

Umsetzung der Massnahmen zur Verbesserung der Datenqualität

Der Verwaltungsrat der SwissDRG AG hat am 19.4.2011 Massnahmen zur Verbesserung der Datenqualität beschlossen.

1. Vollerhebung

Gemäss Auflagen vom BAG soll die SwissDRG-Tarifstruktur schnellst möglich ausschliesslich auf Schweizer Daten berechnet werden und entsprechend Art. 49 Abs. 2 KVG eine Vollerhebung durchgeführt werden.

Ab dem Rechnungsjahr 2011, d.h. der Erhebung 2012 soll vom heutigen Prinzip einer Teilerhebung bei sogenannten Netzwerkspitälern abgewichen auf eine Vollerhebung bei allen akutsomatischen Spitälern, welche unter den Anwendungsbereich von SwissDRG fallen, umgestellt werden.

Eine nicht Teilnahme oder eine unzureichende Datenqualität können seitens der SwissDRG AG nicht sanktioniert werden. Die SwissDRG AG veröffentlicht zur Publikation der Katalogversion die Liste derjenigen Spitäler, deren Daten für die Systementwicklung und Kalkulation verwendet werden konnten. Dabei sind drei generell Kriterien vom jeweiligen Spital einzuhalten:

1. Lieferformat
2. Liefertermin inkl. Mahnfristen
3. Keine systematischen Fehler, die zum Ausschluss von mehr als 50% der Patientendatensätze führen

Die Gründe für eine Nicht-Berücksichtigung werden dem Spital und den Partnern schriftlich mitgeteilt.

Die Umstellung auf eine Vollerhebung setzt voraus, dass alle Schweizer somatischen Akutspitäler frühzeitig über den zwingenden Charakter der Erhebung gemäss Art. 49 Abs. 2 KVG informiert werden. Ein Rundschreiben an die Schweizer Spitäler wurde am 8. Juli 2011 versandt. Zudem wird die Dokumentation zur Erhebung bereits Ende Oktober des Vorjahres publiziert, damit die neuen Spitäler frühzeitig mit der Vorbereitung der Erhebung beginnen können. Darin wird nochmals explizit darauf hingewiesen, dass Medikamente und Implantate auf den Fall erhoben werden sollen.

2. Verbindlichkeit von REKOLE® für die Kostenträgerrechnung

Gemäss Auflagen des BAG, gestützt auf Art. 49 Abs. 7 KVG, soll die Datenqualität mittels einheitlichen Kalkulationsvorgaben verbessert werden. Die uneinheitlichen Kostenträgermethoden führen zurzeit zu einer erheblichen Kostenheterogenität, welche keine durchwegs aufwandgerechte Vergütung mittels DRGs erlaubt.

Die Verbindlichkeit von REKOLE® als Methode für die Kostenträgerrechnung erfolgt in 2 Schritten.

- A) Verbindlichkeit des SwissDRG-Formats für die Kostendaten, welches auf REKOLE® basiert: ab dem Rechnungsjahr 2011, d.h. der Erhebung 2012. Bis zur Erhebung 2013 (Datenjahr 2012) werden weitere Formate soweit akzeptiert, wie diese in das SwissDRG Format konvertiert werden können.
- B) Verbindlichkeit von REKOLE® als einheitliche Methode für die Erstellung der Kostenträgerrechnung: ab dem Rechnungsjahr 2013, d.h. der Erhebung 2014.

Zurzeit werden zwei verschiedene Datenformate für die SwissDRG-Erhebung zugelassen. Einerseits das auf REKOLE® abgestützte SwissDRG-Format und andererseits das von der Gesundheitsdirektion Zürich vorgegebene PRISMA-Format, das beim Datenimport mit in das SwissDRG-Format übergeleitet wird. Dabei ist der Detaillierungsgrad des Prisma-Formats teilweise abweichend, was zu Unschärfen führt (z.B. keine Kostenstelle für Dialysen oder Vermischung von Medikamenten und medizinischem Material). Diese Informationen wären in der Kostenträgerrechnung der Spitäler jedoch vorhanden.

Ab dem Rechnungsjahr 2012, d.h. der Erhebung 2013 soll REKOLE® ebenfalls für die Erstellung der Kostendaten, d.h. die Verrechnungsschlüssel der Kostenträgerrechnung, die Berechnung der Anlagenutzungskosten, usw. als verbindlich erklärt werden. Ab diesem Zeitpunkt, werden die Plausibilisierungen und die Fallausscheidung für die Kalkulation der Tarifstruktur nicht mehr auf eventuelle nicht REKOLE® kompatiblen Spitaleigenheiten angepasst.

REKOLE® wird als für die Zwecke der Tarifsstrukturpflege verbindliche und einheitliche Kostenträgermethode eingeführt. Dies benötigt ein koordiniertes Vorgehen zwischen H+ und der SwissDRG AG, damit zukünftige Entwicklungen in REKOLE® auch weiterhin mit der Entwicklung der SwissDRG-Tarifstruktur vereinbar sind. Die für die Tarifverhandlungen massgebende Berechnungsgrundlage hingegen kann nicht von der SwissDRG AG festgelegt werden.

Gemäss Diskussionen in der Kerngruppe wurde zudem ersichtlich, dass zudem eine REKOLE®-Zertifizierung als Voraussetzung für eine Teilnahme an der SwissDRG-Erhebung erwünscht wird. Diese beiden Aspekte werden in den kommenden Monaten zwischen H+ und der SwissDRG AG zu regeln sein. Der Verwaltungsrat wird diesbezüglich regelmässig durch den Geschäftsführer informiert.

3. Präzisierung der Mindestschwelle in REKOLE®

In REKOLE® wird die ABC-Methode als Mindestschwelle für eine Erfassung der Medikamente und Implantate als Einzelkosten definiert. Diese Methode erlaubt jedoch keine einheitliche Interpretation und führt zu unterschiedlichen Schwellenwerten in den Spitälern.

In ihrer Erhebungsdokumentation präzisiert die SwissDRG AG deshalb zurzeit eine Mindestschwelle von CHF 1000.- (Kosten der gesamten Behandlung). Die SwissDRG AG arbeitet (gerade im Hinblick auf die Vollerhebung, siehe Punkt 1) darauf hin, dass in Zukunft auf der Stufe REKOLE® national einheitliche Vorgaben gemacht werden. Über derartige Anpassungen bzw. Anträge der SwissDRG AG an REKOLE® hat der Verwaltungsrat zu entscheiden.

4. Erfassung der Kosten für teure Medikamente und Implantate

Die Berechnung der aktuellen Zusatzentgelte und Überprüfung der Einführung zukünftiger Zusatzentgelte verlangt präzise Angaben über die Kosten einzelner Medikamente oder Implantate. In den Kostendaten können diese Informationen bisher nicht in der erforderlichen Tiefe auf Fall-ebene identifiziert werden.

Die SwissDRG AG legt in ihrer Erhebungsdokumentation fest, für welche Sachgüter eine fallbezogene / detaillierte Kostenzurechnung vorzunehmen ist. Neben den Produkten der Medikamentenliste umfasst dies Produkte der Implantatliste sowie einzelne teure Verfahren wie z.B. Dialysen, ECMO.

Ab dem Rechnungsjahr 2011 wird die Detailerhebung mit den Fallkosten der VAD (Kunstherzen) und Gerinnungsfaktoren gemäss Liste der Zusatzentgelte (Anlage 3 des Fallpauschalenkatalogs) als zusätzliche Datei in die reguläre Datenerhebung integriert.

Zudem werden die tatsächlich anfallenden Kosten für die Produkte aus der SwissDRG-Medikamentenliste sowie der SwissDRG-Implantatliste in dieser Detailerhebung erhoben.

Für teure Medikamente gibt es keine Möglichkeit, mit der zur Verfügung stehenden Prozedurenklassifikation CHOP die Produkte verursachungsgerecht dem Behandlungsfall zu zuordnen und diese Daten dann der SwissDRG AG zu übermitteln. Das bedeutet, über den im Patientendatensatz vorliegenden CHOP-Kode konnten bisher keine Behandlungsfälle identifiziert werden, die ein bestimmtes teures Medikament erhalten haben. Mit Verwendung eines leistungsbezogenen Vergütungsmodells war zwingend eine Anpassung notwendig.

Deshalb wurde die SwissDRG-Medikamentenliste etabliert. Auf dieser Liste sind bestimmte teure Medikamente inklusive eines Kodes für die Übermittlung der Informationen im Rahmen der Medizinischen Statistik verzeichnet. Die SwissDRG-AG weist an dieser Stelle darauf hin, dass es sich bei dieser Liste um **keine Liste der zu etablierenden Zusatzentgelte** handelt.

Diese Liste erlaubt eine Erfassung der Medikamente auf den Behandlungsfall und damit eine Selektion von Fällen mit dem Identifikationsmerkmal „teure Medikamente“.

Die SwissDRG-Medikamenten- und Implantatelisten werden seitens der SwissDRG unter Einbezug der Partner (Antragsverfahren) gepflegt.

5. Erfassung der Kosten für Dialysen

Zurzeit werden die Beträge der Zusatzentgelte für Dialysen aus dem deutschen Fallpauschalenkatalog helvetisierend übertragen. Hierzu wurden die Zusatzentgelte einerseits mit dem Euro-Wechselkurs, andererseits aber auch mit dem Helvetisierungsfaktor multipliziert.

Unter der Voraussetzung die Tarifstruktur schnellstmöglich auf Schweizer Daten zu ermitteln, ist eine zusätzliche Erhebung erforderlich. Neben der Berechnung der Höhe der Zusatzentgelte, soll diese ebenfalls eine Bereinigung der Dialysekosten auf Fallebene erlauben, damit keine verzerrte Vergütung verursacht wird.

Zur Berechnung der Dialysen wird eine Erhebung auf Spitalenebene durchgeführt. Diese Erhebung wird ab dem Rechnungsjahr 2011 als Detailerhebung in die reguläre Erhebung eingeführt.

Auf Fallebene werden gemäss REKOLE® die Kosten der Kostenstelle für Dialysen ausgewiesen. Einzelkosten für Medikamente und medizinisches Material, sowie Dialyseleistungen, welche auf anderen Kostenstellen (z.B. Intensivstation) durchgeführt werden, werden nicht unter Dialysen aufgeführt. Demnach können die Dialysekosten auf Fallebene nicht mittels der Kostenstelle für Dialysen bereinigt werden.

Der Ausschluss der Dialyseleistungen auf Fallebene für die Berechnung der Kostengewichte erfolgt durch einen kalkulatorischen Abzug der Dialysekosten gemäss Schätzung auf Spitalenebene. Das gleiche Vorgehen wird für andere aufwendige Verfahren wie Apheresen und Lungensersatzverfahren (ECMO) angewendet.

6. Ablauf, Kompetenzen und Zeitplan zur Etablierung von allfälligen Zusatzentgelten

Grundsätzlich sollte der Massgabe Rechnung getragen werden, die Anzahl von Zusatzentgelten niedrig zu halten. Das bedeutet, nur so viele Zusatzentgelte wie nötig zu etablieren, um eine sachgerechte Abbildung der Behandlungsfälle zu erlauben. Mit einer begrenzten Anzahl an Zusatzentgelten wird es möglich sein, die Kostenhomogenität in einzelnen DRGs zu verbessern. Damit nähert sich die SwissDRG-Tarifstruktur weiter ihrem Ziel, einem pauschalierenden ressourcenbezogenem Abgeltungssystem für alle Behandlungsfälle der stationären akutsomatischen Fälle inklusive komplexer und spezialisierter Fälle an.

Zusatzentgelte sind Bestandteil der Tarifstruktur und damit untrennbar mit der Weiterentwicklung und Pflege der Tarifstruktur verknüpft. Zusatzentgelte dürfen nur dann vorgeschlagen werden, wenn:

- die zusatzentgeltfähige Leistung bei mehreren DRGs auftritt
- es sich um eine definierbare Leistung handelt (z.B. über CHOP-Kode)
- diese Leistung sporadisch auftritt ohne feste Zuordnung zu bestimmten DRGs
- die Kosten von relevanter Höhe für die SwissDRG-Tarifstruktur sind
- die Leistung einen Mehraufwand verursacht ausserhalb der Streuung der Kosten einer DRG
- sich diese Leistungen nicht gleichmässig über alle Leistungserbringer verteilen.

Die SwissDRG AG überprüft im Rahmen der regulären Systementwicklung und mit der Bearbeitung des Antragsverfahrens, für welche der beantragten Zusatzentgelte Kalkulationsdaten zur Verfügung stehen. Die SwissDRG AG prüft primär, ob die als Zusatzentgelt beantragte Leistung sachgerecht innerhalb der Fallgruppen abgebildet werden kann. Sollte dies nicht sinnvoll sein, untersucht die SwissDRG AG, ob es sinnvoll ist, für diese Leistung ein Zusatzentgelt vorzuschlagen.

Die SwissDRG AG wird gestützt auf die o.g. Kriterien dem Verwaltungsrat im Oktober des jeweiligen Jahres (z.B. Oktober 2012 für die Version 3 im Anwendungsjahr 2014) die aus technischer Sicht zusatzentgeltfähigen Leistungen vorstellen. Der VR bestimmt daraufhin, welche Zusatzentgelte ausgeschieden und in die Tarifstruktur integriert werden sollen. Grundsätzlich bewertet die SwissDRG AG die Zusatzentgelte, Ausnahmen legt der Verwaltungsrat fest.

Für die Weiterentwicklung der SwissDRG-Version 2.0 ist die Etablierung weiterer Zusatzentgelte nicht möglich, da in den an die SwissDRG AG übermittelten Daten des Jahres 2010 die Grundlage für datengestützte Berechnungen für zusatzentgeltfähige Leistungen fehlt.



Status

Version 01 inhaltlich besprochen in der Sitzung der Kerngruppe vom 23.08.2011.

Gutgeheissen in der Sitzung des Koordinationsgremiums vom 20.09.2011.

Verabschiedet vom Verwaltungsrat der SwissDRG AG in Bern am 5.12.2011.