

Liste de prix de l'Hôpital universitaire de Bâle, valable à partir du 1^{er} janvier 2024

[« Régime tarifaire »]

[En cas d'interprétations de la liste de prix, le texte allemand fait foi.]

1. Dispositions générales

1.1 Champ d'application

La présente liste de prix est valable pour l'Hôpital universitaire de Bâle (USB), dans la mesure où les tarifs et les prix n'ont pas été définis dans des contrats avec des assurances-maladie, sociales ou complémentaires, des assureurs, des institutions similaires ou des cantons, ni dans des accords internationaux.

La fixation du tarif par les autorités, notamment par le Conseil d'État du canton de Bâle-Ville en l'absence de conclusion d'une convention tarifaire au sens de l'art. 47 de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal), reste par ailleurs réservée.

Sont réputés traitements hospitaliers pour des examens, des traitements et des soins à l'hôpital au sens de l'art. 49, al. 1 LAMal, les séjours¹

- d'au moins 24 heures ;
- de moins de 24 heures au cours desquels un lit est occupé durant une nuit ;
- à l'hôpital, en cas de transfert dans un autre hôpital ;
- en cas de décès.

Tous les autres traitements sont réputés ambulatoires. Les séjours répétés dans des cliniques de jour ou de nuit sont également réputés traitement ambulatoire.

1.2 Garantie de prise en charge des frais/paiement d'avance

Une garantie de prise en charge des frais d'un garant reconnu par l'hôpital doit être fournie à l'avance pour assurer la rémunération des prestations de l'hôpital. En cas d'hospitalisation d'urgence, la garantie de prise en charge des frais doit être fournie le plus rapidement possible.

En cas de garantie de prise en charge manquante ou incomplète au moment de l'admission, le paiement des coûts de traitement, c.-à-d. du montant prévu de la facture, doit être garanti par une avance fixée par l'hôpital ou par un autre moyen approprié, telle qu'une garantie bancaire.

¹ Voir également la version en vigueur des « Règles et définitions pour la facturation des cas selon SwissDRG et TARPSY », point 1.3

Faute de garantie de prise en charge des frais et de versement de l'avance au moment de l'admission, l'hôpital n'est pas tenu d'admettre la patiente ou le patient. Ceci ne s'applique pas aux urgences et des exceptions peuvent être autorisées par la direction de l'hôpital.

Si le montant prévu de la facture excède celui de la garantie de prise en charge des frais, de l'avance ou d'une autre garantie, l'hôpital est en droit de percevoir une augmentation de la sûreté.

1.3 Facturation

L'hôpital établit une facture à la fin du séjour hospitalier. Des factures partielles peuvent être émises avant la fin du traitement en ce qui concerne les traitements ambulatoires.

Sauf dispositions contraires, toute facture est payable sous 30 jours. Si, après un seul rappel, le montant dû n'est pas payé dans les 45 jours suivant la réception de la facture, des intérêts de retard au taux de 5 % sont dus à partir du 31^e jour.

Conformément à l'art. 128, al. 3 CO, le délai de prescription pour la créance facturée est de 5 ans.

1.4 Facturation en cas de changement d'année

La facturation des prestations hospitalières est basée sur la date de sortie, conformément aux règles et définitions pour la facturation des cas selon SwissDRG. Pour les taxes de nuit et les prestations ambulatoires, le prix en vigueur à la date de la prestation s'applique.

1.5 For, droit applicable

En cas de litige, les parties s'efforcent de trouver une solution à l'amiable. Si elles n'y parviennent pas, les parties reconnaissent le Tribunal des assurances du canton de Bâle-Ville en tant que commission d'arbitrage.

Le for est Bâle-Ville.

2. Traitements hospitaliers en division commune

2.1 Forfait par cas selon SwissDRG

Pour les prestations médicales, un forfait par cas est calculé selon le système SwissDRG et ses règles, à l'aide d'un coût relatif (cost-weight, CW) pour le cas de traitement.

À cela s'ajoutent des rémunérations supplémentaires selon SwissDRG et des prestations non comprises dans les SwissDRG (prestations en lien avec les transplantations, p. ex.).

	Prix de base avec un cost-weight de 1.0, par séjour
Traitement général LAMal canton de domicile	Conformément aux contrats existants
Traitement général LAMal patients Suisse et UE/AELE (accords bilatéraux)	Traitement général LAMal canton de domicile + taxe de base selon 2.2
Traitement général Assurance-accidents/militaire/invalidité	Conformément aux contrats existants
Traitement général pour les patients sans protection tarifaire assumant eux-mêmes leurs frais (patients payeurs directs ; Suisse et UE/AELE) et patients assurés à l'étranger sans protection tarifaire (UE/AELE)	CHF 12 250.–
Traitement général pour les patients étrangers sans protection tarifaire hors accords bilatéraux	CHF 14 650.–

2.2 Taxe de base patientes et patients extra-cantonaux (« libre choix de l'hôpital »)

L'assurance complémentaire « Division commune Suisse entière » ou l'assurance complémentaire « Division semi-privée/privée » prend en charge la part non couverte par l'assurance obligatoire des soins (OAS) pour les traitements hors du canton qui ne sont pas médicalement indiqués selon l'art. 41, al. 3 LAMal.

3. Traitements hospitaliers en division semi-privée ou privée

Les prix suivants servent exclusivement à rémunérer les prestations de l'hôpital qui ne sont pas couvertes par l'assurance obligatoire des soins ou l'assurance-accidents/militaire. Ces prix sont appliqués en l'absence de contrat valide avec une assurance complémentaire, en cas de couverture d'assurance insuffisante ou aux patients payeurs directs.

Un changement de catégorie de traitement en cours d'hospitalisation n'est pas prévu. Le libre choix du médecin n'est proposé que dans le cadre d'un séjour en chambre semi-privée ou privée.

3.1 Libre choix du médecin

Les patients titulaires d'une assurance complémentaire ou payeurs directs sont libres de choisir eux-mêmes leur médecin spécialiste ayant droit à des honoraires.

Forfait libre choix du médecin avec un cost-weight selon SwissDRG de 1.0, par séjour	Privé	Semi-privé
Patients payeurs directs	CHF 7000.–	CHF 5100.–

Le montant total du forfait de libre choix du médecin est calculé en multipliant le prix par le cost-weight effectif du traitement hospitalier.

3.2 Taxe supplémentaire par nuit

La taxe supplémentaire est calculée par nuit sur la base de la durée du séjour selon les règles de SwissDRG. Les jours de congé entiers ne sont pas comptés dans la durée du séjour.

Taxe supplémentaire par nuit	Division privée	Division semi-privée
Patients payeurs directs	CHF 800.–	CHF 530.–

3.3 Forfait d'admission

Un forfait d'admission de CHF 300.– par admission peut être perçu.

4. Traitements ambulatoires

4.1 Prestations individuelles ou forfaits

L'Hôpital universitaire de Bâle facture des prestations individuelles ou des forfaits. Le catalogue TARMED et d'autres structures tarifaires valables dans l'assurance obligatoire des soins (AOS) et dans le domaine des accidents (CTM) sont appliqués en ce qui concerne les prestations médicales.

4.2 Traitement ambulatoire, prestations individuelles

Valeurs de points tarifaires en CHF	AMal	AA/AI/AM	Patients payeurs directs ^{a)}
a) Valeurs de points tarifaires Prestations médicales			
TARMED	0.91	1.00	1.50
Prestations médico-dentaires	3.10	1.00	1.80
Analyses de laboratoire	1.00	1.00	1.50
b) Valeurs de points tarifaires Prestations paramédicales			
Physiothérapie	1.00	0.95	1.50
Ergothérapie	1.10	1.10	1.50
Logopédie	1.06	1.00	1.50
Conseils nutritionnels	1.00	1.00	2.20
Prestations non médicales de conseils et de soins en milieu hospitalier	0.91	1.00	1.50
Conseil en diabétologie	1.00	1.00	1.50
c) Autres prestations			
Médicaments	Selon calcul de tarif USB		
Matériel	Prix d'achat plus supplément de 10 %		

a) Patients payeurs directs sans protection tarifaire et patients étrangers hors accords bilatéraux

4.3 Traitement ambulatoire, forfaits

Lorsque des contrats appropriés existent, des forfaits ambulatoires peuvent également être facturés pour certains examens ou interventions ambulatoires.

5. Prestations supplémentaires

5.1 Changement de catégorie de chambre : suppléments par nuit

Situation d'assurance	Catégorie de chambre	Prix
Assurance division commune	Chambre individuelle	CHF 800.–
Assurance division commune	Chambre à deux lits	CHF 580.–
Assurance semi-privée	Chambre individuelle	CHF 220.–

Le changement pour une catégorie de chambre supérieure n'est possible qu'en cas de disponibilité de lits et ne peut être garanti. Les patients titulaires d'une assurance semi-privée et privée sont prioritaires en cas de manque de chambres.

5.2 Chambre familiale en obstétrique

Situation d'assurance	Prix chambre familiale
Assurance division commune	CHF 500.–
Assurance semi-privée	CHF 400.–
Assurance privée	CHF 100.–

5.3 Prestations non obligatoires

Seconde opinion	Générale	CHF 800.–
	Centre des tumeurs	CHF 2000.–
Autres forfaits pour les prestations non prévues par l'assurance obligatoire des soins (prestations non obligatoires)		Selon les coûts

Les prestations non obligatoires sont toujours facturées à la patiente ou au patient.

Cette liste n'est pas exhaustive.

5.4 Rendez-vous manqués

Les rendez-vous manqués (consultations ou traitements) sans motif valable seront facturés au patient.

Rendez-vous manqué	Prix
Rendez-vous/consultations ambulatoires manqués sans motif valable	CHF 50
Interventions ambulatoires manquées sans motif valable	CHF 200
Consultation avec interprète (annulation moins de 24h avant le rendez-vous)	CHF 200
Non-présentation à une opération/un traitement prévu en ambulatoire, en hôpital de jour ou en stationnaire	CHF 1'000
Annulation moins de 48h avant une opération/un traitement prévu en ambulatoire, en hôpital de jour ou en stationnaire	CHF 1'000

Annexe 1 – Prestations personnelles

Les prestations de l'hôpital énumérées ci-après sont à régler par la patiente elle-même ou le patient lui-même :

- a) besoins personnels de l'assuré ;
- b) frais en cas de ;
- c) coûts de dommages à la propriété ;
- d) hébergement des personnes accompagnant l'assuré et dépenses connexes pour ces personnes ;
- e) réservation de lit et conservation des effets pendant les vacances et les sorties d'essai ;
- f) jours de congé et de vacances ;
- g) coûts des médecins spécialistes et du personnel médical consultés sans nécessité médicale et uniquement à la demande de l'assurée ;
- h) coûts des traitements médicaux réalisés pendant le séjour hospitalier dans des cliniques et instituts externes, qui ne sont pas liés au séjour et qui ont été organisés uniquement à la demande de l'assuré ;
- i) prestations non obligatoires ;
- j) transports primaires et tous les transports en ambulance ;
- k) recours aux prestations de l'International Service de l'USB ;
- l) nuitée de la personne accompagnant l'assuré.

Cette liste n'est pas exhaustive.

Annexe 2 – Liste des abréviations

Abréviation	Description
AA	Assurance-accidents
AI	Assurance-invalidité
Al.	Alinéa
AM	Assurance militaire
AMal	Assurance-maladie
AOS	Assurance obligatoire des soins
Art.	Article
Baserate	Prix de base en CHF, par lequel le cost-weight d'un forfait par cas est multiplié
CO	Code (suisse) des obligations
CTM	Commission des tarifs médicaux (compétente pour les négociations tarifaires pour l'assurance-accidents, invalidité et militaire)
CW	Cost-weight, coût relatif d'un forfait par cas
LAA	Loi sur l'assurance-accidents
LAI	Loi sur l'assurance-invalidité
LAM	Loi sur l'assurance militaire
LAMal	Loi sur l'assurance-maladie
PT	Point tarifaire
SSO	Société suisse des médecins-dentistes
SwissDRG	Swiss Diagnosis Related Groups. Système tarifaire, uniforme dans toute la Suisse, de rémunération des prestations hospitalières en soins somatiques aigus selon des forfaits par cas
TARMED	Structure tarifaire pour le décompte des prestations médicales ambulatoires (tarif à la prestation)

Version 1.0/ 01.01.2024 Cette liste remplace la liste de prix valable à partir du 1er octobre 2024.