

ANHANG 2: ERGÄNZENDE ERKLÄRUNGEN ZU DEN DATEN 2019, GESTÜTZT AUF DIE ITAR_K® -VERSION 10.0

Historie der ITAR_K® Versionen

Version	Datenbasis	Ergebnisse für das Fakturierungsjahr
V 1.0 Zusatz	2010	2012
V 2.0	2011	2013
V 3.0	2012	2014
V 4.0	2013	2015
V 5.0	2014	2015
V 6.0	2015	2016
V 7.0	2016	2018
V 8.0	2017	2019
V 9.0	2018	2020
V 10.0	2019	2021
V 11.0	2020	2022
V 12.0	2021	2023
V 13.0	2022	2024

Einleitung:

Seit der ITAR_K®-Version 8.0 wurden bis zur Version 10.0 die folgenden Hauptverbesserungen eingeführt.

- in Übereinstimmung mit den BVGer-Entscheiden wird in ITAR_K® einzig die Ist-Kosten-Methode für die universitäre Lehre und Forschung toleriert. Demzufolge werden alle mit der universitären Lehre und Forschung verbundenen Kosten separat in den diesen Aktivitäten gewidmeten Spalten erhoben.
- Um die Datenqualität zu verbessern, wurden neue Datenkontrollen eingeführt:
 - o Kontrolle der Kostenentwicklung der Nebenbetriebe
 - o Kontrolle der Entwicklung des Kostendeckungsgrads
 - o Kontrolle der Entwicklung des ANK-Anteils
- Digitale Signatur des definitiven Datenausweises von ITAR_K®. Die elektronische Signatur bestätigt, dass der Export direkt von der ITAR_K®-Plattform stammt und dass die Datei nicht verändert wurde.
- Der Bereich der stationären Psychiatrie TARPSY wird ähnlich wie SwissDRG dargestellt.
- Detaillierte ambulante Spalten: Die Tarife wurden aufgeteilt in «rein KVG-Fälle / MTK / übrige Selbstzahler (inkl. OKP-Teil für die Leistungen der Zusatzversicherung) », um eine feinere Granularität des Kostenausweises im ambulanten Bereich zu liefern, und so den Anforderungen des BVGer zu entsprechen.
- Kosten für Patientenadministration: Die Kosten für die Patientenadministration im ambulanten Bereich werden in der Lasche «KTR Ausweis Gesamtansicht» des Excel-Modells proportional und automatisch auf die verschiedenen ambulanten Tarife aufgeteilt. Diese Aufteilung wird auf Grund der Gesamtkosten (Einzel- und Gemeinkosten) vorgenommen, ohne die Anlagenutzungskosten und die der Patientenadministration. Die Kosten der Patientenadministration für den ambulanten Bereich werden nicht mehr über die Spalte «Kein sep. Tarif» erfasst.

- Neue Kostenstellen: 21 Herzkatheter-Labor und 40 Psychologie

1.6 Auswertungen von ambulanten administrativen Fällen auf der Ebene ITAR_K®

Der Kosten- und Erlösträger gemäss REKOLE® ist sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich stets der "administrative Fall". Er bildet die sog. kleinste bebuchbare Einheit der Kostenrechnung. Das Regelwerk des administrativen Falls ist abschliessend geregelt und gilt grundsätzlich für alle behandelten Patientinnen und Patienten eines Spitals unabhängig davon, ob diese ambulant oder stationär behandelt wurden. Der Umgang mit sog. "ambulanten Dauerfällen" erfordert eine Ausnahmeregelung, welche sich aber über die Jahre bewährt hat. Die Kostenrechnung REKOLE® trifft damit hinsichtlich der Ausgestaltung der Kostenträgerrechnung **keinerlei unterschiedliche Vorgaben für ambulante und stationäre Leistungen**. Die Bildung von aussagekräftigen Kosten- und Erlösinformationen erfolgt in beiden Behandlungs- bzw. Aufenthaltsarten in Form von Auswertungen, für welche die Kosten der einzelnen administrativen Fälle bzw. in Ausnahmefällen die Kosten ihrer Einzelleistungen³⁷ geeignet verdichtet werden (z.B. zur Bildung von Tarifwerk-Kostenträgern im ITAR_K®).

Die Kostenträgerrechnung erlaubt dabei zwei grundsätzlich verschiedene Auswertungen: Die Kostenträgerstückrechnung und die Kostenträgerzeitrechnung. In der Kostenträgerstückrechnung werden die Kosten pro Fall oder pro Auftrag bestimmt. In der Kostenträgerzeitrechnung werden die Kosten der Leistungserstellung während einer bestimmten Periode (z. B. monatlich, quartalsweise oder jährlich) berechnet.

Der administrative Fall, der als Sammelstelle aller Spitalleistungen einer Patientin oder eines Patienten dient, bildet die verschiedenen Einzelleistungen – wie oben dargestellt - in einem Kostenträgerausweis ab (REKOLE®, Kapitel 9.8). Auswertungen auf der Ebene der Kostenträgerausweise werden erst aussagekräftig, wenn die administrativen Fälle nach bestimmten Verdichtungskriterien (z.B. Tarifwerk oder Garant) zusammengezogen werden.

Mit der Entwicklung von ITAR_K®³⁸ haben die Spitäler ein effizientes Instrument geschaffen, das auf REKOLE® aufbaut und sämtliche Kostenträgerinformationen in bestimmten Gruppen verdichtet. Diese Verdichtungsgruppen entsprechen bestimmten Tarifwerken und Aktivitäten, die unterschiedlichen Finanzierungsregeln unterstehen. Somit weiss jedes Spital, welche Betriebskosten von welchem Tarif bzw. von welcher Finanzierungsquelle zu tragen sind (ab Version 10.0, inkl. Unterscheidung der diversen Arten ambulanter Fälle zu den einzelnen Garanten UVG/KVG usw.).

ITAR_K® bildet das ganze Leistungsspektrum einer Institution ab. Die tarifliche Betrachtung steht beim ITAR_K® Modell klar im Vordergrund und liefert u.a. die Grundlagen für Betriebsvergleiche nach KVG Art. 49 Abs. 1 KVG und Tarifverhandlungen. Die Summe der Kosten pro Tarif ist im ITAR_K® (Excelblatt Kostenträgerausweis) detailliert ausgewiesen.

ITAR_K® wird laufend weiterentwickelt und insbesondere den neuen BVGer Urteilen angepasst. Um die Spitalbetriebskosten des Jahres 2019 mit ITAR_K® abzubilden war die Version 10.0 von

³⁷ Zum Beispiel, wenn ein ambulanter Fall gleichzeitig medizinische und therapeutische Leistungen enthält.

³⁸ ITAR_K® – integriertes Tarifmodell basierend auf Kostenträgerrechnungsbasis.

ITAR_K® massgebend³⁹. Entsprechend referenzieren sich die im vorliegenden Anhang vorkommenden spezifischen Excel-Zeilen/-Spalten sowie ihre Bezeichnungen auf diese Version 10.0 und nicht die aktuell gültige Version.

Grundsätzlich werden auch im ambulanten Bereich die ambulanten administrativen Fälle auf bestimmte Tarifwerke verdichtet/gruppert. Kommt es vor, dass eine Patientin oder ein Patient ambulante Leistungen aus unterschiedlichen Leistungsbereichen erhält, die mit einem unterschiedlichen Tarif finanziert werden (z.B. TARMED und Physiotherapie), dann müssen die spezifischen medizinischen und physiotherapeutischen Leistungen dieses administrativen Falls für den Zweck der Bildung korrekter Tarifwerkkostenträger im ITAR_K® auf die spezifischen Tarifwerke zugeordnet werden (vgl. Ziff. 1.7). Die verbleibenden Kostenpositionen des administrativen Falls, wie Material > CHF 3, Medikamente, Blut, Dialysen, Labor und weitere ambulante Aktivitätsbereiche bzw. Tarifwerke sind ebenfalls spezifisch in einer geeigneten Spalte auszuweisen und nicht als «TARMED-Kosten» zu führen.

Ebenso werden Kosten und Leistungen für Selbstzahler, Nicht-OKP Pflichtleistungen oder Leistungen mit einer Pauschalabrechnung nicht unter dem Sammel-Kostenträger TARMED erfasst, sondern unter «übriger ambulanter Tarif» ausgewiesen.

Kosten, welche in der Spalte FU «kein separater Tarif» der Excel Lasche «KTR Ausweis Gesamtsicht» erscheinen⁴⁰, sind hauptsächlich die Gemeinkostenarten die ANK der ambulanten Aktivitäten, ebenso wie die Gemeinkostenart «Übrige Leistungserbringer», welche während ambulanten Behandlungen vorkommen könnten (wenn, dann Kosten im Zusammenhang mit Seelsorge) in dieser Spalte abzubilden, wobei hier festgehalten werden muss, dass die Seelsorge primär die stationäre Aktivität betrifft. Damit die Spitäler dennoch ihre Kosten abbilden können, wo sie tatsächlich anfallen, wurde im ITAR_K® vorgesehen Seelsorge-Kosten auch in den ambulanten Aktivitäten abbilden zu können. Die Kosten für die Patientenadministration für den ambulanten Bereich werden in der Spalte «Total ambulante Behandlung» des KTR Ausweises Gesamtsicht erfasst.

³⁹H+: Erläuterungen zur Gesamtübersicht der Kosten und Leistungsdaten für ITAR_K®, Version 10.0, Nov. 2019, Bern, Kap. 1.1, S. 4.

⁴⁰H+: Erläuterungen zur Gesamtübersicht der Kosten und Leistungsdaten für ITAR_K®, Version 10.0, Nov. 2019, Bern, Kap.9.

Abbildung 1: Excel-Lasche «KTR Ausweis Gesamtansicht», Spalte FU «kein separater Tarif» und Erfassung der Kosten der Patientenadministration (Spalte EA).

Kostenträgerausweis nach REKOLE®		ambulante Behandlung Total	Total	Rein KVG TARMED	MTK TARMED	Selbstzahler (inkl. ZV) TARMED	Total TARMED	kein sep. Tarif	€
9	Kostenträgerstückrechnung 1.1.-31.12.2019								
10	Stückelös								
11	Umlaufkosten								
12	Kostenstellen								
13	10 Patientenadministration								
14	11 Heil- und Pflege-Labor								
15	21 Anästhesie (inkl. Ärzteschaft)								
16	24 Intensivpflege (IPS)								
17	25 Notfall								
18	26 Bildgebende Verfahren (inkl. Ärzteschaft)								
19	27 Gebärhaus								
20	28 Nuklearmedizin und Radioonkologie (inkl. Ärzteschaft)								
21	29 Labor (inkl. Ärzteschaft)								
22	30 Dialyse								
23	31 Ärzteschaften-Äktivitäten 1 bis 5								
24	31 Ärzteschaften des OP-Saals - Äktivitäten 6a1								
25	31 Ärzteschaften des Herzkatheter-Labors - Äktivitäten 6a2								
26	31 Ärzteschaften der IPS - Äktivitäten 6b1								
27	31 Ärzteschaften der IMCU - Äktivitäten 6b2								
28	31 Ärzteschaften des Notfall - Äktivitäten 6b3								
29	31 Ärzteschaften des Gebärhauses - Äktivitäten 6b4								
30	31 Ärzteschaften der medizinischen und therapeutischen Diagnostik - Äktivitäten 6b5								
31	32 Physiotherapie								
32	33 Ergotherapie								
33	34 Logopädie								
34	35 Nichtärztliche Therapien und Beratungen								
35	36 Medizinische und therapeutische Diagnostik								
36	38 Intermediate-Care Stellen (IMCU)								
37	39 Pflege								
38	40 Psychologie								
39	41 Hotelier-Zimmer								
40	42 Hotelier-Küche								
41	43 Nebenkostenstellen								
42	44 Überige Leistungserbringer								
43	45 Kraniochirurg (inkl. Ärzteschaft)								
44	47 Forschung und universitäre Lehre (nur bezogen auf Ausfälle der Forschung und universitären Lehre)								
45	77 Rettungs- bzw. Ambulanzdienst (nur Sekundärtransporte)								
46	Nicht-patientenbezogene Kosten (können ganze Kat sein)								
47	Total Gemeinkosten (Einzel- und Gemeinkosten) des Kostenblocks A)								
48	Summe der verrechneten Anlagenwertkosten nach								
49	REKOLE								
50	Total Kosten (Einzel- und Gemeinkosten) inkl. ANK REKOLE								
51	Total Kosten (Einzel- und Gemeinkosten) ohne Anlagenwertkosten								
52	Ergebnis (+ = Gewinn / - = Verlust) nach REKOLE								

Diese 3 Gemeinkostenarten können bei der Verdichtung von ambulanten administrativen Fällen u. U. nicht direkt auf die im ITAR_K® vorgesehenen und beanspruchte Tarif-/Aktivitätsspalten zugeordnet werden. Ihre direkte Zuordnung ist insbesondere dann schwierig, wenn ein ambulanter Fall Leistungen aus verschiedenen Tarifwerken erhält (z. B. TARMED-Leistung und Physiotherapie-Leistung). Der Grund liegt in der Tatsache, dass diese Leistung einen eindeutigen Fallbezug haben nicht aber einen eindeutigen Tarifbezug. Dennoch ist sicherzustellen, dass auch bei Patientenbehandlungen, bei denen zwei (oder mehr) Tarifwerke betroffen sind (z.B. TARMED und Physiotherapie), auf beide entsprechende ambulante Tarife der korrekte Anteil an Kosten aus Patientenadministration und ANK verbucht werden (Gemeinkostenplitt)⁴¹.

Damit dieser Gemeinkostenplitt sichergestellt werden kann, sieht ITAR_K® die Spalte FU «kein separater Tarif» und die Zelle EA42 «Patientenadministration, ambulante Behandlung Total» in der Excel-Lasche «KTR Ausweis Gesamtansicht» vor, dank welcher eine automatische und proportionale Zuordnung dieser Gemeinkostenarten auf alle von den ambulanten Patientinnen und Patienten beanspruchten Tarifwerke/Aktivitäten sicherstellt ist (indirektes Zuordnungsverfahren). Die proportionale Zuordnung erfolgt in der Excel-Lasche «Gesamtansicht». Die folgende Abbildung stellt den Gemeinkostenplitt in 2 Schritten dar:

- Schritt 1: Erfassung der Gemeinkostenkomponenten Patientenadministration und ANK (sowie ev. von übrigen Leistungserbringern) der ambulanten Aktivitäten in den dafür vorgesehenen Zellen in der Excel-Lasche «KTR Ausweis Gesamtansicht» (Vgl. Abbildung 1).

⁴¹ H+: Erläuterungen zur Gesamtübersicht der Kosten und Leistungsdaten für ITAR_K®, Version 10.0, Nov. 2019, Bern, S. 13, Kap. 7.8 & Fussnote 4.

- Schritt 2: die Totalkosten der Spalte FU «kein separater Tarif» (= Zelle FU80 Excel-Lasche «KTR Ausweis Gesamtansicht») werden automatisch in der Excel-Lasche «Gesamtansicht» (Zeile 30, Spalte ED bis FU) proportional zu den Totalkosten (NBK II, Zeile 26, Excel-Lasche «Gesamtansicht») der beanspruchten ambulanten Tarifwerke/Aktivitäten zugeordnet. Die in die Zelle EA42 eingetragenen Kosten (= Patientenadministration, ambulante Behandlung Total) werden in der Zeile 42 der Excel-Lasche «KTR Ausweis Gesamtansicht» ebenfalls automatisch und proportional auf die betreffenden Tarife/ambulanten Tätigkeiten aufgeteilt.

Abbildung 2: Excel-Lasche «KTR Ausweis Gesamtansicht», Totalkosten der Spalte FU «kein separater Tarif» und Kosten der Patientenadministration für den ambulanten Bereich

Kostenträgerausweis nach REKOLE®		ambulante Behandlung Total	Total	Rein KVG TARMED	MTK TARMED	Selbstzahler (inkl. ZV) TARMED	Total TARMED	kein sep. Tarif
Kostenträgerstückrechnung 1.1.-31.12.2019								
Strukturkosten	Erzeugnisstruktur							
41 Kostenstellen	administrativer Fall							
42 0) Patientenadministration	Ist-Min.							
43 20) OP-Saal	Ist-Min.							
44 21) Herzkatheter-Labor	Ist-Min.							
45 22) Anästhesie (inkl. Ärzteschaft)	TP und Min.							
46 24) Intensivpflege (IPS)	TP und Min.							
47 25) Notfall	TP und Min.							
48 26) Bildgebende Verfahren (inkl. Ärzteschaft)	TP und Min.							
49 27) Gebärsaal	TP und Min.							
50 28) Nuklearmedizin und Radioonkologie (inkl. Ärzteschaft)	TP und Min.							
51 29) Labor (inkl. Ärzteschaft)	TP und Min.							
52 30) Dialyse	Anzahl Einlagen							
53 31) Ärzteschaften-Aktivitäten 1 bis 5	TP und Min.							
54 31) Ärzteschaften des OP-Saals - Aktivitäten 6a1	Ist-Min., gewichtet							
55 31) Ärzteschaften des Herzkatheter Labors - Aktivitäten 6a2	Ist-Min., gewichtet							
56 31) Ärzteschaften der IPS - Aktivitäten 6b1	TP und Min. 4							
57 31) Ärzteschaften der IMCU - Aktivitäten 6b2	TP und Min. 4							
58 31) Ärzteschaften des Notfalls - Aktivitäten 6b3	TP und Min. 4							
59 31) Ärzteschaften des Gebärsaals - Aktivitäten 6b4	TP und Min. 4							
60 31) Ärzteschaften der medizinischen und therapeutischen Diagnostik - Aktivitäten 6b5	TP und Min. 4							
61 32) Physiotherapie	TP							
62 33) Ergotherapie	TP							
63 34) Logopädie	TP							
64 35) Nichtärztliche Therapien und Beratungen	TP							
65 36) Medizinische und therapeutische Diagnostik	TP und Min.							
66 38) Intermediate-Care Stellen (IMCU)	TP und Min.							
67 39) Pflege	Min.							
68 40) Psychologie	TP							
69 41) Hotelzimmer	Pflegtag, gewichtet							
70 42) Hotelkantine	PT und Minuten							
71 43) Hotelkette-Service	PT							
72 44) Übrige Leistungsbringer	PT							
73 45) Pathologie (inkl. Ärzteschaft)	TP und Min.							
74 47) Forschung und universitäre Lehre (nur bezogen auf Aufträge der Forschung und universitären Lehre)	% der Beschäftigten							
75 77) Rettungs- bzw. Ambulanzdienst (nur Sekundärtransporte)	CHF-Eintrag							
76 Nicht patientenbezogene Kosten (können ganze Kost sein)	CHF-Eintrag							
77 Total Gemeinkosten (inkl. Anlagenutzungskosten des Kostenblocks A')								
78 Summe der verrechneten Anlagenutzungskosten nach REKOLE	REKOLE							
79 Total ILV (inkl. Anlagenutzung)								
80 Total Kosten (Einzel- und Gemeinkosten) inkl. ANK REKOLE								
81 Total Kosten (Einzel- und Gemeinkosten) ohne Anlagenutzung								
82 Ergebnis (+ = Gewinn / - = Verlust) nach REKOLE								

Abbildung 3: Excel-Lasche «Gesamtansicht», proportionale Zuordnung der Totalkosten «kein separater Tarif»

Koat-Gr.	Beschreibung	Total Aufwand Fibu	Rein KVG TARMED	MTK TARMED	Selbstzahler (inkl. ZV) TARMED	Total TARMED	Tarif Labor	Rein KVG Physio	MTK Physio	Sel (F)
30-39	Personalaufwand exkl. Honorare									
36	Honorare (sozialversicherungspflichtig)									
40	Medizinischer Bedarf									
41-49	Sachaufwand exkl. Anlagenutzungskosten									
44	Anlagenutzungskosten (exkl. Inv. < CHF 10'000)									
46	Zinsaufwand									
17	Direkte Kosten									
18	ILV Interne Leistungsverrechnung									
19	Total Kosten gemäss Bebu									
38/405	/ Archonorare für zusatzversicherte Patienten									
44	/ Anlagenutzungskosten (ANK = kalk. Zinsen AV, kalk. Abschreibungen, Mieten für Objekte > CHF 10'000) nach REKOLE									
65	/ Erlöse KI gr. 65, exkl. Marge									
66	/ Erlöse KI gr. 66, (sofern kostenmindernd in KST getarnt)									
25	NettoBetriebskosten I (NBK I)									
25	/ Subsidiärer Abzug-Kosten für gemeinwirtschaftliche Leistungen									
26	NBK II									
27	/ Abzug für Mehrkosten aus Leistungen für zusatzversicherte Patienten									
27	/ Abzüge für Zusatzentgelte SwissDRG (bewertete und u)									
28	+ Auftragsumf. Nachträge des Kostentr. sofern kostenmindernd									
30	+ nicht sep. tariferte Kosten Anteil je Tarif									
31	Verteilung der kum. Abzüge auf die amb. Tarife									
32	Abzug der UV-Zinsen, sofern nicht nach Methode PUE									
33	Zuschlag für nicht berücksichtigte Zinsen auf dem Umlaufvermögen									
34	Benchmarking-relevante Betriebskosten (BRB)									

Abbildung 4: Excel-Lasche «KTR Ausweis Gesamtansicht» proportionale Zuordnung der Totalkosten «Patientenadministration»

Musterspital		Kostenträgerausweis nach REKOLE®								
Kostenträgerstückrechnung 1.1.-31.12.2019		ambulante Behandlung Total	Total	Rein KVG TARMED	MTK TARMED	Selbstzahler (inkl. ZV) TARMED	Total TARMED	Tarif Labor	Rein KVG Physio	MTK Physio
10	Stückentlohn									
11	485 Ubrige patientenbezogene Fremdleistungen	Factura								
12	486 Ubrige Anlagen für Patienten	Factura								
13	Total Einzelkosten									
14	Gemeinkosten	Bezugspreise								
15	19 Patientenadministrationskosten	administrativer Fall ist Min.								
16	20 CIPS-Gate	ist Min.								
17	21 Herzkatheter-Labor	ist Min.								
18	22 Anästhesie (inkl. Arztschaft)	TP und Min.								
19	24 Intensivpflege (IPS)	TP und Min.								
20	25 Totfall	TP und Min.								
21	26 Strahlende Verfahren (inkl. Arztschaft)	TP und Min.								
22	27 Gebärhaus	TP und Min.								
23	28 Stützeinrichtungen und Radiomontage (inkl. Arztschaft)	TP und Min.								
24	29 Labor (inkl. Arztschaft)	TP und Min.								
25	30 Zahnklinik	Anzahl Davidsen								
26	31 Arztschaften-Abteilungen 1 bis 5	ist Min.								
27	31 Arztschaften des CIP-Saals - Abteilungen 6a1	ist Min., gewichtet								
28	31 Arztschaften des Herzkatheter-Labors - Abteilungen 6a2	ist Min., gewichtet								

Bestimmte Spitäler (dies ist der Fall bei Spital Musterstadt) können den oben dargelegten automatischen «Gemeinkostenplitt» der Kosten aus Patientenadministration und ANK bereits in ihren KORE Systemen parametrisieren (direktes Zuordnungsverfahren) und so letztendlich die Aufteilung dieser Gemeinkostenarten auf die ambulanten administrativen Fälle sicherstellen. In der ITAR_K® Version 10.0 können die Kosten für Patientenadministration nicht direkt auf die ambulativen ambulanten Fälle erfasst werden. Die Totalkosten der Patientenadministration müssen, wie oben erwähnt⁴², in der Zelle EA42 erfasst werden. Betreffend die Aufteilung der ambulanten ANK, kann diese proportional zu den vom ambulanten Patienten beanspruchten Tarifleistungen vorgenommen werden. Im ITAR_K® füllen diese Spitäler sodann allerdings folgende Zellen im KTR-Ausweis Gesamtansicht aus:

Abbildung 5: Excel-Lasche «KTR Ausweis Gesamtansicht», direkte Zuordnung der proportionalen ambulanten ANK

Musterspital		Kostenträgerausweis nach REKOLE®									
Kostenträgerstückrechnung 1.1.-31.12.2019		Rein KVG TARMED	MTK TARMED	Selbstzahler (inkl. ZV) TARMED	Total TARMED	Tarif Labor	Rein KVG Physio	MTK Physio	Selbstzahler (inkl. ZV) Physio		
10	Stückentlohn										
11	31 Arztschaften-Abteilungen 1 bis 5	TP und Min.									
12	31 Arztschaften des CIP-Saals - Abteilungen 6a1	ist Min., gewichtet									
13	31 Arztschaften des Herzkatheter-Labors - Abteilungen 6a2	ist Min., gewichtet									
14	31 Arztschaften der IPS - Abteilungen 601	TP und Min. 4									
15	31 Arztschaften der IMCU - Abteilungen 602	TP und Min. 4									
16	31 Arztschaften des Notfall - Abteilungen 603	TP und Min. 4									
17	31 Arztschaften des Gebärhaus - Abteilungen 604	TP und Min. 4									
18	31 Arztschaften der medizinischen und therapeutischen Diagnostik - Abteilungen 605	TP und Min. 4									
19	32 Physiotherapie	TP									
20	33 Ergotherapie	TP									
21	34 Logopädie	TP									
22	35 Nichtärztliche Therapien und Beratungen	TP									
23	36 Medizinische und therapeutische Diagnostik	TP und Min.									
24	38 Intermediate-Care-Stationen (IMCU)	TP und Min.									
25	39 Pflege	Min.									
26	40 Psychotherapie	TP									
27	41 Hotellere-Zimmer	Pflegetag gewichtet									
28	42 Hotellere-Küche	PF und Mahlzeit									
29	43 Hotellere-Service	PF									
30	44 Ubrige Leistungserbringer	PF									
31	45 Pathologie (inkl. Arztschaft)	TP und Min.									
32	47 Forschung und universitäre Lehre (nur bezogen auf Aufträge der Forschung und universitäre Lehre)	% der leistungsfähigen									
33	77 Rettungs- bzw. Ambulanzdienst (nur Sekundärtransporte)	CHF-Betrag									
34	78 Nicht patientenbezogene Kosten (insbesondere ganze Kist seen)	CHF-Betrag									
35	Total Gemeinkosten (inkl. Anlageerhaltungskosten des Kostenblocks A)										
36	Summe der verrechneten Anlageerhaltungskosten nach REKOLE										
37	Total I.V. (inkl. Anlageerhaltung)										
38	Total Kosten (Einzel- und Gemeinkosten) inkl. ANK REKOLE										

Sofern ein Spital alle 3 Gemeinkostenarten bereits in seinen KORE Systemen parametrisiert und so letztendlich die Aufteilung dieser Gemeinkostenarten bereits beim Erfassen der ambulanten

⁴² Hervorzuheben ist, dass seit der ITAR_K® Version 12.0 erneut die Möglichkeit besteht, zwischen einer automatischen und einer manuellen Aufteilung der Kosten der Patientenadministration im ambulanten Bereich zu wählen.

administrativen Fälle im ITAR_K® sicherstellt, erübrigt sich für dieses Spital Schritt 2, mit Ausnahme der Kosten für Patientenadministration die in der Version 10.0 von ITAR_K® nur automatisch aufgeteilt werden können.

Es ist auch denkbar, dass ein Spital z.B. die Zuordnung der Gemeinkosten aus der Patientenadministration nach dem indirekten Zuordnungsverfahren und die ambulanten ANK nach dem direkten Zuordnungsverfahren sicherstellt. In diesem Fall kommt Schritt 2 zu tragen, allerdings nur für die Zuordnung der Gemeinkosten aus der Patientenadministration. Nicht zulässig in diesem Gedankenzug wäre, dass auch die ANK in Schritt 2 ebenfalls integriert würden, da dies zu einer doppelten Anrechnung der ANK führen würde!

Den Kosten eines Tarifwerks bzw. einer Aktivität werden schliesslich die Leistungen gegenübergestellt:

Abbildung 6: Zuordnung der ambulanten tarifwerkbezogenen Total-Leistungseinheiten (z.B. Total TARMED Taxpunkte)

Koa-Gr.	Beschreibung	Total Aufwand FIBu	Rein KVG TARMED	MTK TARMED	Selbstzahler (inkl. ZV) TARMED	Total TARMED	Tarif Labor	Rein KVG Physio	MTK Physio
26	NBK II								
27	/ Abzug für Mehrkosten aus Leistungen für zusatzversicherte Patienten								
28	/ Abzüge für Zusatzentgelte SwissDRG (bewertete und unbewertete)								
29	+ Aufrechnung Beiträge des Kantons sofern kostenmindernd gebucht								
30	+ nicht sep. tariferte Kosten, Anteil je Tarif								
31	Verteilung der kum. Abzüge auf die amb. Tarife								
32	Abzug der UV-Zinsen, sofern nicht nach Methode PUE								
33	Zuschlag für nicht berücksichtigte Zinsen auf dem Umlaufvermögen								
34	Benchmarking-relevante Betriebskosten (BRB)								
35	Anzahl Leistungseinheiten (case mix, day mix, Pflegetage, fast, Taxpunkte, Ertrag, etc.)								
36	Anzahl Fälle (exkl. unbewertete URG-Fälle)								
37	Case Mix Index, Day Mix Index (bzw. durchschnittliche Verweildauer, wenn LE = Tag (Rehabilitation, Psychiatrie teilstationär))								
38	Basiswert (Bezug: Fall, Tag, ...) pro Tarifwerk								
39	Benchmarking-relevanter Basiswert (Bezug: Fall, Tag, ...) (Zusammenzug)								
40	Anlagenutzungskosten REKOLE								
41	Benchmarking-relevante Betriebskosten (BRB) inkl. Anlagenutzungskosten REKOLE								
42	Anteil Anlagenutzung an Benchmarking-relevante Betriebskosten (BRB) inkl. ANK								
43	Benchmarking-relevanter Basiswert (Bezug: Fall, Tag, ...) inkl. ANK REKOLE								
44	Anlagenutzungskosten VKL								
45	Benchmarking-relevante Betriebskosten (BRB) inkl. Anlagenutzungskosten VKL								
46	Anteil Anlagenutzung an Benchmarking-relevante Betriebskosten (BRB) inkl. ANK								
47	Benchmarking-relevanter Basiswert (Bezug: Fall, Tag, ...) inkl. ANK VKL								
48	DRG-Basisfallwert nach Benchmarking / (Übrige) Kosten je Leistungseinheit								
49	Ambulant: Kosten je Taxpunkt und Tarif, nach Abzügen/Aufrechnungen inkl. ANK REKOLE								
50	+ nationale Projektionsrechnung: Personal- und Sachsteuerung auf 1 Jahr								
51	+ institutionenbezogene Projektionsrechnung								
52	+ Zuschlag/Abschlag wegen neuen gesetzlichen Auflagen								
53	Basisfallwert 2021 bzw. massgebende Kosten je Leistungseinheit, exkl. ANK								

Alle Leistungen müssen gemäss den erfassten TARMED-Taxpunkten für die ambulanten Fälle addiert werden. Wichtig ist dabei, dass die Kosten den Leistungen entsprechen, d.h. es müssen sowohl bei den Kosten wie bei der Anzahl Taxpunkte die gleichen ambulanten Fälle berücksichtigt werden (Kongruenz). Nur so lassen sich schliesslich die kostenbasierten Taxpunktwerte der verschiedenen Tarifwerke ermitteln (tarifwerkbezogene Totalkosten / tarifwerkbezogene Totalleistungen).

1.7 Beispiel für die Zuordnung von Kostenkomponenten auf den Kostenträger (Tarifwerk/Aktivitäten) gem. ITAR_K®

Im obigen Anschauungsbeispiel («Abdominalschmerzen», bezog der administrative Fall nur Leistungen, die über den TARMED tarifiert und abgerechnet werden. In diesem Fall ist die Zuordnung

der entstandenen Kostenträgerkosten vergleichsweise trivial. Konkret bedeutet dies folgende Zuordnung der Kostenkomponenten des administrativen Falls auf die ITAR_K® Aktivitäten/Tarife beim Spital Musterstadt unter Anwendung des direkten Zuordnungsverfahrens:

Tabelle 5: Zuordnung Kostenkomponenten auf Kostenträger gem. ITAR_K® (am Beispiel des administrativen Falls «Abdominalschmerzen»)

KOA	Bezeichnung	Kosten	ITAR_K® Spalte in Excel-Lasche «KTR Ausweis Gesamtsicht» (Version 10.0⁴³)
10	Patientenadministration	6.61	Spalte EC Tarif TARMED, Zelle EC42 (indirektes Zuordnungsverfahren, automatische und proportionale Umlage des Gesamtbetrags der in der Zelle EA42 erfassten Patientenadministration)
31	Ärztliche Aktivität 1 bis 5	434.78	Spalte EC Tarif TARMED, Zelle EC53
39	Pflege	39.87	Spalte EC Tarif TARMED, Zelle EC67
	ANK	10.30	Spalte EC Tarif TARMED, Zelle EC78 (direktes Zuordnungsverfahren)

⁴³Spaltenbezeichnung gemäss aktueller ITAR_K® Version 10.0; die Nummerierung der Spalte und ihre Bezeichnung können in älteren oder späteren Versionen abweichen.

Abbildung 7: Excel-Lasche «KTR Ausweis Gesamtansicht», Zuordnung Kostenkomponenten auf Kostenträger gem. ITAR_K® (am Beispiel des administrativen Falls «Abdominalschmerzen»)

Musterspital		Kostenträgerausweis nach REKOLE®					
Kostenträgerstückrechnung 1.1.-31.12.2019		ambulante Behandlung Total	Total	Rein KVG TARMED	MTK TARMED	Selbstzahler (inkl. ZG) TARMED	Total TARMED
Stückerlös	Gemeinkosten	Bezugsgröße					
42	10 Patientenadministration	administrativer Fall					
43	20 Aufnahme	Ist-Min					
44	21 Herzraster-Labor	Ist-Min					
45	23 Assistenz (inkl. Arzteschaft)	TP und Min					
46	24 Intensivpflege (IPB)	TP und Min					
47	25 Notfall	TP und Min					
48	26 Biologische Verfahren (inkl. Arzteschaft)	TP und Min					
49	27 Gebärraum	TP und Min					
50	28 Narkosemedien und Radioonkologie (inkl. Arzteschaft)	TP und Min					
51	29 Labor (inkl. Arzteschaft)	TP und Min					
52	30 Prädiagnostik	Anzahl Diagnosen					
53	31 Arzteschaften Aktivitäten 1 bis 5	Ist-Min, gewichtet					
54	31 Arzteschaften des OP-Saals - Aktivitäten 6a1	Ist-Min, gewichtet					
55	31 Arzteschaften des Herzraster-Labors - Aktivitäten 6a2	Ist-Min, gewichtet					
56	31 Arzteschaften der IPS - Aktivitäten 6b1	TP und Min 4					
57	31 Arzteschaften der ICU - Aktivitäten 6b2	TP und Min 4					
58	31 Arzteschaften des Notfalls - Aktivitäten 6b3	TP und Min 4					
59	31 Arzteschaften des Gebärraums - Aktivitäten 6b4	TP und Min 4					
60	31 Arzteschaften der medizinischen und therapeutischen Diagnostik - Aktivitäten 6b5	TP und Min 4					
61	32 Physiotherapie	TP					
62	33 Ergotherapie	TP					
63	34 Logopädie	TP					
64	35 Nichtärztliche Therapien und Beratungen	TP					
65	36 Medizinische und therapeutische Diagnostik	TP und Min					
66	36 Intensivpflege-Care Stellen (ICCU)	TP und Min					
67	39 Pflege	Min					
68	40 Psychologie	TP					
69	41 Hotelier-Zimmer	Pflegetag, gewichtet					
70	42 Hotelier-Küche	PF und Mahlzeit					
71	43 Hotelier-Service	PF					
72	44 Übrige Leistungserbringer	PF					
73	45 Pathologie (inkl. Arzteschaft)	TP und Min					
74	47 Forschungs- und universitäre Lehre (nur bezogen auf Aufträge der Forschung und universitären Lehre)	% der Umsatzeinlagen					
75	77 Rettungssow. Ambulanzdienst (nur Sekundärtransporte)	CHF-Beitrag					
76	Nicht-patientenbezogene Kosten (können ganze Kst sein)	CHF-Beitrag					
77	Total Gemeinkosten (exkl. Anlagenutzungskosten des Kostenblocks A)						
78	Summe der verrechneten Anlagenutzungskosten nach REKOLE						
79	Ist- oder Neupreisobergrenze						
80	Total Kosten (Einzel- und Gemeinkosten) inkl. ANK REKOLE						
81	Total Kosten (Einzel- und Gemeinkosten) ohne Anlagenutzung						
82	Ergebnis (= Gewinn / = Verlust) nach REKOLE						

Bezieht ein Patient neben den TARMED-Leistungen zusätzlich medizinische Leistungen, die mit anderen Tarifwerken finanziert werden (z.B. eine Laborleistung → AL-Tarif (Labor)) sowie therapeutische Leistungen (Physiotherapie oder Logopädie) und sind diese Leistungen alle in einem einzigen administrativen Fall abgebildet, so werden die Kosten der medizinischen und therapeutischen Leistungen den entsprechenden Tarifen zugeordnet. Die Leistungseinheiten (TP) und Erträge für die Leistungen der "anderen Tarifwerke" werden ebenfalls auf diesen "anderen Tarifwerken" erfasst.

Nachstehend wird die Kostenzuordnung für therapeutische Leistungen aus mehreren Leistungsbereichen anhand eines Zusatzbeispiels «Dammriss» der diese Sondersituation darstellt, aufgezeigt. In diesem Zusatzbeispiel enthält der administrative ambulante Fall sowohl Leistungen aus dem Bereich TARMED als auch aus dem Bereich Physiotherapie:

Tabelle 6: Kostenträgerausweis des administrativen Falls «Dammriss»

Unité finale d'imputation: cas administratif et mandat Rup1		© H+ Les Hôpitaux de Suisse
Numéro du cas administratif/Numéro de mandat	Diagnosics principal et secondaire	
Début/fin du traitement ou admission/sortie/début et fin de mandat	No DRG	
Unité organisationnelle responsable (service)	Autres critères de classification	
Classe d'assurance (assurance de base/assurance complémentaire)	Traitement principal	
Garant (AA, AI, AM, AM, répondeants)	Date de naissance	
Type de traitement (hospitalier, ambulatoire)	Sexe, âge, domicile, etc.	

Revenu	N°	Designation	CHF
	60	Produits résultant de prestations médicales, infirmières et thérapeutiques	
	61	Prestations unitaires médicales	-109.35
	62	Autres prestations unitaires hospitalières	154.18
	65	Autres produits de prestations aux patients	-429.51
	66	Produits financiers	
	67	Variation des stocks de produits finis et semi-finis ainsi que variation des livraisons et des prestations de services non facturées	
	68	Produits résultant de prestations au personnel ou à des tiers	
Total des revenus			-693.64

Coûts directs (CD), selon la méthode d'affectation	Unité d'œuvre	CHF			Tx de supplément de CG		Quantité
		Prix d'achat calculé	supplément CG, CUI exclus	Supplément CUI	CUI exclus	CUI	
Matériel médical d'exploitation							
400	Médicaments (non-compris sang et produits sanguins)						
	Sang et produits sanguins	Prix d'achat calculé (catégorie A et B ¹)					
401	Matériel (non-compris implants), instruments, ustensiles, textiles		65.23				
	Implants						
405	Prestations médicales, diagnostiques et thérapeutiques de tiers (non-compris honoraires médicaux)	Facture		---	---		
	Honoraires médicaux (non-soumis aux assurances sociales)			---	---		
Charges des honoraires de médecins (soumis aux assurances sociales)							
380	Honoraires de médecins, médecins hospitaliers			---	---		
381	Honoraires de médecins, médecins agréés	CHF selon contrat		---	---		
Autres coûts directs							
480	Transports de patients fournis par des tiers	Facture		---	---		
485	Autres prestations de tiers liées au patient	Facture		---	---		
486	Autres frais liés aux patients	Facture		---	---		
Coûts directs, suppléments CG, CUI			65.23				

Report dans Total des coûts UFI

¹ Les catégories A et B se réfèrent à la méthode ABC de classification des charges par nature 400 et 401

Coûts indirects (CI), selon la méthode d'imputation	Unité d'œuvre	CHF		Tx charges		Quantité	
		CI, CUI exclus	CUI	CI, CUI exclus	CUI		
Centres de charges							
10	Administration des patients		6.61	0.38	6.61	0.36	1
20	Salles d'opérations						
21	Laboratoire de cathétérisme cardiaque						
23	Anesthésie						
24	Unités de soins intensifs (SI)						
25	Urgences						
26	Procédé d'imagerie médicale						
27	Salle d'accouchement						
28	Médecine nucléaire et radiooncologie						
29	Laboratoire						
30	Dialyses						
31	Corps médical-Activités 1 jusqu'à 5						
31	Corps médical de la salle d'OP - Activité 6a1						
	Corps médical du laboratoire de cathétérisme cardiaque - Activités 6a2						
	Corps médical des unités de SI - Activité 6b1						
	Corps médical des soins intermédiaires IMCU - Activité 6b2						
	Corps médical du service des urgences - Activité 6b3						
	Corps médical de la salle d'accouchement - Activité 6b4						
	Corps médical du diagnostic médical et thérapeutique - Activité 6b5						
32	Physiothérapie		401.05	63.05	0.9	0.14	445.86
33	Ergothérapie						
34	Logopédie						
35	Thérapies non médicales et conseils						
36	Diagnostic médical et thérapeutique						
38	Unités de soins intermédiaires (IMCU)						
39	Soins						
40	Psychologie						
41	Hôtellerie chambre						
42	Hôtellerie cuisine						
43	Hôtellerie service						
44	Autres fournisseurs de prestations						
45	Pathologie						
47	Recherche et formation universitaire (uniquement lié aux mandats de recherche et de formation universitaire)						
77	Service de sauvetage et d'ambulance (uniquement transports secondaires)						
Total coûts indirects, part CUI des CI			630.85	67.82			
Total des coûts UFI (directs et indirects, y.c. supplément CG sur coûts directs), Total CUI (part des CD et CI)			696.08	67.82			
Total des coûts UFI			763.9				
Résultat (bénéfice/perte)			70.86				

² Les charges d'anesthésie liées à la salle d'opération (OP) sont imputées uniquement à l'aide de minutes effectives. Les charges d'anesthésie non-liées à la salle d'OP peuvent être imputées à l'aide de point de taxe (PT) et/ou de minutes, suivant la note n°4 en bas de page.

³ L'abréviation "Min." correspond à des minutes d'intervention du personnel. Les minutes de durée de séjour du patient aux SI ne reflètent pas l'investissement en ressources et ne sont donc pas admises comme unité d'œuvre.

⁴ PT = point tarifé. L'abréviation "min." désigne des minutes normatives et réelles. TARMED repose sur des unités de temps normatives. L'utilisation des points tarifaires TARMED comme valeur de référence est autorisée. SI, pour certaines composantes de coûts indirects, la valeur de référence du point tarifaire TARMED est choisie, alors on prendra en compte uniquement les points techniques ou les points médicaux et techniques.

⁵ Le groupe d'activité 6a est saisi et imputé uniquement à l'aide de minutes effectives pondérées (à l'aide du facteur de simultanéité).

Tabelle 7: Zuordnung Kostenkomponenten auf Kostenträger gem. ITAR_K® (am Beispiel des administrativen Falls «Dammriss»)

KOA	Bezeichnung	Kosten	ITAR_K® Spalte in Excel-Lasche «KTR Ausweis Gesamtansicht» (Version 10.0 ⁴⁴)
401	Material	65.23	Spalte FS, Zelle FS 27
10	Patientenadministration	6.61	Proportionale und automatische Aufteilung der Kosten auf: <ul style="list-style-type: none"> - Spalte EC Tarif TARMED, Zelle EC42 - Spalte EH Tarif Physio., Zelle EH42 (indirektes Zuordnungsverfahren)
31	Ärztliche Aktivität 1 bis 5	223.19	Spalte EC Tarif TARMED, Zelle EC53
32	Physiotherapie	401.05	Spalte EH Tarif Physio, Zelle EH61
	ANK	67.82	Proportionale Aufteilung der Kosten auf: <ul style="list-style-type: none"> - Spalte EC Tarif TARMED, Zelle EC78 - Spalte EH Tarif Physio, Zelle EH78 (direktes Zuordnungsverfahren)

Abbildung 8: Excel-Lasche «KTR Ausweis Gesamtansicht», Zuordnung Kostenkomponenten auf Kostenträger gem. ITAR_K® am Beispiel des administrativen Falls «Dammriss»

The screenshot shows an Excel spreadsheet titled 'Musterspital' with a sub-header 'Kostenträgerausweis nach REKOLE®'. The main header is 'Kostenträgerstückrechnung 1.1.-31.12.2019'. The columns represent different cost categories as defined in the table above. The rows list various medical services and materials, with some cells highlighted in green and red, indicating specific data points or allocations.

⁴⁴Spaltenbezeichnung gemäss aktueller ITAR_K® Version 10.0; die Nummerierung der Spalte und ihre Bezeichnung können in älteren oder späteren Versionen abweichen.

Das Ergebnis der tarifbezogenen ambulanten Kosten pro Taxpunkt (= kostenbasierter Taxpunkt-Wert) ergibt sich schliesslich in Zeile 56 aus der Division der Tarif-relevanten-Betriebskosten mit der Anzahl erbrachter und erfasster Taxpunkte (Zeile 35).