

Entscheid zum Antrag Nr. 15_005

Ablauf Antrag	Datum	Status
Eingereicht	24.9.2015	
1. Behandlung	30.9.2015	Abgeschlossen
2. Behandlung		
Gültigkeitsdatum	01.01.2016	
Ersetzt Antrag Nr.		
Dem Vorstand H+ als Info unterbreitet am:	Januar 2016	
Dem Vorstand H+ als Änderungsantrag unterbreitet am:		
Berücksichtigt im Handbuch REKOLE [®] 2013, 4. Ausgabe		
REK Entscheid	Angenommen	
Zertifizierungsrelevant ab	01.01.2017	

Referenzangabe zum Handbuch REKOLE[®] 4. Ausgabe 2013 und Antragsteller

Kapitel Nr. & Bezeichnung	Kostenträgerrechnung / 9.8 Kostenträgerausweis des administrativen Falls
Antragssteller	SwissDRG / Rémi Guidon

1. Ausgangslage / Problemstellung

Ausgangslage:

Gemäss dem Inhalt und Form der Muss-Kostenstellen von REKOLE werden für leistungserbringende Kostenstellen (8.6.2) unterschiedliche Kostenblöcke definiert. Der Kostenblock A' bezeichnet jeweils die Anlagenutzungskosten (Kostenart 442, 444, 448).

Im Kostenträgerausweis des administrativen Falls werden die Anlagenutzungskosten als Summe der Kostenblöcke A' der Gemeinkosten ausgewiesen.

Problemstellung:

Bei der Berechnung der Kostengewichte in der SwissDRG Tarifstruktur wird in einem ersten Schritt ein Katalog kalkuliert, welcher die ANK nicht berücksichtigt. Zu dem provisorischen Kostengewicht wird dann ein ANK-abhängiger Zuschlag kalkuliert.

Die aktuelle Situation erlaubt es nicht, einen verweildauerabhängigen Zu- / Abschlag für ANK zu berechnen, sondern es kann nur ein Zuschlag zum Kostengewicht gemacht werden, der für alle Fälle Outlier und Inlier) innerhalb einer DRG gleich ist. Detailliertere Angaben bezüglich der ANK würden es erlauben, diese Zuschläge differenzierter zu kalkulieren und dadurch die Abbildungsgüte weiter zu verbessern.

Lösungsvorschlag:

Der Kostenträgerausweis des administrativen Falls ist so anzupassen, dass die Anlagenutzungskosten für jede Kostenstelle separat ausgewiesen werden. Mit der Übernahme des REKOLE Kostenträgerausweises durch SwissDRG ab dem Datenjahr 2016 würden die Informationen bei der Kalkulation der Tarifstruktur zur Verfügung stehen.

2. REK Entscheid

Ergebnis: **Angenommen**
 Abstimmungsergebnis: 2 nein (Ablehnung)
 5 ja (Annahme)
 3 Enthaltung

Begründung/Ergänzung:

Es gibt weiterhin grosse Unterschiede in Sachen ANK, pro Fall, von einem Spital zum anderen und von einer DRG zur anderen. Durch die Erhöhung des Detaillierungsgrades der ANK bei der Fallkostener-

mittlung und -ausweis wird die Voraussetzung geschaffen, dass die SwissDRG AG nun die Möglichkeit erhält diese Unterschiede detaillierter zu analysieren.

Die REK hält fest, dass rein sachlich gesehen, die ANK gar nicht mehr separat ausgewiesen werden müssten, und zwar weder gesamthaft noch auf der Ebene Kostenstelle, da sie - wie andere Kosten auch - Teil der Kostenstellenkosten sind. Ausserdem gibt es andere Kostenarten (bestimmte Lohnkostenarten z.B.), die im Verhältnis zu den Total-Fallkosten viel wichtiger sind.


3. Auswirkungen auf das Handbuch REKOLE[®], 4. Ausgabe 2013

Kapitel 9.8 Kostenträgerausweis des administrativen Falls

Der Ausweis des administrativen Falls wird wie folgt angepasst: vgl. Anhang 1

4. Auswirkungen auf den Kontenrahmen H+, 8. überarbeitete Ausgabe 2014

Keine

Ort, Datum	Bern, den 11.12.2015	
Name + Unterschrift	H+ Die Spitäler der Schweiz REK Pascal Besson	

Antragsnummer: 15_005

Generelle Referenzdaten (nicht abschliessend)

Administrative Fallnummer/Auftragsnummer	Haupt- und Nebendiagnosen
Behandlungsbeginn/-ende (bzw. Ein-/Austritt)/Auftragsbeginn/-ende	DRG-Nummer
Verantwortliche Organisationseinheit (Abteilung)	Übrige Klassifikationskriterien
Versicherungsklasse (Grund-/Zusatzversicherung)	Hauptbehandlung
Garant (UV, IV, MV, KV, Selbstzahler)	Geburtsdatum
Behandlungsart (stationär, ambulant)	Geschlecht, Alter, Wohnort

Erlös	Nr.	Bezeichnung	Fr.
	60	Erlöse aus medizinischen, pflegerischen und therapeutischen Leistungen für Patienten	
	61	Ärztliche Einzelleistungen	
	62	Übrige Spitaleinzelleistungen	
	65	Übrige Erlöse aus Leistungen an Patienten	
	66	Finanzerlös	
	67	Bestandesänderungen an unfertigen und fertigen Erzeugnissen sowie an unverrechneten Lieferungen und	
	68	Erlös aus Leistungen an Personal und Dritte	
Total Erlös			

Einzelkosten, gemäss Buchungsrichtlinien	Bezugsgrösse	Fr.			Kosten- satz	Menge
		Kalk. Einstands- preis	GK- Zuschlag ¹ , exkl. ANK	ANK		
Medizinischer Bedarf						
400	Arzneimittel (exkl. Blut und Blutprodukte) Blut und Blutprodukte	Kalk. Einstandspreis				
401	Material, (exkl. Implantate), Instrumente, Utensilien, Textilien Implantate	(A- und B-Kategorie ²)				
405	Medizinische, diagnostische und therapeutische Fremdleistungen (exkl. Arzthonorare) Arzthonorare (nicht sozialversicherungspflichtig)	Faktura				
Arzthonorarkosten (sozialversicherungspflichtig)						
380	Arzthonorar, Spitalärzte	Fr. gemäss Vertrag				
381	Arzthonorar, Belegärzte					
Übrige Einzelkosten						
480	Patiententransporte durch Dritte	Faktura				
485	Übrige patientenbezogene Fremdleistungen	Faktura				
486	Übrige Auslagen für Patienten	Faktura				
Einzelkosten, GK-Zuschläge, ANK						
Total Einzelkosten						

¹ Gemeinkostenzuschlag² A- und B-Kategorien beziehen sich auf die ABC-Methode der Einsatzgüterklassifikation der Kostenarten 400 und 401.

Gemeinkosten (GK), gemäss Verrechnungsmethodik		Bezugsgrösse	Fr.		Kosten- satz	Menge
			GK, exkl ANK	ANK		
Kostenstellen						
10	Patientenadministration	administrativer Fall				
20	OP-Saal	Ist-Min.				
23	Anästhesie (REK 15 003)	Ist-Min., TP und Min ³				
24	Intensivpflege (IPS)	TP und Min. ⁴				
25	Notfall	TP und Min. ⁴				
26	Bildgebende Verfahren	TP und Min. ⁴				
27	Gebärsaal	TP und Min. ⁴				
28	Nuklearmedizin und Radioonkologie	TP und Min. ⁴				
29	Labor	TP und Min. ⁴				
30	Dialyse	Anzahl Dialysen				
	Ärteschaften-Aktivitäten 1 bis 5	TP und Min. ⁴				
	Ärteschaften des OP-Saals - Aktivitäten 6a	Ist-Min. ⁵ , gewichtet				
	Ärteschaften der IPS - Aktivitäten 6b ₁	TP und Min. ⁴				
31	Ärteschaften der IMCU - Aktivitäten 6b ₂	TP und Min. ⁴				
	Ärteschaften des Notfalls - Aktivitäten 6b ₃	TP und Min. ⁴				
	Ärteschaften des Gebärsaals - Aktivitäten 6b ₄	TP und Min. ⁴				
	Ärteschaften der medizinischen und therapeutischen Diagnostik - Aktivitäten 6b ₅	TP und Min. ⁴				
32	Physiotherapie	TP				
33	Ergotherapie	TP				
34	Logopädie	TP				
35	Nichtärztliche Therapien und Beratungen	TP				
36	Medizinische und therapeutische Diagnostik	TP und Min. ⁴				
38	Intermediate-Care Stellen (IMCU)	TP und Min. ⁴				
39	Pflege	Min.				
41	Hotellerie-Zimmer	Pflegetag (PT), gewichtet				
42	Hotellerie-Küche	PT und Mahlzeit				
43	Hotellerie-Service	PT				
44	Übrige Leistungserbringer	PT				
45	Pathologie	TP und Min. ⁴				
47	Forschung und universitäre Lehre (nur bezogen auf Aufträge der Forschung und	% der Besoldungen				
77	Rettungs- bzw Ambulanzdienst (nur Sekundärtransporte)	Fr. Betrag				
Total Gemeinkosten, ANK der GK						
Total Kostenträger-Kosten (Einzel- und Gemeinkosten), Total ANK (EK + GK-Anteil)						
Total Kostenträger-Kosten						
Ergebnis (Gewinn/Verlust)						

³ Die OP-Saal bezogenen Anästhesiekosten werden nur mittels Ist-Minuten verrechnet werden. Die nicht OP-Saal bezogene Anästhesiekosten können mittels Taxpunkte (TP) und/oder Minuten verrechnet werden, folgend Fussnote 4.

⁴ TP = Taxpunkt. Die Abkürzung "Min." steht für Ist- und Norm-Minuten. TARMED ist einen Normzeitarif. Die Nutzung der TARMED-Taxpunkte als Bezugsgrösse ist zulässig. Wird für gewisse Gemeinkostenkomponenten die Bezugsgrösse TARMED-Taxpunkt gewählt, so werden entweder nur die TL-Punkte (technische Leistungspunkte) oder die AL- und TL-Punkte (ärztliche und technische Leistungspunkte) berücksichtigt.

⁵ Die Aktivitätengruppe 6a wird nur mit gewichteten Ist-Minuten (mittels GZF) erfasst und verrechnet.