



DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ
LES HÔPITAUX DE SUISSE
GLI OSPEDALI SVIZZERI

Geht an alle Spitäler und Kliniken,
welche ITAR_K® für den nationalen Benchmark
dem Verein SpitalBenchmark eingereicht haben

Ort, Datum Bern, 26. August 2021
Ansprechpartner/in Pascal Besson
Thomas Straumann

Direktwahl 031 335 11 57
E-Mail pascal.besson@hplus.ch
sbm@merianiselin.ch

Orientierung zu den KVG-Auswertungen ITAR_ K® (Daten Geschäftsjahr 2020)

Sehr geehrte Damen und Herren

Sie haben Ihre Kosten- und Leistungsdaten des Geschäftsjahrs 2020 gemäss ITAR_K® ausgefüllt und an den Verein SpitalBenchmark gesandt, um nationale Vergleichswerte für die Tarifverhandlungen 2022 bestimmen zu lassen. Dafür danken wir Ihnen bestens.

SpitalBenchmark hat die von Ihnen im ITAR_K® 11.0 ermittelten Werte verifiziert und bei Bedarf mit Ihren Mitarbeitenden im Finanzbereich abgestimmt. Die folgenden Benchmark-Resultate beziehen sich auf die Kosten von KVG-Patienten:

1. Basispreis (Baserate) Akutspitäler nach SwissDRG 9.0 bei Fallgewicht 1.0

Die Gewichtung nach Case-Mix (farblich hervorgehoben) entspricht der DRG-Systematik. Zum Vergleich wird die Gewichtung nach Fallzahl und nach Spitälern aufgeführt.

Baserate inkl. ANK, kalkulatorische Sicht (REKOLE®)

Gewichtet nach:	Kostengewicht (Case Mix)				
	Arith. Mittel	Median	Perzentil		
Akutspitäler / -kliniken			40.	30.	20.
Alle Spitäler ¹	11'278	11'127	10'774	10'518	10'418
Nur Uni-Spitäler	12'748	12'245	11'897	11'897	11'594
Nur Geburtshäuser	9'404	9'326	9'136	9'071	8'961
ohne Uni-/GH	10'841	10'774	10'520	10'455	10'138

Baserate inkl. ANK nach VKL

Kostengewicht (Case Mix)				
Arith. Mittel	Median	Perzentil		
		40.	30.	20.
10'936	10'703	10'466	10'285	10'048
12'374	11'830	11'371	11'371	11'371
9'380	9'326	9'136	9'071	8'961
10'510	10'461	10'285	10'149	9'940

Gewichtet nach:	Fallzahl				
		Median	Perzentil		
Akutspitäler / -kliniken			40.	30.	20.
Alle Spitäler ¹		10'957	10'725	10'518	10'413
Nur Uni-Spitäler		12'245	11'897	11'897	11'594
Nur Geburtshäuser		9'326	9'136	9'071	8'961
Ohne Uni / GH		10'774	10'520	10'455	10'138

Fallzahl				
	Median	Perzentil		
		40.	30.	20.
	10'647	10'379	10'242	10'035
	11'830	11'371	11'371	11'371
	9'326	9'136	9'071	8'961
	10'461	10'285	10'124	9'940

¹ Inkl. Unispitäler (Uni) und Geburtshäuser (GH)

Gewichtet nach:	Anzahl Spitäler				
Akutspitäler / -kliniken	Arith. Mittel	Median	Perzentil		
			40.	30.	20.
Alle Spitäler ¹	10'828	10'725	10'437	10'189	9'778
Nur Uni-Spitäler	12'804	12'245	11'897	11'897	11'594
Nur Geburtshäuser	9'514	9'326	9'239	9'136	9'071
Ohne Uni / GH	10'747	10'655	10'426	10'138	9'747

Anzahl Spitäler				
Arith. Mittel	Median	Perzentil		
		40.	30.	20.
10'535	10'352	10'192	10'013	9'655
12'427	11'830	11'371	11'371	11'347
9'474	9'326	9'173	9'136	9'071
10'458	10'299	10'183	9'940	9'649

2. Basispreis (Baserate) nach TARPSY 2.0

Baserate inkl. ANK, kalkulatorische Sicht (REKOLE®)

Gewichtet nach:	Kostengewicht (Day Mix)				
	Arith. Mittel	Median	Perzentil		
			40.	30.	20.
	757	747	740	711	680

Baserate inkl. ANK nach VKL

Kostengewicht (Day Mix)				
Arith. Mittel	Median	Perzentil		
		40.	30.	20.
733	728	709	698	668

Gewichtet nach:	Fallzahl				
	Median	Perzentil			
		40.	30.	20.	
Alle Kliniken	755	740	734	698	

Fallzahl				
Median	Perzentil			
	40.	30.	20.	
730	716	701	675	

Gewichtet nach:	Anzahl Kliniken				
	Arith. Mittel	Median	Perzentil		
			40.	30.	20.
Alle Kliniken	751	746	734	708	672

Anzahl Kliniken				
Arith. Mittel	Median	Perzentil		
		40.	30.	20.
728	720	701	689	655

3. Rehabilitation pro Pflergetag

Tagespauschale inkl. ANK kalk. Sicht (REKOLE®)

Gewichtet nach:	Fallzahl				
	Median	Perzentil			
		40.	30.	20.	
Alle Kliniken	801	783	721	693	

Tagespauschale inkl. ANK, nach VKL

Fallzahl				
Median	Perzentil			
	40.	30.	20.	
777	746	693	685	

Gewichtet nach:	Anzahl Kliniken				
	Arith. Mittel	Median	Perzentil		
			40.	30.	20.
Alle Kliniken	882	830	772	721	676

Anzahl Kliniken				
Arith. Mittel	Median	Perzentil		
		40.	30.	20.
858	788	735	689	662

4. TARMED pro Taxpunkt nur KVG-Patienten

Taxpunktwert inkl. ANK, kalkulatorische Sicht (REKOLE®)

Spitäler und Kliniken	arth. Mittel	Median	40. Perzentil	30. Perzentil	20. Perzentil
Alle	1.32	1.25	1.21	1.15	1.08
Akutspitäler	1.30	1.25	1.21	1.16	1.12
Psychiatrien	1.47	1.32	1.25	1.25	1.06
Rehabilitation	1.24	1.02	1.02	0.99	0.97

Taxpunktwert inkl. ANK nach VKL

Spitäler und Kliniken	arth. Mittel	Median	40. Perzentil	30. Perzentil	20. Perzentil
Alle	1.27	1.23	1.17	1.09	1.03
Akutspitäler	1.25	1.22	1.17	1.12	1.06
Psychiatrien	1.45	1.30	1.24	1.22	1.05
Rehabilitation	1.20	1.01	1.00	0.98	0.97

5. Physiotherapie pro Taxpunkt nur KVG-Patienten

Taxpunktwert inkl. ANK, kalkulatorische Sicht (REKOLE®)

Spitäler und Kliniken	arth. Mittel	Median	40. Perzentil	30. Perzentil	20. Perzentil
Alle	1.42	1.34	1.23	1.16	1.04

Taxpunktwert inkl. ANK nach VKL

Spitäler und Kliniken	arth. Mittel	Median	40. Perzentil	30. Perzentil	20. Perzentil
Alle	1.36	1.27	1.17	1.13	1.02

Im Anhang finden Sie Erläuterungen von H+ und vom Verein SpitalBenchmark zur Auswertungsbasis und zu den Berechnungen.

Als Beilage erhalten Sie detaillierte Auswertungen nach Spital/Klinik, gegliedert nach Tarifwerk.

Die Ergebnisse stellen den aktuellen Stand der Arbeiten (20.08.2021) dar. Sie können für Tarifverhandlungen und Tariffestsetzungsverfahren verwendet werden.

H+ empfiehlt Ihnen, für die Tarifverhandlungen das gewichtete arithmetische Mittel nach «Case Mix bzw. bei Psychiatrie nach Day Mix» zu verwenden.

Freundliche Grüsse

H+ Die Spitäler der Schweiz



Pascal Besson
Mitglied der Geschäftsleitung
Leiter Geschäftsbereich Betriebswirtschaft

Verein SpitalBenchmark



Thomas Straumann
Datenverifizierung SpitalBenchmark

Anhang

Erläuterungen

1. Auswertungsbasis

Grundlage	Datenstand 20. August 2021
Erhebung 2021	Basiert auf den Betriebsdaten 2020
Verwendetes Modell	ITAR_K® 11.0
Verwendete SwissDRG Version	9.0 Abrechnungsversion
Verwendete TARPSY Version	2.0 Abrechnungsversion
Anzahl datenliefernde Mitglieder	191
Daten von Leistungserbringern aus	der ganzen Schweiz, alle BfS-Kategorien
Geprüfte Spitäler und Kliniken	
- Akut	128
- Psychiatrie	52
- Rehabilitation	55

2. Repräsentativität

Das BAG (Kennzahlen Schweizer Spitäler 2019²) veröffentlicht jährlich die Anzahl stationäre Leistungserbringer sowie deren Fallzahlen. Die Tabelle zeigt, die hohe Repräsentativität des von H+ und dem Verein SpitalBenchmark durchgeführten nationalen Benchmarking.

Der Vergleich BAG 2019 zu ITAR_K® Geschäftsjahr 2020 bedarf einer gewissen Interpretation. So sind beispielsweise Klinikfusionen nicht berücksichtigt. Weiter weisen Spitäler, welche mehrere Leistungsangebote haben, z.B. Akutsomatik und Rehabilitation und/oder Psychiatrie, die Kosten im ITAR_K® pro Leistungsbereich aus. Dies führt bei K211/K212/K221 zu unterschiedlichen Aussagen.

BfS Kategorie	Bezeichnung	BAG	ITAR_K® ³	in %
K111	Vers. Niveau 1; > 29'999 Fälle	5	5	100%
K112	Vers. Niveau 2; > 8'999 Fälle	39	38 ⁴	100%
K121	Vers. Niveau 3; > 5'999 Fälle	15	13	87%
K122	Vers. Niveau 4; > 2'999 Fälle	27	25	93%
K123	Vers. Niveau 5; bis 2'999 Fälle	16	10	63%
K211/K212	Psychiatrie Niveau 1/2	50	52	⁵
K221	Rehabilitationskliniken	54	55	⁶
K231	Spezialkliniken Chirurgie	35	15	43%
K232	Spezialkliniken Gynäkologie/Neonatologie	16	11	69%
K233	Spezialkliniken Pädiatrie	3	3	100%
K234	Spezialkliniken Geriatrie	3	1	33%
K235	Spezialkliniken Diverse	18	7	39%

² https://spitalstatistik.bagapps.ch/data/download/kzp19_publication.pdf?v=1616491353

³ Teilnahme am nationalen ITAR_K® Benchmarking

⁴ BAG führt Spital Ober- und Unterwallis als einzelnes Spital; bei SBM sind die beiden Spitäler kumuliert im Hôpital Valais enthalten (damit 100% Abdeckung)

⁵ Ein Vergleich ist aufgrund der unterschiedlichen Zählweise nicht möglich; BAG zählt nach Typologie; SBM nach Anzahl ITAR_K's. Geschätzte Abdeckung gemäss SBM: > 80%.

⁶ Ein Vergleich ist aufgrund der unterschiedlichen Zählweise nicht möglich; BAG zählt nach Typologie; SBM nach Anzahl ITAR_K's. Geschätzte Abdeckung gemäss SBM: ca. 70%.

3. Grundlage für die Verhandlung

Zu den Benchmarking-relevanten Betriebskosten inkl. kalkulatorische Anlagennutzungskosten (Zeile 43 des Modells ITAR_K®) oder ANK nach VKL (Zeile 47 des Modells ITAR_K®) sind folgende Zuschläge vorzunehmen:

- die Teuerung der Personal- und Sachkosten für **ein** Jahr (Zeile 51 des Modells ITAR_K®)
- spitalbezogene Projektionsrechnungen (Zeile 52)
- allfällige Zu-/Abschläge wegen neuen gesetzlichen Auflagen (Zeile 53)
- mit Nachweis bei überdurchschnittlich vielen teuren Fällen, die in SwissDRG nicht gebührend abgebildet sind (folgend dem Billigkeitsgebot).

4. Erläuterungen zu den Anlagennutzungskosten

Für die stationären Tarife weisen wir die Benchmark Werte inkl. kalkulatorische Anlagennutzungskosten und ANK nach VKL aus. Festzustellen ist, dass die Anlagennutzungskosten nach VKL für einen Benchmark ungeeignet sind, da diese aufgrund der unterschiedlichen Ausgangslage der Spitäler nicht sachgerecht ausfallen.

5. Erläuterungen zu den Kosten für universitäre Lehre und Forschung

Gemäss Vorgabe sind die Kosten für „universitäre Lehre und Forschung“ sowie „GWL“ im Datenausweis ITAR_K® in einem separaten Kostenträger auszuweisen. Alle Spitäler und Kliniken erfüllen diese Auflage.

Anhang: Raster ITAR_K® 11.0, Gesamtansicht

Koa-Gr.	Beschreibung	
7		
8	30 - 39 Personalaufwand exkl. Honorare	
9	38 Honorare (sozialversicherungspflichtig)	
10	40 Medizinischer Bedarf	
11	41 - 49 Sachaufwand exkl. Anlagenutzungskosten	
12	44 Anlagenutzungskosten (exkl. Inv. < CHF 10'000)	
13	46 Zinsaufwand	
14	7 a.o. Aufwand	
15	Aufwand gem. Jahresrechnung	
16	66/68 ./.. Erlöse 66/68 als Kostenminderung einbezogen	
17	Direkte Kosten	
18	ILV Interne Leistungsverrechnung	
19	Total Kosten gemäss BeBu	
20	38/405 ./.. Arzthonorare für zusatzversicherte Patienten	
21	44 ./.. Anlagenutzungskosten (ANK = kalk. Zinsen AV, kalk. Abschreibungen, Mieten für Objekte > CHF 10'000) nach REKOLE	
22	65 ./.. Erlöse Kt.gr. 65, exkl. Marge	
23	66 + Erlöse Kt.gr. 66 (sofern kostenmindernd in KST geführt)	
24	Nettobetriebskosten I (NBK I)	
25	./.. Subsidiärer Abzug: Kosten für gemeinwirtschaftliche Leistungen	
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. tarifierte 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, Pflorgetage, fakt. Taxpunkte, Ertrag, etc.)	
36	Anzahl Fälle (exkl. unbewertete DRG-Fälle)	
37	Case Mix Index, Day Mix Index (bzw. durchschnittliche Verweildauer, wenn LE = Tag (Rehabilitation, Psychiatrie teilstatic	
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	Benchmarkingverfahren	
49	DRG: Basisfallwert nach Benchmarking / Übrige: Kosten je Leistungseinheit	
50	Ambulant: Kosten je Taxpunkt und Tarif, nach Abzügen/Aufrechnungen inkl. ANK REKOLE	
51	+ nationale Projektionsrechnung: Personal- und Sachteuerung auf 1 Jahr	
52	+/- institutionsbezogene Projektionsrechnung	
53	+/- Zuschlag/Abschlag wegen neuen gesetzlichen Auflagen	
54	Basisfallwert 2021 bzw. massgebende Kosten je Leist.einheit, exkl. ANK	
55	+ Anteil Anlagenutzungskosten (ANK), nach REKOLE	
56	Basisfallwerte je cw 1.0 bzw. Kosten je Leistungseinheit gesamt	
57	Summe der amb. Korrekturen exkl. ANK	