



Projekt SwissDRG Teilprojekt 1

Regeln für die Berechnung der Relativgewichte und Empfehlungen für die Berechnung des Basispreises

Vom Steuerausschuss (StA) verabschiedete Version
19. August 2005

Inhalt

Einleitung.....	3
A. REGELN FÜR DIE BERECHNUNG DER RELATIVGEWICHTE.....	4
1. Kostenelemente für die Berechnung der Relativgewichte	4
1.1 Kosten Pflegeleistungen	4
1.2 Kosten für ärztliche Leistungen	5
1.3 Hotelleriekosten.....	6
1.4 Medikamente, Implantate und Spezialleistungen (z.B. Hämodialysen)	7
1.5 Intensivstation	8
1.6 Behandlung von Säuglingen und Kindern	9
2. Behandlung von in der Relativgewichtsberechnung nicht anrechenbaren Kostenelementen	10
2.1 Universitäre Lehre und Forschung	11
2.2 Nichtuniversitäre Ausbildung.....	12
2.3 Weiterbildung ärztliches Personal	13
2.4 Weiterbildung nichtärztliches Personal.....	14
2.5 Notfall-Vorhalteleistungen.....	15
2.6 Investitionskosten	16
2.7 Überkapazitäten	17
3. Abbildung von Innovationen in den Relativgewichten	18
4. Abgrenzungsfragen.....	19
4.1 Kosten Rettungsdienste.....	19
4.2 Einbezug von tagesstationären Fällen	20
4.3 Kostenausscheidung ambulante Leistungen	21
4.4 Kostenausscheidung Zusatzversicherte	22
B. EMPFEHLUNGEN FÜR DIE BERECHNUNG DES BASISPREISES	23
5. Differenzierung des Basispreises nach Region und Spitalkategorie.....	23
6. Betriebsvergleich, Benchmarking und DRG-Systemindikatoren	24
Anhang: Vorschlag Umsetzung 1.1 Kosten Pflegeleistungen, Pflegeindikatoren.....	25

Einleitung

Im KVG wird der Begriff „anrechenbare Kosten“ auf die Tarifberechnung im Spitalbereich angewendet. So sind die Kosten für Lehre und Forschung, für Überkapazitäten sowie (bei öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitälern) auch die Investitionskosten und mindestens 50% der übrigen Betriebskosten für den Krankenversicherer „nicht anrechenbar“, d.h. nicht tarifrelevant. Im Unfallversicherungsbereich ist erwähnter Prozentsatz gemäss dem MTK/SDK-Spaltaxmodell auf 80% festgesetzt. Ergänzt wird dieser sozialversicherungsrechtliche Blickwinkel der „anrechenbaren Kosten“ durch die Definitionen der Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler und Pflegeheime in der Krankenversicherung (VKL) vom 3. Juli 2002. Diese nimmt eine Abgrenzung zwischen ambulanten und stationären Fällen vor und definiert die Lehre und Forschung sowie die Investitionskosten und weitere Kostenelemente.

Die „anrechenbaren Kosten“ gemäss den beiden Sozialversicherungsgesetzgebungen KVG und UVG (wie auch IVG und MVG) sind indessen nur zur Festsetzung des **Basispreises** (Baserate) von Bedeutung. Als Kostenbasis für die Relativgewichtsberechnungen (RGB) für das Vergütungsmodell SwissDRG muss eine andere Kostenbetrachtung des Spitals herangezogen werden.

Im Teil A dieses Dokuments (Regeln für die Berechnung der Relativgewichte) geht es deshalb darum, welche Kosten von Pflichtleistungen in den **Relativgewichtsberechnungen** sinnvollerweise berücksichtigt werden sollen und wenn ja in welchem Detaillierungsgrad. Im Teil A wird deshalb immer von „relativgewichtsrelevanten Kosten“ die Rede sein. Die Arbeitsgruppe des TP1 geht zudem grundsätzlich davon aus, dass zur Berechnung der relativgewichtsrelevanten Kosten die Definitionen der VKL zur Anwendung gelangen.

Im Teil B (Empfehlungen für die Berechnung des Basispreises) wird lediglich auf allgemeine Strukturvoraussetzungen einer Basispreisbestimmung eingegangen, ohne hierbei unnötig in den Hoheitsbereich der Tarifpartner einzugreifen. Es geht hier vor allem um Abgrenzungsfragen, eine mögliche Differenzierung des Basispreises nach Region und/oder Spitalkategorie sowie die Verwendung von DRG-Systemdaten für Betriebsvergleiche und Benchmarking.

A. Regeln für die Berechnung der Relativgewichte

1. Kostenelemente für die Berechnung der Relativgewichte

1.1 Kosten Pflegeleistungen

Ausgangslage

Die Pflegekosten im Akutspital sind Teil der relativgewichtsrelevanten Kosten und müssen bei der Relativgewichtsberechnung (RGB) entsprechend berücksichtigt werden. Studien zeigen, dass die Pflegekosten für Fälle in der gleichen DRG-Fallgruppe massiv variieren können. Die DRG-Algorithmen erklären die Pflegekosten des Einzelfalls anscheinend nur unbefriedigend. Die gebräuchlichen Codes (ICD-Code, CHOP-Code) scheinen nur 20-30% der Varianz der Pflegekosten erklären zu können. Auf der Kostenträgerebene können Pflegeleistungen grundsätzlich

- a) undifferenziert über Umlageschlüssel oder
- b) differenziert auf den Einzelfall über eine patientenbezogene Leistungsstatistik der Pflegeleistungen (z.B. PRN, LEP, clipa etc.) einem Fall zugeordnet werden.

Beschluss des StA

1. Die Pflegeleistungen werden mit einem geeigneten Instrument leistungs- und fallbezogen erfasst. Sie berechnen sich auf Grund einer fallbezogenen Pflegeleistungserfassung mittels LEP, PRN oder eines Systems, das mindestens deren Standards entspricht (z.B. CLIPDA). Das Casemix-Büro entscheidet über die Zulässigkeit für die Referenzspitäler.
2. Eine angemessene Homogenität der Pflegekosten von Fällen in der gleichen SwissDRG-Fallgruppe wird auf der Ebene der Gruppierung gelöst. Das Teilprojekt 2 nimmt dazu die notwendigen Auswertungen vor.
3. Bei Vorliegen von leistungsbezogenen Pflegedaten und einem Set von Pflegeindikatoren wird von TP2/TP3 und später vom Casemix-Büro geprüft, ob und in welcher Weise pflegebezogene Elemente in einen Gruppierungsalgorithmus eingebaut werden können (**siehe Anhang**).

1.2 Kosten für ärztliche Leistungen

Ausgangslage

Bisher wurden die Kosten für ärztliche Leistungen im stationären Bereich nicht auf den Fall bezogen ausgewiesen. Eine Korrelation zwischen Relativgewicht und den Arztkosten ist aber nicht dokumentiert.

Für die leistungsgerechte Erfassung von Arztleistungen steht in der Schweiz einzig der Tarmed zur Verfügung. Sollte der TARMED für die Erfassung im stationären Bereich beigezogen werden, entsteht ein Widerspruch zur REKOLE; TARMED geht bei operativen Eingriffen von Standard-Schnitt-Naht-Zeiten aus; REKOLE hingegen fordert die Erfassung der effektiven Schnitt-Naht-Zeit.

Weitere Probleme:

- Zusatzversicherungshonorare müssen aus den Kosten herausgerechnet werden.
- Belegarztspitäler kennen häufig die Höhe der Arztrechnungen ihrer Belegärzte nicht, da diese selbständig Rechnung stellen.

Beschluss des StA

1. Referenzspitäler erfassen die ärztlichen Leistungen auf der Basis von REKOLE, d.h. anhand von TARMED oder effektiven Leistungszeiten.
2. Analog zu den pflegerischen Leistungen werden auch die ärztlichen Leistungen in der Kostenträgerrechnung pro Fall erfasst und ausgewiesen. Das Teilprojekt 3 schafft dazu die notwendigen Voraussetzungen.
3. Die Thematik „Abgrenzung / Schnittstellen in den Bereich der Zusatzversicherung“ gehört nicht in den engeren Aufgabenbereich von SwissDRG, weist aber wichtige Berührungspunkte zu SwissDRG auf. Unter dem Patronat von SwissDRG wird ein Workshop zu dieser Thematik organisiert.

1.3 Hotelleriekosten

Ausgangslage

Die Hotellerie-Kosten im Akutspitalbereich sind relativgewichtsrelevante Kosten. Sie fliessen über Umlageschlüssel in die Fallkosten ein und werden im DRG-System über das Relativgewicht entsprechend berücksichtigt. Für Hotellerie-Wahlleistungen werden Zusatz-entgelte verrechnet. Diese speziellen Wahlleistungen werden individuell (Selbstzahler oder Spitalzusatzversicherungen) abgerechnet.

Studien weisen darauf hin, dass eine Aufteilung der Vergütung in eine fallbezogene Fall-Teilpauschale und eine tagesbezogene Teilpauschale zu einer grösseren Kostenhomogenität der DRG-Fallgruppen führen könnte. Dabei ist jedoch zwischen chirurgischen DRG-Fallgruppen und internistischen DRG-Fallgruppen zu unterscheiden. Bei eher klaren chirurgischen Fällen wird die Bildung eines Tageselementes eher als verzerrend angesehen, wohingegen bei diffuseren, eher internistischen Diagnosen dem Tageselement mehr Berechtigung zugesprochen wird.

Die Diskussionen innerhalb der Teilprojektgruppe, aber auch innerhalb der jeweiligen Begleitgruppen der Projektträger, zeigen ein uneinheitliches Bild; einer erhöhten Homogenität der DRG-Fallgruppen steht die Verkomplizierung des DRG-Systems und eine damit schwindende Vergleichbarkeit mit anderen Systemen gegenüber. Die Einführung eines Teilelementes, das nach Tagen berechnet wird, widerspricht dem ursprünglichen DRG-Gedanken. Ausserdem wäre in diesem Fall wohl die Ausreisser-Regelung anzupassen.

Beschluss des StA

SwissDRG wird als integrales System eingeführt. Das Casemix-Büro wird beauftragt die Möglichkeit einer Tageskomponente zur Verringerung der Kostenvarianz zu prüfen.

1.4 Medikamente, Implantate und Spezialleistungen (z.B. Hämodialysen)

Ausgangslage

Medikamente und Implantate sind Teil der relativgewichtsrelevanten Kosten. Sie werden heute entsprechend bei der Berechnung der Relativgewichte berücksichtigt. Das ist unproblematisch, solange innerhalb einer DRG-Gruppe immer und immer gleich viele und gleichartige Medikamente und Implantate verwendet werden. Sind aber innerhalb einer Fallgruppe diese Kosten sehr inhomogen, kommt es zu Verzerrungen.

Lösungsansätze können sein:

- a) eine Verfeinerung der Abbildung der medizinischen Fälle über neue DRG-Fallgruppen, die jeweils Patienten mit gleichem Medikamenten-, Implantaten- resp. Spezialleistungen-Verbrauch beinhalten
- b) eine separate Abgeltung entweder nach Realkosten oder nach einem definierten Kostensatz (analog dem PLT-System im Kanton Zürich)
- c) analog Frankreich; die separate Verrechnung von teuren Implantaten erst ab einem bestimmten Betrag. Dabei sind die Implantate, bei denen diese Regelung zum Tragen kommen kann, in einer Liste definiert

Eine Regelung auf Basis der effektiven Kosten für Medikamente und Implantate pro Fall würde bedingen, dass diese im Spital auch fallbezogen erfasst werden. Die REKOLE sieht dies vor.

Sind teure Medikamente (insbesondere auch Blutprodukte), Implantate und Spezialleistungen in den DRG-Fallpauschalen inbegriffen, besteht die Gefahr einer Risikoselektion. (Verschiebungen der kostenträchtigen Behandlungen einer bestimmten DRG-Fallgruppe in den ambulanten Bereich (z.B. in der Onkologie) oder in andere Spitäler etc.).

Beschluss des StA

1. Die Frage einer Separatvergütung von Medikamenten, Implantaten und Spezialleistungen, bzw. der Schaffung von neuen DRG-Fallgruppen, wird im TP2 und später im Case-Mix-Office weiterbehandelt, sobald die Datenlage seriöse Aussagen zulässt. Einer Separatvergütung soll zugestimmt werden, wenn sich nach einer seriösen Daten gestützten Überprüfung zeigen sollte, dass eine Einpassung in die DRG-Vergütungslogik nicht zu bewerkstelligen ist (unter Umständen zum Beispiel bei der Behandlung von Bluterpatienten und bei Hämodialysen). Grundsätzlich sollen aber Lösungen favorisiert werden, in denen (falls überhaupt notwendig) neue DRG-Fallgruppen geschaffen werden.
2. Das TP2 prüft (unter anderem auch als Alternative zu einer Separatvergütung von Medikamenten und Implantaten), ob eine Ausreisserregelung für Kostenausreisser mit DRG-Fallgruppen spezifischen Schwellenwerten realisierbar wäre (anstelle einer z.B. auch im heutigen APDRG-System verwendeten Regelung auf der Basis von Aufenthaltstagen).

1.5 Intensivstation

Ausgangslage

Behandlungen in der Intensivstation sind relativgewichtsrelevante Kosten. In einigen Ländern ist man dazu übergegangen, DRG-Fallgruppen über die Erfassung von Aufenthaltstagen und Beatmungsstunden in der Intensivstation zu verfeinern. Dies führte zu einem höheren durchschnittlichen Relativgewicht (CW) für Intensivpatienten.

Auswertungen haben aber gezeigt, dass die Erfassung dieser Faktoren zu Fehlanreizen führen, d.h. zu längeren Aufenthalten in der Intensivstation und zu mehr Beatmungsstunden.

Die Erhöhung der Homogenität innerhalb der DRG-Gruppen sollte aus diesen Gründen über die Gruppierung und nicht über Sonderentgelte gelöst werden.

Beschluss des StA

1. Leistungen der Intensivstation sind in der DRG-Fallpauschale enthalten und werden nicht separat abgebildet.
2. In Ausnahmefällen können, um die Kostenhomogenität zu erhöhen, neue Fallgruppen gebildet werden. Diese Frage wird durch das Teilprojekt 2 abgeklärt.
3. Das TP2 prüft für schwerstbrandverletzte Patienten die in den Universitätsspitalern Lausanne und Zürich behandelt werden, ob hier eine Vergütung mit DRG-Fallpauschalen ebenfalls sinnvoll ist.

1.6 Behandlung von Säuglingen und Kindern

Ausgangslage

Säuglinge und Kinder haben in aller Regel keine oder wenige Komorbiditäten und sind dennoch in der Behandlung ausserordentlich aufwändig. Das Fehlen von Nebenerkrankungen führt zu einem niedrigen Relativgewicht trotz vergleichbar hohem Aufwand. Nebst der Tatsache, dass Behandlungen nicht in einer vergleichbaren Routine wie bei Erwachsenen geschehen können, ist die ganze Umfeldarbeit (Elterngespräche, Schule etc.) sehr intensiv. Diese beiden Faktoren führen dazu, dass die Behandlung von Säuglingen und Kindern im DRG generell unzureichend abgegolten wird.

Beschluss des StA

Die Behandlung dieser Frage wird an das TP2 weitergeleitet.

2. Behandlung von in der Relativgewichtsberechnung nicht anrechenbaren Kostenelementen

Allgemeines zu den Kapiteln 2.1. bis 2.4.

Die am 1. Januar 2003 in Kraft getretene VKL definiert die Aufwendungen für Lehre und Forschung gemäss Artikel 49 KVG. Zusammengefasst, gelten als Lehre die Aufwendungen für die Aus- und Weiterbildung des medizinisch-akademischen, pflegerischen, medizinisch-technischen und medizinisch-therapeutischen Personals. Die Forschung umfasst die Aufwendungen für systematische schöpferische Arbeiten und experimentelle Entwicklung zwecks Erweiterung des Kenntnisstandes sowie deren Verwendung mit dem Ziel, neue Anwendungsmöglichkeiten zu finden. Als Kosten für Lehre und Forschung gelten auch die indirekten Kosten.

VKL Art. 7 Kosten für Lehre und Forschung

¹ Die Kosten für die Lehre nach Artikel 49 Absatz 1 des Gesetzes umfassen die Aufwendungen für:

- a. die theoretische und praktische Ausbildung der Studierenden der Medizin bis zum Erwerb des Staatsexamens;
- b. die Weiterbildung der Ärzte und Ärztinnen bis zum Erwerb eines Facharzttitels;
- c. die Aus- und Weiterbildung des übrigen medizinischen akademischen Personals;
- d. die theoretische und praktische Aus- und Weiterbildung des Pflegepersonals;
- e. die theoretische und praktische Aus- und Weiterbildung des Personals medizinisch-technischer und medizinisch-therapeutischer Fachbereiche.

² Die Kosten für die Forschung nach Artikel 49 Absatz 1 des Gesetzes umfassen die Aufwendungen für systematische schöpferische Arbeiten und experimentelle Entwicklung zwecks Erweiterung des Kenntnisstandes sowie deren Verwendung mit dem Ziel, neue Anwendungsmöglichkeiten zu finden. Darunter fallen Projekte, die zur Gewinnung wissenschaftlicher Erkenntnisse sowie zur Verbesserung der Prävention, der Diagnostik und Behandlung von Krankheiten ausgeführt werden.

³ Als Kosten für Lehre und Forschung gelten auch die indirekten Kosten sowie die Aufwendungen, die durch von Dritten finanzierte Lehr- und Forschungstätigkeiten verursacht werden.

Rechtsprechung

Lehre und Forschung: Die gesetzliche Vorschrift erlaubt keine Sollberechnung der Kosten für Lehre und Forschung, sondern verlangt ihren Abzug in der effektiven Höhe zur Ermittlung der anrechenbaren Kosten. Solange dies nicht möglich ist, ist ein Abzug als Korrektiv gerechtfertigt. Gemäss Bundesratspraxis in Beschwerdeverfahren fallen nicht nur die universitäre Lehre und Forschung darunter, sondern auch die Ausbildung von nichtakademischem Personal. Auszuscheiden seien neben den Sachkosten zur aus- und weiterbildenden Tätigkeit, auch die Lohnbestandteile von Personen, die gemäss Pflichtenheft ganz oder teilweise ausbildnerische Aufgaben haben.

Werden die vollständigen und effektiven Kosten der Lehre und Forschung in den Kostenrechnungen der Spitäler nicht ausgewiesen, sind subsidiär nach der Praxis des Bundesrates folgende normative Abschlagsätze anzuwenden:

Universitätsspitäler	25% auf dem Gesamtbetriebsaufwand
Spitäler mit mehr als 125 Betten	5% auf den Personalkosten
Spitäler mit zwischen 75 und 125 Betten	2% auf den Personalkosten
Spitäler mit weniger als 75 Betten	1% auf den Personalkosten

2.1 Universitäre Lehre und Forschung

Ausgangslage

Die Kosten für universitäre Lehre und Forschung sind nicht anrechenbare Kosten nach KVG und sind entsprechend bei der Tariffberechnung auszuscheiden.

Es gibt hierfür keine Erfassungsmethoden und es bestehen keine gesicherten Erkenntnisse aus bisherigen Studien dazu. Da die vollständigen und effektiven Kosten der Lehre und Forschung in den Kostenrechnungen der Spitäler nicht ausgewiesen werden können, werden subsidiär nach der Praxis des Bundesrates normative Abschlagsätze angewendet. Auch dieses Verfahren/Vorgehen ist aber äusserst ungenau.

Beschluss des StA

1. Im Prinzip werden die Kosten für universitäre Lehre und Forschung für die RGB nicht ausgeschieden. Im TP3 müssen aber diesbezüglich Plausibilitätsbetrachtungen vorgenommen werden (wie gross wären die Auswirkungen auf die Höhe einzelner Relativgewichte, wenn die Kosten für universitäre Lehre und Forschung mit unterschiedlichen Methoden ausgeschieden würden? Mit welcher Methode wären die Relativgewichte am plausibelsten?). Allfällige mit Hilfe dieser Plausibilitätsbetrachtungen festgestellte Verzerrungen müssen von TP3 im Rahmen der RGB bestmöglich korrigiert werden.
2. Die Kosten für Lehre und Forschung müssen bei der Berechnung des tarifwirksamen Basispreises im Rahmen eines Benchmarking auf der Grundlage der KVG-Gesetzgebung ausgeschieden werden (und zwar unabhängig davon, ob und wie dies bei der RGB der Fall war oder nicht).

2.2 Nichtuniversitäre Ausbildung

Ausgangslage

Der Begriff „nichtuniversitäre“ Ausbildung ist eine Frage der Interpretation der VKL und muss schweizweit einheitlich definiert werden können. Insbesondere stellt sich z.B. die Frage, welcher Stufe die Ausbildungen auf dem Niveau „Fachhochschule“ zugesprochen werden sollen.

Die Kosten für die nichtuniversitäre Ausbildung werden zur Zeit noch nicht ausgeschieden und sind in der Berechnung der Relativgewichte entsprechend berücksichtigt. In den Spitälern gibt es hierfür keine Erfassungsmethoden und es bestehen keine gesicherten Erkenntnisse aus Studien dazu. Bei der Ermittlung der anrechenbaren Kosten für die KVG-Tarife wird daher ein normativer Abzug für Forschungs- Aus- und Weiterbildungsleistungen für Universitätsspitäler von 25%, für Nicht-Universitätsspitäler von 5% vorgenommen.

Beschluss des StA

Es wird analog vorgegangen wie für die Lehre und Forschung in Punkt 2.1.

2.3 Weiterbildung ärztliches Personal

Ausgangslage

Gemäss Artikel 7 VKL „Kosten für Lehre und Forschung“ Absatz 1: Die Kosten für Lehre nach Artikel 49 Absatz 1 des Gesetzes umfassen die Aufwendungen für:

- b) die Weiterbildung der Ärzte und Ärztinnen bis zum Erwerb des Facharzttitels
- c) die Aus- und Weiterbildung des übrigen medizinischen akademischen Personals.

(Siehe 2.1)

Diese Kosten werden in der Regel zur Zeit noch nicht ausgeschieden und in der Berechnung der Relativgewichte daher einbezogen. In den Spitälern gibt es hierfür keine Erfassungsmethoden und es bestehen keine gesicherten Erkenntnisse aus bisherigen Studien dazu.

Bei der Ermittlung der anrechenbaren Kosten für die Sozialversicherungs-Tarife wird daher ein normativer Abzug für Forschungs-, Aus- und Weiterbildungsleistungen für Universitäts-spitäler von 25%, für Nicht-Universitätsspitäler von 5% vorgenommen.

Beschluss des StA

Es wird analog vorgegangen wie für die Lehre und Forschung in Punkt 2.1.

2.4 Weiterbildung nichtärztliches Personal

Ausgangslage

Gemäss Artikel 7 KVL „Kosten für Lehre und Forschung“ Absatz 1: Die Kosten für Lehre nach Artikel 49 Absatz 1 des Gesetzes umfassen die Aufwendungen für:

- d) die theoretische und praktische Aus- und Weiterbildung des Pflegepersonals
- e) die theoretische und praktische Aus- und Weiterbildung des Personals medizinisch-technischer und medizinisch-therapeutischer Fachbereiche.

Diese Kosten werden zur Zeit noch nicht ausgeschieden und in der Berechnung der Relativgewichte einbezogen. In den Spitälern gibt es hierfür keine Erfassungsmethoden und es bestehen keine gesicherten Erkenntnisse aus bisherigen Studien dazu.

Bei der Ermittlung der anrechenbaren Kosten für die Sozialversicherungs-Tarife wird daher ein normativer Abzug für Forschungs-, Aus- und Weiterbildungsleistungen für Universitäts-spitäler von 25%, für Nicht-Uni-Spitäler von 5% vorgenommen.

Die Arbeitsgruppe ist sich mehrheitlich einig, dass trotz entsprechender gesetzlicher Vorschriften, die Weiterbildung des nichtärztlichen Personals sozialversicherungsrechtlich anrechenbare Betriebskosten darstellen sollte.

Trotzdem erfolgt untenstehender Antrag an PLG/StA.

Beschluss des StA

Es wird analog vorgegangen wie für die Lehre und Forschung in Punkt 2.1.

2.5 Notfall-Vorhalteleistungen

Ausgangslage

Siehe „Allgemeines“.

Beschluss des StA

1. Für die RGB werden die Kosten für Notfall-Vorhalteleistungen nicht ausgeschieden.
2. Da die Kosten für die RGB nicht ausgeschieden werden, muss die Frage der Notfall-Vorhalteleistungen in einem Benchmarking (im Rahmen der Bestimmung des tarif-wirksamen Basispreises) berücksichtigt werden.

2.6 Investitionskosten

Ausgangslage

KVG Art. 49 Abs. 1 Tarifverträge mit Spitälern

Die anrechenbaren Kosten werden bei Vertragsabschluss ermittelt. Betriebskostenanteile aus Überkapazität, Investitionskosten sowie Kosten für Lehre und Forschung werden nicht angerechnet.

VKL Art. 8 Investitionen

Als Investitionen im Sinne von Artikel 49 Absatz 1 des Gesetzes gelten Mobilien, Immobilien und sonstige Anlagen, die zur Erfüllung des Leistungsauftrages nach Artikel 39 Absatz 1 Buchstabe e des Gesetzes notwendig sind. Dazu gehören neben den Kaufgeschäften sämtliche Miet- und Abzahlungsgeschäfte.

VKL Art. 10 Spitäler

³ Zur Ermittlung der Kosten für Anlagenutzung ist eine Anlagebuchhaltung zu führen. Objekte mit einem Anschaffungswert von 3000 Franken und mehr gelten als Investitionen nach Artikel 8.

In Rahmen des Sozialversicherungsrechts ist derzeit einzig bei nicht subventionierten Privatspitälern ein Einbezug der Investitionskosten in die anrechenbaren Kosten vorgesehen, hingegen nicht bei öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitälern (Ausnahme UVG: Ausserkantonale Patienten).

Die Investitionskosten werden bei der Berechnung der APDRG-Relativgewichte nicht berücksichtigt.

Im Rahmen der KVG-Revision hat der Bundesrat einen Vorschlag unterbreitet, wonach in der Tarifberechnung zwischen Betriebs- und Investitionskosten nicht mehr unterschieden werden soll. Grund dafür ist nicht zuletzt, dass die Grenzen zwischen Investitionskosten und Betriebskosten immer fließender werden und somit die Berücksichtigung der einen aber nicht der anderen zu Verzerrungen führen kann.

Beschluss des StA

1. Obwohl dies wünschbar wäre, werden die Investitionskosten, analog zur Situation der Kostenübernahme bei den Sozialversicherern, für die RGB nicht berücksichtigt (d.h. sie werden ausgeschlossen).
2. Es wäre sinnvoll, wenn die Investitionskosten zu einem späteren Zeitpunkt für die RGB berücksichtigt würden.
Hierfür muss seitens TP3 das Data Set angepasst werden.

2.7 Überkapazitäten

Ausgangslage

KVG Art. 49 Abs. 1 Tarifverträge mit Spitälern

Die anrechenbaren Kosten werden bei Vertragsabschluss ermittelt. Betriebskostenanteile aus Überkapazität, Investitionskosten sowie Kosten für Lehre und Forschung werden nicht angerechnet.

Überkapazitäten können mit einer Kostenrechnung nicht ausgeschieden werden.

Beschluss des StA

1. Die Problematik von Überkapazitäten kann nur mit Benchmarking-Modalitäten gelöst werden, welche die Tarifpartner auf der Ebene der Tarifverträge auszuhandeln hätten.
2. Die Kennzahl der „Bettenbelegung“ kann als Sekundärindikator beigezogen werden.

3. Abbildung von Innovationen in den Relativgewichten

Ausgangslage

In der Krankenversicherung werden neue Leistungen erst dann kostenpflichtig, wenn die Kriterien nach Artikel 32 KVG (Wirksamkeit, Zweckmässigkeit, Wirtschaftlichkeit) erfüllt sind. Wird dies bestritten, muss über die Leistungspflicht entschieden werden (Art. 33 KVG).

Innovation ist heute als solche für den Kostenträger nicht oder kaum zu erkennen, solange Pauschalen oder Analogpositionen zur Anwendung kommen.

Beschluss des StA

Die Frage, wie am Besten gewährleistet werden kann, dass Änderungen der medizinischen Praxis (Innovationen) in den Relativgewichten berücksichtigt werden, soll von TP4 (Aufgabenstellung an das zukünftige Case-Mix-Office) weiter behandelt werden.

4. Abgrenzungsfragen

4.1 Kosten Rettungsdienste

Ausgangslage

Angeordnete oder medizinisch indizierte Sekundärtransporte sind Teil der Fallkosten und werden von den Versicherern gemäss der Sozialversicherungsgesetzgebung berücksichtigt (d.h. sie werden nicht ausgeschieden).“

Beschluss des StA

1. Primärtransporte sind vorstationäre Leistungen und somit nicht Bestandteil der DRG-Pauschale.
2. Die Übernahme der Kosten der Sekundärtransporte ist eine Frage der Falldefinition. Sekundärtransporte werden grundsätzlich im Relativgewicht des verlegenden Spitals eingerechnet.
3. Bei Sekundärtransporten fallen keine eigentlichen Bereitschaftskosten an, da diese Transporte planbar sind. Die effektiven Transportkosten sind somit Bestandteil der DRG-Pauschale.

4.2 Einbezug von tagesstationären Fällen

Ausgangslage

Das DRG-Vergütungssystem ist für stationäre Fälle geschaffen worden. Die Frage der Abgrenzung gegenüber tagesstationären Fällen ist eine Frage der Falldefinition. Der Fall kann nach verschiedenen Kriterien definiert werden (Zeit, Diagnose etc.).

Die Abgrenzung gegenüber tagesstationären Fällen muss auf den gesetzlichen Grundlagen (VKL) basieren und wird im Dokument „Falldefinitionen, Fallabgrenzungen und Abrechnungsregeln“ behandelt.

Beschluss des StA

1. Die VKL wird angewendet.
2. Das Teilprojekt 3 klärt ab, ob bei den erfassten Fallkosten die VKL-Definition angewendet wurde. Kommen bei der Datenerfassung unterschiedliche Definitionen zur Anwendung, kommt es zu Verzerrungen und zu einer fehlenden Vergleichbarkeit der Relativgewichte. Die Daten liefernden Spitäler müssen sich alle an die gleichen Definitionen der VKL halten.

4.3 Kostenausscheidung ambulante Leistungen

Ausgangslage

Die Abgrenzung gegenüber ambulanten Leistungen wird heute über die Falldefinition und die Kostenträgerrechnung gelöst. Ambulante Leistungen sind den Kostenträgern zuzuordnen und werden bei der Taxberechnung ausgeschieden.

Beschluss des StA

Die Kostenausscheidung der ambulanten Leistungen erfolgt im Rahmen der Kostenrechnung.

4.4 Kostenausscheidung Zusatzversicherte

Ausgangslage

Nach der Rechtsprechung des Bundesrates sind die Kosten sämtlicher für die KVG-Tarife nicht anrechenbarer Leistungen effektiv auszuscheiden.

Beschluss des PLG (26.08. 2005)

Keine Weiterbehandlung im SwissDRG.

B. Empfehlungen für die Berechnung des Basispreises

5. Differenzierung des Basispreises nach Region und Spitalkategorie

Ausgangslage Regionale Differenzierung

Im heutigen System (Kostenumlageprinzip) werden die Tarife sowohl im Krankenversicherungs- wie auch im Unfallversicherungsbereich nach Spitälern oder Regionen differenziert.

In Deutschland sind alle Spitäler bei der Einführung der DRGs ihrem individuellen Basispreis (im DRG-System auch Baserate oder Basisfallwert genannt) gestartet und werden sich in eine Zeitspanne von 5 Jahren auf einen landesweit einheitlichen Basispreis eintarieren (Konvergenzphase).

Ausgangslage Differenzierung nach Spitalkategorie

Der Begriff „Spitalkategorie“ ist als „Versorgungsstufe“ gemäss der Spitaltypisierung des BFS zu verstehen. Gemäss Rechtssprechung des Bundesrates sind die gleichen Pauschalen für eine Gruppe von Spitälern ausnahmsweise anwendbar, wenn bei vergleichbarer Struktur der Institutionen vergleichbare Kosten ausgewiesen werden.

Unterschiedliche Basispreise für ein und dieselbe DRG-Fallgruppe können grundsätzlich nur aufgrund von „unterschiedlichen Leistungsangeboten“ begründet werden. Das Ziel der Leistungsfinanzierung gemäss dem Prinzip „gleiche Vergütung für gleiche Leistungen“, ist aber unabhängig von der Spitalkategorie nur langfristig umsetzbar.

Zwar bewirkt die Ausscheidung der Lehre und Forschung eine Annäherung der schweregradbereinigten Fallkosten von Universitätsspitälern und anderen Spitälern. Empirische Untersuchungen zeigen indessen auch nach Abzug eines 25%-Anteils für Lehre und Forschung bei den Uni-Spitälern Basispreisdifferenzen, die nicht mit einer (behebbarer) ineffizienteren Leistungserbringung zu erklären sind.

Zudem sind DRG-Systeme ursprünglich für Allgemeinspitäler konstruiert worden, die ein breites Patientengut haben und nicht für hochspezialisierte Kliniken oder Spitäler mit Monodisziplinen.

Beschluss des StA

Im Projektverlauf soll die mögliche Notwendigkeit einer Differenzierung nach Region resp. Spitalkategorie abgeklärt werden.

6. Betriebsvergleich, Benchmarking und DRG-Systemindikatoren

Allgemeines:

KVG Art. 49 Tarifverträge mit Spitälern

⁷ Die Kantonsregierungen und, wenn nötig, der Bundesrat ordnen Betriebsvergleiche zwischen Spitälern an. Die Spitäler und die Kantone müssen dafür die nötigen Unterlagen liefern. Ergibt der Betriebsvergleich, dass die Kosten eines Spitals deutlich über den Kosten vergleichbarer Spitäler liegen, oder sind die Unterlagen eines Spitals ungenügend, so können die Versicherer den Vertrag nach Artikel 46 Absatz 5 kündigen und der Genehmigungsbehörde (Art. 46 Abs. 4) beantragen, die Tarife auf das richtige Mass zurückzuführen.

Die Analogen Bestimmungen in der Revisionsvorlage (Botschaft BR) lauten:

⁷ Die Spitäler verfügen über geeignete Führungsinstrumente; insbesondere führen sie nach einheitlicher Methode zur Ermittlung ihrer Betriebs- und Investitionskosten und Erfassung ihrer Leistungen eine Kostenrechnung und eine Leistungsstatistik. Diese beinhalten alle für die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit, für Betriebsvergleiche, für die Tarifierung und für die Spitalplanung notwendigen Daten. Die Kantonsregierung und die Vertragsparteien können die Unterlagen einsehen.

⁸ Die Kantonsregierungen und, wenn nötig, der Bundesrat ordnen Betriebsvergleiche zwischen Spitälern an. Die Spitäler und die Kantone müssen dafür die nötigen Unterlagen liefern. Ergibt der Betriebsvergleich, dass die Kosten eines Spitals deutlich über den Kosten vergleichbarer Betriebe liegen, oder sind die Unterlagen eines Spitals ungenügend, so können die Versicherer den Vertrag nach Artikel 46 Absatz 5 kündigen und der Genehmigungsbehörde (Art. 46 Abs. 4) beantragen, die Tarife auf das richtige Mass zurückzuführen.

Rechtsprechung

Betriebsvergleiche (Art. 49 Abs. 7 KVG) : Ein vollständig transparenter Kostennachweis bietet keine Garantie für eine volle Kostendeckung, ein Abzug wegen mangelnder Wirtschaftlichkeit auf den anrechenbaren Kosten bleibt möglich. Die Überprüfbarkeit des Kostenniveaus ist nur im Vergleich zu Spitälern der gleichen Versorgungsstufe mit vergleichbarem Leistungsangebot und Patientengut möglich (Leistungsspektrum).

VKL Art. 2 Abs. 2 Ziele

² Die Unterscheidung und Bestimmung der genannten Kosten und Leistungen soll erlauben:

- a. die Bildung von Kennzahlen;
- b. Betriebsvergleiche auf regionaler, kantonaler und überkantonaler Ebene zur Beurteilung von Kosten und Leistungen;

Ausgangslage

Benchmarking wird schon in der heutigen Rechtsprechung vom Preisüberwacher und vom Bundesrat angewendet.

In neuesten Bundesrats-Entscheiden nimmt der BR erneut Betriebsvergleiche vor und vergleicht die Spitäler nach den BFS-Kategorien.

Grundsätzlich kann zwischen Systemindikatoren (Verlegungsquote, Wiedereintrittsrate, Belegungsquote, Ausreisserquote, CMI, usw.) und Wirtschaftlichkeitsindikatoren unterschieden werden.

Beschluss des StA

TP4 wird ein Positionspapier zum Thema Betriebsvergleich, Benchmarking und DRG-Systemindikatoren erstellen.

Anhang: Vorschlag Umsetzung 1.1 Kosten Pflegeleistungen, Pflegeindikatoren

Vorschlag SBK-ASI, schriftlich eingereicht am 17. Juni 2005, Dieter Baumberger, Mitglied PLG

Phase 1:				
Dauer: 2006 - 2007 / bis Einführung SwissDRG Version 1				
Thema	Ziel	Aufgaben/Massnahmen	wann	wer
1.1 - Lösungsansatz 2: Homogenität Pflegekosten innerhalb einer DRG-Fallgruppe	Sicherstellung einer genügend grossen Homogenität der Pflegekosten muss innerhalb der DRG-Fallgruppen gewährleistet sein	Durchführung quantitativer Tests pro DRG des zur Auswahl stehenden Systems: <ul style="list-style-type: none"> • Homogenität/Varianzreduktion der Pflegeleistungen und -kosten (CV, R²; PRN, LEP und vergleichbare Systeme) • proportionaler Anteil Ausschluss Pflegeleistungen/-kosten bei Trimmung (Summe untrimmed/trimmed von PRN, LEP und vergleichbaren Systemen) 	2006/	TP-2 ggf. bereits TP-4/ Casemix Office
1.1 - Lösungsansatz 3: Entwicklung Pflegeindikatoren	In einer Weiterentwicklung von SwissDRG sollen Pflegeindikatoren in die Gruppenbildung einfließen	<ul style="list-style-type: none"> • Identifikation von DRGs und Pflegeleistungen/-kosten, deren Varianzreduktion und Homogenität unbefriedigend ist Datengrundlage in Referenzspitälern für Tests von Pflegeindikatoren ¹ schaffen Beginn mit quantitativen Tests von Pflegeindikatoren: Der Effekt auf die Varianzreduktion/Homogenität der Pflegeleistungen und -kosten in DRGs wird untersucht <ul style="list-style-type: none"> • Erste Ergebnisse liegen vor und sind interpretiert/diskutiert 	2007	TP-3 TP-2/ Casemix Office

¹ Zur Überprüfung eignen sich Pflegeindikatoren aus

- aktuellen Projekten, z.B. nationales Projekt NURSING data (Schlussbericht Mitte 2006), Nutzung von Datenschnittstellen in den Referenzspitälern
- Systemen wie ICF, ADL-Index, NANDA, FIM-Index

Phase 2:

Dauer: 2008 – 2009 / Weiterentwicklung SwissDRG Version 1 und folgende

Thema	Ziel	Aufgaben/Massnahmen	wann	wer
1.1 - Lösungsansatz 3: Entwicklung Pflegeindikatoren	In einer Weiterentwicklung von SwissDRG sollen Pflegeindikatoren in die Gruppenbildung einfließen	Weiterführung der Tests von Pflegeindikatoren: Effekt auf die Varianzreduktion/Homogenität der Pflegeleistungen und -kosten in DRGs	2008	Casemix Office / Nachfolgeorganisation
		Entscheid, welche Pflegeindikatoren gewählt werden und wie sie in das SwissDRG-System integriert werden		
		Einbau von Pflegeindikatoren in SwissDRG	2009	