



Informationsveranstaltung 2018

TARPSY 2.0

Philipp Kreuzinger
Abteilung Medizin

Eva Spring
Abteilung Ökonomie

Inhalt

1. **Datengrundlage**
2. Systementwicklung
3. Schwierigkeiten bei der Systementwicklung
4. Berechnung der Kostengewichte
5. Ergebnisse
6. Ausblick

1 Datengrundlage

Daten des Jahres 2016

Kosten- und Leistungsdaten der Spitäler mit Leistungsauftrag in der stationären Psychiatrie (KVG Art. 49 Abs. 2):

- Medizinische Statistik der Krankenhäuser BFS
- Kosten pro Fall
- Eintritt-HoNOS: Items 1, 2, 5
- Eintritt-HoNOSCA: Items 1, 3, 6

1 Datengrundlage

Übersicht Datenlieferung

Rund 90 % der psychiatrischen Fälle wurden geliefert.

Stationäre Psychiatrie	2014	2015	2014 & 2015 TARPSY 1.0	2016 TARPSY 2.0
Anzahl liefernde Kliniken	25	45	46	52
- davon Kliniken mit validen Lieferungen	23	31	32	44
Fälle im Anwendungsbereich (vor FZF)*	45'462	63'263	108'725	66'770
Plausible Fälle	27'788	40'958	68'746	44'851
Anteil plausible Fälle	61 %	65 %	63 %	67 %
Anzahl Fälle gemäss BFS (2015)**	71'488	76'743		

* Fälle im Anwendungsbereich vor einer Fallzusammenführung.

** BFS (2015), Kennzahlen der Schweizer Spitäler 2015, S. 7: Austritte während des Jahres (stationär) in der Psychiatrie.

1 Datengrundlage

Übersicht Plausibilisierung der Daten 2016

	Anzahl Fälle
Fälle im Anwendungsbereich vor FZF	66'770
Fallzusammenführungen	
- betroffene Fälle	- 8'456
- zusammengeführte Fälle	+ 4'118
Fälle im Anwendungsbereich nach FZF	62'432
Überlieger ohne Vollkosten	-2'039
Datensatz vor Plausibilisierung	60'393
Spitalausschluss (8 Spitäler)	-12'034
Plausibilisierung der Fälle	-3'508
Plausible Fälle (Kalkulationsdaten)	44'851

1 Datengrundlage

Auszug Plausibilisierung der Daten 2016

Mehrfachnennungen sind möglich.

Gründe für Ausschluss	Anzahl Fälle	Anzahl Spitäler
Tiefe Tageskosten für Ärzteschaften	2'855	27
Tiefe Tageskosten für Pflege	2'633	29
Fehlerhafter Eintritts-HoNOS/CA	1'145	27
Fehlender Eintritts-HoNOS/CA	945	16
Fehlerhafter HoNOS Messzeitpunkt	676	25
Auffällig hohe Tageskosten	910	23
Unvollständiger Eintritts-HoNOS/HoNOSCA	393	26
Auffällig tiefe Tageskosten	361	17

Inhalt

1. Datengrundlage
- 2. Systementwicklung**
3. Schwierigkeiten bei der Systementwicklung
4. Berechnung der Kostengewichte
5. Ergebnisse
6. Ausblick

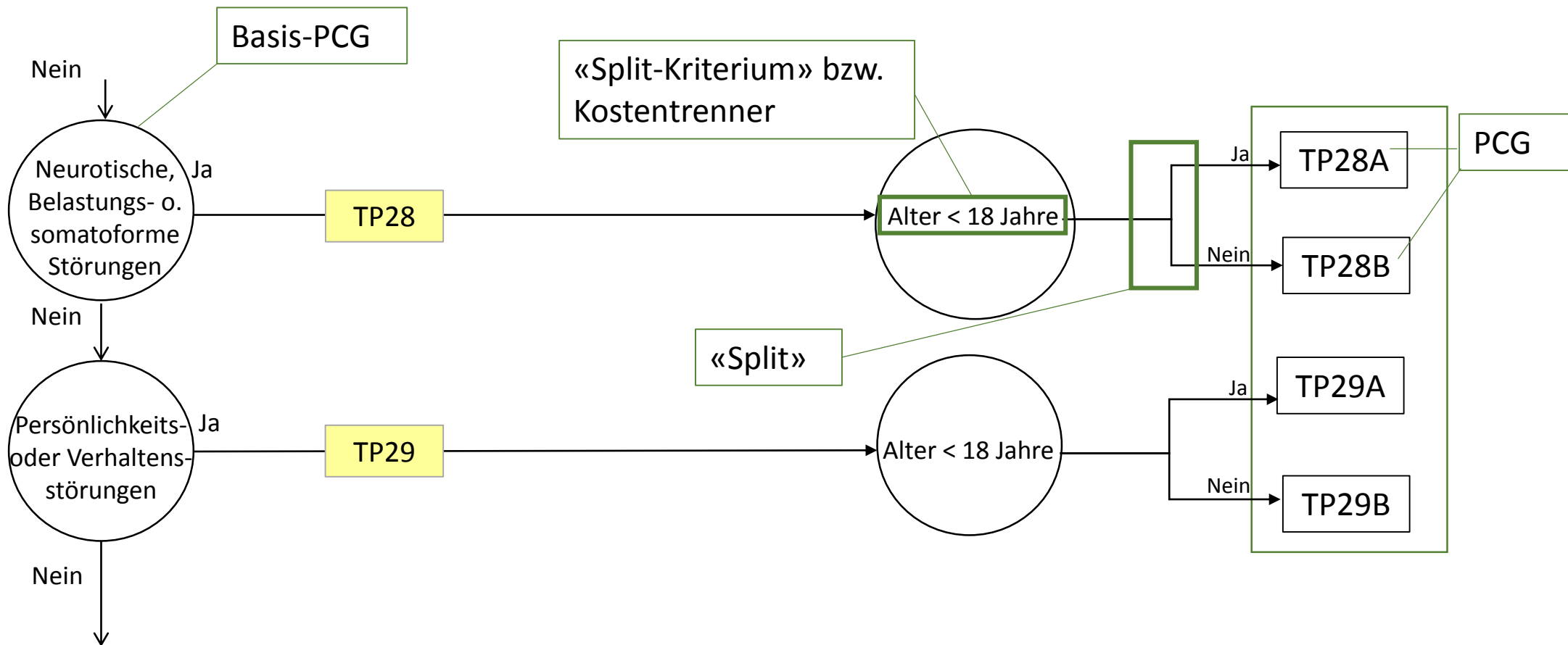
2 Systementwicklung

Übersicht zum Antragsverfahren 2017

5 eingereichte Anträge zur Weiterentwicklung von TARPSY 2.0

- davon 3 Anträge umgesetzt
- über 500 Simulationsrechnungen

2 Systementwicklung



2 Systementwicklung

Prüfung aller zur Verfügung stehenden Variablen als „Kostentrenner“:

- Hauptdiagnose
- Nebendiagnosen
- Alter
- Prozeduren
- Erfassung des Schweregrads: HoNOS/CA-Items
 - > H1 Überaktives, aggressives, Unruhe stiftendes oder agitiertes Verhalten
 - > H2/H3 Absichtliche Selbstverletzung
 - > H5/H6 Probleme in Zusammenhang mit körperlicher Erkrankung oder Behinderung

2 Systementwicklung

Umfangreiche Analyse von:

- Alterssplits (Alter < 16 Jahre, < 18 Jahre, > 65 Jahre, > 70 Jahre, > 75 Jahre, > 85 Jahre):
 - > Alter < 18 Jahre in **zwei** Splits hinzugefügt
 - > Alter > 65 Jahre unter bestimmten Bedingungen in **einem** Split hinzugefügt
 - > Alter > 75 Jahre unter bestimmten Bedingungen in **einem** Split hinzugefügt
 - > übrige Altersanalysen zeigten keine relevanten Kostentrenner

- Schweregrad nach HoNOS/HoNOSCA-Items:
 - > HoNOS/HoNOSCA-Items neu in **einem** Split hinzugefügt
 - > HoNOS/HoNOSCA-Items aus **einem** Split entfernt

2 Systementwicklung – Missbrauch von Substanzen

Bisher:

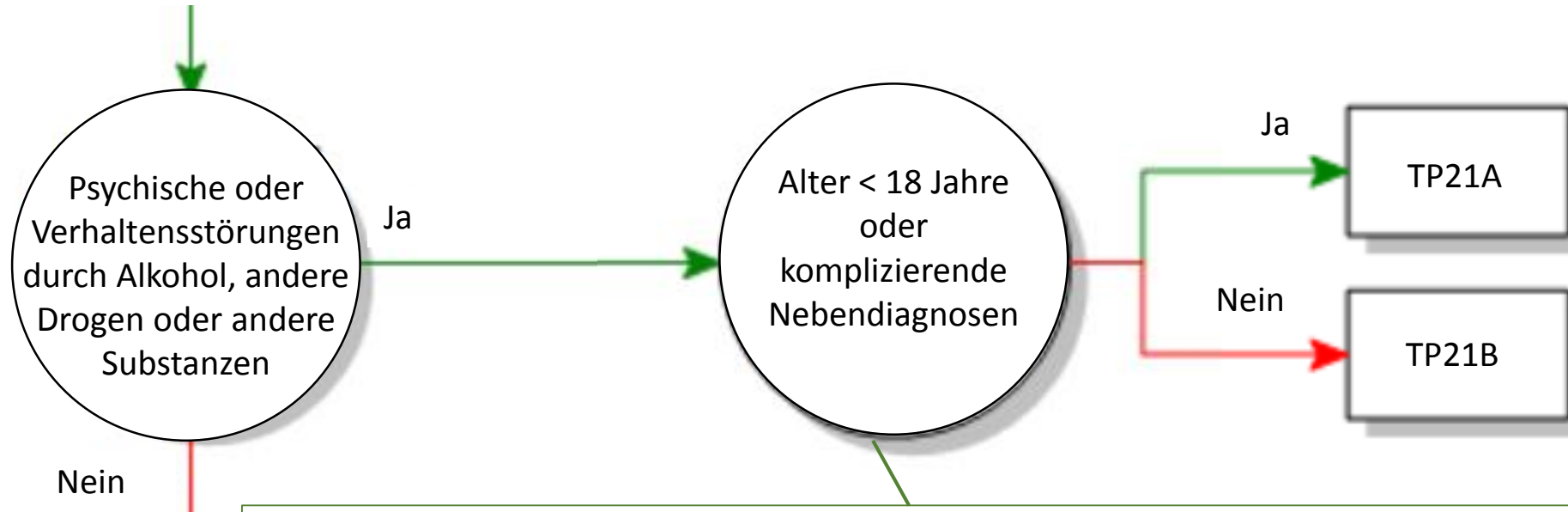
Getrennte Darstellung von ähnlichen Fallgruppen in

- Basis-PCG TP20 «*Verhaltensstörungen bei Missbrauch von Alkohol*» und
- Basis-PCG TP21 «*Verhaltensstörungen bei Missbrauch von Drogen und anderen Substanzen*»

Umbau:

- Zusammenfassen beider Fallgruppen zu einer neuen Basis-PCG TP21 «*Psychische oder Verhaltensstörungen durch Alkohol, andere Drogen oder andere Substanzen*» und löschen der Basis-PCG TP20
- Neue Split-Kriterien zwischen den PCGs TP21A «*Psychische oder Verhaltensstörungen durch Alkohol, andere Drogen oder andere Substanzen, Alter < 18 Jahre, oder komplizierende Nebendiagnose*» und TP21B «*Psychische oder Verhaltensstörungen durch Alkohol, andere Drogen oder andere Substanzen, Alter > 17 Jahre*»

2 Systementwicklung – Missbrauch von Substanzen



- Alter < 18 Jahre
- Schizophrenie
- Alter > 65 Jahre mit erschwerenden, somatischen Nebendiagnosen
- Heroinkonsum
- HoNOS/HoNOSCA Items 1 & 2/3: ≥ 3
- Demenz, Delir od. Intelligenzstörungen
- Entzugssyndrom mit od. ohne Delir, od. psychotische Störungen

2 Systementwicklung – Demenz oder andere organische Störungen des ZNS

Bisher:

Basis-PCG TP24 «*Störungen bei Demenz oder Alzheimer und andere Störungen des ZNS*» mit Differenzierung in PCGs:

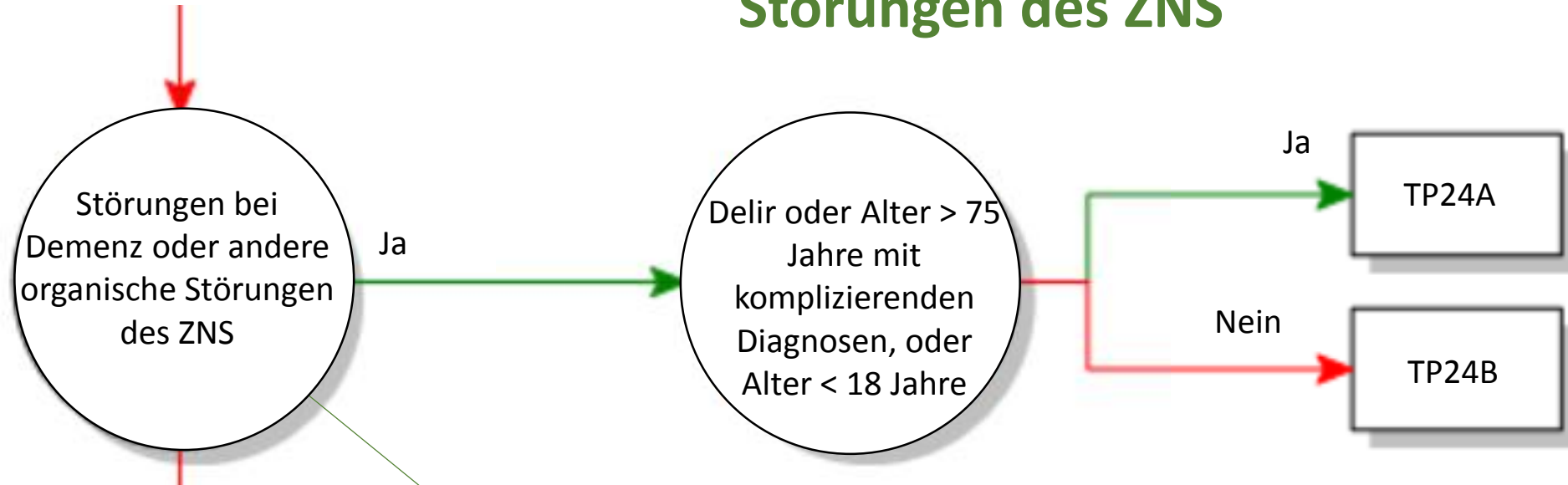
- TP24A «*Störungen bei Demenz oder Alzheimer und andere Störungen des ZNS mit komplizierender Nebendiagnose, mit Delir oder Alter < 18 Jahre*»
- TP24B «*Störungen bei Demenz oder Alzheimer und andere Störungen des ZNS mit komplizierender Nebendiagnose, ohne Delir, > 17 Jahre*»
- TP24C «*Störungen bei Demenz oder Alzheimer und andere Störungen des ZNS ohne komplizierende Nebendiagnose*»

2 Systementwicklung – Demenz oder andere organische Störungen des ZNS

Umbau:

- Erweiterung der Demenz-Diagnosen gemäss Kodiervorgabe des ICD-10 GM in der Basis-PCG TP24 «*Störungen bei Demenz oder andere organische Störungen des ZNS*»
- Löschen der bisherigen PCG TP24B «*Störungen bei Demenz oder Alzheimer und andere Störungen des ZNS mit komplizierender Nebendiagnose, ohne Delir, > 17 Jahre*» und PCG TP24C «*Störungen bei Demenz oder Alzheimer und andere Störungen des ZNS ohne komplizierende Nebendiagnose*»
- Erweiterung der Splitkriterien zwischen PCG TP24A «*Störungen bei Demenz oder andere organische Störungen des ZNS, Alter < 18 Jahre, oder Delir oder Alter > 75 Jahre mit komplizierender Diagnose*» und der neuen PCG TP24B «*Störungen bei Demenz oder andere organische Störungen des ZNS, Alter > 17 Jahre*»

2 Systementwicklung – Demenz oder andere organische Störungen des ZNS



Hauptdiagnose:
Organische Störungen des ZNS

Hauptdiagnose:
Spezielle Demenzformen

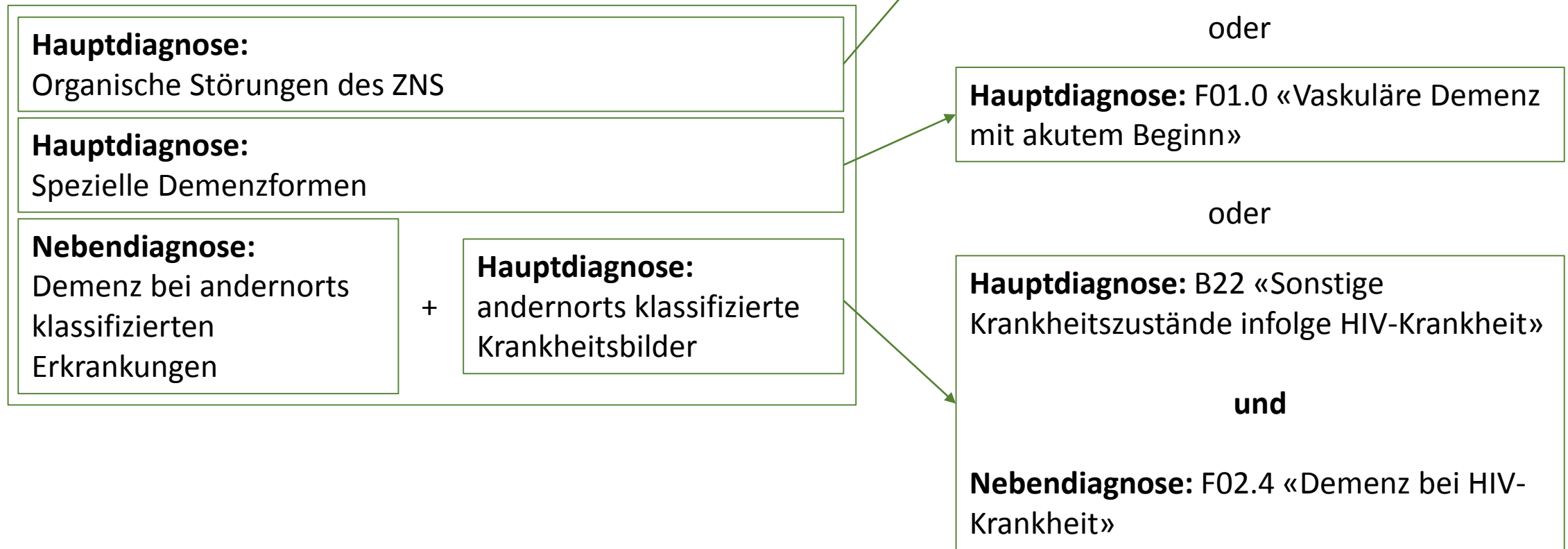
Nebendiagnose:
Demenz bei andernorts
klassifizierten
Erkrankungen

+

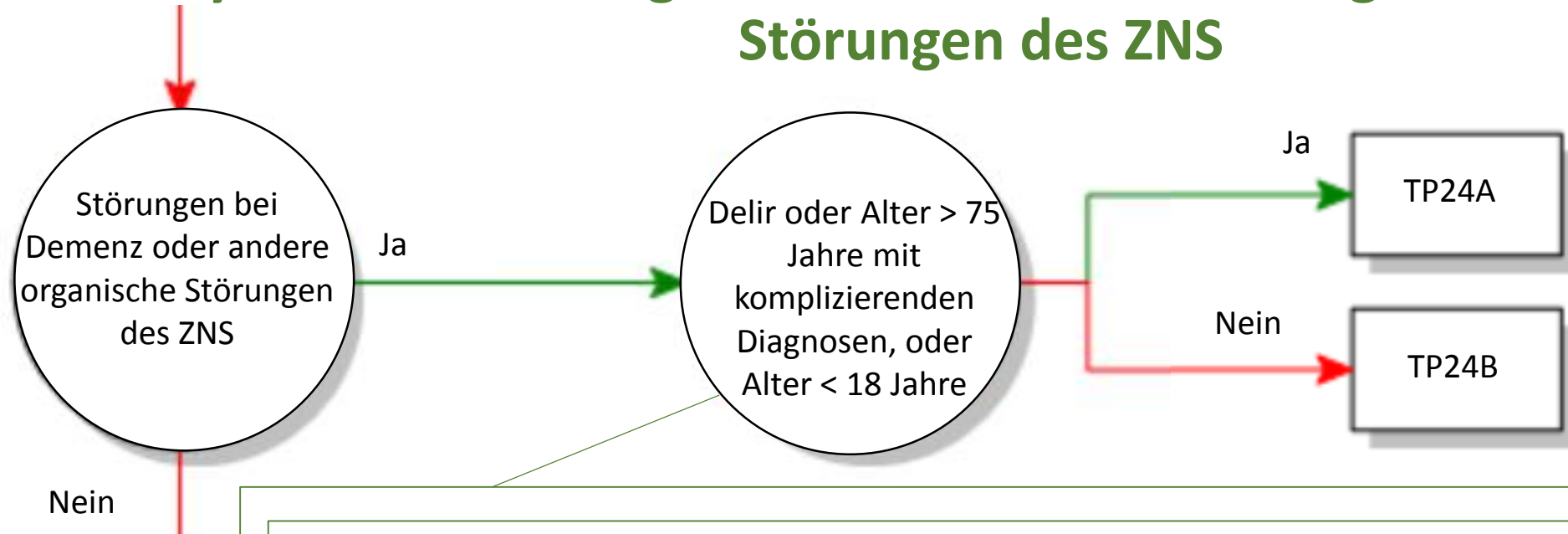
Hauptdiagnose:
andernorts klassifizierte
Krankheitsbilder

2 Systementwicklung – Demenz oder andere organische Störungen des ZNS

Einschlusslogik der Basis-PCG TP24:



2 Systementwicklung – Demenz oder andere organische Störungen des ZNS



Alter < 18 Jahre

Delir oder Alter > 75 Jahre +

- Verhaltensstörungen bei Sucht oder
- HoNOS/HoNOSCA Items 1 od. 2/3 od. 5/6: ≥ 3
- oder
- Erschwerende, somatische Nebendiagnose

2 Systementwicklung – Schizophrenie, schizotype oder wahnhaftige Störungen

Bisher:

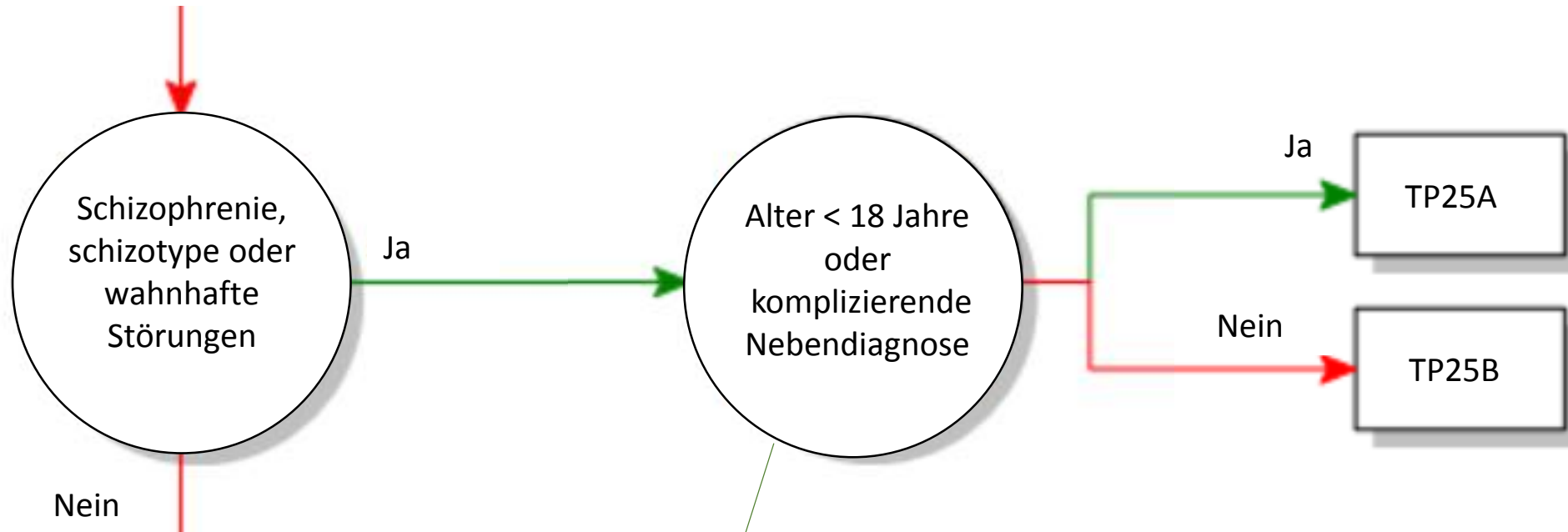
Basis-PCG TP25 «*Schizophrene oder akut psychotische Störungen*» mit Differenzierung in TP25A-C

Umbau:

- Löschen des Splits zwischen TP25B «*Schizophrene oder akut psychotische Störungen, Alter > 17 Jahre mit komplizierender somatischer Nebendiagnose*» und TP25C «*Schizophrene oder akut psychotische Störungen, Alter > 17 Jahre, ohne komplizierende somatische Nebendiagnose*»
- Erweiterung der Split-Kriterien zwischen TP25A «*Schizophrenie, schizotype oder wahnhaftige Störungen, Alter < 18 Jahre, oder komplizierende Nebendiagnose*» und der neuen TP25B «*Schizophrenie, schizotype oder wahnhaftige Störungen, Alter > 17 Jahre*»

-> Aufwertung von behandlungsaufwendigen Fällen.

2 Systementwicklung – Schizophrenie, schizotype oder wahnhaftige Störungen



- Alter < 18 Jahre
- **HIV-Erkrankungen**
- **Entzugssyndrom mit od. ohne Delir, od. psychotische Störungen**

2 Systementwicklung – Manische Störungen

Bisher:

Basis-PCG TP26 «*Affektive Störungen*» mit Differenzierung in TP26A-B

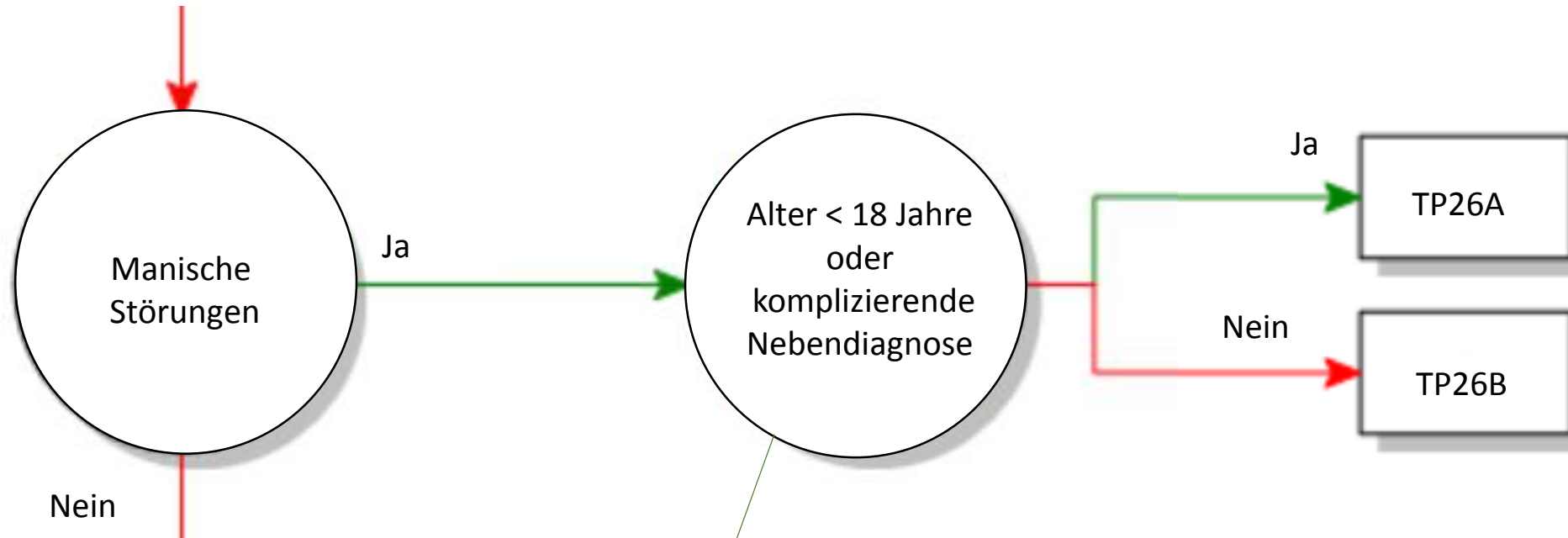
Umbau:

- Erweiterung der Split-Kriterien zwischen TP26A «*Manische Störungen, Alter < 18 Jahre, oder komplizierende Nebendiagnose*» und TP26B «*Manische Störungen, Alter > 17 Jahre*»
- Entfernung der HoNOS/HoNOSCA Items als Split-Kriterien

-> Keine geeigneten Kostentrenner für die PCG TP26A

-> Aufwertung von behandlungsaufwendigen Fällen.

2 Systementwicklung – Manische Störungen



- Alter < 18 Jahre
- Bestimmte somatische Nebendiagnose
- **Bestimmte Psychische oder Verhaltensstörungen bei Missbrauch von Opioiden oder Kokain**
- **Bestimmte Persönlichkeitsstörungen**

2 Systementwicklung – Depressive Störungen

Bisher:

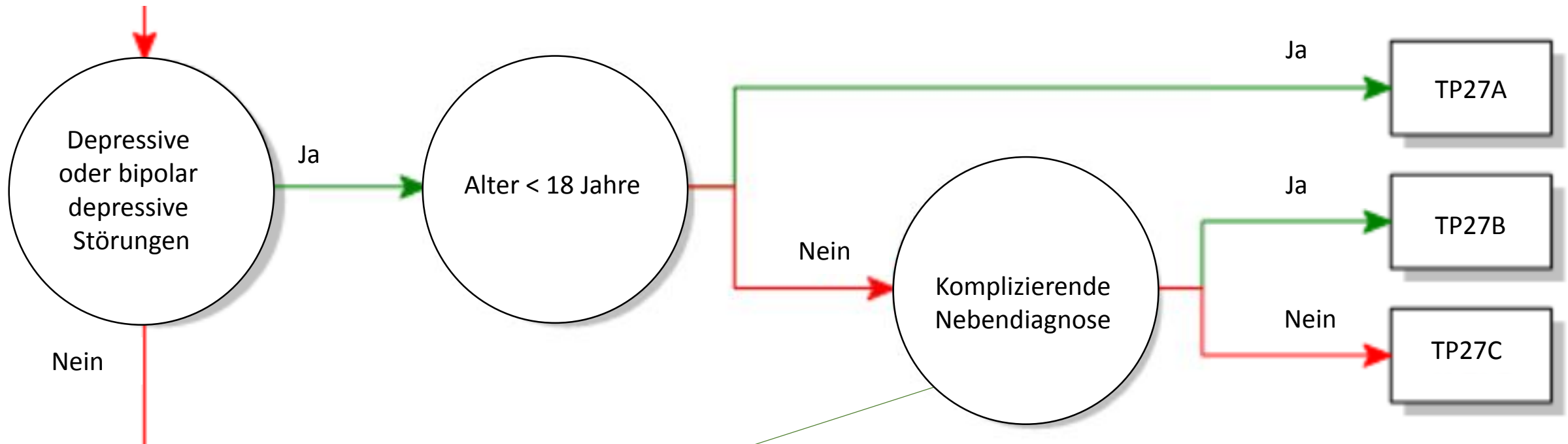
Basis-PCG TP27 «*Depressive Störungen*» bisher in TP27A «*Depressive Störungen, Alter < 18 Jahre*» und TP27B «*Depressive Störungen, Alter > 17 Jahre*» durch einen reinen Alterssplit getrennt

Umbau:

- Erweiterung der Differenzierung in TP27A-C
- Etablierung der neuen PCG TP27B «*Depressive oder bipolar depressive Störungen, Alter >17 mit komplizierender Nebendiagnose*»

-> Aufwertung von behandlungsaufwendigen Fällen und homogenere Fallgruppen.

2 Systementwicklung – Depressive Störungen



- Deutliche Verhaltensstörungen bei Intelligenzminderung
- HoNOS/HoNOSCA Item 2/3: ≥ 3
- Bestimmte Psychische oder Verhaltensstörungen bei Missbrauch von Opioiden oder Kokain
- Bestimmte somatische Nebendiagnosen

2 Systementwicklung

Verhaltensauffälligkeiten bei körperlicher, Intelligenz- od. Entwicklungsstörungen

Bisher:

Basis-PCG TP30 «*Körperliche, Intelligenz- oder Entwicklungsstörungen*»

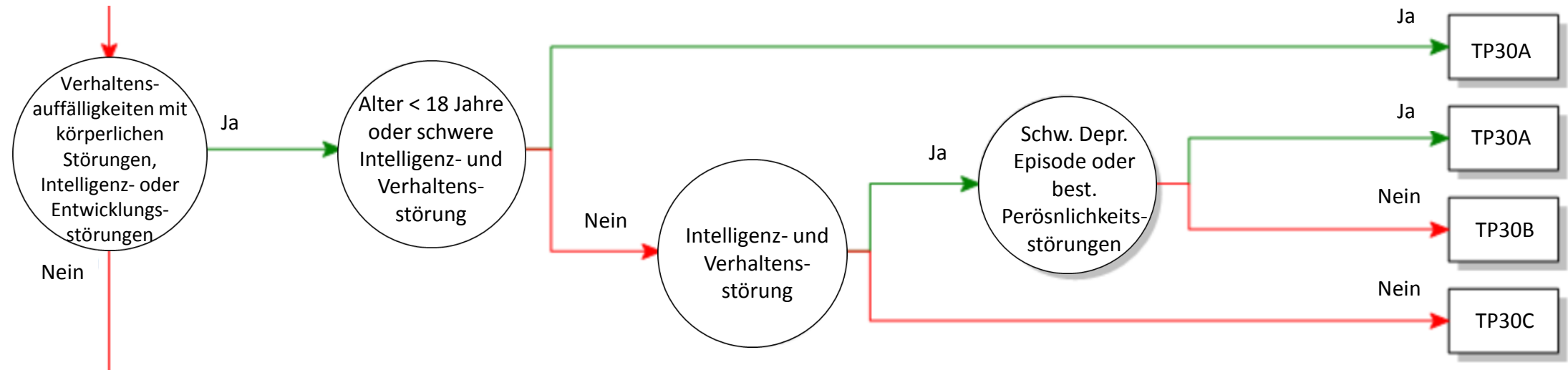
Umbau:

Erweiterung der Split-Kriterien für TP30A «*Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen, Intelligenz- oder Entwicklungsstörungen, Alter < 18 Jahre, oder schwere Intelligenz- oder Verhaltensstörung, oder Intelligenz- oder Verhaltensstörung mit schwerer depressiven Episode oder bestimmter Persönlichkeitsstörung*»

-> Aufwertung von behandlungsaufwendigen Fällen.

2 Systementwicklung

Verhaltensauffälligkeiten bei körperlicher, Intelligenz- od. Entwicklungsstörungen



2 Systementwicklung

Ergebnis Systementwicklung

Basis-PCG		Basis-PCG	
TP21	Psychische oder Verhaltensstörungen durch Alkohol, andere Drogen oder andere Substanzen	TP28	Neurotische-, Belastungs- oder somatoforme Störungen
TP24	Störungen bei Demenz oder andere organische Störungen des ZNS	TP29	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
TP25	Schizophrenie, schizotype oder wahnhaftige Störungen	TP30	Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen, Intelligenz- oder Entwicklungsstörungen
TP26	Manische Störungen	TP70	Psychiatrische oder psychosomatische Behandlung ohne psychiatrische oder psychosomatische Hauptdiagnose
TP27	Depressive oder bipolar depressive Störungen	TP96	Nicht gruppierbar

2 Systementwicklung

Ergebnis Systementwicklung

Weitere Unterteilung der Basis-PCG in 19 bewertete PCG

	TARPSY 1.0	TARPSY 2.0
Anzahl PCG	23	20
- bewertete PCG	22	19
- nicht abrechenbare PCG (TP96Z)	1	1

Inhalt

1. Datengrundlage
2. Systementwicklung
- 3. Schwierigkeiten bei der Systementwicklung**
4. Berechnung der Kostengewichte
5. Ergebnisse
6. Ausblick

3 Schwierigkeiten bei der Systementwicklung

Fallbeispiel 1: Verweildauer 68 Tage

Diagnosen

Code	Beschreibung
F332	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome

Prozeduren

Code	Seitigkeit	Beschreibung
9425	Alle	Sonstige Pharmakotherapie
9433	Alle	Verhaltenstherapie
9435	Alle	Krisenintervention

Kostenkomponente

Kostenkomponente	Kosten
v10 Medikamente	0.0

3 Schwierigkeiten bei der Systementwicklung

Fallbeispiel 2: Verweildauer 1'172 Tage

Diagnosen

Code	Beschreibung
F200	Paranoide Schizophrenie
F192	Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen: Abhängigkeitssyndrom
B182	Chronische Virushepatitis C
J181	Lobärpneumonie, nicht näher bezeichnet

Prozeduren

Keine kodiert

Kostenkomponente

Kostenkomponente	Kosten
v10 Medikamente	0.0

3 Schwierigkeiten bei der Systementwicklung

Fallbeispiel 3:

Patient A, Verweildauer 36 Tage

Diagnosen

Code	Beschreibung
F432	Anpassungsstörungen
G470	Ein- und Durchschlafstörungen
E559	Vitamin-D-Mangel, nicht näher bezeichnet
E611	Eisenmangel
F458	Sonstige somatoforme Störungen

Prozeduren

Code	Seitigkeit	Beschreibung
99BC14	Alle	Komplementärmedizinische Komplexbehandlung ab 50 Therapieeinheiten pro stationärem Fall
9412	Alle	Psychiatrische Visite, n.n.bez.

Kostenkomponente

Kostenkomponente	Kosten
v29 Pflege	8161.0
v26 Ärzteschaften	3243.0
v10 Medikamente	501.0

Patient B, Verweildauer 36 Tage

Diagnosen

Code	Beschreibung
F332	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome
M545	Kreuzschmerz
E559	Vitamin-D-Mangel, nicht näher bezeichnet
F431	Posttraumatische Belastungsstörung
M359	Krankheit mit Systembeteiligung des Bindegewebes, nicht näher bezeichnet

Prozeduren

Code	Seitigkeit	Beschreibung
99BC13	Alle	Komplementärmedizinische Komplexbehandlung ab 26 bis 49 Therapieeinheiten pro stationärem Fall
943909	Alle	Sonstige (andere) Einzelspsychotherapie
9438	Alle	Stützende Psychotherapie
9412	Alle	Psychiatrische Visite, n.n.bez.

Kostenkomponente

Kostenkomponente	Kosten
v29 Pflege	8161.0
v26 Ärzteschaften	3243.0
v10 Medikamente	501.0

3 Schwierigkeiten bei der Systementwicklung

- Fehlerhafte Erfassung der Kostendaten erschwert die Systementwicklung
- Fehlende Kodierung von Prozeduren (CHOP-Kodes)
 - > Behandlungsaufwendige Fälle, wie z.B. 1:1 Betreuung, können noch nicht analysiert werden.

Inhalt

1. Datengrundlage
2. Systementwicklung
3. Schwierigkeiten bei der Systementwicklung
4. **Berechnung der Kostengewichte**
5. Ergebnisse
6. Ausblick

4 Berechnung der Kostengewichte

PCG-Katalog TARPSY 2.0 / 2019

- Degressive Tagesbezogene Kostengewichte
- Zusatzentgelte in Anlagen 2 und 3 der im Jahr 2019 gültigen Abrechnungsversion des SwissDRG Fallpauschalenkataloges

Auszug aus dem PCG-Katalog

TP26B Manische Störungen, Alter > 17 Jahre

Verweildauer	1	2	3	4	5	6	7
Kostengewicht pro Tag	1.754	1.629	1.505	1.380	1.255	1.131	1.124
Verweildauer	8	9	10	11	12	13	14
Kostengewicht pro Tag	1.118	1.112	1.106	1.100	1.093	1.087	1.081
Verweildauer	15	16	17	18	19	20	21
Kostengewicht pro Tag							
Verweildauer							
Kostengewicht pro Tag							

Beispiel: Fall in TP26B mit Verweildauer von 7 Tagen:

- Kostengewicht pro Tag: 1.124
- Effektives Kostengewicht: $1.124 * 7 \text{ Tage} = 7.868$
- Effektive Vergütung in CHF = $7.868 * \text{Basistagespreis}$

4.1 Das grosse Missverständnis I

14. Januar 2018, «Wegen Tarpsy: Wir müssen mit Ertragseinbussen rechnen»

<https://www.medinside.ch/de/post/die-einfuehrung-von-tarpsy-ist-eine-hauruck-uebung>

Degressive Pauschale

Neu spricht man von leistungsbezogenen Tagespauschalen. Die Höhe der Pauschale ist somit abhängig vom Schweregrad und von der Dauer des stationären Aufenthalts, wobei die Pauschale mit zunehmender Aufenthaltsdauer abnimmt.

Man wollte Anreize schaffen, um den Patienten nicht zu lange zu hüten. Ob das in der Psychiatrie sinnvoll ist, bleibe hier unbeantwortet. Noch fehlen Erfahrungswerte.

4.1 Das grosse Missverständnis I

Mai 2018, **Psychiatrie unter dem TARPSY-Regime**, Compétence, H+ Hospital Forum

« [...] Das Entgeltsystem unter TARPSY schafft jedoch bewusst einen wirtschaftlichen Anreiz, die stationäre Behandlung zu verkürzen. [...]»

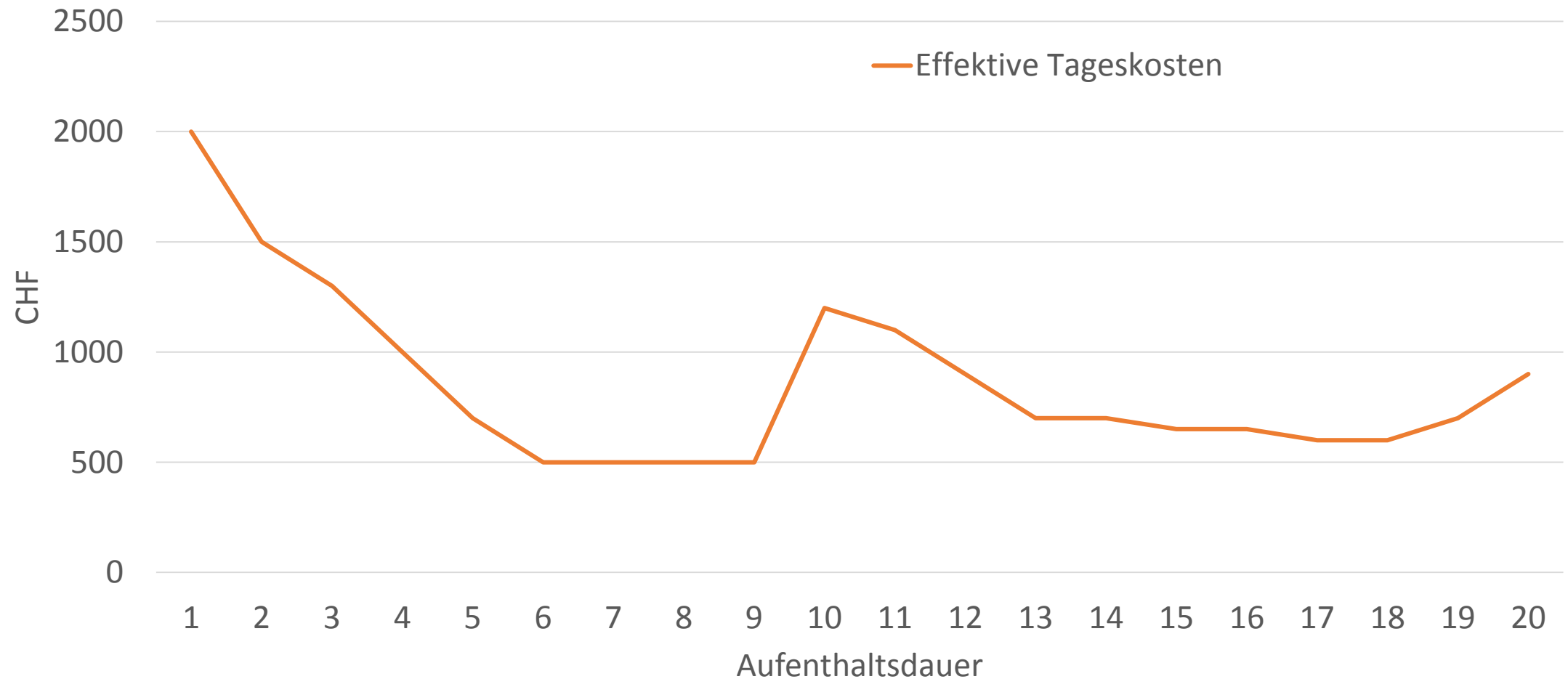
«[...] Beispielsweise werden stationäre Kurzaufenthalte aufgrund des Drei-Phasen-Modells finanziell attraktiv, obwohl aus fachlicher Sicht eine intermediäre Behandlung der Patientinnen und Patienten allenfalls sinnvoller wäre [...]»

4.1 Das grosse Missverständnis I

- Die degressiven Kostengewichte basieren auf den tatsächlich angefallenen Kosten.
- Es wurden keine Elemente in die Tarifstruktur eingebaut, die zu einer Verkürzung der Aufenthaltsdauer führen soll.
- Die Tarifstruktur hat nicht zum Ziel, die Aufenthaltsdauern zu kürzen.

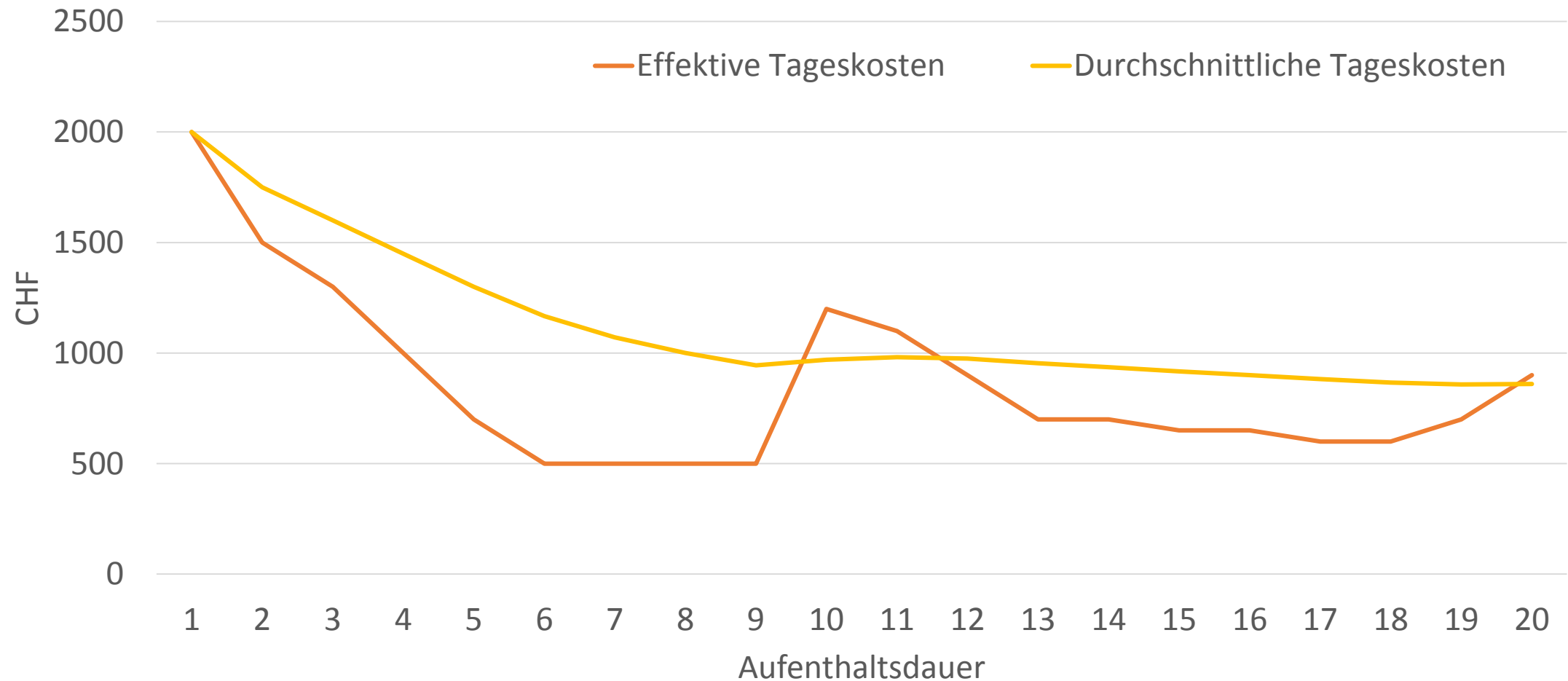
4.1 Das grosse Missverständnis I

Verlauf der effektiven Tageskosten eines Falls – fiktives Beispiel



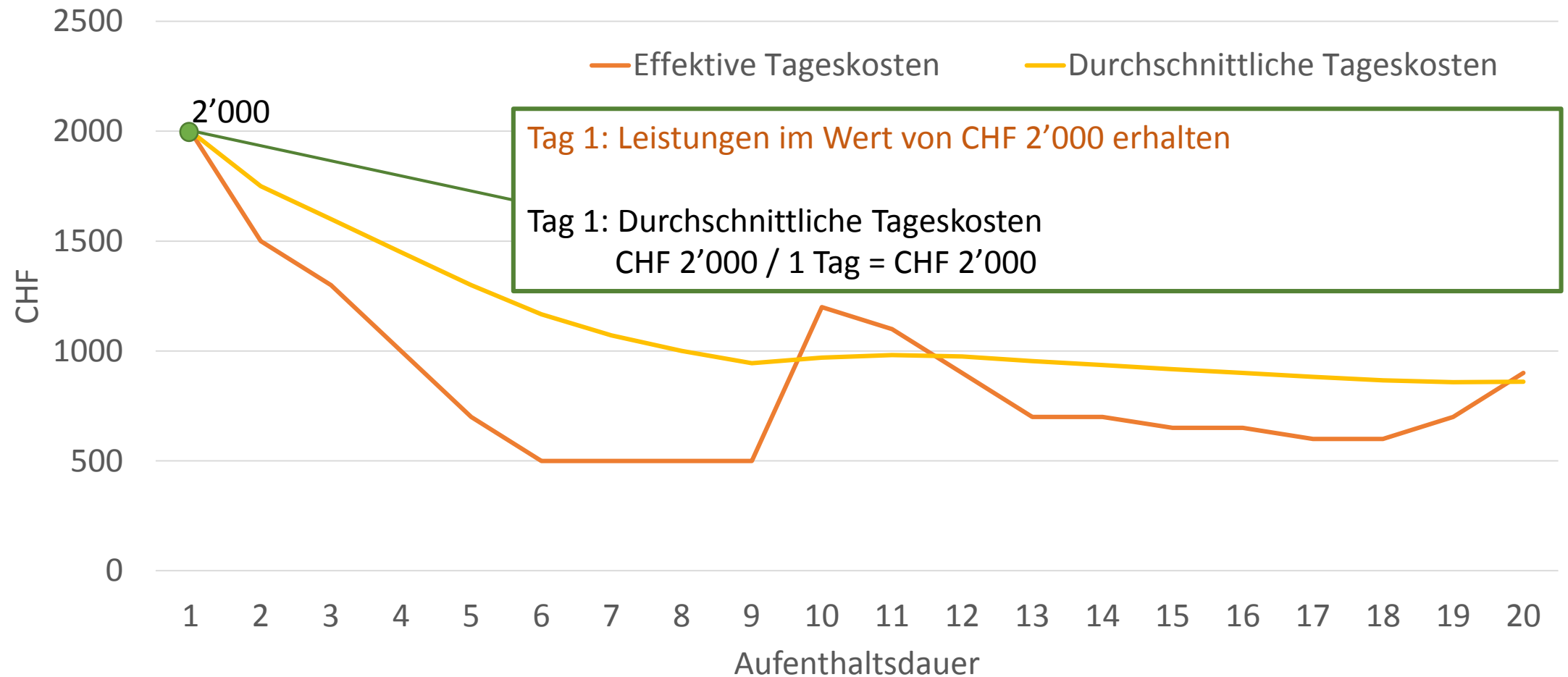
4.1 Das grosse Missverständnis I

Verlauf der effektiven vs. durchschnittlichen Tageskosten eines Falls – fiktives Beispiel



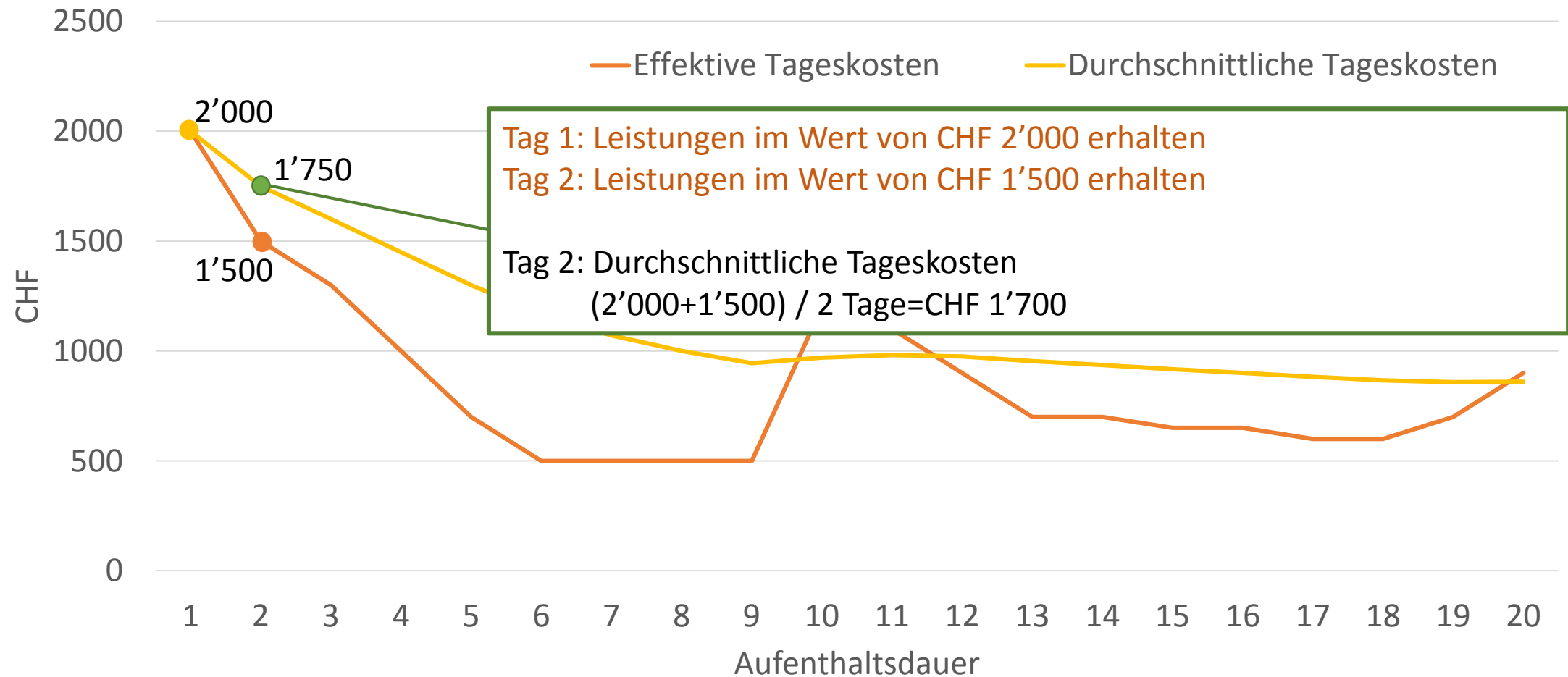
4.1 Das grosse Missverständnis I

Verlauf der effektiven vs. durchschnittlichen Tageskosten eines Falls – fiktives Beispiel



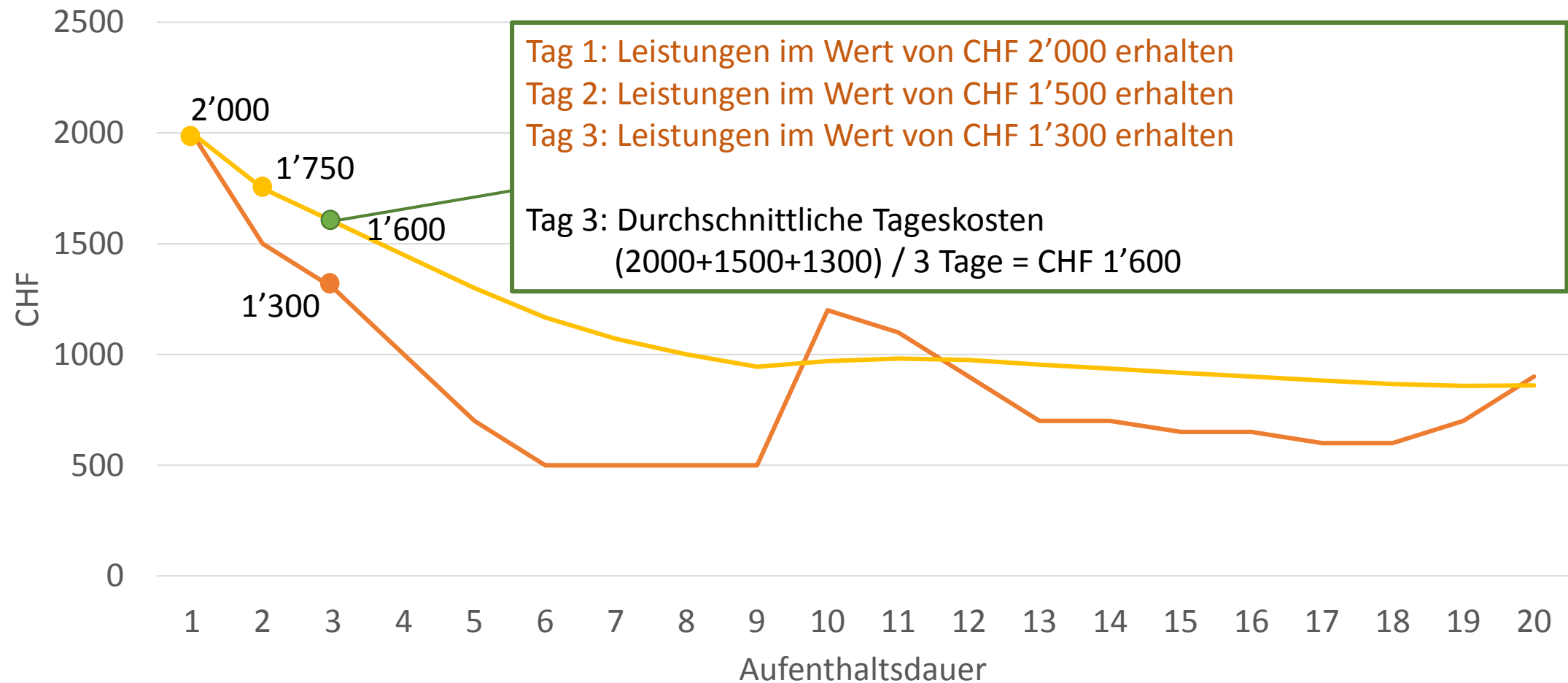
4.1 Das grosse Missverständnis I

Verlauf der effektiven vs. durchschnittlichen Tageskosten eines Falls – fiktives Beispiel



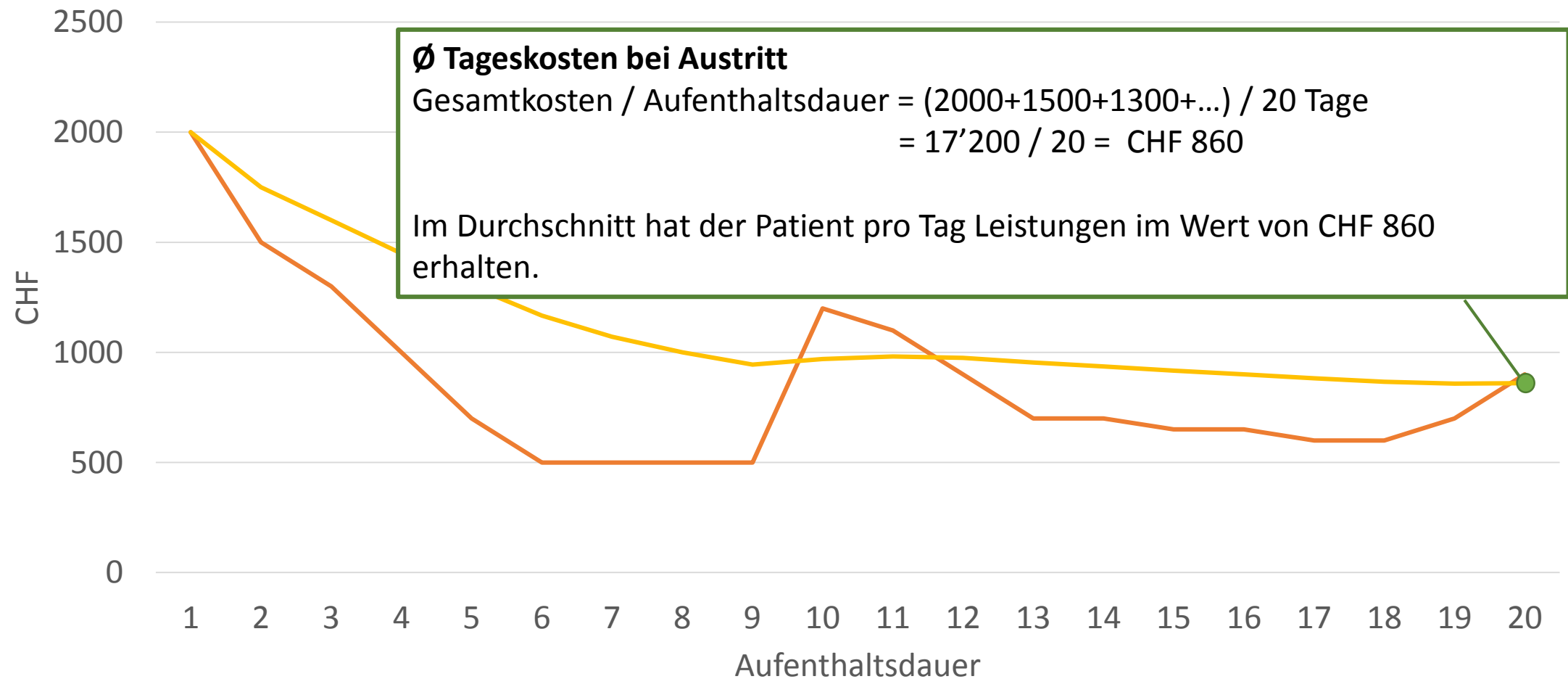
4.1 Das grosse Missverständnis I

Verlauf der effektiven vs. durchschnittlichen Tageskosten eines Falls – fiktives Beispiel



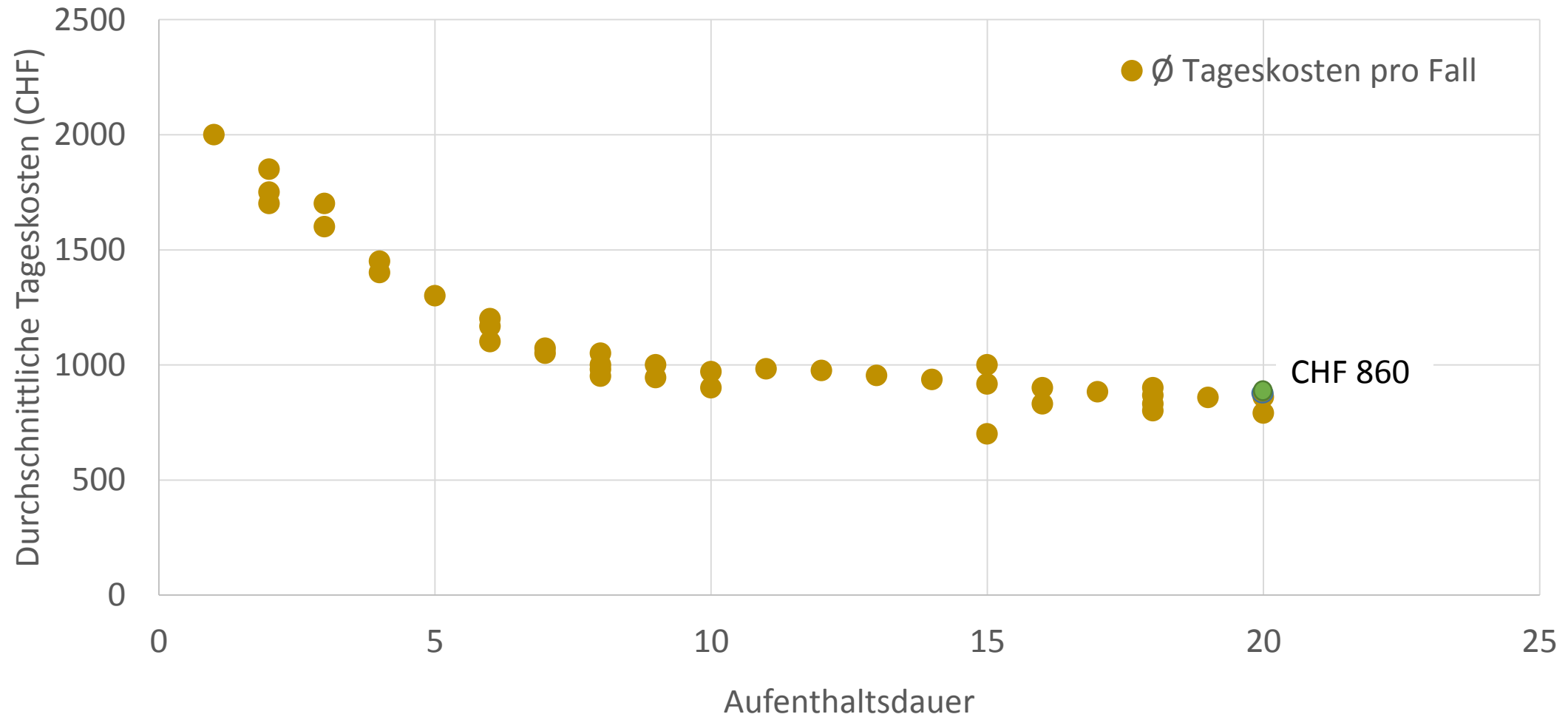
4.1 Das grosse Missverständnis I

Verlauf der effektiven vs. durchschnittlichen Tageskosten eines Falls – fiktives Beispiel



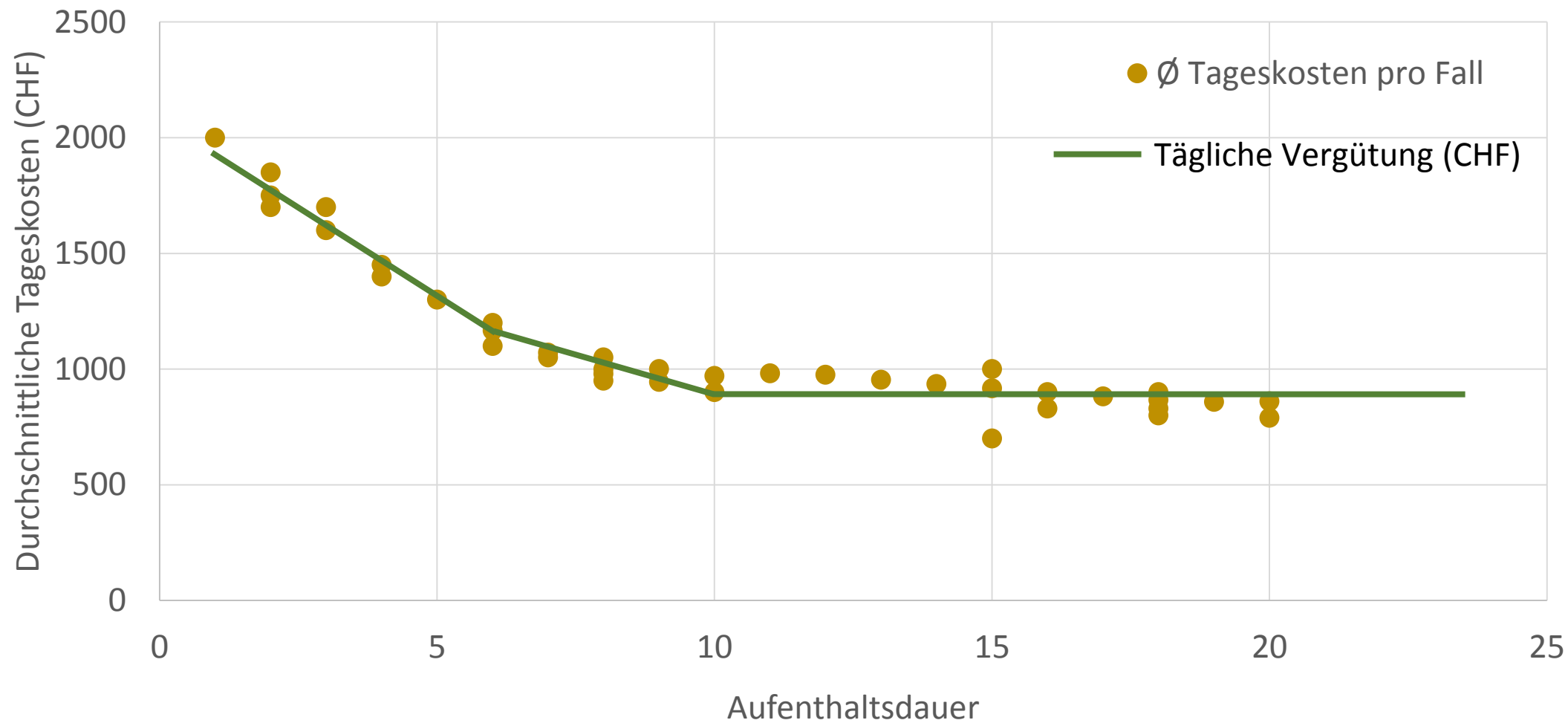
4.1 Das grosse Missverständnis I

Durchschnittliche Tageskosten pro Fall – fiktive PCG



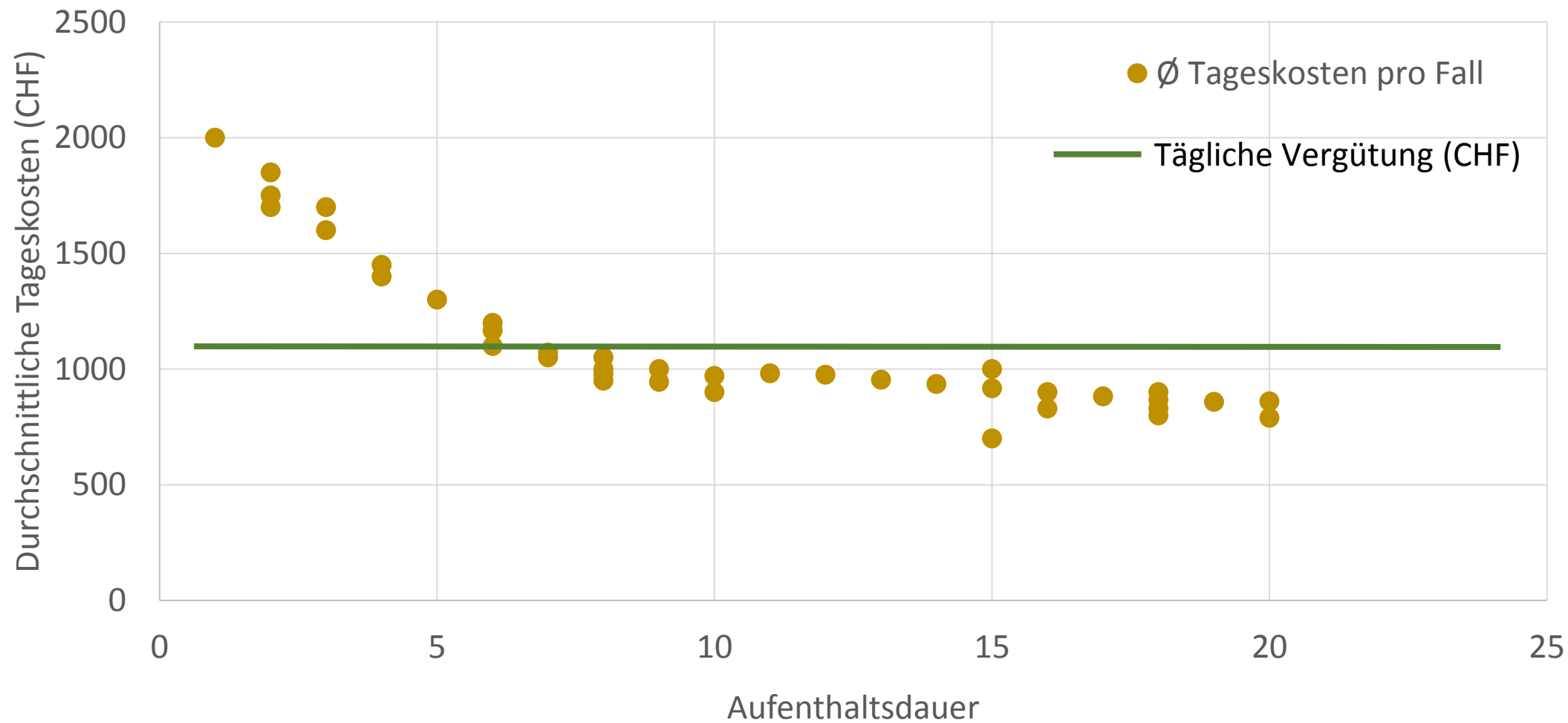
4.1 Das grosse Missverständnis I

Durchschnittliche Tageskosten pro Fall – Vergütung gemäss TARPSY (fiktive PCG)



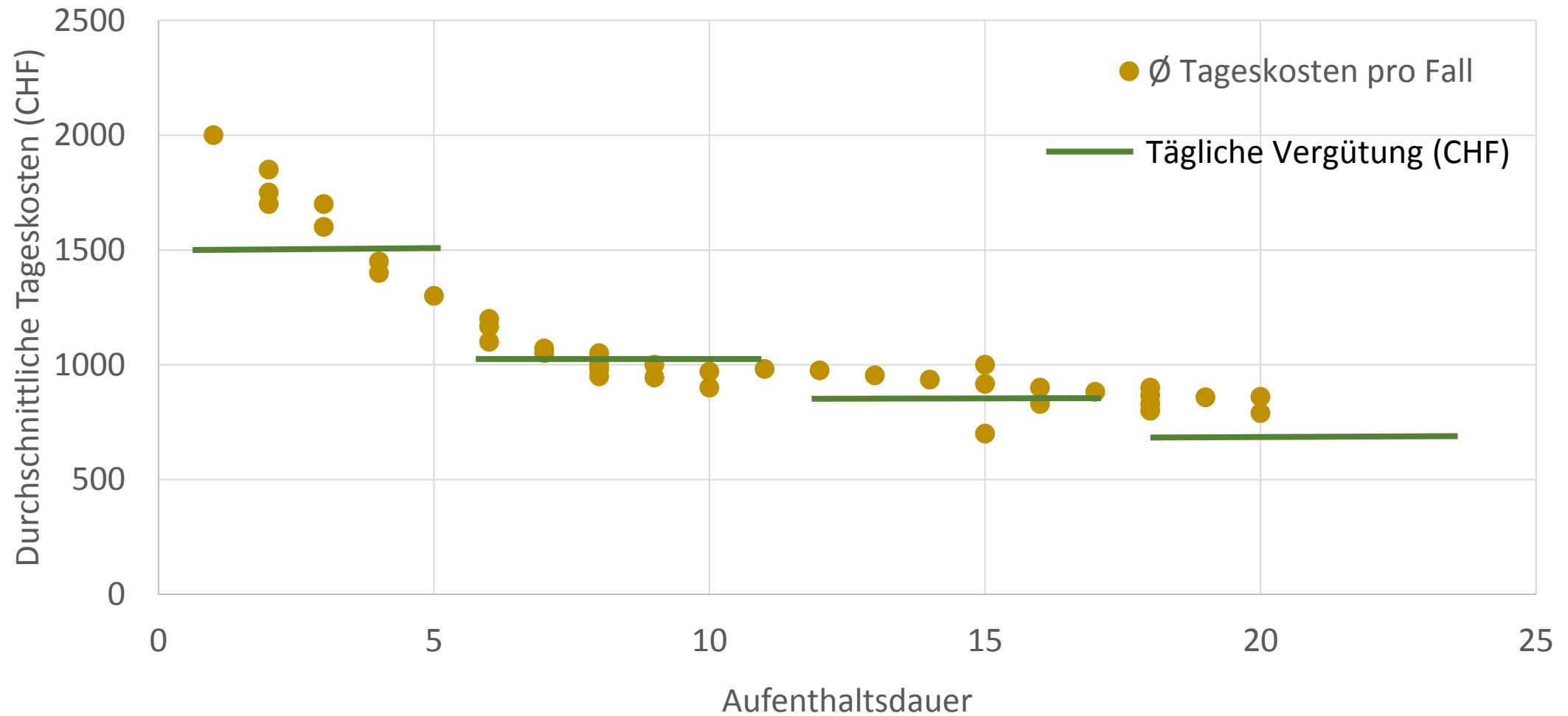
4.1 Das grosse Missverständnis I

Durchschnittliche Tageskosten pro Fall – Beispiel konstante Tagespauschalen



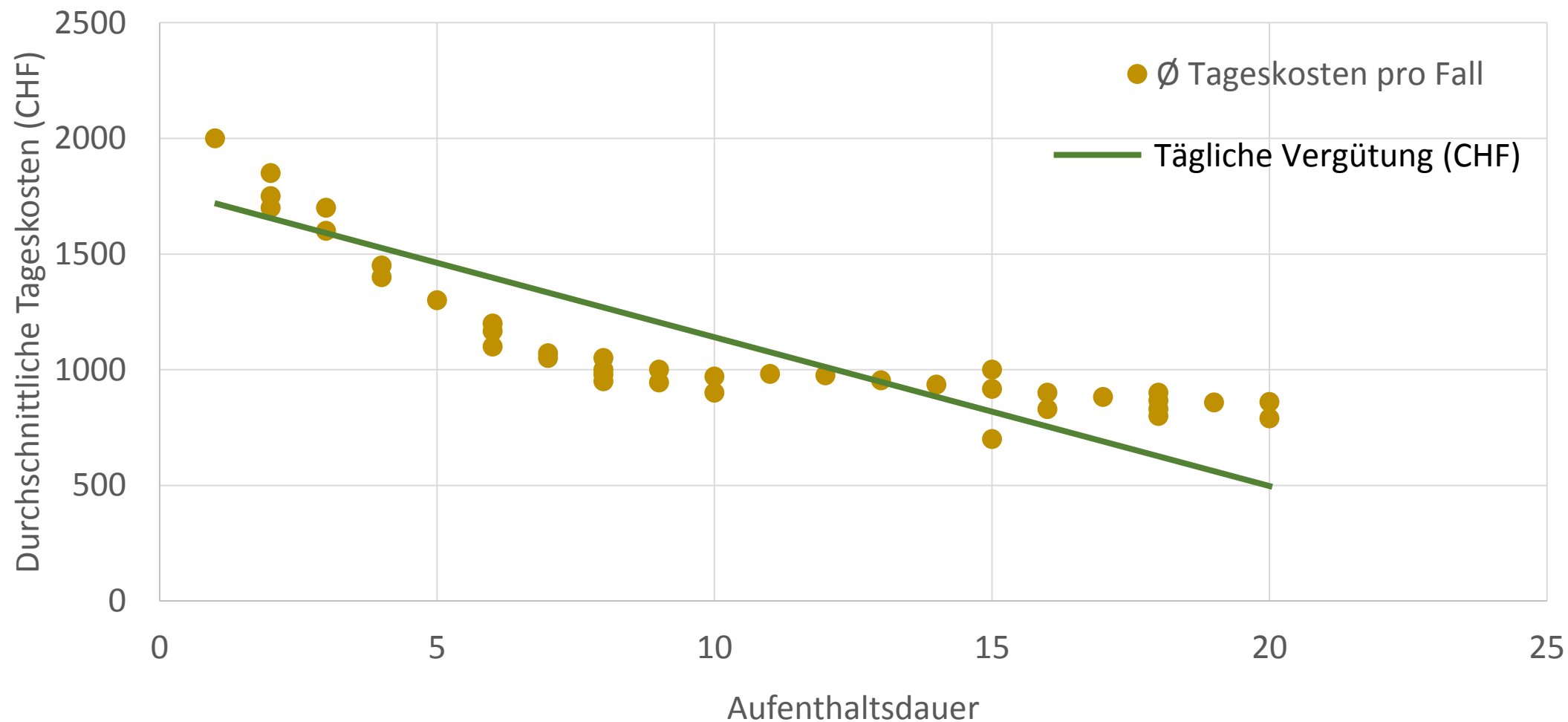
4.1 Das grosse Missverständnis I

Durchschnittliche Tageskosten pro Fall – Abgestufte Tagespauschalen (bis 31.12.2017)



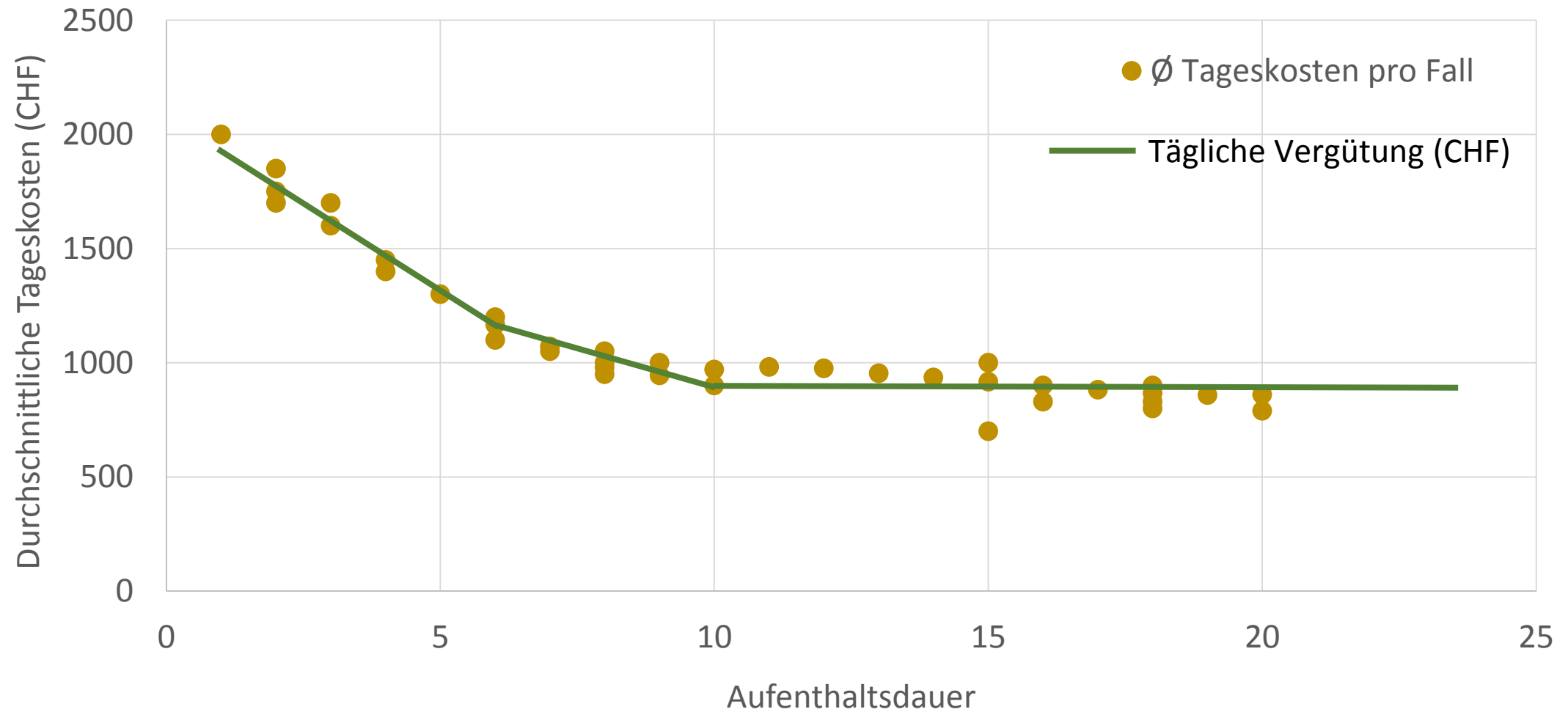
4.1 Das grosse Missverständnis I

Durchschnittliche Tageskosten pro Fall – Beispiel konstant sinkende Tagespauschalen



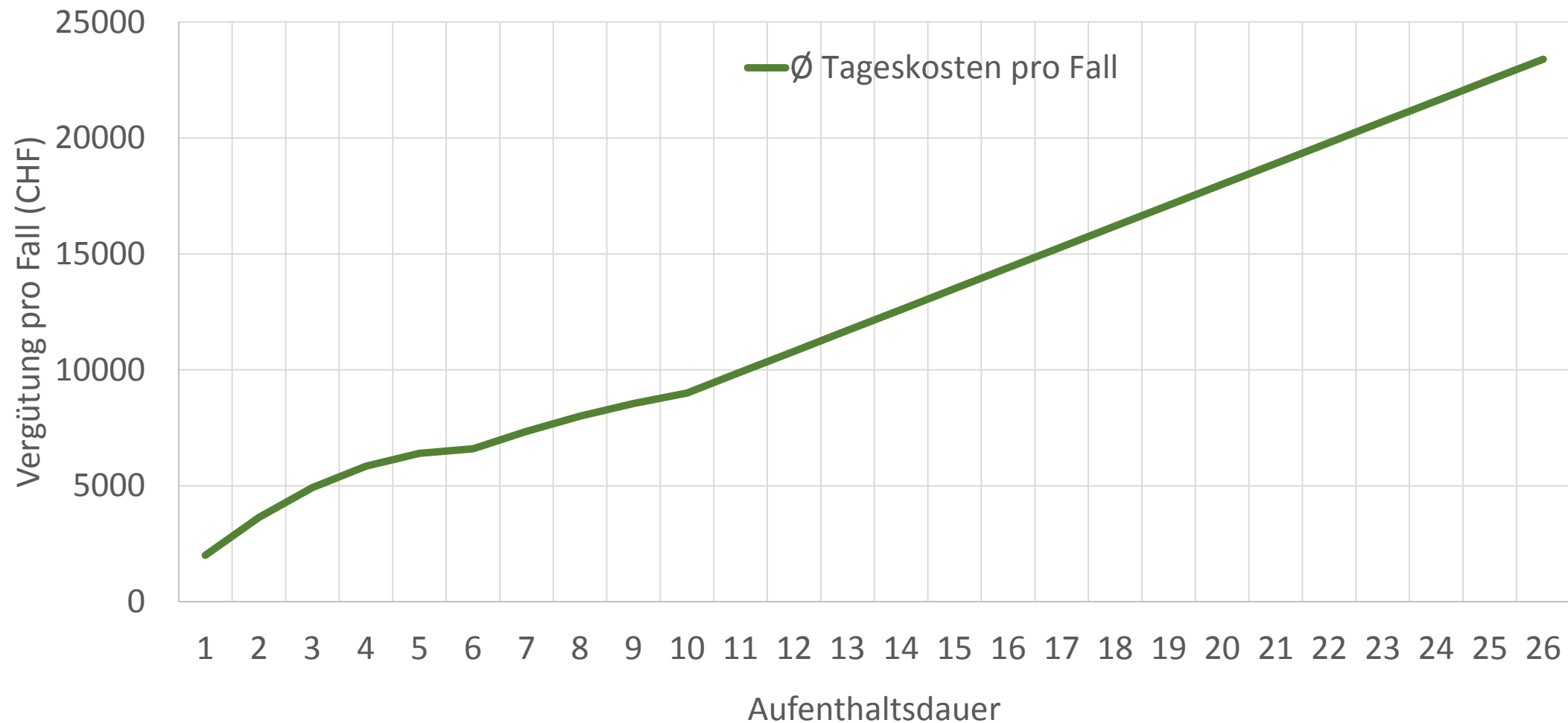
4.1 Das grosse Missverständnis I

Durchschnittliche Tageskosten pro Fall – Vergütung gemäss TARPSY (fiktive PCG)



4.1 Das grosse Missverständnis I

Vergütung pro Fall – Vergütung gemäss TARPSY (fiktives Beispiel für eine PCG)



4.2 Das grosse Missverständnis II

E-Mail von einem Patienten

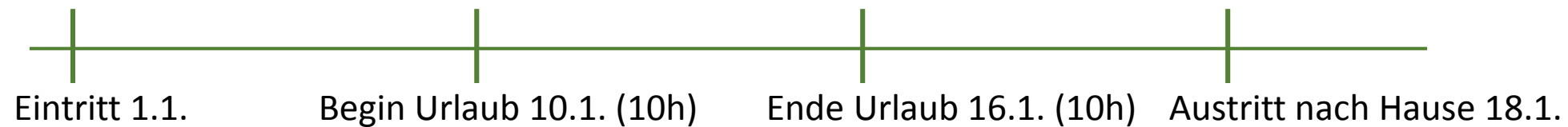
«[...] In der Klinik in der ich zur Zeit untergebracht bin, ist für Wochenenden vorgesehen, dass die Patienten **ab Samstag 8:00 bis Sonntag 21:00 nach Hause gehen können.** ...

*In der Klinik, in der ich meine Behandlung fortsetzen möchte, gilt folgende Regel. Die **Abwesenheit am Wochenende ist nur für 24 Stunden möglich.** Also z.B. von Samstag 12:00 bis Sonntag 12:00. Als Begründung dafür wurde mir gesagt, dass die Krankenkassen dies **ab dem 1. Januar 2018 so vorschreiben.** Bei meiner Versicherung habe ich nachgefragt, aber diese winkt ab bzw. verweist auf den TARPSY der seit oben genanntem Datum in Kraft getreten ist. **Nach ausführlicher Recherche konnte ich diesbezüglich aber keine Vorschriften finden und daher wende ich mich an Sie.** [...]*»

4.2 Das grosse Missverständnis II

Ausgangslage: Die Variable 1.3.V04 *Administrativer Urlaub & Ferien*, Medizinische Statistik der Krankenhäuser, wurde nicht einheitlich gemäss Richtlinien des BFS (24h-Regel) kodiert.

Stark vereinfachtes, fiktives Beispiel : Fall mit Gesamtkosten von CHF 10'000



Kennzahl	24h-Regel	48h-Regel
Urlaub¹ (Ende Urlaub – Beginn Urlaub – 24/48 Stunden)	5 Tage	4 Tage
Abrechenbare Pflage Tage TARPSY² (Austritt – Eintritt – Urlaub +1)	13 Tage	14 Tage
Kostengewicht³ (Gesamtkosten / Aufenthaltsdauer) / Bezugsgrösse	1.099	1.020
Effektives Kostengewicht (Kostengewicht * Aufenthaltsdauer)	14.286	14.286

¹ Variable 1.3.V04 *Administrativer Urlaub & Ferien*, Medizinische Statistik der Krankenhäuser

² Gemäss «Regeln und Definitionen zur Fallabrechnung unter TARPSY, Version Dezember 2016»

³ Für das Verständnis hier stark vereinfachte Berechnung des Kostengewichts, fiktive Zahlen: $(10'000/13)/700 = 1.099$ (gerundet)

4.2 Das grosse Missverständnis II

Beispiel einer möglichen «Verzerrung»

- Berechnung Kostengewichte mit 48h-Regel: 1.020
- Berechnung Aufenthaltsdauer mit der 24h-Regel: 13 Tage
- Effektives Kostengewicht = 13 Tage * 1.020 = **13.265** statt **14.286**

Kennzahl	24h-Regel	48h-Regel
Urlaub	5 Tage	4 Tage
Pflegetage	13 Tage	14 Tage
Kostengewicht	1.099	1.020
Eff. Kostengewicht	14.286	14.286

Lösung Übergangsregelung Tarifstrukturvertrag

«In Ergänzung zu den Regeln und Definitionen zur Fallabrechnung unter TARPSY (Anhang B) wird in den Jahren 2018 und 2019 für jede einzelne Abwesenheit >24h je ein zusätzlicher Pflegetag in Rechnung gestellt.»

- Effektives Kostengewicht = (13 Tage + 1 Tag)*1.020 = **14.286**

(2018 TARPSY 1.0, Daten 2014/2015; 2019 TARPSY 2.0, Daten 2016)

4.2 Das grosse Missverständnis II

Zusammenfassend

- 24h oder 48h-Regel? Spielt keine Rolle solange...
- ..Regel für die Berechnung = Regel für die Anwendung
- Grund der Abwesenheit spielt keine Rolle, alle Kosten (der Belastungsurlaube) fliessen in die Fallkosten

Wichtig

- Variable 1.3.V04 *Administrativer Urlaub & Ferien*, Medizinische Statistik der Krankenhäuser mit 24h-Regel kodieren (BFS)
- Neue Psychiatrie CHOP-Codes codieren

Inhalt

1. Datengrundlage
2. Systementwicklung
3. Schwierigkeiten bei der Systementwicklung
4. Berechnung der Kostengewichte
5. **Ergebnisse**
6. Ausblick

5 Ergebnisse

Die **Bezugsgrösse**

- ist ein interner Rechenwert der SwissDRG AG
- entspricht den durchschnittlichen Kosten pro Tag über alle plausiblen Fälle.

Datengrundlage: plausible Fälle, Daten 2016

Kennzahl	TARPSY 1.0	TARPSY 2.0
Bezugsgrösse	762 CHF	732 CHF
Durchschnittliche Verweildauer	28.9 Tage	33.4 Tage

5 Ergebnisse

Deckungsgrad (DG) pro BFS Spitaltypologie, Hypothetische Baserate von CHF 732

Aus Datenschutzgründen werden nicht alle Typologien angezeigt.

Datengrundlage: plausible Fälle, Daten 2016

BFS Spitaltypologie	Anzahl Kliniken	Anzahl Fälle	Anteil Daten	DG TARPSY 1.0	DG TARPSY 2.0	Δ DG
K111 / K211 Universitätsspitäler	4	9'513	21%	85%	87%	2%
K112 Zentrumsversorger Niveau 2	4	3'700	8%	107%	108%	1%
K211 Psychiatrische Kliniken Niveau 1 (ohne Universitätsspitäler)	14	24'997	56%	100%	101%	1%
K212 Psychiatrische Kliniken Niveau 2*	14	5'133	11%	117%	113%	-4%
K235 Diverse Spezialkliniken*	3	400	1%	114%	113%	-1%
Suchtkliniken (K212, K235)	6	1'547	3%	142%	130%	-12%

* Inklusive Suchtkliniken.

5 Ergebnisse

Deckungsgrad (DG) pro ANQ Spitaltypologie, Hypothetische Baserate von CHF 732

Datengrundlage: plausible Fälle, Daten 2016 aus Kliniken, für die es eine ANQ-Spitaltypologie gibt

ANQ Spitaltypologie	Anzahl Kliniken	Anzahl Fälle	Anteil Daten	DG TARPSY 1.0	DG TARPSY 2.0	Δ DG
Akut- & Grundversorgung	23	39'833	89%	97%	98%	1%
Schwerpunktversorgung	15	3'459	8%	108%	107%	-1%
Abhängigkeitserkrankung	5	1'457	3%	142%	129%	-13%

5 Ergebnisse

Deckungsgrad (DG) pro Altersgruppe, Hypothetische Baserate von CHF 732

Datengrundlage: plausible Fälle, Daten 2016

Alterskategorie	Anzahl Kliniken	Anzahl Fälle	Anteil Daten	DG TARPSY 1.0	DG TARPSY 2.0	Δ DG
unter 18 Jahre	43	1'798	4 %	88 %	100 %	12 %
18 bis 64-Jährige	33	36'574	82 %	101 %	100 %	-1 %
65 Jahre und älter	40	6'479	14 %	99 %	98 %	-1 %

ANQ Spitaltypologie	Anzahl Kliniken	Anzahl Fälle	Anteil Daten	DG TARPSY 1.0	DG TARPSY 2.0	Δ DG
KJP, alle Fälle	13	26'765	60%	93%	95%	2%
KJP, Fälle < 18 Jahre	13	1'617	4%	85%	98%	12%

5 Ergebnisse

Day-Mix Index (DMI) pro BFS Spitaltypologie

Aus Datenschutzgründen werden nicht alle Typologien angezeigt.

Datengrundlage: plausible Fälle, Daten 2016

BFS Spitaltypologie	Ø VWD*	DMI TARPSY 1.0	DMI TARPSY 2.0	Absolute Veränderung	Prozentuale Veränderung
K111 / K211 Universitätsspitäler	32	1.017	1.045	0.028	2.71%
K112 Zentrumsversorger Niveau 2	28	1.022	1.033	0.011	1.06%
K211 Psychiatrische Kliniken Niveau 1 (ohne Universitätsspitäler)	32	0.997	1.007	0.009	0.95%
K212 Psychiatrische Kliniken Niveau 2**	48	0.946	0.915	-0.031	-3.29%
K235 Diverse Spezialkliniken**	55	0.948	0.943	-0.005	-0.53%
Suchtkliniken (K212, K235)	58	0.879	0.805	-0.075	-8.48 %

* Ø VWD steht für die durchschnittliche Verweildauer.

** Inklusive Suchtkliniken.

5 Ergebnisse

Day-Mix Index (DMI) pro ANQ Spitaltypologie

Datengrundlage: plausible Fälle, Daten 2016 aus Kliniken, für die es eine ANQ-Spitaltypologie gibt

ANQ Spitaltypologie	Ø VWD*	DMI TARPSY 1.0	DMI TARPSY 2.0	Absolute Veränderung	Prozentuale Veränderung
Akut- & Grundversorgung	31	1.003	1.016	0.013	1.30%
Schwerpunktversorgung	45	0.969	0.960	-0.010	-0.99%
Abhängigkeitserkrankung	57	0.878	0.798	-0.079	-9.02%

* Ø VWD steht für die durchschnittliche Verweildauer.

5 Ergebnisse

Day-Mix Index (DMI) pro Alterskategorie

Datengrundlage: plausible Fälle, Daten 2016

Alterskategorie	Ø VWD*	DMI TARPSY 1.0	DMI TARPSY 2.0	Absolute Veränderung	Prozentuale Veränderung
unter 18 Jahre	38	1.266	1.449	0.183	14.42 %
18 bis 64-Jährige	32	0.971	0.969	-0.002	-0.26 %
65 Jahre und älter	40	1.024	1.022	-0.002	-0.17 %

ANQ Spitaltypologie	Ø VWD*	DMI TARPSY 1.0	DMI TARPSY 2.0	Absolute Veränderung	Prozentuale Veränderung
KJP, alle Fälle	30	1.016	1.038	0.022	2.17%
KJP, Fälle < 18 Jahre	39	1.270	1.455	0.185	14.55%

5 Ergebnisse

Systemgüte - R²

Das R² stammt von einer einfachen Regression mit Kosten inkl. ANK als abhängige Variable und effektives Kostengewicht als unabhängige Variable

$$Kosten_i = \beta_1 + \beta_2 ecw_i + \varepsilon_i$$

Datengrundlage: plausible Fälle, Daten 2016 resp. Daten 2014 und 2015

Version	Datenjahr	R ²
TARPSY 2.0	2016	0.866
TARPSY 1.0	2016	0.852
TARPSY 1.0	2014/2015	0.857

Inhalt

1. Datengrundlage
2. Systementwicklung
3. Schwierigkeiten bei der Systementwicklung
4. Berechnung der Kostengewichte
5. Ergebnisse
6. **Ausblick**

6 Ausblick

TARPSY 3.0 wird auf Basis der Daten 2018 entwickelt

Abrechnung im Jahr 2020 erfolgt auf TARPSY 2.0

Daten 2017 u.a. für

- Analysezwecke
- Simulationsrechnungen
- Verbesserung der Datenqualität

6 Ausblick

Zeitachse Tarifstrukturentwicklung TARPSY 2.0 / 2019 & 2020

Katalogversion (2016/2019): CHOP 2016 / ICD-10-GM 2014	08. Juni 2018
Planungsversion (2017/2019): CHOP 2017 / ICD-10-GM 2016	29. Juni 2018
Planungsversion (2018/2019): CHOP 2018 / ICD-10-GM 2016	24. August 2018
Abrechnungsversion (2019/2019): CHOP 2019 / ICD-10-GM 2018	30. November 2018
Abrechnungsversion 2 (2020/2020): CHOP 2020 / ICD-10-GM 2018	30. November 2019

6 Ausblick

E-Mail eines Patienten: «[...] Die Abwesenheit am Wochenende ist nur für 24 Stunden möglich. [...] Als Begründung dafür wurde mir gesagt, dass die Krankenkassen dies ab dem 1. Januar 2018 so vorschreiben. Bei meiner Versicherung habe ich nachgefragt, aber diese winkt ab bzw. **verweist auf den TARPSY** der seit oben genanntem Datum in Kraft getreten ist. [...] »

Mai 2018, **Psychiatrie unter dem TARPSY-Regime**, Compétence, H+ Hospital Forum: «[...] Beispielsweise werden stationäre Kurzaufenthalte aufgrund des Drei-Phasen-Modells finanziell attraktiv, obwohl aus fachlicher Sicht eine intermediäre Behandlung der Patientinnen und Patienten allenfalls sinnvoller wäre [...]»

Wichtig:

- Der Patient steht im Mittelpunkt und erhält die richtige Behandlung
- TARPSY ist ein lernendes System
- TARPSY wird anhand aktueller Daten weiterentwickelt
- Die Tarifstruktur passt sich der Behandlung an und nicht umgekehrt

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit

SwissDRG AG

Haslerstrasse 21
CH-3008 Bern

Tel: +41 (0) 31 310 05 50

Fax: +41 (0) 31 310 05 57

E-Mail: info@swissdrg.org
tarpsy@swissdrg.org