXORDNUNG

4. Kostenvorschuss

Bei der Aufnahme ist ein Kostenvorschuss zu leisten. Auf einen Kostenvorschuss wird verzichtet, wenn der Patient den Nachweis erbringt, dass eine vorbehaltlose Kostendeckung durch eine Kranken- oder Unfallversicherung, eine Amtsstelle oder einen anderen Garanten besteht. Die Kostengutsprache wird in der Regel vor dem Eintritt oder möglichst vor der Behandlung vom Patientenbüro des Spitals eingeholt.

Zusatzversicherte Patienten (stationär, halbprivat oder privat), bei welchen der geforderte Kostenvorschuss nicht innerhalb von drei Tagen nach Eintritt eingefordert werden kann, werden in der Regel im Einvernehmen mit dem zuständigen Chef- oder Leitenden Arzt auf die allgemeine Abteilung verlegt.

Patienten mit Upgrading (stationär, halbprivat oder privat), die den geforderten Upgrade-Preis vor Eintritt nicht begleichen oder die Zahlung nicht schriftlich in Aussicht gestellt haben, werden in der versicherten Patientenklasse hospitalisiert.

Bei Patienten, die im Ausland wohnhaft sind, wird vor Eintritt ein Depot in der mutmasslichen Höhe der Behandlungskosten verlangt; es sei denn die Europäische Versicherungskarte kann vorgewiesen werden.

Es gelten folgende Kostenvorschüsse:

	In der Schweiz wohnhaft	Im Ausland wohnhaft
Stationär	7'000 CHF	10'000 CHF
Ambulant	500 CHF	500 CHF
Upgrade halbprivat	3'500 CHF	3'500 CHF
Upgrade privat	7'500 CHF	7'500 CHF

Die erwähnten Vorschussbeträge können bei Bedarf höher angesetzt werden. Bei Wunsch-Eingriffen resp. Wunsch-Leistungen richtet sich das Depot nach dem Kostenvoranschlag.

TAXORDNUNG

5. Vertragliche Vereinbarung

Die Spital Lachen AG kann Verträge mit den anerkannten Versicherungen oder mit Behörden abschliessen. Die abgeschlossenen Verträge sind Bestandteil dieser Taxordnung.

6. Wohnsitz

Für den Tarif ist immer der gesetzliche Wohnsitz des Patienten massgebend.

Es werden unterschieden:

- a) Patienten wohnhaft im Kanton Schwyz
- b) Patienten wohnhaft ausserhalb des Kantons Schwyz
- c) Selbstzahler

Bei Schweizer Patienten ohne festen Wohnsitz in der Schweiz werden die Tarife für Patienten wohnhaft ausserhalb des Kantons Schwyz angewendet.

7. Patientenklassen

Für den stationären Aufenthalt:

Es werden folgende Aufenthaltsklassen unterschieden:

- a) allgemein (=grundversichert)
- b) halbprivat (=grundversichert + halbprivat zusatzversichert)
- c) privat (=grundversichert + privat zusatzversichert)

Für den ambulanten Aufenthalt:

Es werden folgende Aufenthaltsklassen unterschieden:

- a) keine weiteren Unterscheidungen

6. Tarife

Die Tarife sind im **Kapitel III** dieser Taxordnung geregelt. Die Ansätze für die Leistungen wurden in den Verhandlungen zwischen den Versicherern und dem Spital ausgehandelt und wurden anschliessend in der Grundversicherung der Regierung des Kantons Schwyz genehmigt.

TAXORDNUNG

7. Upgrading HALBPRIVAT oder PRIVAT

Die Spital Lachen AG bietet allgemeinversicherten Patienten ohne Zusatzversicherung die Möglichkeit an, ein Upgrading für die Behandlung HALBPRIVAT oder PRIVAT selber zu finanzieren. Die Tarife für das Upgrading sind im **Kapitel V** dieser Taxordnung geregelt. Das gleiche Angebot gilt für Patienten mit einer Zusatzversicherung halbprivat, die sich PRIVAT behandeln lassen wollen.

Upgrading Allgemein zu HALBPRIVAT bzw. zu PRIVAT

Ein **allgemeinversicherter Patient** kann einen Wechsel in die Klasse **HALBPRIVAT** oder in die Klasse **PRIVAT** verlangen. Die daraus entstehenden Kosten sind, abzüglich der durch Versicherer abgegoltenen Fallpauschale der Grundversicherung, vom Patienten zu tragen. In der jeweiligen Fallpauschale sind alle Einzelleistungen, Arzthonorare, Pflege- und Hotellerieleistungen inbegriffen.

Der behandelnde Arzt und die Mitarbeitenden des Patientenbüros klären den Patienten vor dem Eingriff bzw. der Behandlung über die ungefähren Kosten auf. Sein Einverständnis mit den Konditionen erklärt der Patient vor oder bei Eintritt durch seine Unterschrift. **Er nimmt damit auch zur Kenntnis, dass der vorgelegte Kostenvoranschlag unverbindlich ist, denn aufgrund von Komplikationen oder zusätzlichen anderen Ereignissen kann der offerierte DRG und somit das Kostengewicht (CW) erheblich abweichen.** Der Patient hat ein Depot in der Höhe der mutmasslichen zusätzlichen Kosten vor oder bei Eintritt zu leisten. Er erhält ein Zimmer auf der Privatstation (3. Stock), sofern entsprechende Zimmer zur Verfügung stehen.

TAXORDNUNG

Upgrading HALBPRIVAT zu PRIVAT

Ein **halbprivat versicherter Patient** kann einen Wechsel in die Klasse **PRIVAT** verlangen. Die daraus entstehenden Kosten sind, abzüglich der durch Versicherer abgegoltene Fallpauschale für die halbprivate Abteilung, vom Patienten zu tragen. In der Fallpauschale sind alle Einzelleistungen, Arzthonorare, Pflege- und Hotellerieleistungen inbegriffen.

Der behandelnde Arzt und die Mitarbeitenden des Patientenbüros klären den Patienten vor dem Eingriff bzw. der Behandlung über die ungefähren Kosten auf. Sein Einverständnis mit den Konditionen erklärt der Patient vor oder bei Eintritt durch seine Unterschrift. **Er nimmt damit auch zur Kenntnis, dass der vorgelegte Kostenvoranschlag unverbindlich ist, denn aufgrund von Komplikationen oder zusätzlichen anderen Ereignissen kann der offerierte DRG und somit das Kostengewicht (CW) erheblich abweichen.** Der Patient hat ein Depot in der Höhe der mutmasslichen zusätzlichen Kosten, vor oder bei Eintritt zu leisten. Er erhält ein Zimmer auf der Privatstation (3. Stock), sofern entsprechende Zimmer zur Verfügung stehen.

TAXORDNUNG

8. Rechnungsstellung

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

Den Patienten oder sonst Zahlungspflichtigen werden unabhängig der Patientenklasse separat zu den AP-DRG-Fallpauschalen und Einzelleistungen immer folgende Leistungen in Rechnung gestellt:

- a. nicht KVG-der UVG-pflichtige medizinische Leistungen, inklusive präventivmedizinische Leistungen;
- b. nicht von der obligatorischen Versicherung (KVG/UVG) zu übernehmende Mittel und Gegenstände;
- c. nicht von den Versicherungen gedeckte Komfort-Zuschläge;
- d. Mehrkosten für Ferienaufenthalt;
- e. Zuschläge für ausserordentliche Pflegebedürftigkeit;
- f. Zivilstandsmeldungen;
- g. Todesfallkosten;
- h. private Aufwendungen (z.B. Telefonate, Patientenwäsche usw.) sowie Ersatzleistungen für Beschädigungen;
- i. Beherbergung und Auslagen für Begleitpersonen;
- j. Mahngebühren;
- k. Individuelle Hotellerie-Zusatzleistungen;

Rechnungskopie:

Sofern der Patient bei seinem Eintritt nicht ausdrücklich darauf verzichtet, wird automatisch eine Kopie der Rechnung an den Patienten ausgestellt.

9. Zahlungsbedingungen

Die Rechnungen sind grundsätzlich innert 30 Tagen zu begleichen. Nach Ablauf der Zahlungsfrist ist ein Verzugszins von 5% geschuldet. Vorbehalten bleiben Vereinbarungen mit den Versicherern.

TAXORDNUNG

10. Verrechnungsgrundlagen

Als Verrechnungsgrundlagen gelten:

Beschlüsse der Spital Lachen AG, Rahmenvertrag TARMED, Eidgenössische Analysenliste (AL), Spezialitätenliste (SL), Mittel- und Gegenstände-Liste (MiGel), Tarifvereinbarung mit dem SVK für rückversicherbare Leistungen, Tarifvertrag zwischen santésuisse Zentralschweiz und dem Spital Lachen für die Behandlung von stationären Akutpatienten und Patienten der allgemeinen, halbprivaten- und privaten Abteilung, Vertrag über den Taxpunkt看wert zu Tarmed und Faktor x1 für die öffentlichen Spitäler des Kantons Schwyz, Vertrag zwischen den Versicherern gemäss Bundesgesetz über die Unfallversicherung, vertreten durch die Medizinaltarif-Kommission UVG (MTK), der Invalidenversicherung (IV), vertreten durch das Bundesamt für Sozialversicherung, dem Bundesamt für Militärversicherung (BAMV) und der Spital Lachen AG. Gemeinsame Einrichtung KVG im Rahmen der bilateralen Verträge Schweiz - EU.

TAXORDNUNG

11. Aufenthaltsarten im Spital

Der Spitalaufenthalt kann gemäss KVG stationär oder ambulant erfolgen.

Die Abrechnung von stationären Patienten erfolgt mittels AP-DRG-Fallpauschalen.

Die Abrechnung von ambulanten Patienten erfolgt mit dem ambulanten Abrechnungssystem Tarmed sowie den zusätzlich definierten Paramedizinischen Tarifen.

Stationäre Patienten sind Patienten, die:

- sich länger als 24 Stunden im Spital aufhalten
- vor Ablauf von 24 Stunden im Spital sterben
- aus medizinischen Gründen zur stationären Behandlung in ein anderes Spital verlegt werden. Für Rückverlegungen gelten die Bestimmungen gemäss AP-DRG: innert 24 Stunden gleicher Fall, codiert nach der Hauptdiagnose über den ganzen Fall; später als 24 Stunden mit neuem Fall, codiert nach der noch zu erbringenden Leistungen im Spital, in welches der Patient rückverlegt wurde
- als Notfall auf einer Pflegeabteilung oder der Intensivpflegestation um 24 Uhr ein Bett benutzen

Alle übrigen Patienten gelten als ambulante Patienten.

TAXORDNUNG

III. STATIONÄRE TARIFE

Allgemeine Abteilung

AP-DRG-Fallpauschale mit Basispreis für ein Kostengewicht von 1.0 für Erwachsene/Kinder.

Versicherungsart	Im Kanton Schwyz wohnhaft	In der übrigen Schweiz / im Ausland wohnhaft
Krankenversicherungen und übrige Garanten	4'002 CHF	11'221 CHF
Unfall-, Invaliden- und Militärversicherungen	6'779 CHF	6'779 CHF
Selbstzahler	gemäss Offerte	

In den mit den Versicherungen vertraglich vereinbarten Fallpauschalen sind die Leistungen wie Unterkunft, Verpflegung, Bereitschaftskosten, pflegerische Betreuung, alle ärztlichen und spitaltechnischen Diagnostik- und Therapieleistungen, Implantate, Materialien und Medikamente gemäss Krankenversicherungsgesetz (KVG) / Unfallversicherungsgesetz (UVG) sowie allfällige Verlegungstransporte während des Spitalaufenthaltes gemäss KVG enthalten.

Der jeweiligen Versicherung 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 (KVG und UV/MV/IV) und Verlegungstransporte (UV/MV/IV)
- c) vom Versicherer verlangte Gutachten und Autopsien

Für das Upgrading siehe Kapitel V.

TAXORDNUNG

Allgemeine Abteilung ganze Schweiz (freie Spitalwahl)

AP-DRG-Fallpauschale mit Basispreis für ein Kostengewicht von 1.0 für Erwachsene/Kinder.

Dieser Tarif gilt für nicht medizinisch indizierte Behandlungen im Spital Lachen, eines Patienten mit Wohnsitz ausserhalb des Kantons Schwyz.

Versicherungsart	Im Kanton Schwyz wohnhaft	In der übrigen Schweiz / im Ausland wohnhaft
Krankenversicherungen und übrige Garanten	-	10'042 CHF

In den mit den Versicherungen vertraglich vereinbarten Fallpauschalen sind die Leistungen wie Unterkunft, Verpflegung, Bereitschaftskosten, pflegerische Betreuung, alle ärztlichen und spitaltechnischen Diagnostik- und Therapieleistungen, Implantate, Materialien und Medikamente gemäss Krankenversicherungsgesetz (KVG) / Unfallversicherungsgesetz (UVG) sowie allfällige Verlegungstransporte während des Spitalaufenthaltes gemäss KVG enthalten.

Der jeweiligen Versicherung 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 (KVG und UV/MV/IV) und Verlegungstransporte (UV/MV/IV)
- c) vom Versicherer verlangte Gutachten und Autopsien

Für das Upgrading siehe Kapitel V.

TAXORDNUNG

Halbprivate Abteilung

AP-DRG-Fallpauschale mit Basispreis für ein Kostengewicht von 1.0 für Erwachsene/Kinder.

Versicherungsart	Im Kanton Schwyz wohnhaft	In der übrigen Schweiz / im Ausland wohnhaft
Kranken- und Unfallversicherung und übrige Garanten	13'027CHF	13'027 CHF
Selbstzahler	gemäss Offerte	

Mit einzelnen Versicherungen wurden anders lautende Pauschalen vereinbart. In den mit den Versicherungen vertraglich vereinbarten Fallpauschalen sind die Leistungen wie Unterkunft, Verpflegung, Bereitschaftskosten, pflegerische Betreuung, alle ärztlichen und spitaltechnischen Diagnostik- und Therapieleistungen, Implantate, Materialien und Medikamente gemäss Krankenversicherungsgesetz (KVG) / Unfallversicherungsgesetz (UVG) sowie allfällige Verlegungstransporte während des Spitalaufenthaltes gemäss KVG enthalten.

Der jeweiligen Versicherung 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 (KVG und UV/MV/IV) und Verlegungstransporte (UV/MV/IV)
- c) vom Versicherer verlangte Gutachten und Autopsien

Für das Upgrading siehe Kapitel V.

TAXORDNUNG

Private Abteilung

AP-DRG-Fallpauschale mit Basispreis für ein Kostengewicht von 1.0 für Erwachsene/Kinder.

Versicherungsart	Im Kanton Schwyz wohnhaft	In der übrigen Schweiz / im Ausland wohnhaft
Kranken- und Unfallversicherung und übrige Garanten	17'837 CHF	17'837 CHF
Selbstzahler	gemäss Offerte	

Mit einzelnen Versicherungen wurden anders lautende Pauschalen vereinbart.

In den mit den Versicherungen vertraglich vereinbarten Fallpauschalen sind die Leistungen wie Unterkunft, Verpflegung, Bereitschaftskosten, pflegerische Betreuung, alle ärztlichen und spitaltechnischen Diagnostik- und Therapieleistungen, Implantate, Materialien und Medikamente gemäss Krankenversicherungsgesetz (KVG) / Unfallversicherungsgesetz (UVG) sowie allfällige Verlegungstransporte während des Spitalaufenthaltes gemäss KVG enthalten.

Der jeweiligen Versicherung 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 (KVG und UV/MV/IV) und Verlegungstransporte (UV/MV/IV)
- c) vom Versicherer verlangte Gutachten und Autopsien

TAXORDNUNG

IV. AMBULANTE TARIFE

Für die ambulanten Patienten werden sämtliche ärztlichen und spitaltechnischen Leistungen sowie die benötigten Implantate, Materialien und Medikamente als Einzelleistungen verrechnet.

Bitte beachten Sie, dass im ambulanten Bereich die geltenden Tarife keine Unterscheidung zwischen Grund- und Zusatzversicherten vorsehen. Die Tagesklinik für ambulante Patienten verfügt nicht über Einzel- oder Zweierzimmer.

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

Krankenversicherungen und übrige Garanten	Taxpunktwert
TARMED	0.92 CHF
Physiotherapie	0.87 CHF
Ergotherapie	1.00 CHF
Ernährungs- und Diabetesberatung	1.00 CHF
Labor	1.00 CHF
Hebammen	1.05 CHF
Pauschale pro Hämodialyse (full care)	497.00 CHF

Unfall-, Invaliden- und Militärversicherungen	Taxpunktwert
TARMED	1.00 CHF
Physiotherapie	0.95 CHF
Ergotherapie	1.10 CHF
Ernährungs- und Diabetesberatung	1.00 CHF
Labor	1.00 CHF

Bei den ambulanten Patienten wird auf eine Verrechnung von allfälligen Mahlzeiten verzichtet.

TAXORDNUNG

V. MEHRLEISTUNGEN

Upgrading Geburtshilfe

Werdende Mütter, die ein Privat-Upgrading wünschen und geplant ins Spital eintreten, müssen eine unverbindliche Offerte beim Patientenbüro einholen. Für die Berechnung des Zuschlages werden folgende Preise mit dem jeweiligen Kostengewicht der Diagnose multipliziert (siehe auch Kapitel I. Ausgangslage):

Upgrading	Basispreis
Allgemein zu PRIVAT	2'000 CHF
Halbprivat zu PRIVAT	1'000 CHF

Upgrading für Patienten

Patienten, die ein Upgrading wünschen und geplant ins Spital eintreten, müssen eine unverbindliche Offerte beim Patientenbüro einholen. Für die Berechnung des Zuschlages werden folgende Preise mit dem jeweiligen Kostengewicht der Diagnose multipliziert (siehe auch Kapitel I. Ausgangslage):

Upgrading	Basispreis
Allgemein zu HALBPRIVAT	2'000 CHF
Allgemein zu PRIVAT	3'000 CHF
Halbprivat zu PRIVAT	1'500 CHF

Patienten, die ein Upgrading wünschen und notfallmässig ins Spital eintreten, **müssen für die ersten drei Tage** bis zur Ausstellung einer verbindlichen Offerte durch das Patientenbüro **eine Pauschale entrichten**. Die Pauschale beträgt:

Upgrading	Pauschale für die ersten 3 Tage
Allgemein zu HALBPRIVAT	1'050 CHF
Allgemein zu PRIVAT	1'500 CHF
Halbprivat zu PRIVAT	600 CHF

TAXORDNUNG

Nach Erhalt der Offerte kann ein Patient diese akzeptieren oder vernichten. Akzeptiert der Patient die Offerte für das Upgrading, dann werden die bereits in Rechnung gestellten Pauschalen vom offerierten Rechnungsbetrag abgezogen. Wir weisen nochmals auf die Unverbindlichkeit der Offerte hin (siehe Pt. 9).

Vernichtet ein Patient die Offerte, wird er am 3. Tag in seine ursprüngliche Versicherungsklasse verlegt. Die bis zum Zeitpunkt der Verlegung geschuldete Pauschale wird bei Austritt dem Patienten in Rechnung gestellt.

Tarife Pflegeheimpatienten für Pflege und Hotellerie

Für Patienten, deren Spitalbedürftigkeit aus medizinischen Gründen nicht mehr indiziert ist und deren Garanten die Kostendeckung einschränken, wird ein Tagessatz je nach gewünschtem Hotelleriekomfort erhoben.

- 400 CHF in der Allgemeinen Abteilung (4-Betten-Zimmer)
- 450 CHF in der halbprivaten Abteilung (2-Bett-Zimmer)
- 480 CHF in der privaten Abteilung (1-Bett-Zimmer)

TAXORDNUNG

Familienzimmer auf der Geburtsabteilung

Das Spital Lachen bietet werdenden Eltern ein Familienzimmer mit Vollpension inkl. Verpflegung der Begleitung der Wöchnerin vom Ein- bis Austrittstag an (unabhängig der Anzahl Übernachtungen des Ehepartners bzw. Lebenspartners).

Dabei wird folgender Zuschlag erhoben:

Versicherungsklasse	Preis pro Nacht
Patientinnen der allgemeinen Abteilung	170 CHF
Patientinnen der halbprivaten Abteilung	80 CHF
Patientinnen der privaten Abteilung	Kostenlos

In der Taxe sind die Bettbenützung sowie die Verpflegung in der allgemeinen Abteilung enthalten. Die Gebühr wird **pro Nacht** berechnet. Das Zimmer ist nach Möglichkeit bis **spätestens 14 Uhr** freizugeben, d.h. es kann unter Umständen am Eintrittstag auch frühestens ab diesem Zeitpunkt bezogen werden.

Bei Bettenknappheit haben in nachstehender Reihenfolge Vorrang:

1. Privat-Patienten; 2. Halbprivat-Patienten.

Begleitpersonen

Als Begleitpersonen gelten Elternteile von Kindern bis max. 12 Jahren bzw. Angehörige von Patienten, die sich in einem sehr schlechten Gesundheitszustand befinden. Zugelassen ist die Beherbergung von jeweils einer Begleitperson. Dabei gelangt folgende Taxe zur Anwendung:

Taxe pro Übernachtung (Vollpension)	80 CHF
-------------------------------------	--------

In der Taxe für Begleitpersonen sind die Bettbenützung sowie die Verpflegung in der allgemeinen Abteilung enthalten. Darüber hinausgehende persönliche Auslagen werden zusätzlich verrechnet. Das Angebot für die Beherbergung von Begleitpersonen richtet sich nach der Verfügbarkeit von freien Spitalbetten.