

Konzept der Tarifstruktur für stationäre Leistungen im Spital

Änderungsnachweis

Version	Datum	Name	Bemerkungen
0.1	27.01.2012	eKARUS FachDesign J. Steinberger, A. Peverelli	Grundversion
0.2	27.02.2012	J. Steinberger, A. Peverelli	Update gemäss Input Workshop FachDesign Spital vom 22.2.2012
0.3	22.03.2012	A. Peverelli	Update gemäss Input Workshop TechDesing Spital vom 21.03.2012
1.0	18.04.2012	G. Ineichen	Update gemäss Beschlüsse Steuerungsausschuss vom 30.03.2012
1.1	08.11.2012	G. Ineichen	Anpassung Tarif 930 nach Einigung im FachDesign vom 20.06.2012 Anpassung Rundungsthematik in Abstimmung mit eKARUS Pflege Freigabe durch Steuerungsausschuss
1.11	12.12.2012	G. Ineichen	Ergänzung im Kapitel 3 ‚Tarifübersicht‘

Version: 1.11

Gültig ab: 1. Januar 2013

Inhalt: Definition der Tarife und Tarifziffern für die Abrechnung von stationären Versicherungsleistungen im Spital auf der Grundlage der neuen Spitalfinanzierung nach SwissDRG

Inhalt

1	Einleitung.....	3
1.1	Ausblick.....	3
2	Zweck.....	3
3	Tarifübersicht.....	4
3.1	XML Detailposition.....	4
3.2	Kantonaler Kostenteiler (Spitalfinanzierung).....	4
4	Tarif 010: SwissDRG.....	5
4.1	Inhalt / Tarifstruktur.....	5
4.2	Anwendung im Bereich VVG.....	5
4.3	Beispiel.....	5
5	Tarif 011: Zusatzentgelte-Katalog.....	6
5.1	Aufbau Abrechnungsposition.....	6
5.1.1	Zusatzentgelte ZE05-2012 (mit ATC-Kodes).....	6
5.1.2	Beispiel.....	6
6	Tarif 012: Weitere stationäre Leistungen der OKP.....	7
6.1	Inhalt.....	7
6.1.1	Zusatz.....	7
6.1.2	Übergangstarife.....	7
6.1.3	Nicht gedeckte Leistungen.....	7
6.1.4	Tarifstruktur.....	7
6.1.5	Anwendung.....	8
6.2	Beispiele.....	8
6.2.1	Tarif 012 / Kapitel 01: ANQ Pauschale.....	8
6.2.2	Tarif 012 / Kapitel 92 - Leistungen Rehabilitation OKP (später Tarif 020).....	9
6.2.3	Tarif 012 / Kapitel 93 - Leistungen Psychiatrie OKP (später Tarif 030).....	10
6.2.4	Tarif 012 / Kapitel 98 – Ungedeckte Leistung.....	11
6.2.5	Tarif 012 / Kapitel 99 – Übrige Leistung.....	11
7	Tarif 930: Stationäre Leistungen VVG.....	12
7.1	Inhalt.....	12
7.2	Tarifstruktur.....	12
8	Abrechnung von Wartepatienten.....	13
8.1	Inhalt / Tarifstruktur.....	13
8.2	Anwendung.....	13
8.3	Beispiel.....	13
9	Rundungsthematik.....	14

1 Einleitung

Per 1. Januar 2012 wurde das Fallpauschalensystem SwissDRG Schweiz weit eingeführt. Parallel dazu wurde die neue Spitalfinanzierung eingeführt, welche sich auf alle stationären Bereiche auswirkt. Im akutsomatischen Bereich werden die Leistungen neu über die Tarife 010/011 abgewickelt. Im Tarifrahmenvertrag wurde festgehalten, dass SwissDRG pauschalen elektronisch abgewickelt werden müssen. In der Folge mussten auf der Seite der Leistungserbringer und der Kostenträger die Systeme angepasst werden. Weil die Anpassungen oft nicht ausschliesslich auf den DRG Bereich eingeschränkt werden können, sind weitere stationäre Bereiche wie Reha und Psychiatrie davon betroffen.

Um diese Umstellungen einheitlich im Sinne von elektronischen automatisierbaren Prozessen gemäss den eKARUS Vorgaben abwickeln zu können, wurden Hilfstarife gemeinsam erarbeitet. Struktur und Anwendung sind in diesem Dokument beschrieben.

1.1 Ausblick

Sowohl im Bereich des VVG, wie auch in den OKP Bereichen Reha und Psychiatrie ist in den nächsten Jahren mit einer Vereinheitlichung der Grundlagen zu rechnen. Bereits jetzt verrechnen einige Spitäler ihre akut somatischen VVG Leistungen auf Basis des SwissDRG Abgeltungsmodells.

2 Zweck

Dieses Dokument soll die einheitliche Verrechnung stationärer Spitalleistungen unter SwissDRG sowie die vertraglich definierte Vergütung von weiteren Leistungen im OKP und VVG Bereich regeln.

Jedes Spital bringt heute im Zusatzversicherungsbereich eigene Tarife und Abrechnungsstrukturen mit. Ziel dieses Dokumentes soll sein, die bereits bestehenden Tarife jedes einzelnen Spitals in eine einheitlich strukturierte und somit elektronisch verarbeitbare Form zu bringen.

Folgend werden sämtliche Tarife und Tarifiziffern kurz erläutert, welche für die elektronische Abrechnung stationärer Leistungen neben dem Tarif 010 SwissDRG, verwendet werden können.

3 Tarifübersicht

Leistungserbringer		Tarif	Tarifbezeichnung	Gesetz
Spital stationär: Akut, Geburtshäuser	Tarifsystem für stationäre akutsomatische Spitalleistungen nach neuer Spitalfinanzierung SwissDRG im Bereich KVG	010	SwissDRG	KVG
Spital stationär: Akut, Geburtshäuser	Tarifsystem für stationäre akutsomatische Spitalleistungen im Zusatzversicherungsbereich nach System SwissDRG	010	SwissDRG	VVG
Spital stationär Akut	Tarifsystem für stationäre akutsomatische Zusatzentgelte	011	Zusatzentgelte-Katalog	KVG
Stationäre Leistungen: Akut, Rehabilitation, Psychiatrie	Tarifsystem für übrige stationäre Leistungen	012	Tarif für stationäre Leistungen ohne DRG	KVG
Stationäre VVG Leistungen	Tarifsystem für stationäre Spitalleistungen im Zusatzversicherungsbereich nach System Einzelleistungsverrechnung	930	Tarif für stationäre Leistungen nach VVG	VVG
Spital stationär (Wartepatienten)	Tarifsystem für stationäre Wartepatienten	960	Pflegeleistungen stationär	KVG

Im Weiteren (z.B. für Einzelleistungen wie Medikamente, Physiotherapie, Labor etc. im Bereich Rehabilitation oder Psychiatrie) gelten die Tarife gemäss Forum Datenaustausch.

3.1 XML Detailposition

Leistungen zu vorangehend angeführten Tarife sind mittels folgenden records abzuwickeln:

Tarif 010: servicesType/record_drg

Tarif 011: servicesType/record_drg

Tarif 012: servicesType/record_drg

Rest: servicesType/record_other

3.2 Kantonaler Kostenteiler (Spitalfinanzierung)

Der Kantonale Kostenteiler (fKT) muss bei allen KVG Leistungen der folgenden Tarife angewandt werden.

- 010
- 011
- 012.92 (Reha)
- 012.93 (Psychiatrie)

In den übrigen Fällen ist der Kostenteiler (fKT) mit 1.00 zu setzen.

4 Tarif 010: SwissDRG

DRG wird im akut-somatischen Umfeld für die Abgeltung stationärer Leistungen genutzt. In einer Übergangsphase werden die Spitäler in der Grundversicherung nach Tarif 010 abrechnen und im VVG die Tarifstruktur der bisherigen Verträge mit Anpassungen im Leistungsumfang nutzen. Einzelne Spitäler, welche bisher bereits unter APDRG abrechneten und diesen Tarif auch im VVG benutzten, werden per 1.1.2012 auch den VVG Bereich auf DRG umstellen und somit Tarif 010 auch für VVG einsetzen.

4.1 Inhalt / Tarifstruktur

Siehe SwissDRG Tarifstrukturvertrag und Tarifleistungen

4.2 Anwendung im Bereich VVG

Der Tarif 010 kann als Mehrleistungstarif (nur VVG Aufschlag) oder als Volleleistungstarif (inkl. OKP Kosten) genutzt werden. Üblicherweise adressiert dieser Tarif nur die medizinische Leistung, die Hotellerie wird grundsätzlich separat mit Tarif 930 verrechnet.

4.3 Beispiel

Das CHUV beabsichtigt per 2012 mit einheitlichen Abrechnungsregeln KVG und VVG abzugelten.

OKP: Tarif 010 gemäss SwissDRG und bewilligter/verordneter Baserate

VVG: Tarif 010 gemäss SwissDRG und Mehrleistungs-Baserate
Tarif 930 für Leistungen der Hotellerie

Die Innerschweizer Spitäler, welche bis 2011 mit APDRG abrechneten, werden wahrscheinlich unter ähnlichen Bedingungen abwickeln. Dabei werden möglicherweise weiterhin Volleleistungen verrechnet, womit die Leistung OKP Leistung als Negativleistung ausgewiesen werden muss. (Siehe auch Testfälle und Dokumentation eKARUS)

5 Tarif 011: Zusatzentgelte-Katalog

Gemäss SwissDRG werden die Zusatzentgelte analog dem DRG Modell abgewickelt. Die Verrechnungsberechtigung kann nur mittels MCD validiert werden, da dieses die entsprechenden Bedingungsparameter enthält (Prozeduren/Diagnose)

5.1 Aufbau Abrechnungsposition

Die Positionen verfügen über den gleichen Detailaufbau wie die Tarif 010 Positionen. Es gelten auch die gleichen Faktoren der Kostenteilung mit dem Kanton. Hinsichtlich Abgrenzung mit anderen Sozialversicherungsträgern ist davon auszugehen, dass kein Splitting erfolgt, weil die referenzierte Prozedur/Diagnose in einem gesetzesspezifischen MCD abgebildet werden wird.

5.1.1 Zusatzentgelte ZE05-2012 (mit ATC-Kodes)

Behandlung von Blutern (Hämophiliepatienten) mit Blutgerinnungsfaktoren. Dieses Zusatzentgelt ist nur abrechenbar, wenn gemeinsam mit dem ATC-Kode der CHOP-Kode 99.06.10 "Behandlung von Hämophiliepatienten (Bluter, angeboren) mit Blutgerinnungsfaktoren" angegeben wird. Die Vergütung erfolgt zum Fabrikabgabepreis: Allfällige Rabatte werden zwischen dem behandelnden Spital und den Kostenträgern zu gleichen Teilen aufgeteilt.

Im Feld Tarifiziffer wird die Nummer des Zusatzentgeltes, zum Beispiel ZE05.01-2012, angegeben. Der entsprechende Pharmacode zum Medikament wird, sofern vertraglich vereinbart, innerhalb der Positionszeile des Zusatzentgeltes im Feld ‚Bezugsziffer‘ aufgeführt.

5.1.2 Beispiel

Datum	Tarif	Tarifziffer	BZ	Si	St	Anzahl	TP	AL/Prei	f KT	Baserate	f SY	TPW	TL	P	M	Betrag
01.02.2012	011	ZE05.01-2012	2530127	1		1.00		27.85	0.50	1.0000	1.00			1	0	13.93
Faktor VIII rekombinant																

6 Tarif 012: Weitere stationäre Leistungen der Grundversicherung

6.1 Inhalt

Der Tarif 012 dient der Verrechnung von stationären OKP Leistungen, welche ausserhalb der von SwissDRG vereinbarten Modalitäten abgewickelt werden. Darunter fallen branchenweite Leistungen und Übergangstarife.

6.1.1 Zusatz

Dieser Teil des Tarifs 012 ermöglicht die Abrechnung von Leistungen, welche neben der pauschalen Abgeltung durch Tarif 010 zu 100% durch die Krankenversicherung gedeckt sind.

6.1.2 Übergangstarife

Die Übergangstarife wurden definiert, damit im Zusammenhang mit der DRG Einführung alle stationären Leistungen elektronisch abgewickelt werden können. Dies erleichtert den betroffenen Spitälern die Systemeinführung. Sie werden gemäss den Regeln der Spitalfinanzierung abgerechnet womit der kantonale Kostenteiler zur Anwendung kommt.

Aktuell wurden für folgende Bereiche Übergangstarife erstellt:

- **Psychiatrie**
- **Rehabilitation**

Für die betroffenen Leistungsbereiche werden in vielen Fällen nur die Leistungspreise aufgrund der Spitalfinanzierung angepasst. Die bestehenden Verträge werden zumindest für 2012 mehrheitlich weitergeführt.

6.1.3 Nicht gedeckte Leistungen

Gemäss bestehenden Verträgen wurden in einzelnen Fällen auch Inkassovereinbarungen für nicht gedeckte Leistungen getroffen. Darum wurde ergänzend im Tarif 012 ein Kapitel für nicht gedeckte Leistungen geschaffen. Diese Leistungen können aber nur verrechnet werden, sofern sie vertraglich vereinbart sind, andernfalls würde eine Rückweisung erfolgen.

6.1.4 Tarifstruktur

Der Tarif ist in Kapitel gegliedert, welche unterschiedliche, im Gesetz vorgesehene, stationäre Leistungsbereiche abdeckt. Damit die bestehenden Verträge im Grundsatz beibehalten werden können, wurde zudem ein Kapitel für nicht gedeckte Leistungen eingeführt.

Für alle Leistungen innerhalb eines Kapitels gelten die gleichen Abrechnungsbestimmungen.

Die Tarifziffer besteht aus 3 Elementen, z.B. 92.01.00

1. **92** -> Kapitelreferenz mit 2 Stellen
2. **01** -> Unterkapitel mit 2 Stellen
3. **00 bis 20** -> Leistungsposition mit 2 Stellen oder spezifischem Leistungscode. Jeweils 20 Ziffern pro Unterkapitel sind fix definiert. Diese 20 Ziffern können je nach vertraglicher Regelung individuell genutzt werden. (Zum Beispiel: Kostenträger und Leistungserbringer vereinbaren eine Tagestaxe, also Unterkapitel 01, welche gültig ist vom 1.bis 60. Tag und eine vom 61.bis 90. Tag. So könnte gelten:

Ziffer	Bezeichnung
92.01.01	Tagestaxe 1 # Tagestaxe, 1.bis 60. Tag
92.01.02	Tagestaxe 2 # Tagestaxe, 61.bis 90. Tag

6.1.5 Anwendung

Die Leistungen werden mit der entsprechenden Tarifziffer abgebildet und im Textfeld ist die Leistung gemäss Bezeichnung im Vertrag oder Leistungskatalog auszuweisen.

Neben der Leistungsbezeichnung kann zudem eine interne Leistungsziffer mitgegeben werden. Diese Zusatzinformation unterstützt die eindeutige Erkennung wodurch Rückfragen vermieden werden können.

Beispiel:

Bisherige Verrechnung

Tarif	APDRG
Tarifziffer	149.01
Bezeichnung	Tagestaxe, 1. bis 60. Tag
Ansatz (Preis)	300.-
Anzahl (Tage)	13.0000

Positionszeile auf der Rechnung:

Datum	Tarif	Tarifziffer	BZ	Si	St	Anzahl	TP	AL/Preis	f KT	Baserate	f SV	TPW TL	P	M	Betrag
01.05.2012	DRG	149.01			1	13.00		300.00	1.00	1.0000	1.00		1	0	3900.00
14.05.2012		Tagestaxe, 1. bis 60. Tag													

Neue Verrechnung ab 2012 (Spitalfinanzierung)

Tarif	012
Tarifziffer	92.01.01
Bezeichnung	Tagestaxe, 1. bis 60. Tag # V4110
Ansatz (Preis)	600.-
Anzahl (Tage)	13.0000
Kantonsanteil	50 %

Positionszeile auf der Rechnung ab 2012:

Datum	Tarif	Tarifziffer	BZ	Si	St	Anzahl	TP	AL/Preis	f KT	Baserate	f SV	TPW TL	P	M	Betrag
01.05.2012	012	92.01.01			1	13.00		600.00	0.50	1.0000	1.00		1	0	3900.00
14.05.2012		Tagestaxe, 1. bis 60. Tag # V4110													

6.2 Beispiele

6.2.1 Tarif 012 / Kapitel 01: ANQ Pauschale

ANQ Pauschalen wurden auf Branchenebene verhandelt und für 2012 nicht in die Baserate eingerechnet.

Beispiel:

Neue Verrechnung ab 2012

Datum	Tarif	Tarifziffer	BZ	Si	St	Anzahl	TP	AL/Preis	f KT	Baserate	f SV	TPW TL	P	M	Betrag
01.05.2012	010	H08A			1	1.00		1.50	0.50	6000.0000	1.00		1	0	4494.00
14.05.2012		Laparoskopische Cholezystektomie mit sehr komplexer oder komplizierender Diagnose													
01.05.2012	012	01.00.ANQ			1	1.00		2.55	1.00	1.0000	1.00		1	0	2.55
14.05.2012		ANQ Pauschale													

6.2.2 Tarif 012 / Kapitel 92 - Leistungen Rehabilitation OKP (später Tarif 020)

Die Leistungen im Bereich der Rehabilitation werden mehrheitlich durch Pauschalen abgegolten

Beispiel:

Bisherige Verrechnung

Tarif	999
Tarifziffer	V4110
Bezeichnung	Tagestaxe Muskuloskelettale Rehabilitation
Ansatz (Preis)	449.-
Anzahl (Tage)	13.0000

Positionszeile auf der Rechnung:

Datum	Tarif	Tarifziffer	BZ	Si	St	Anzahl	TP	AL/Preis	fKT	Baserate	fSV	TPW/TL	P	M	Betrag
01.05.2012	999	V4110				13.00		449.00	1.00	1.0000	1.00		1	0	5837.00
14.05.2012		Tagestaxe Muskuloskelettale Rehabilitation													

Neue Verrechnung ab 2012 (Spitalfinanzierung)

Tarif	012
Tarifziffer	92.01.01
Bezeichnung	Tagestaxe Muskuloskelettale Rehabilitation # V4110
Ansatz (Preis)	898.-
Anzahl (Tage)	13.0000
Kantonsanteil	50 %

Positionszeile auf der Rechnung ab 2012:

Datum	Tarif	Tarifziffer	BZ	Si	St	Anzahl	TP	AL/Preis	fKT	Baserate	fSV	TPW/TL	P	M	Betrag
01.05.2012	012	92.01.01				13.00		898.00	0.50	1.0000	1.00		1	0	5837.00
14.05.2012		Tagestaxe Muskuloskelettale Rehabilitation # V4110													

6.2.3 Tarif 012 / Kapitel 93 - Leistungen Psychiatrie OKP (später Tarif 030)

Die Abrechnung im Bereich Psychiatrie wird durch spezifische Verträge definiert. Meist handelt es sich um verschiedene Tagespauschalen. Zum Beispiel wird für die ersten drei Tage ein Zuschlag verrechnet oder ab dem 60. Tag gilt ein anderer Tagesansatz.

Beispiel:

Bisherige Papierrechnung (mit Zuschlag)

Fall	Klasse: 3	Patient
AufnDatum: 20.09.2011		Name:
EntlDatum:		GebDatum:
MNR/NRIC:	Krankheit	

Leistung	Menge	Bezeichnung	Datum	Anz. TP	TP-Wert/Preis	Betrag/CHF
	11.0	Tagestaxe 3. Klasse, Allg. Abteilung	20.09.2011		277.00	3,047.00
	3.0	Tagestaxe 50% Zuschlag erste 3 Tage	20.09.2011		138.00	414.00
Gesamtbetrag Leistungen						3,461.00
Anzahl Pflgetage:						11.00

Neue Verrechnung ab 2012 (mit Zuschlag)

Datum	Tarif	Tarifziffer	BZ	Si	St	Anzahl	TP AL/Preis	fKT	Baserate	fSV	TPW TL	P	M	Betrag
01.05.2012	012	93.01.01				11.00	554.00	0.50	10000	1.00		1	0	3047.00
12.05.2012														
01.05.2012	012	93.04.01				3.00	276.00	0.50	10000	1.00		1	0	414.00
04.05.2012														
3461.00														

Bisherige Papierrechnung (mit nicht gedeckter Leistung)

Fall	stationär			
AufnDatum:	Klasse: 3	Patient		
EntlDatum:		Name:		
Vers.Nr.:		GebDatum:		
Hauptdiagnose: F	Krankheit	Station:	..	

Leistung	Bezeichnung	Datum	Anz. TP	TP-Wert/Preis	Menge	Betrag/CHF
	Tagestaxe	16.09.2011		361.00	3.0	1,083.00
	16.09.2011 - 18.09.2011					
	Tagestaxe	19.09.2011		361.00	2.0	722.00
	19.09.2011 - 20.09.2011					
	Tagestaxe	21.09.2011		236.00	10.0	2,360.00
	21.09.2011 - 30.09.2011					
70	Taschengeld 09/11	21.09.2011	1.00	225.00	1.0	225.00
Gesamtbetrag Leistungen						4,390.00

Neue Verrechnung ab 2012 (mit nicht gedeckter Leistung)

Datum	Tarif	Tarifziffer	BZ	Si	St	Anzahl	TP AL/Preis	f KT	Baserate	f SV	TPW TL	P	M	Betrag
16.09.2012	012	93.01.01			1	3.00	722.00	0.50	1.0000	1.00		1	0	1083.00
18.09.2012		Tagestaxe 1 - 1. bis 60. Tag												
19.09.2012	012	93.01.01			1	2.00	722.00	0.50	1.0000	1.00		1	0	722.00
20.09.2012		Tagestaxe 1 - 1. bis 60. Tag												
21.09.2012	012	93.01.02			1	10.00	472.00	0.50	1.0000	1.00		1	0	2360.00
30.09.2012		Tagestaxe 2 - ab 61. Tag												
21.09.2012	012	98.00.00			1	1.00	225.00	1.00	1.0000	1.00		1	0	225.00
21.09.2012		Taschengeld 09/11												
														4390.00

Hinweis: Die Zuordnung der Leistungsarten (z.B. "Tagestaxe 1 – 1. bis 60. Tag" / "Tagestaxe 2 - ab 61.Tag") zur Tarifziffer muss vertraglich definiert werden.

6.2.4 Tarif 012 / Kapitel 98 – Ungedekte Leistung

Siehe vorangehendes Beispiel

6.2.5 Tarif 012 / Kapitel 99 – Übrige Leistung

Leistungen, welche in den vorhandenen Kapiteln nicht zugewiesen werden können, aber aufgrund der geltenden Verträge abgerechnet werden müssen.

7 Tarif 930: Stationäre Leistungen VVG

Dieser Tarif dient der Abwicklung von vertraglich vereinbarten VVG Leistungen, sofern nicht auf Basis von SwissDRG abgerechnet wird.

7.1 Inhalt

Im Tarif werden Hilfsziffern für alle Leistungen abgebildet, welche im stationären Bereich über die Zusatzversicherung abgerechnet werden.

7.2 Tarifstruktur

Der Tarif ist in Kapitel unterteilt. Die Kapitelstruktur orientiert sich an den abrechnungstechnischen Eigenschaften der entsprechenden Leistungen. Beispielsweise sind in Pauschalleistungen alle möglichen Zusatzkosten enthalten, womit Kombinationen mit anderen Leistungen zum gleichen Umfang ausgeschlossen sind. Zuschläge setzen immer eine Leistung voraus, auf welche sich diese beziehen.

Themenbereiche, welche in Kapitel gefasst wurden:

- Behandlungen
- Einzelleistungen
- Pauschalleistungen
- Zuschläge

Der Tarif beinhaltet die stationären Leistungen aus den Zusatzversicherungen die neben den OKP Leistungen verrechnet werden dürfen. Er besteht aus fünf Kapiteln, welche sich auf Eingriffe, Arztleistungen, Zuschläge, Einzelleistungen und Pauschalleistungen beziehen.

Die Tarifziffer besteht aus 3 Elementen.

1. Kapitelreferenz mit 2 Stellen
2. *Unterkapitel mit 2 Stellen*
3. *Leistungsposition mit 2 Stellen*

Je Kapitel gibt es ein Unterkapitel 99 (Übrige), welches angewendet werden kann, wenn eine VVG Leistung des Spitals auf keine Leistungsposition abgebildet werden kann.

7.3 Anwendung

Die Leistungen werden mit der entsprechenden Tarifziffer abgebildet und im Textfeld ist die Leistung gemäss Bezeichnung im Vertrag oder Leistungskatalog auszuweisen.

Neben der Leistungsbezeichnung kann zudem eine interne Leistungsziffer mitgegeben werden. Diese Zusatzinformation unterstützt die eindeutige Erkennung, wodurch Rückfragen vermieden werden können.

8 Abrechnung von Wartepatienten

In Kapitel 2.2 „Regeln und Definitionen zur Fallabrechnung unter SwissDRG wird vorgegeben, dass Patienten für welche keine akut somatische Betreuung mehr indiziert ist, der Fall abgeschlossen und gemäss KVG Art.50, stationäre Krankenpflege für Pflegeheime angewendet werden muss.

8.1 Inhalt / Tarifstruktur

Diese Leistungen werden nach dem eKARUS Tarifkonzept Pflege abgebildet.

8.2 Anwendung

Der Pflegebedarf nach KLV 7a Abs 3 wird durch ein anerkanntes Einstufungssystem ermittelt (RAI, BESA, Plaisir). Wenn eine einstufigsunabhängige Pauschale vereinbart wurde, muss der Preis vertraglich definiert werden, und kann dann über den Tarif 960, Tarifziffer 96053 verrechnet werden.

8.3 Beispiel

Datum	Tarif	Tarifziffer	BZ	Si	St	Anzahl	TP	AL/Prei:	f	KT	Baserate	f	SV	TPW	TL	P	M	Betrag
01.02.2012	960	96053			1	4.00		200.00								1	0	300.00
05.02.2012		Kurzlieger																

9 Rundungsthematik

Für die elektronische Übermittlung gelten die Rundungsregeln des XML Standards des Forum Datenaustauschs (siehe z.B. generalInvoiceRequest - Rules for the rounding procedure).

Rechnungspositionen:

Gemäss dieser Definition sind bei der elektronischen XML-Rechnung die Faktoren einer Rechnungsposition (z.B. Anzahl, Preis) in voller Präzision anzugeben. Der resultierende Positionsbeitrag ist auf 2 Nachkommastellen (Rappen) zu runden.

Die Darstellung auf Print-Formularen ist ebenfalls durch das Forum-Datenaustausch geregelt. d.h. bei Faktoren sind mindestens 2 Nachkommastellen zu drucken.

Rechnungstotal:

Der Rechnungsgesamtbetrag (XML 4.3 balance: amount_due) wird kaufmännisch auf 5 Rappen gerundet.

Rundungsdifferenzen:

Durch diese Rundungsregeln auf Ebene Rechnungspositionen und Rechnungstotal kann eine Differenz entstehen. Diese Differenz muss auf der Rechnung nicht ausgewiesen werden. Fall diese trotzdem angegeben wird, muss der Tarif 012 (10.00.01, Rundungsdifferenz) verwendet werden.