

Preisliste des Universitätsspitals Basel gültig ab 01. Januar 2023

[„Tarifordnung“]

1. Allgemeine Bestimmungen

1.1 Geltungsbereich

Diese Preisliste gilt für das Universitätsspital Basel (USB), soweit die Tarife und Preise nicht in Verträgen mit Krankenversicherern, Sozialversicherern, Zusatzversicherern, Versicherern, ähnlichen Institutionen oder mit Kantonen sowie in internationalen Abkommen festgelegt worden sind.

Vorbehalten bleibt ferner die behördliche Festsetzung des Tarifs, insbesondere bei Nichtzustandekommen eines Tarifvertrages gemäss Art. 47 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) durch den Regierungsrat des Kantons Basel-Stadt.

Als stationäre Behandlung nach Art. 49 Abs. 1 KVG gelten Aufenthalte zur Untersuchung, Behandlung und Pflege im Spital¹

- von mindestens 24 Stunden
- von weniger als 24 Stunden, bei denen während einer Nacht ein Bett belegt wird
- bei Überweisung in ein anderes Spital
- bei Todesfällen

Alle übrigen Behandlungen gelten als ambulant. Wiederholte Aufenthalte in Tages- oder Nachtkliniken gelten ebenfalls als ambulant.

1.2 Kostengutsprache / Vorauszahlung

Die Vergütung der vom Spital erbrachten Leistung ist vorgängig durch eine Kostengutsprache von einem durch das Spital anerkannten Garanten sicherzustellen. Bei Notfällen ist die Kostengutsprache so rasch als möglich beizubringen.

Liegt beim Spitaleintritt keine oder keine vollständige Kostengutsprache vor, ist die Begleichung der Behandlungskosten bzw. der zu erwartende Rechnungsbetrag durch eine vom Spital zu bestimmende Anzahlung oder auf andere geeignete Weise, z.B. durch eine Bankbürgschaft, sicherzustellen.

¹ Siehe auch jeweils aktuelle «Regeln und Definitionen zur Fallabrechnung unter SwissDRG und TARPSY», Punkt 1.3

Wird die Kostengutsprache bzw. Anzahlung beim Spitaleintritt nicht beigebracht, ist das Spital nicht zur Aufnahme verpflichtet. Ausnahmen können von der Spitaldirektion bewilligt werden; Notfälle sind hiervon ausgenommen.

Übersteigt der zu erwartende Rechnungsbetrag die Höhe der Kostengutsprache bzw. der Anzahlung oder einer anderen Garantie, ist das Spital berechtigt, eine Erhöhung der Sicherstellung zu erheben.

1.3 Rechnungsstellung

Das Spital stellt nach Beendigung des stationären Aufenthaltes eine Rechnung. Für ambulante Behandlungen können vor dem Behandlungsende Teilrechnungen gestellt werden.

Die Rechnung ist jeweils, sofern nicht anders geregelt, innert 30 Tagen zu bezahlen. Wird der geschuldete Betrag innerhalb von 45 Tagen nach Erhalt der Rechnung nicht beglichen, ist nach einmaliger Mahnung ab dem 31. Tag ein Verzugszins von 5 Prozent geschuldet.

Die Verjährung der in Rechnung gestellten Forderung richtet sich nach Art. 128 Abs. 3 OR und beträgt 5 Jahre.

1.4 Verrechnung bei Jahreswechsel

Die Fakturierung der stationären Leistungen richtet sich analog den aktuellen Regeln und Definitionen zur Fallabrechnung unter SwissDRG nach dem Austrittsdatum. Für Nachttaxen und ambulant erbrachte Leistungen gilt der Preis, der am Leistungsdatum in Kraft ist.

1.5 Gerichtsstand, anwendbares Recht

Im Falle von Streitigkeiten suchen die Parteien eine gütliche Lösung. Ist dies nicht möglich, anerkennen die Parteien als Schiedskommission das Versicherungsgericht des Kantons Basel-Stadt.

Es gilt der Gerichtsstand Basel-Stadt.

2. Stationäre Behandlungen Allgemeine Abteilung

2.1 Fallpauschale nach SwissDRG

Für die medizinischen Leistungen wird nach dem System SwissDRG und dessen Regeln eine Fallpauschale, mit Hilfe eines relativen Kostengewichts des Behandlungsfalls (CW), ermittelt.

Hinzu kommen Zusatzentgelte gemäss SwissDRG und nicht in den SwissDRG enthaltene Leistungen (z.B. Leistungen in Zusammenhang mit Transplantationen).

	Basispreis bei Kostengewicht 1.0 je Aufenthalt
Allgemeine Behandlung KVG Wohnkanton	Richtet sich nach den vorhandenen Verträgen
Allgemeine Behandlung KVG Patienten Schweiz und EU/EFTA (bilaterale Verträge)	Allgemeine Behandlung KVG Wohnkanton + Grundtaxe gemäss 2.2
Allgemeine Behandlung Unfall-/Militär-/Invalidenversicherung	Richtet sich nach den vorhandenen Verträgen
Allgemeine Behandlung für Selbstzahlerpatienten ohne Tarifschutz (Patienten Schweiz und EU/EFTA) und im Ausland versicherte Patienten ohne Tarifschutz (EU/EFTA)	CHF 11'900
Allgemeine Behandlung für ausländische Selbstzahlerpatienten ausserhalb von bilateralen Verträgen	CHF 14'500

2.2 Grundtaxe ausserkantonale Patientinnen und Patienten („Spitalwahl“)

Die Zusatzversicherung «allgemein ganze Schweiz» oder die Zusatzversicherung «halbprivat / privat» zahlt bei gemäss Art. 41 Abs. 3 KVG ausserkantonaler medizinisch nicht indizierter Behandlung jeweils den nicht durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) abgedeckten Anteil.

3. Stationäre Behandlungen Halbprivat- oder Privatabteilung

Mit den nachfolgenden Preisen werden ausschliesslich Leistungen des Spitals abgegolten, die von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung bzw. Unfallversicherung/-Militärversicherung nicht gedeckt sind. Die Preise gelangen zur Anwendung, wenn kein gültiger Vertrag mit einer Zusatzversicherung vorliegt, bei ungenügender Versicherungsdeckung oder bei Selbstzahlern.

Ein Wechsel der Behandlungsklasse während der Hospitalisation ist nicht vorgesehen. Die Freie Arztwahl wird nur in Zusammenhang mit einem Aufenthalt in einem Halbprivat- oder Privatzimmer angeboten.

3.1 Freie Arztwahl

Für zusatzversicherte Patienten oder Selbstzahler besteht die freie Arztwahl eines honorarberechtigten Facharztes.

Pauschale freie Arztwahl bei Kostengewicht 1.0 nach SwissDRG je Aufenthalt	Privat	Halbprivat
Selbstzahler	CHF 7'000	CHF 5'100

Der Gesamtbetrag der freien Arztwahl ergibt sich aus dem Preis multipliziert mit dem effektiven Kostengewicht der stationären Behandlung.

3.2 Zusatztaxe pro Nacht

Die Zusatztaxe wird aufgrund der Aufenthaltsdauer nach den Regeln von SwissDRG pro Nacht ermittelt. Vollständige Urlaubstage zählen nicht zur Aufenthaltsdauer.

Zusatztaxe pro Nacht	Privat- Abteilung	Halbprivat- Abteilung
Selbstzahler	CHF 800.00	CHF 530.00

3.3 Eintrittspauschale

Pro Eintritt kann eine Eintrittspauschale von CHF 300.00 erhoben werden.

4. Ambulante Behandlungen

4.1 Einzelleistungen oder Pauschalen

Das Universitätsspital Basel stellt Einzelleistungen oder Pauschalen in Rechnung. Für die medizinischen Leistungen werden der Tarmed-Katalog sowie weitere für die obligatorische Krankenpflege (OKP) und im Unfall-Bereich (MTK) gültige Tarifstrukturen angewendet.

4.2 Ambulante Behandlung Einzelleistung

Taxpunktwerte in CHF	KV	UV/IV/MV	Selbstzahler ^{a)}
a) Taxpunktwerte Medizinische Leistungen			
Tarmed	0.91	1.00	1.50
Zahnärztliche Leistungen	3.10	1.00	1.80
	(SSO)	(Dentotar)	(Dentotar)
Laboranalysen	1.00	1.00	1.50
b) Taxpunktwerte Paramedizinische Leistungen			
Physiotherapie	1.00	0.95	1.50
Ergotherapie	1.10	1.10	1.50
Logopädie	1.06	1.00	1.50
Ernährungsberatung	1.00	1.00	2.20
Beratungs- und Pflegeleistungen in Spitälern	0.91	1.00	1.50
Diabetesberatung	1.00	1.00	1.50
c) Weitere Leistungen			
Medikamente	Gemäss Tarifberechnung USB		
Material	Einkaufspreis plus Zuschlag 10%		

a) Selbstzahlerpatienten ohne Tarifschutz und ausländische Patienten ausserhalb bilateraler Verträge

4.3 Ambulante Behandlung Pauschalen

Bei einigen ambulant durchgeführten Eingriffen oder Untersuchungen können – wo entsprechende Verträge vorhanden sind – auch ambulante Pauschalen in Rechnung gestellt werden.

5. Zusätzliche Leistungen

5.1 Wechsel Zimmerkategorie: Zuschläge pro Nacht

Versicherungssituation	Zimmer-Kategorie	Preis
Allgemein versichert	Einzelzimmer	CHF 800
Allgemein versichert	Zweierzimmer	CHF 580
Halbprivat versichert	Einzelzimmer	CHF 220

Der Wechsel in eine höhere Zimmerkategorie ist nur bei freier Bettenkapazität möglich und kann nicht garantiert werden. Bei Zimmerengpässen gehen Halbprivat- und Privatpatienten vor.

5.2 Familienzimmer in der Geburtshilfe

Versicherungssituation	Preis Familienzimmer
Allgemein versichert	CHF 500
Halbprivat versichert	CHF 400
Privat versichert	CHF 100

5.3 Nichtpflicht-Leistungen

Second opinion	Allgemein	CHF 800
	Tumorzentrum	CHF 2'000
Weitere Pauschalen für nicht in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung vorgesehene Leistungen (Nichtpflicht-Leistungen)		Gemäss Kosten

Die Nichtpflicht-Leistungen werden immer der Patientin oder dem Patienten in Rechnung gestellt.

Die Liste ist nicht abschliessend.

Anhang 1 – Persönliche Leistungen

Die nachfolgend aufgezählten Spitalleistungen sind von der Patientin bzw. vom Patienten selbst zu bezahlen:

- a) Persönliche Bedürfnisse des Versicherten;
- b) Unkosten bei Todesfällen;
- c) Kosten für Sachbeschädigungen;
- d) Beherbergung von Begleitpersonen des Versicherten und damit zusammenhängende Auslagen für die Begleitung;
- e) Bettenreservation und Effektaufbewahrung während Urlaub und Entlassungsversuchen;
- f) Ferien- und Urlaubstage;
- g) Kosten für Spezialärzte sowie Medizinalpersonen, die ohne medizinische Notwendigkeit und nur auf Begehren des Versicherten zugezogen werden;
- h) Kosten für während des Aufenthaltes im Spital in externen Kliniken und Instituten durchgeführte medizinische Behandlungen, die nicht im Zusammenhang mit dem Aufenthalt stehen und einzig auf Wunsch des Versicherten veranlasst worden sind;
- i) Nicht-Pflichtleistungen;
- j) Primärtransporte und jegliche Krankentransporte;
- k) Inanspruchnahme der Leistungen des International Service des USB;
- l) Übernachtung Begleitperson

Die Liste ist nicht abschliessend.

Anhang 2 - Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Beschreibung
Art.	Artikel
Abs.	Absatz
CW	Cost Weight; Kostengewicht einer Fallpauschale
IV	Invalidenversicherung
IVG	Invalidenversicherungsgesetz
KV	Krankenversicherung
KVG	Krankenversicherungsgesetz
MTK	Medizinaltarifkommission (ist zuständig für die Tarifverhandlung für Unfall-, Invaliden- und Militärversicherung)
MV	Militärversicherung
MVG	Militärversicherungsgesetz
OKP	Obligatorische Krankenpflegeversicherung
OR	(Schweizer) Obligationenrecht
SSO	Schweizerische Zahnärzte-Gesellschaft
TP	Taxpunkt
UV	Unfallversicherung
UVG	Unfallversicherungsgesetz
SwissDRG	Swiss Diagnosis Related Groups. Schweizweit einheitliches Tarifsysteem für die Vergütung von stationären akutsomatischen Spitalleistungen nach Fallpauschalen
Baserate	Basispreis in CHF, mit dem das Kostengewicht einer Fallpauschale multipliziert wird.
Tarmed	Tarifstruktur für die Abrechnung von ambulanten ärztlichen Leistungen (Einzelleistungstarif)

Version 1.0/ 1.1.2023; Diese Liste ersetzt die Preisliste gültig ab 1.7.2020