
Cooperativa di acquisti HSK

Benchmark ST Reha anno tariffario 2024



Dati dell'anno d'esercizio: 2022

Pubblicazione: 15 novembre 2023

Executive Summary

Benchmark ST Reha – anno tariffario 2024

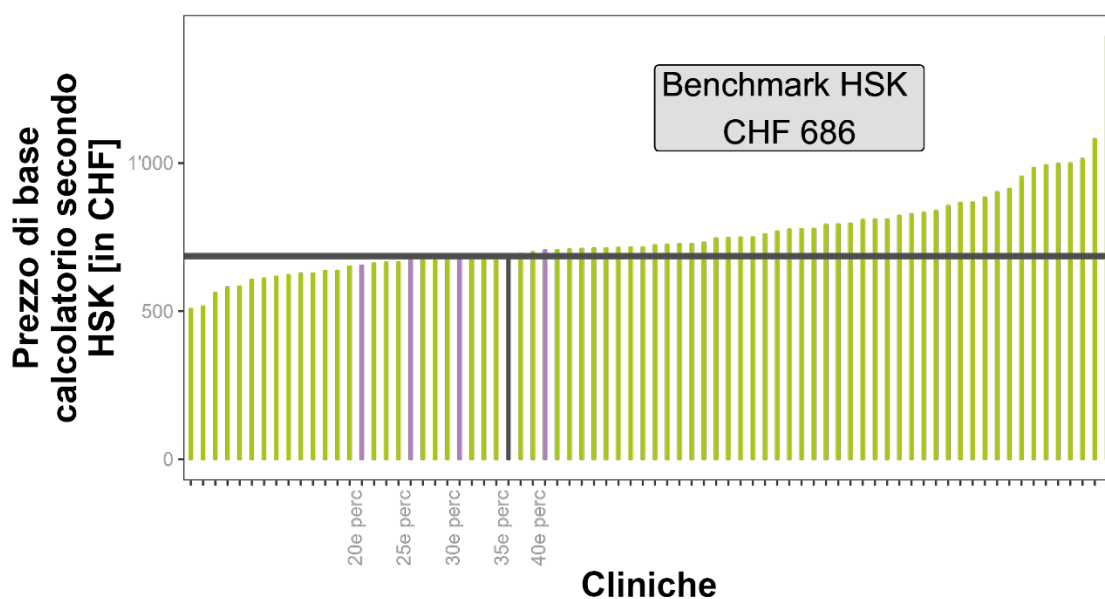
Per il calcolo del suo benchmark ST Reha, la Cooperativa di acquisti HSK ha ricevuto i dati ITAR_K® da un totale di 82 cliniche di riabilitazione. Dopo il controllo di plausibilità di questi dati sulle prestazioni e sui costi e l'esclusione delle cliniche con dati tardivi o non consegnati, è stato possibile includere 76 cliniche nel benchmarking.

Il valore di benchmark ST Reha è basato sui costi e si fonda su comparazioni rappresentative dei costi di esercizio a livello svizzero: esso comprende oltre il 92 per cento di tutte le cliniche di riabilitazione.

Il valore del benchmark ST Reha di HSK per l'anno tariffario 2024 al 35° percentile con ponderazione in base al numero di cliniche senza rincaro 2023 è pari a 686 franchi.

Per la definizione dei prezzi, la Cooperativa di acquisti HSK esegue una procedura di benchmarking a due livelli:

- 1° livello: il calcolo del valore di benchmark si basa sulle comparazioni dei costi d'esercizio
- 2° livello: trattative individuali sui prezzi tenendo conto delle particolarità di ogni ospedale e basate sui dati.



Database:
Cliniche ST Reha inclusi nel benchmark (Anno dei dati 2022)

Questo approccio metodico consente alla Cooperativa di acquisti HSK di stabilire, sulla base dei dati, le condizioni per l'attuazione dell'autonomia tariffaria ai sensi della legge sull'assicurazione malattia (LaMal) e di condurre negoziati tariffali orientati alle soluzioni.

Contenuto

Executive Summary Benchmark ST Reha – anno tariffario 2024	2
Contenuto	3
Elenco delle abbreviazioni	4
1. Linee guida TAF per la procedura di benchmarking	5
2. Livello 1 determinazione dei prezzi: procedura di benchmarking HSK	6
2.1 Base di dati	6
2.2 Calcolo dei costi d’esercizio rilevanti per il benchmarking (CEB)	6
2.3 Metodologia benchmarking HSK.....	7
2.3.1 Principi metodologici e cliniche incluse.....	7
2.3.2 Copertura regionale	8
2.3.3 Tipo di ponderazione e scelta del percentile.....	9
2.4 Risultati procedura di benchmarking HSK	12
2.4.1 Valore di benchmark.....	12
2.4.2 Benchmarking ponderato (per numero di casi o per Day Mix).....	12
3. Livello 2 determinazione prezzi: differenziazione dei prezzi basata sui dati.....	13
4. Riassunto	14
Elenco delle figure	15
Elenco delle tabelle	15
Bibliografia	16

Elenco delle abbreviazioni

AOMS	Assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie
BM	Benchmark valore di benchmark
BR	Baserate
CDS	Conferenza delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità
CEB	Costi d'esercizio rilevanti per il benchmarking
CEN	Costi d'esercizio netti
COAZ	Contabilità aziendale
CUI	Costi di utilizzazione delle immobilizzazioni
DM	Day Mix
DMI	Day Mix Index
ITAR_K [®]	Modello tariffale integrato sulla base della contabilità analitica per unità finale d'imputazione
LAMal	Legge federale sull'assicurazione malattie
OAMal	Ordinanza sull'assicurazione malattie
OCPre	Ordinanza sul calcolo dei costi e la registrazione delle prestazioni da parte degli ospedali, delle case di cura nell'assicurazione malattie
RCG	Rehabilitation Cost Groups
REKOLE [®]	Standard della «Contabilità analitica nell'ospedale»
SPr	Sorveglianza dei prezzi
TAF	Tribunale amministrativo federale
UFSP	Ufficio federale della sanità pubblica
UST	Ufficio federale di statistica

1. Linee guida TAF per la procedura di benchmarking

Il Tribunale amministrativo federale (TAF) ha stabilito che la procedura di benchmarking debba avvenire idealmente su tutto il territorio svizzero, basandosi sui costi nell'ambito di un rilevamento integrale e con un valore di riferimento a livello nazionale. Le principali condizioni quadro per il TAF sono:

- **Meccanismo a due livelli di determinazione del prezzo:** 1° livello = benchmark (BM, valore di riferimento), 2° livello = negoziazioni individuali sui prezzi. Il valore di benchmark deve essere quindi considerato un valore orientativo per le trattative condotte individualmente con le cliniche.
- In linea di principio, la procedura di benchmarking deve essere **basata sui costi** (costi d'esercizio delle cliniche rilevanti per il benchmark). Non devono entrare nella procedura di benchmarking le deduzioni, ad esempio dovute a mancanza di trasparenza.
- Il benchmarking deve avvenire **su tutto il territorio svizzero**, idealmente con un valore di riferimento anche a livello nazionale.
- Il benchmarking deve comprendere un **insieme di comparazione** quanto più possibile **grande e rappresentativo** di tutte le cliniche per essere, ad esempio, privo di distorsioni concorrenziali e determinare, **secondo un metodo unitario** e il più possibile preciso e vicino alla realtà, i dati da paragonare dei costi e delle prestazioni rilevanti per il benchmarking. Non è ammessa una procedura di benchmarking nella quale vengono preselezionate determinate cliniche o gruppi di cliniche.
- Il benchmarking deve basarsi il più possibile su cifre effettive invece che su valori normativi.
- Più il numero di cliniche nel benchmark è piccolo, più sono elevati i requisiti posti a una determinazione corretta dei costi d'esercizio rilevanti per il benchmarking.
- Non è ammissibile se il valore di benchmark viene impostato su un fornitore di prestazioni i cui costi d'esercizio rilevanti per il benchmarking non sono stati rilevati conformemente alla LAMal.
- Secondo una sentenza del Tribunale amministrativo federale (TAF) per la determinazione del valore di percentile (C-5102 | 2019 del 17 agosto 2022) è compito primario del legislatore emanare le rispettive disposizioni. Fino ad allora, spetta ai partner tariffari nonché alle autorità garantire un ulteriore margine di discrezionalità per la definizione di un parametro di efficienza. Il **TAF** afferma che, con il cambio di sistema, un **parametro di efficienza troppo rigido** nella **fase introduttiva** metterebbe a rischio il finanziamento dei fornitori di prestazioni necessari al sistema e quindi la sicurezza delle cure. Al contrario, un **benchmark di efficienza troppo generoso** comporterebbe un margine di profitto irragionevole per i fornitori di prestazioni più economici. In una precedente sentenza del TAF si afferma che lo standard deve essere applicato in modo rigoroso, poiché le tariffe negoziate non sono il risultato di una concorrenza effettiva (TAF 2014 | 36 E 10.2.3).
- Secondo una decisione del TAF del 15 maggio 2019 (C-4374 | 2017, C-4461 | 2017), la fase di introduzione prosegue fintanto che il Consiglio federale non ha pubblicato comparazioni a livello svizzero (art. 49 cpv. 8 LAMal).

2. Livello 1 determinazione dei prezzi: procedura di benchmarking HSK

2.1 Base di dati

Nel 1° livello della definizione dei prezzi, per il calcolo dei prezzi base imputati e corretti secondo il Day Mix, la Cooperativa di acquisti HSK si basa sui dati forniti dalle cliniche ST Reha (versione integrale ITAR_K[®]), ma esegue calcoli tariffari propri basati sul modello tariffale HSK (v. 2.2). A questo livello vengono incluse tutte le cliniche ST Reha a prescindere dalla loro categoria, dimensione e ubicazione. Le cliniche con dati non plausibili o non forniti entro il termine vengono escluse.

2.2 Calcolo dei costi d'esercizio rilevanti per il benchmarking (CEB)

Per un rilevamento uniforme di costi e prestazioni, le cliniche applicano REKOLE[®] «Contabilità analitica nell'ospedale» (Revisione del calcolo dei costi e della registrazione delle prestazioni). Un'applicazione sistematica degli standard REKOLE[®] incrementa la trasparenza e la confrontabilità dei costi d'esercizio delle cliniche ST Reha. I costi d'esercizio pervenuti delle cliniche ST Reha vengono rettificati dalla Cooperativa di acquisti HSK affinché soddisfino le disposizioni della OAMal, la giurisprudenza e la prassi usuale del calcolo delle tariffe nell'ambito dell'Assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie.

Il calcolo dei costi d'esercizio rilevanti per il benchmarking viene effettuato con il seguente schema:

Schema di calcolo	Osservazioni								
Totale costi secondo la contabilità aziendale COAZ (calcolo unitario)									
./. Costi utilizzazione delle immobilizzazioni (CUI)	Dati forniti dagli ospedali (OCPre)								
./. Ricavi dal gruppo di conto 65	Dati forniti dalle cliniche ST Reha, secondo le istruzioni ITAR_K [®] ciò avviene ai sensi delle prescrizioni del TAF								
+ Compensazione ricavi dal gruppo di conto 66	Se registrati come riduzione dei costi nei centri di costo, dati forniti dalle cliniche ST Reha								
./. Onorari medici per clienti delle assicurazioni integrative	Dati forniti dalle cliniche ST Reha								
= Costi d'esercizio netti I (CEN)									
./. Deduzione sussidiaria per ricerca universitaria e formazione	Deduzione effettiva, ma almeno normativa Valori normativi <table style="margin-left: 20px;"> <tr> <td><75 letti:</td> <td>0.8 %</td> </tr> <tr> <td>>75 letti:</td> <td>1.5%</td> </tr> <tr> <td>>125 letti:</td> <td>3.5%</td> </tr> <tr> <td>Ospedali universitari:</td> <td>effettivo</td> </tr> </table>	<75 letti:	0.8 %	>75 letti:	1.5%	>125 letti:	3.5%	Ospedali universitari:	effettivo
<75 letti:	0.8 %								
>75 letti:	1.5%								
>125 letti:	3.5%								
Ospedali universitari:	effettivo								
./. Prestazioni economicamente di interesse generale	Secondo i dati forniti dalle cliniche ST Reha HSK non può verificare se tutte le prestazioni economicamente di interesse generale sono state dichiarate.								
= Costi d'esercizio netti II (CEN)									
./. Detrazione per costi aggiuntivi derivati da prestazioni per pazienti con assicurazione complementare	Deduzione effettiva, ma almeno valori normativi secondo l'approccio CDS:								

Schema di calcolo	Osservazioni
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Detrazione del 9,8% sui costi operativi rilevanti ai fini tariffari dei pazienti con assicurazione complementare (incl. CUI secondo OCPre).
./. Costi non inclusi nella tariffa base (BR) (costi aggiuntivi non valutati secondo lo SwissDRG, servizi tariffati separatamente)	Dati forniti dalle cliniche ST Reha
Interessi attivo circolante	Secondo il metodo SPPr
Rincarico	Non compresi nel benchmark
Costi di proiezione	Non compresi nel benchmark
Deduzioni per mancanza di trasparenza	Non compresi nel benchmark
Costi di utilizzazione delle immobilizzazioni (CUI)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Solo i CUI secondo l'OCPre sono presi in considerazione nel BM. ▪ I CUI indicati vengono controllati per verificarne la plausibilità da HSK con la contabilità patrimoniale (consegna dei dati UST).
= costi d'esercizio rilevanti per il BM HSK	
./. Deduzione per compensi supplementari SwissDRG, ST Reha valutati versione 1.0	Dati forniti dalla clinica
: Day Mix ST Reha versione 1.0	Dati forniti dalla clinica
= Prezzo base calcolato HSK	

Tabella 1: Calcolo dei costi di esercizio rilevanti per il benchmarking

2.3 Metodologia benchmarking HSK

2.3.1 Principi metodologici e cliniche incluse

Dall'introduzione della struttura tariffaria nazionale ST Reha il 1° gennaio 2022, la Cooperativa di acquisti HSK esegue ogni anno una procedura di benchmarking nazionale che verrà pubblicata la prima volta per l'anno tariffario 2024 con i dati dell'anno 2022 sulla base dei dati relativi a costi e prestazioni effettivamente conteggiati e sostenuti.

Per la determinazione del valore di benchmarking la Cooperativa di acquisti HSK ha richiesto i dati di 82 cliniche ST Reha. Dopo un controllo della plausibilità dei dati sono stati selezionati 76 dati per il benchmarking.

Non sono state incluse nel benchmarking complessivamente 6 cliniche ST Reha per i seguenti motivi:

Criteri d'esclusione	N° di cliniche
Dati ITAR_K [®] mancanti	2
Qualità carente dati ITAR_K [®]	3
Solo 1 caso	1
Totale	6

Tabella 2: Criteri di esclusione per la non inclusione nella procedura di benchmarking

2.3.2 Copertura regionale

Nel benchmark sono inclusi tutti i Cantoni, purché i dati siano stati forniti in modo puntuale e plausibile. Il grado di copertura sul territorio svizzero è superiore al 92 per cento e in 18 Cantoni raggiunge il 100 per cento.

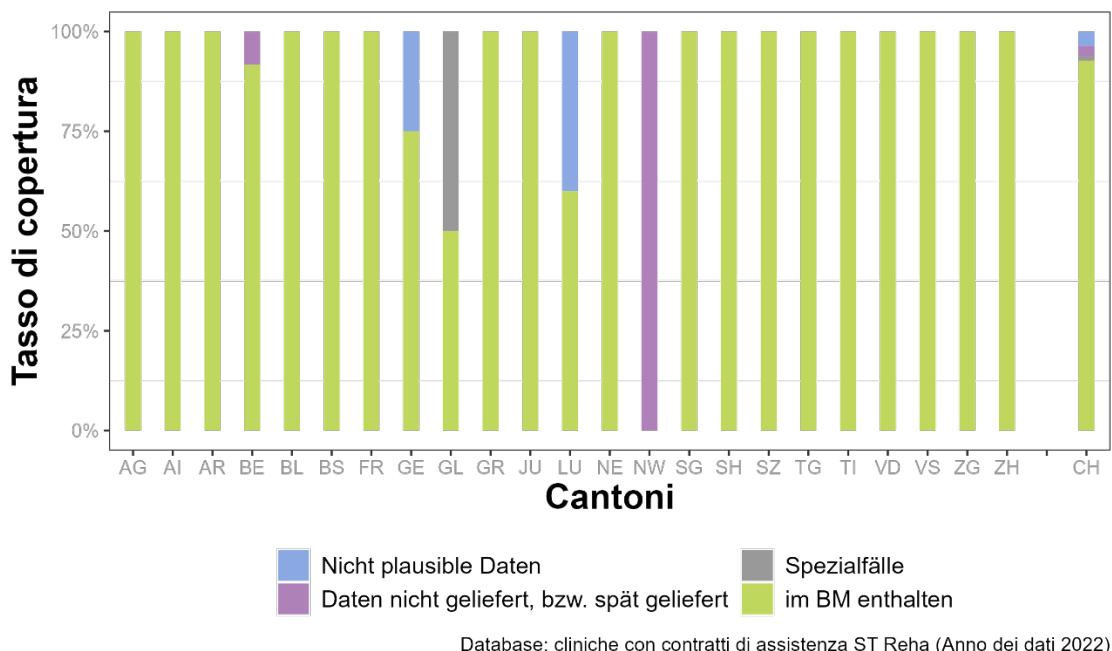


Figura 1: Copertura regionale

Valutazione

Il benchmark HSK è rappresentativo e valido perché:

- il valore di benchmark si basa sui dati relativi a costi e prestazioni effettivamente sostenuti e/o conteggiati;
- il grado di copertura di tutte le cliniche ST Reha sul territorio svizzero è superiore al 92 per cento;
- sono stati inclusi tutti i Cantoni della Svizzera;
- è stato selezionato un metodo unitario in tutto il territorio svizzero per la procedura di benchmarking.

2.3.3 Tipo di ponderazione e scelta del percentile

a. Tipo di ponderazione

Per chiarire la questione della ponderazione all'interno del benchmark, a dicembre 2019 la Cooperativa di acquisti HSK ha commissionato al Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie (Istituto di Winterthur per l'economia della salute, WIG della ZHAW) uno studio scientifico¹.

Lo studio, conclusosi il 1° aprile 2020, esamina le ragioni di una ponderazione nel benchmarking e la sua opportunità. Secondo lo studio, in generale per «ponderazione nella statistica applicata si intende il tentativo di incrementare la rappresentatività di un campione [...]». Nel benchmarking ospedaliero, questo significa che una ponderazione per Day Mix (DM) o numero di casi è utile se il numero di ospedali nel benchmark è troppo piccolo e non sufficientemente rappresentativo. Anche la Conferenza delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità (CDS) indica espressamente nelle sue raccomandazioni per il controllo dell'economicità: «Il tipo di ponderazione acquisisce una maggiore importanza quanto è minore il numero di ospedali inclusi nella comparazione» (27 giugno 2019)².

Il numero di cliniche ST Reha nel benchmark HSK (76) è alto. Con un Day Mix di 1 940 616 (oltre il 98 per cento del volume svizzero complessivo AOMS), costituisce un campione rappresentativo con una copertura quasi completa della popolazione statistica. Di conseguenza, non serve una ponderazione per ovviare alla carenza di rappresentatività. Ogni ospedale va quindi incluso nel calcolo del percentile con la stessa ponderazione.

Inoltre, con la ponderazione in base al numero di casi, non è possibile una suddivisione in cliniche efficienti e inefficienti, perché la ponderazione delle cliniche non modifica i costi dei casi e quindi la sequenza degli ospedali. Questo contraddice l'idea di base di un vero confronto di efficienza. Anche nelle ultime prese di posizione dinanzi al Tribunale amministrativo federale, l'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP) spiega che l'attuazione di un benchmarking con ponderazione per «numero di fornitori di prestazioni» è opportuna. Anche secondo il sorvegliante dei prezzi, ogni ospedale deve essere preso in considerazione con la stessa ponderazione nel confronto operativo, indipendentemente dalle dimensioni e dalla categoria dell'ospedale.

Non si capisce perché le grandi cliniche dovrebbero avere maggior peso di quelle più piccole in una procedura di comparazione tra aziende. Dimensioni e livello di specializzazione di una clinica non devono essere un criterio per le comparazioni dei costi. Il benchmarking mira a una comparazione dell'efficienza a livello aziendale tra tutte le cliniche, per capire quindi in che modo sono organizzati i processi nella struttura e quanto è ottimale l'allocazione delle risorse. Se una clinica è troppo piccola per beneficiare adeguatamente ad es. delle economie di scala, ciò deve riflettersi nelle comparazioni tra aziende. Una ponderazione inferiore per le cliniche piccole porterebbe a sottovalutare o «annacquare»³ le sue possibili efficienze, che potrebbero così diventare invisibili. La ponderazione per numero di casi o Day Mix, quindi, annacqua l'efficienza di queste cliniche. A seconda della situazione specifica di una clinica, le sue caratteristiche, come ad es. valore del Day Mix, Day Mix Index (DMI) o numero di casi, possono essere considerate nelle trattative individuali sui prezzi.

Lo studio «Gewichtung im Rahmen des Spital Benchmarkings» (Ponderazione nel benchmarking ospedaliero) del WIG rivela che ci sono imprecisioni e incertezze nella struttura tariffaria che risultano poi in

¹WIG, (01.04.2020). Ponderazione nell'ambito del benchmarking ospedaliero

²Raccomandazione CDS sulla verifica dell'economicità per psichiatria e riabilitazione del 27 luglio 2019.

³WIG, (01.04.2020). Ponderazione nell'ambito del benchmarking ospedaliero

distorsioni dei costi al netto del grado di gravità dei fornitori di prestazioni. Analogamente alla valutazione dell'UFSP, lo studio giunge a una conclusione chiara: «*Il ricorso a ponderazioni nel benchmarking ospedaliero non è assolutamente opportuno*». Secondo lo studio, «*una ripartizione tra ospedali efficienti e inefficienti [...] risulta tuttavia impossibile poiché la ponderazione degli ospedali non modifica i costi standard per caso e quindi la sequenza degli ospedali*».

Lo studio lo illustra in dettaglio a pagina 20 con un esempio fittizio: la ponderazione **non** modifica la sequenza degli ospedali, perciò gli ospedali considerati inefficienti senza ponderazione (magari anche erroneamente) sono considerati inefficienti anche dopo la ponderazione. L'unico effetto è un innalzamento del valore di benchmark risultante. Una ponderazione, quindi, non è in grado di risolvere nemmeno imprecisioni e incertezze della struttura tariffaria. Per tenere conto di queste criticità e non punire le cliniche erroneamente considerate inefficienti, sono necessarie baserate differenziate.

Conclusioni: una ponderazione non è assolutamente opportuna. Il numero di cliniche ST Reha rappresentate nel benchmark HSK è molto elevato. Inoltre, una ponderazione annacqua la valutazione dell'efficienza. Infatti, bisogna guardare al fornitore di prestazioni nel suo complesso, a prescindere dalle sue dimensioni.

Una ponderazione distorcerebbe artificialmente il benchmark a vantaggio delle cliniche più grandi, senza alcuna giustificazione pertinente della maggiore ponderazione attribuita alle grandi cliniche. Anche le imprecisioni e le incertezze nella struttura tariffaria non vengono risolte dalla ponderazione.

b. Scelta del percentile

Secondo l'art. 49, cpv. 1 LAMal i prezzi base si rifanno alla remunerazione delle cliniche che forniscono la prestazione tariffata assicurata obbligatoriamente, nella qualità necessaria, in modo efficiente e vantaggioso. Il TAF finora non si è espresso sul parametro o percentile «corretto» con il quale questo valore orientativo deve essere definito per la fissazione delle tariffe. La revisione della OAMal, che entrerà in vigore il 1° gennaio 2024, stabilisce che venga selezionato al massimo il 30° percentile per mezzo dei costi giornalieri corretti al netto del grado di gravità per il valore di benchmark, in base al numero di fornitori di prestazioni.

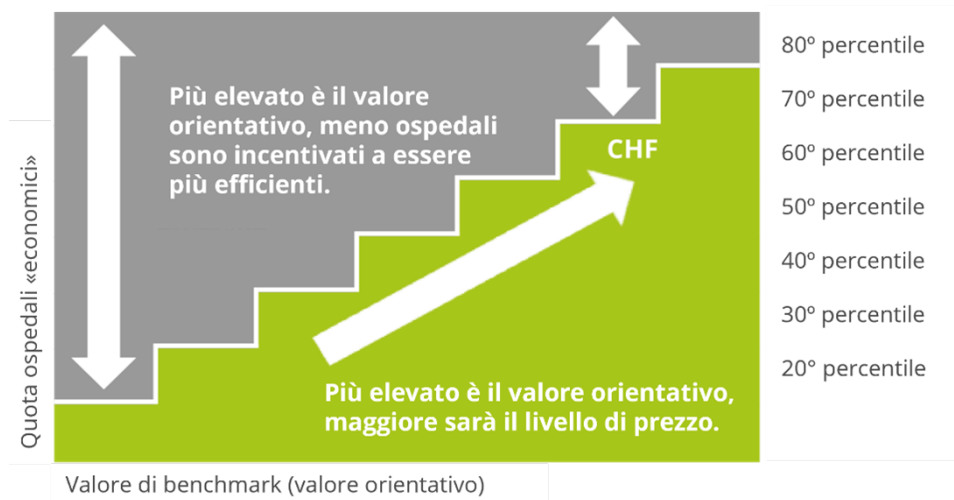


Figura 2: Metodologia della scelta del percentile

- Nel quadro della fase introduttiva, per il valore di benchmark dell'anno tariffario 2024 la Cooperativa di acquisti HSK applicherà ancora il 35° percentile e punta sulla differenziazione dei prezzi nelle trattative individuali al di sopra e al di sotto del valore di benchmark (ad es. in virtù di particolarità sistematiche nei pazienti o nelle strutture basate sui dati e motivate).
- La giurisprudenza, lo sviluppo avanzato della qualità del sistema della struttura tariffaria ST Reha e l'imminente revisione della OAMal mirano ad applicare il valore percentile in modo più rigoroso in futuro.
- In mancanza di una concorrenza efficace tra le cliniche, un parametro di efficienza basso genera un incentivo elevato a fornire le prestazioni in modo più efficiente. Ciò vale in particolare per le cliniche che, nonostante la nuova legge sul finanziamento ospedaliero, ricevono una copertura del deficit di bilancio o sovvenzioni pubbliche. Questo comporta uno scarso incentivo a produrre con più efficienza e distorce la concorrenza.
- Un valore percentile basso consente alle cliniche con costi inferiori al benchmark di generare aumenti di efficienza adeguati a carico dell'AOMS.

2.4 Risultati procedura di benchmarking HSK

2.4.1 Valore di benchmark

Il valore del benchmark, inclusi i costi di utilizzazione delle immobilizzazioni in base all'OCPre (CUI), senza ponderazione ed escluso il rincaro 2023, per l'anno tariffario 2024 è fissato al 35° percentile ovvero a **686 franchi**. Tale valore è stato calcolato sulla base di 76 cliniche con dati dell'anno 2022.

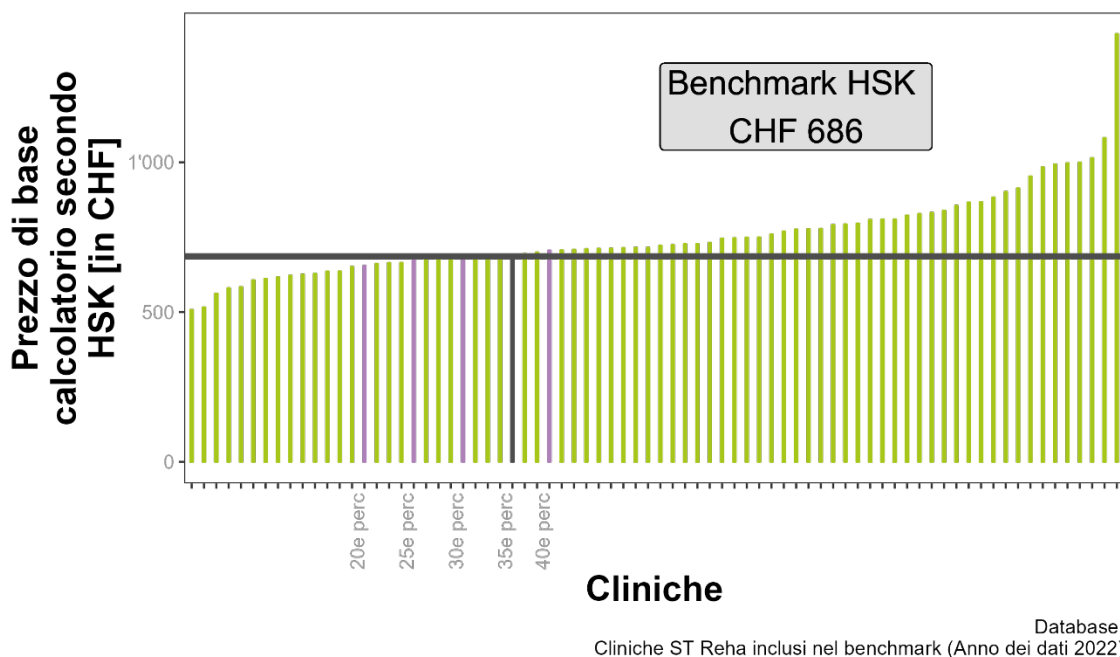


Figura 3: Valore di benchmark HSK

2.4.2 Benchmarking ponderato (per numero di casi o per Day Mix)

I percentili in un benchmarking in base al numero di casi o al Day Mix si discostano solo di pochi franchi rispetto a un benchmarking – previsto dall'UFSP e dalla nuova revisione dell'OAMal – con una classifica in base al numero di fornitori di prestazioni. Ciò indica che ci sono già abbastanza fornitori di prestazioni con grandi volumi (casi o Day Mix) al di sotto del valore di benchmark, e quindi la scelta del 35° percentile rappresenta già un parametro di efficienza in cui i fornitori di prestazioni sono rappresentati su vasta scala.

3. Livello 2 determinazione prezzi: differenziazione dei prezzi basata sui dati

Nella sua sentenza del 15 maggio 2019 (C-4374 | 2017, C-4461 | 2017), il TAF ha ribadito quanto segue: «Inoltre, nella definizione dei prezzi occorre tenere eventualmente conto della situazione specifica del fornitore di prestazioni, in modo che (partendo da un valore di riferimento) debbano essere negoziati o fissati prezzi base differenziati per ragioni di equità.».

Nel 2° livello della determinazione dei prezzi, la Cooperativa di acquisti HSK applica la sentenza TAF summenzionata. Dopo aver determinato il valore di benchmark, la Cooperativa di acquisti HSK articola i prezzi in modo differenziato. In base alle peculiarità e alla situazione specifica delle singole cliniche, possono esserci giustificazioni basate sui dati per cui un prezzo base è inferiore o superiore al valore di riferimento durante la fase di introduzione. Le differenze di prezzo aiutano HSK ad elaborare soluzioni con l'obiettivo di negoziare prezzi oggettivi ed equi che si avvicinino al valore di riferimento HSK nel medio-lungo termine.

La tabella seguente riassume il meccanismo di determinazione dei prezzi in due fasi:

Livello	Contenuti
1° livello	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Determinazione dei prezzi base imputati e corretti secondo il Day Mix (costi giornalieri corretti per la gravità) in base ai dati forniti dalle cliniche. ▪ Esecuzione di calcoli tariffari propri sulla base del modello tariffario HSK. ▪ Calcolo del benchmark basato sul confronto dei costi operativi. Per l'anno tariffario 2024 è stato scelto il 35° percentile come valore di benchmark. ▪ Inclusione di tutte le cliniche di riabilitazione ST Reha, indipendentemente dalla loro categoria UST, dalla loro ubicazione o dai loro mandati di servizio, i cui Rehabilitation Cost Groups (RCG) sono indicati sotto ST Reha. Sono escluse le cliniche con dati non plausibili o non forniti tempestivamente.
2° livello	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Svolgere le trattative tariffali con le singole cliniche al fine di garantire che tutte le cliniche possano essere confrontate nel modo più oggettivo possibile sulla base delle caratteristiche dei pazienti e della struttura. ▪ Il prezzo deve tenere conto delle caratteristiche speciali delle cliniche. Tuttavia, eventuali carenze nella struttura tariffale non dovrebbero essere corrette attraverso il prezzo. I fornitori di prestazioni interessati possono rivolgersi a SwissDRG AG per l'ulteriore sviluppo della struttura tariffale di ST Reha. ▪ Le inefficienze non possono essere finanziate attraverso il prezzo base (art. 49 cpv. 1 LAMal). ▪ L'obiettivo è quello di negoziare prezzi oggettivi ed equi che si avvicinino al valore di benchmark HSK a medio e lungo termine.

Tabella 3: Panoramica del meccanismo di tariffazione a due livelli

4. Riassunto

Percentile e valore del benchmark

- Il valore di benchmark HSK è stabilito sulla base del 35° percentile.
- Esso ammonta a **686 franchi**.

Benchmark valido e rappresentativo

- Il benchmark HSK è rappresentativo perché copre tutte le regioni.
- Il benchmark HSK è valido poiché include più del 98 per cento del Day Mix AOMS.
- Il valore di benchmark stabilito sulla base del 35° percentile è basato sui dati e motivato per la determinazione del valore di riferimento ai sensi dell'art. 49, cpv. 2 frase 5 LAMal.
- Il valore di benchmark HSK rappresenta il primo livello di definizione dei prezzi. Nelle trattative individuali sui prezzi (seconda fase della determinazione dei prezzi), si punta a soluzioni tariffali che tengano conto delle peculiarità specifiche della clinica basate sui dati.

Esistono ancora delle carenze

- La valutazione dell'economicità mostra ancora delle carenze in seguito alla pubblicazione incompleta dei dati dei costi e delle prestazioni da parte degli ospedali, in particolare per quanto riguarda i costi per insegnamento e ricerca, pazienti con assicurazione integrativa nonché le prestazioni economicamente di interesse generale.
- Il 70 per cento delle cliniche ha fornito i propri dati dopo il 31 maggio 2023. Per un lavoro di plausibilizzazione efficace, la Cooperativa di acquisti HSK chiede i dati entro la fine di maggio. L'OCPre impone la contabilità analitica al 30 aprile.
- Nel valore di benchmark i CUI sono compresi esclusivamente ai sensi dell'OCPre. HSK non può escludere che il benchmark possa essere «falsato» da elementi distorsivi della concorrenza come le sovvenzioni alle cliniche sotto forma di «prestazioni economicamente di interesse generale» o di contributi ai costi di investimento.
- Non è nemmeno possibile escludere che le prestazioni economicamente di interesse generale – che non dovrebbero essere finanziate dagli assicuratori – siano comprese nei costi rilevanti ai fini del benchmarking, soprattutto quelli destinati alla conservazione delle capacità degli ospedali per motivi di politica regionale.
- La deduzione per pazienti con assicurazione integrativa è avvenuta nella maggior parte dei casi sulla base delle raccomandazioni CDS.

Elenco delle figure

<i>Figura 1: Copertura regionale</i>	8
<i>Figura 2: Metodologia della scelta del percentile</i>	10
<i>Figura 3: Valore di benchmark HSK</i>	12

Elenco delle tabelle

<i>Tabella 1: Calcolo dei costi di esercizio rilevanti per il benchmarking</i>	7
<i>Tabella 2: Criteri di esclusione per la non inclusione nella procedura di benchmark</i>	7
<i>Tabella 3: Panoramica del meccanismo di tariffazione a due livelli</i>	13

Bibliografia

- CDS, C. d. (2019, 06. 27). *Controllo di economicità*. Tratto da <https://www.gdk-cds.ch/fr/soins-de-sante/hopitaux/financement/examen-de-leconomicite>
- TAF, T. a. (2014, 09. 11). *Sentenze banca dati TAF*. Tratto da TAF 2014|2014 E 10.2.3:
<https://www.bvger.ch/it/giurisprudenza-del-taf/banca-dati-sentenze>
- TAF, T. a. (2019, 05. 15). *Sentenze banca dati TAF*. Tratto da TAF C-4374|2017, C-4461|2017:
<https://www.bvger.ch/it/giurisprudenza-del-taf/banca-dati-sentenze>
- TAF, T. a. (2022, 08. 17). *Sentenze banca dati TAF*. Tratto da TAF C-5102/2019 - 17.08.2022:
<https://www.bvger.ch/it/giurisprudenza-del-taf/banca-dati-sentenze>
- WIG, I. d. (2020, 04. 01). *Ponderazione nell'ambito del benchmarking ospedaliero*. Tratto da https://ecc-hsk.info/application/files/1416/0024/6582/ZHAW-WIG_Wissenschaftliche_Studie_Gewichtung_im_Spital_Benchmarking.pdf