

Allgemeine Beschreibung / Zielsetzung

Voraussichtlich ab 2006 wird die Kostenträgerrechnung (KTR) nach System **Rekole** in der Schweiz flächendeckend obligatorisch eingeführt. Daneben bestehen in einigen Kantonen eigene Vorschriften, wie die KTR auszuführen ist. PABS trägt allen diesen Anforderungen Rechnung, wenn nachstehend Rekole genannt ist, so ist generell das neue System inkl. kantonalen Ausprägungen gemeint. Das vorliegende Dokument soll die Umsetzung und den Prozess des nachfolgenden periodischen Produzieren der KTR beschreiben.

Als Kostenträger in Rekole wurde der **Administrative Fall** bestimmt. Dies deckt sich mit dem Begriff "Fall" in PABS. Aus diesem Grund findet die KTR innerhalb PABS und nicht im Rechnungswesen statt, weil nur hier die nötige Detaillierung auf Leistungsebene gegeben ist. Die Kst-Rechnung und ggf. die KTR nach bisherigem System ("Hauptkostenstelle", parallel zu Rekole) findet wie bisher in der Finanzbuchhaltung statt.

Die Bewertung der Kosten soll nach unterschiedlichen Methoden / Kostensätzen möglich sein. Da auch mit Istkostensätzen gerechnet werden soll, muss u.a. auch eine rückwirkende dynamische Neubewertung der konsumierten Leistungen eines Patienten möglich sein. PABS erlaubt parallel 9 unterschiedliche Kostenbewertungen.

Schematische Gliederung Kostenarten innerhalb der leistungserbringenden Kostenstelle

Direkte Kosten
+ empfangende Umlagen
+/- interne Verrechnungen
Kostensatzrelevantes Subtotal
- entlastende Umlagen
Ergebnis = Null bzw. kleinere Über/Unterdeckung

Feststellungen, Definitionen

Buchungsmechanik

- Ein wesentlicher Unterschied von Methode Rekole zu früher besteht darin, dass eine klarere Trennung zwischen leistungserbringenden (aus Sicht PABS, gemeint ist also auf den Patienten leistungserbringend) und nicht leistungserbringenden Kst unterschieden wird.
- Bis heute werden oft Kosten direkt auf die sgt. "Hauptkostenstellen" (eigentlich Ktr, meist Fachbereich, z.B. Chirurgie) gebucht, was nun nicht mehr der Fall ist. Gebucht wird die Kostenseite also konsequent auf eine Vor- oder eine erbringende Kst oder auf den eigentlichen Ktr, den Fall. Letzterer ist in der Buchhaltung aber nicht direkt kontierbar, also erfolgt die Belastung indirekt

mittels Kostensätzen pro konsumierter Leistung, egal ob verrechenbar oder nicht. Die Kosten können auch direkt in der Leistungserfassung eingegeben werden (wegen Zeitaufwand wohl nur bei besonders teuren Positionen opportun; ab Aufwandverbuchung nicht möglich, da dann der zu belastende Fall meist noch nicht bekannt ist, läuft auch in das "Kostensatzrelevantes Subtotal" der erbringenden Kst).

- Die Kosten können ausserdem noch von den erbringenden Kst auf die Haupt-Kst im bisherigen Sinn umgelegt werden, mit den dort direkt verbuchten Erlösen entsteht die Sicht Ktr-Rechnung wie bisher (neben Rekole), was für Vergleichs- und Budgetierszenarien unbedingt notwendig ist. Dies ist zwar nicht so genau wie ein Zusammenzug der Einzelleistungen, wenn aber die Leistungen aus irgendwelchen Gründen noch nicht erfasst werden können, ist es für eine Näherungsrechnung sehr gut geeignet.

Damit das System funktionieren kann, sind einige **allgemeine Voraussetzungen** zu beachten:

- Eine leistungserbringende Kst sollte ihre Leistungen nur nach einer einzigen Methode weitergeben, sonst kann keine genaue Ermittlung der Kostensätze durchgeführt werden (also z.B. nur nach TP, Tagen, etc., nicht gemischt). Wo immer möglich werden nach Franken fakturierten Leistungen TP mitgeben oder eine Kst auf mehrere aufgeteilt (interne Verrechnung), für die so entstandenen Teil-Kst sind wieder einheitlich Kostensätze ermittelbar. Das Programm ist zwar in der Lage, bei unterschiedlichen Szenarien pro Kst die Kosten zuerst je nach Methode in verschiedene Töpfe aufzuteilen, innerhalb jedes Topfes sind die Gewichtungen gleich. Es resultieren also verschiedene Kostensätze pro erbringender Kst. Da diese Aufteilung nur umsatzproportional erfolgen kann, müssen jedoch gewisse mathematische Ungenauigkeiten in Kauf genommen werden.
- Prinzip: Die Kosten werden nach dem Verursacherprinzip auf die Fälle belastet, indem man alles in Form von konsumierten Leistungen erfasst, die dann zu Kostensätzen nach verschiedenen Methoden bewertet werden.
- Damit alle Kosten eines Falles korrekt ermittelt werden können, ist auch für Grundversicherungspatienten eine totale Einzelleistungserfassung (nicht verrechenbare Leistungen) unabdingbar.
- Für die Umlage der Pflege (immerhin der Grossteil der Kosten) ist auch der Zeitkonsum in Minuten über Leistungen zu erfassen. Diese haben normalerweise zwar keinen Verkaufspreis, aber Kostensätze. Die Erfassung sollte im Idealfall auf effektiver Zeiterfassung beruhen. Denkbar sind auch Pauschalzeitbelastungen je nach Art des Falles, was zwar weniger genau ist, aber deutlich weniger Aufwand mit sich bringt (Zeitaufwand des Personals, techn. Infrastruktur, etc.). Je nach Ausrichtung des Hauses wird man sich für die eine oder andere Methode oder einen Mix beider entscheiden.
- Externe Erlöse ohne Patientenbezug sollten nicht die Kosten der erbringenden Kst reduzieren, sondern direkt über Pabs fakturiert werden (z.B. über nichtmed. Debitoren oder falls dies nicht geht über einen Sammel-Dummy-Patient), ansonsten werden die Kst-Totale verfälscht und sind nicht vergleichbar (quersubventionierte Kostensätze). Anmerkung: in gewissen kantonalen Vorschriften ist leider genau das gefordert, ist jedoch alles mit der entsprechenden Verbuchung machbar.
- Anmerkung: Leistungen können Erlöse und/oder Kosten haben. Beispiel: eine Pauschale hat nur Erlös, eine Pflegezeiterfassung hat nur Kosten und eine verrechenbare Laborposition hat beides.

Ermittlung der Kosten pro Leistung – Methodik

Für jede Leistung wird normalerweise ein Kostensatz ermittelt, der vom konsumierten "Gewicht" der Leistung abhängt. Die Kosten der erbringenden Kst werden proportional zu diesem Gewicht der Leistung zugeordnet. Es gibt folgende Methoden, wie dies geschehen kann:

- Hat eine Leistung direkt erfasste Kosten, so gelten diese und es werden keine Kostensätze angewendet. Auch reduzieren solche Leistungen das nach Leistungs-Gewichten (Kostensätzen) zu verteilende Total der erbringenden Kst (gemeint ist das Total "Kostensatzrelevantes Subtotal" in der Kst-Grafik), aber nur für die Kostensatzermittlung, ohne Rückbuchung in die Buchhaltung.



- Methode NONE: Diese Leistung hat keine Kosten. Üblicherweise sind dies Pauschalen (die Kosten kommen via nicht verrechenbare Einzelleistungen) und gewisse Spezialpositionen, die über Leistungen abgewickelt werden (z.B. Depots).
- Methode UMSP: Verteilung der Kosten der erbringenden Kst auf die Einzelleistungen proportional zum Umsatz (Erlös)
- Methode MENP: Verteilung der Kosten der erbringenden Kst auf die Einzelleistungen proportional zur Leistungs-Menge. Achtung, "Äpfel-Birnen"-Problem, nur sinnvoll, wenn eine Kst nur nach einer Leistungsart (z.B. Minuten Pflege) weiterverrechnet wird.
- Methode TAGP: wie MENP, es kommen aber nur Mengen von Tagestaxleistungen in Anwendung
- Methode TPSL: Verteilung der Kosten der erbringenden Kst auf die Einzelleistungen proportional zu den SLK-Taxpunkten
- Methode TPTA: Verteilung der Kosten der erbringenden Kst auf die Einzelleistungen proportional zu den Tarmed-Taxpunkten. Dies erfolgt getrennt nach TP AL+TL, kann auch Kosten von 2 verschiedenen Kst "holen".
- Methode MEDI und MATE (Medikamente und Material): die Kostensätze für diese Leistungen werden vom Einkauf her ermittelt und nicht proportional zu einem Gewicht, deshalb werden sie nicht mit der gleichen Ermittlungsmethode für Kostensätze behandelt wie die übrigen Leistungen.

Prozessablauf

- **Kst-Rechnung in Navision** (oder einer anderen betriebswirtschaftlichen Software, die mit PABS integriert ist): Die dazu nötigen Umlageschlüssel können fix (z.B. m3) sein oder variabel von PABS eingebracht werden. Dies geschieht so, dass PABS die Umlageschlüsseldaten mit dem Programm MIS ermittelt und für die Kst-Rg nach Navision exportiert (je nach umzulegender Kst verschieden, z.B. Pflage, TP, etc.). Damit ist Navision in der Lage, eine vollständige Kst-Rg zu führen, was Voraussetzung für die Umlagerung der Kosten auf die Ktr ist. Ebenso kann der klassische Begriff der Hauptkostenstelle bzw. Ktr im bisherigen Sinne weiter verfolgt werden, ohne mit den Rekole-Vorschriften zu kollidieren: die Erlöse werden direkt von der PABS-Fakturierung auf die HKst gebucht, Umlagen von den leistungserbringenden Kst auf die HKst erfolgen nach gleichem Muster wie von den Vor- auf die leistungserbringenden Kst. Dies entspricht dem heutigen Status, hier ändert fast nichts. Damit bleibt dieser gewohnte Ordnungsbegriff für Budgetierungen, Tagessatzermittlungen, usw. voll erhalten.
Anmerkung: da die Buchungen in Navision nur provisorisch gemacht werden können, kann man sie auch wieder löschen und nach anderen Kriterien neu rechnen lassen; somit sind fast beliebige Sichten für die HKst/Ktr möglich! (nach Fachbereich, Diagnose, Arzt, Garant, usw.)
- In Navision erfolgt ein **Export der Kst-Totale** (pro Kostenart 12 Monatstotale Vorjahr / lfd Jahr / Plan), die in PABS von einer Importfunktion in die entsprechenden Felder pro Kst geladen werden. Sie bilden eine Basis für die Kostensatzermittlung. Siehe schematische Gliederung der Kst zu Beginn des Dokuments. Wichtig ist, die Periodizität sinnvoll zu wählen, da diese Zahlen nur mit voller Abgrenzung Sinn machen und somit nicht für alle Häuser auf monatlicher Ebene machbar sein werden.
- **Ermittlung Kostensätze für Leistungen aller Methoden ausser MEDI+MATE:**
 - Die relevanten Kosten (Vorjahr / lfd. Jahr / Plan, Monat von/bis) werden pro Kst ermittelt
 - Die direkt zugeordneten Kosten werden davon abgezogen
 - Die Gewichte aller Leistungen dieser leistungserbringenden Kst in der gewählten Periode werden kumuliert
 - Kostenbewertung für jede Leistung: Kosten der Leistung = korrigierte Gesamt-Kosten der erbringenden Kst mal Gewicht dieser Leistung durch Summe der Gewichte aller Leistungen dieser erbringenden Kst. Ablage des Ergebnisses in Kostenfeld 1-9 auf jeder Leistung.



- Bei Tarmed-Leistungen können AL und TL auf verschiedenen leistungserbringenden Kst sein, Kosten werden separat errechnet und dann addiert.
- Erbringt eine Kst Leistungen nach verschiedenen Methoden, wird das Total Kosten zuerst umsatzproportional auf die verschiedenen Methoden gesplittet und jede Methode separat ab ihren Teilkosten gerechnet.
- **Ermittlung Kostensätze für Leistungen Methode MEDI+MATE:** Die Kostensätze werden vorgängig manuell oder mit einem Berechnungsprogramm in PABS ermittelt (dieses erlaubt z.B. "ändere mir alle Leistungen der Gruppe x, indem du Tarif 5 nimmst, 10% dazurechnest und das Ergebnis in Kostensatz 3 einfügst.). Auch wäre es denkbar, Einstandspreise ab Galdat-Import rechnen zu lassen.
- Damit sind die Leistungen aufbereitet (kostenmässig bewertet) und können **ausgewertet** werden:
- **Fallkostenausweis:** Auswahl des Kostensatzes 1-9 sowie div. Filter, welche Patienten erscheinen sollen. Alle Leistungen eines Falles werden subsummiert nach den entsprechenden Leistungsrubriken dargestellt. Dem Total Kosten werden die Erlöse gegenübergestellt. Zudem wird ein Delta zwischen Total fakturierbaren Leistungen und fiktivem Erlös aus Total Einzelleistungen (ohne die Pauschalen, mit nicht verrechenbaren Leistungen zum theoretischen Erlös bewertet) dargestellt, was Rückschlüsse auf die Pauschalen zulässt. Die Zahlen können auch elektronisch nach Norm Kanton oder Rekole exportiert werden.
- **Kostenträgerverdichtung:** 2x Auswahl des Kostensatzes 1-9 sowie div. Filter, welche Patienten erscheinen sollen. Zudem gibt man das (auch zusammengesetzte) Ordnungskriterium für die Verdichtung an. Beispiel: Fachbereich oder Fachbereich und Klasse. Pro Kriterium erscheint eine Zeile mit den Werten Erlös, fiktiver Erlös, Kosten zu Satz 1, Kosten zu Satz 2. Die Daten werden gedruckt oder angezeigt und zudem als csv für weitere Auswertungen in Access oder Excel zur Verfügung gestellt. Anmerkung: gegenüber Rekole, das nur die Austrittssituation eines Falles berücksichtigt, arbeitet die PABS-Methode wesentlich genauer, da bei Verlegungen die Situation pro Leistung berücksichtigt wird.

Schlussbemerkungen

- Mit diesem Werkzeug erhalten die PABS-Benutzer ein effizientes Mittel, auf die vielfältigen Fragestellungen um die KTR im Spital rasch und mit vertretbarem Aufwand Antwort geben zu können.
- Obwohl die Materie sehr komplex ist, ist die KTR-Rechnung nach erfolgreicher Einrichtung immer wieder quasi auf Knopfdruck produzierbar.
- Die kommenden Anforderungen um Rekole sind abgebildet, aber um zusätzliche Funktionalität erweitert, die bisherigen üblichen Prozesse in Kalkulation und Budgetierung müssen nicht aufgegeben werden.
- Dank der dynamischen Bewertung der Kosten pro Leistung nach bis zu 9 Methoden kann man verschiedene Szenarien vergleichen und die Ergebnisse beliebig verdichten. Da die kostenmässige Bewertung mehrmals und auch rückwirkend ausgeführt werden kann, erreicht man eine ausserordentlich flexible Situation. Die 9 gebotenen Möglichkeiten werden zudem kaum je ausgeschöpft werden, üblich sind die 4 Sichten Standard, Ist, Norm, Plan.