

---

# Comunità di acquisti HSK

## Benchmark TARPSY anno tariffale 2025



**Dati dell'anno d'esercizio:** 2023

**Pubblicazione:**

29 novembre 2024

aggiornato il 21 gennaio 2025 (versione 3)  
(aggiornamento dell'allegato, tabella 6)

## Executive Summary

### Benchmark TARPSY – anno tariffale 2025

Per il calcolo del suo benchmark TARPSY, la Comunità di acquisti HSK ha ricevuto i dati ITAR\_K® da un totale di 76 cliniche psichiatriche. Dopo aver plausibilizzato i dati sui costi e sulle prestazioni nonché aver escluso le cliniche che non hanno inviato i dati o lo hanno fatto in ritardo, 74 cliniche sono state incluse nel benchmark.

Il valore di benchmark TARPSY è basato sui costi e si fonda su comparazioni rappresentative dei costi di esercizio a livello svizzero: copre oltre il 97 per cento delle cliniche psichiatriche che forniscono dati e hanno un mandato di prestazioni nell'ambito della LAMal.

**Il valore del benchmark TARPSY di HSK per l'anno tariffale 2025 al 35° percentile con ponderazione in base al numero di cliniche senza rincaro è pari a 664 franchi.**

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

- 1° livello: 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. Per questo livello, HSK ha formato 5 cluster omogenei (cluster) basati su 3 variabili: la quota di degenze infantili, la quota di ricoveri a scopo di assistenza (RSA) e la specializzazione della clinica.

Per differenziare i prezzi, HSK utilizza i seguenti cluster come base per discostarsi dal valore di benchmark:

Margine rispetto al BM	Denominazione Cluster
↑	1) Cliniche pediatriche
	2) Cliniche per le prestazioni di base RSA (>5%)
<b>Valore di benchmark HSK 664 franchi</b>	
↓	3) Cliniche per le prestazioni di base senza RSA (<5%)
	4) Cliniche per le dipendenze
	5) Cliniche specializzate con focus sulla depressione

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

---

## Contenuto

<b>Executive Summary Benchmark TARPSY – anno tariffale 2025</b> .....	<b>2</b>
<b>Contenuto</b> .....	<b>3</b>
<b>Elenco delle abbreviazioni</b> .....	<b>4</b>
<b>1. Linee guida per la procedura di benchmarking</b> .....	<b>5</b>
<b>2. Livello 1 determinazione dei prezzi: calcolo dei costi d’esercizio rilevanti per il benchmarking (CEB)</b> .....	<b>6</b>
2.1 Metodologia per il benchmarking di HSK .....	8
2.1.1 Requisiti della popolazione statistica e criteri di esclusione .....	8
2.1.2 Tipo di ponderazione e scelta del percentile.....	9
2.2 Risultati della procedura di benchmarking HSK.....	11
2.2.1 Valore di benchmark.....	11
<b>3. Livello 2 determinazione dei prezzi: clustering come base per la differenziazione dei prezzi</b> .....	<b>12</b>
3.1 Linee guida legali.....	12
3.2 Base di dati e metodologia di clustering .....	12
3.3 Risultati del clustering.....	13
3.4 Determinazione della fascia di prezzo .....	15
<b>4. Conclusione</b> .....	<b>16</b>
<b>Elenco delle figure</b> .....	<b>17</b>
<b>Elenco delle tabelle</b> .....	<b>17</b>
<b>Bibliografia</b> .....	<b>18</b>
<b>Allegato</b> .....	<b>19</b>
<b>Informazioni</b> .....	<b>21</b>

## Elenco delle abbreviazioni

AC	Assicurato/i complementare/i
BM	Benchmark   valore di benchmark
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
DRG	Diagnosis related groups
ITAR_K®	Modello integrato di allestimento delle tariffe sulla base della contabilità analitica per unità finale d'imputazione
LAMal	Legge federale 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
PCG	Psychiatric Cost Group
REKOLE®	Standard della «Contabilità analitica nell'ospedale»
RS	Remunerazione supplementare
RSA	Ricovero a scopo di assistenza
RUF	Ricerca universitaria e formazione
SP   P	Pazienti   Casi con assicurazione semiprivata o privata
SPr	Sorveglianza dei prezzi
TAF	Tribunale amministrativo federale
UST	Ufficio federale di statistica
WIG	Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie
ZHAW	Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften

# 1. Linee guida 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 tutti gli ospedali 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 preselezionati determinati ospedali o gruppi ospedalieri.
- Il benchmarking deve basarsi il più possibile su cifre effettive invece che su valori normativi.
- Più il numero di ospedali 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 ospedale 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)<sup>1</sup> è compito primario del legislatore emanare le rispettive disposizioni. Fino ad allora, spetta ai partner tariffali 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 degli ospedali necessari al sistema e quindi la sicurezza delle cure. Al contrario, un benchmark di efficienza troppo generoso comporterebbe un margine di profitto irragionevole per gli ospedali 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)<sup>2</sup>.
- Secondo una decisione del TAF del 15 maggio 2019 (C-4374 | 2017, C-4461 | 2017)<sup>3</sup>, la fase di introduzione prosegue fintanto che il Consiglio federale non ha pubblicato comparazioni a livello svizzero (art. 49 cpv. 8 LAMal).

<sup>1</sup> (TAF, Tribunale amministrativo federale, 2022 (C-5102 | 2019))

<sup>2</sup> (TAF, Tribunale amministrativo federale, 2014)

<sup>3</sup> (TAF, Tribunale amministrativo federale, 2019)

## 2. Livello 1 determinazione dei prezzi: 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. In questo modo, la plausibilizzazione dei dati risulta più efficiente di quanto sarebbe applicando standard contabili diversi.

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

Schema di calcolo	Osservazioni
<b>Totale costi secondo la contabilità aziendale COAZ (calcolo unitario)</b>	
./. Costi utilizzazione delle immobilizzazioni (CUI)	Dati forniti dalla clinica (OCPre)
./. Ricavi dal gruppo di conto 65	Dati forniti dalla clinica, secondo le istruzioni ITAR_K®, 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 dalla clinica
./. Onorari medici per clienti delle assicurazioni integrative	Dati forniti dalla clinica
<b>= Costi d'esercizio netti I (CEN)</b>	
./. Deduzione sussidiaria per ricerca universitaria e formazione (RUF)	Deduzione effettiva o normativa
./. Prestazioni economicamente di interesse generale	Dati forniti dalla clinica. HSK non può verificare se tutte le prestazioni economicamente di interesse generale sono state dichiarate.
<b>= Costi d'esercizio netti II (CEN)</b>	
./. Detrazione per costi aggiuntivi derivati da prestazioni per pazienti con assicurazione integrativa	Applicazione della raccomandazione CDS <sup>4</sup> : per giorno SP P 67 franchi se la deduzione effettiva è inferiore al valore normativo. Altrimenti la deduzione è effettuata in base ai dati forniti dalla clinica.
./. Deduzione per remunerazioni supplementari (RS) SwissDRG non valutate	Dati forniti dalla clinica
Rincaro   costi di proiezione   deduzioni per mancanza di trasparenza	Non compresi nel benchmark
Costi di utilizzazione delle immobilizzazioni (CUI)	Solo i CUI secondo l'OCPre sono presi in considerazione nel BM. Viene inoltre valutato se trova applicazione la nuova deduzione per CUI introdotta nella versione ITAR_K® 14.0 per le prestazioni LCA (alberghiere) (v. l'exkursus più avanti). I CUI dichiarati vengono verificati, da parte di HSK, con la contabilità degli investimenti (dati forniti all'Ufficio federale di statistica UST).

<sup>4</sup> (CDS, Conferenza delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità, 2019)

Schema di calcolo	Osservazioni
Interessi attivo circolante	Secondo il metodo SPPr
<b>= costi d'esercizio rilevanti per il BM HSK</b>	

Schema di calcolo	Osservazioni
./ Deduzione per compensi supplementari SwissDRG valutati, TARPSY versione 4.0	Dati forniti dalla clinica
: Day Mix TARPSY versione 4.0	Dati forniti dalla clinica
<b>= Prezzo base calcolato HSK</b>	

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

**Excursus:**

**Ponderazione dei costi di utilizzazione delle immobilizzazioni (CUI) per le prestazioni alberghiere**

Come indicato nel documento «**Riassunto delle modifiche principali per la versione ITAR\_K® 14.0<sup>5</sup>**», nella versione ITAR\_K® 13.0 «il calcolo della deduzione dei costi del servizio alberghiero AC ha tenuto conto unicamente dei CUI ai sensi di REKOLE®. La parte dei CUI dell'AC per il servizio alberghiero nella riga 26 è stata dedotta, ciò che non era corretto.

Nella versione 14.0 di ITAR\_K® il calcolo è stato adattato per tener conto dei CUI ai sensi di REKOLE® e ai sensi dell'OCPre, affinché la deduzione venga effettuata in modo corretto. La parte dei CUI dell'assicurazione complementare per il servizio alberghiero viene inoltre ora dedotta alla riga 38 per REKOLE® e alla riga 42 per l'OCPre».

In generale si rileva che la deduzione per le prestazioni supplementari dei pazienti con assicurazione complementare nel modello ITAR\_K® è troppo bassa. Per questo motivo, HSK verifica se i costi effettivamente dichiarati dalla clinica nel modello ITAR\_K®-per i pazienti con assicurazione complementare sono maggiori dei costi calcolati con l'approccio normativo. Per calcolare la deduzione normativa, HSK si basa sulle raccomandazioni della CDS. In tale deduzione normativa sono già presi in considerazione i CUI per le prestazioni alberghiere.

HSK ha rilevato che quasi la metà di tutte le cliniche ha dichiarato erroneamente i CUI per le prestazioni alberghiere nei primi formulari ITAR\_K® ricevuti. Su richiesta di HSK, la maggior parte delle cliniche ha corretto questo calcolo.

<sup>5</sup> (H+, Gli ospedali svizzeri, 2024)

## 2.1 Metodologia per il benchmarking di HSK

### 2.1.1 Requisiti della popolazione statistica e criteri di esclusione

La popolazione statistica dovrebbe coprire il più accuratamente possibile le cure psichiatriche (stazionarie) in Svizzera. A tal fine, è importante che la popolazione statistica comprenda sia la regionalità dell'assistenza sanitaria sia l'intera gamma di prestazioni. In linea di principio, quante più cliniche possono essere integrate nella procedura di benchmarking, tanto più accurati saranno i risultati. I seguenti criteri comportano tuttavia l'esclusione delle cliniche dal benchmarking:

- dati ITAR\_K® non trasmessi
- dati ITAR\_K® non plausibili
- mandato di prestazione psichiatria stazionaria ricevuto solo nel 2023
- cliniche con un'offerta di trattamento molto limitata e | o finanziamento speciale

Per calcolare il suo benchmark TARPSY, la Comunità di acquisti HSK ha ricevuto i dati ITAR\_K® da un totale di 76 cliniche psichiatriche. Dopo aver plausibilizzato i dati dei costi e delle prestazioni e aver escluso le cliniche che non hanno inviato i dati o lo hanno fatto in ritardo, è stato possibile includere nel benchmarking 74 cliniche (7 in più rispetto all'anno scorso).

#### ▪ Copertura regionale

Il benchmark TARPSY comprende tutti i Cantoni in cui sono presenti cliniche con un mandato di prestazione per la psichiatria. Il **grado di copertura** per tutto il territorio svizzero corrisponde al 98 per cento (l'anno scorso era il 93 per cento).

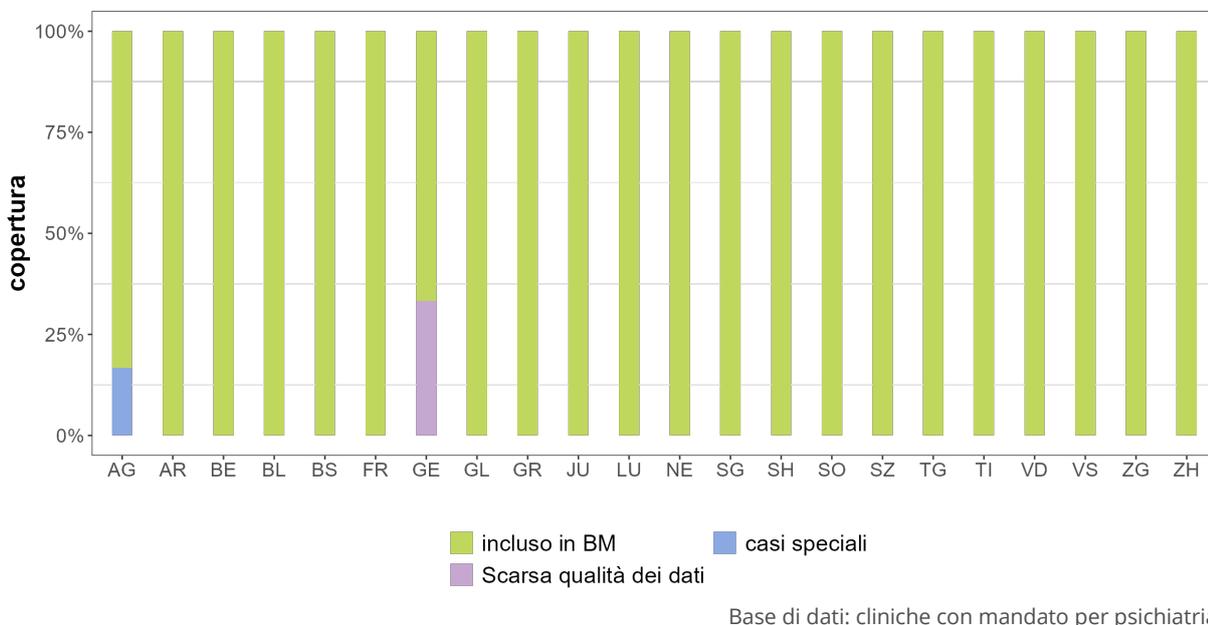


Figura 1: Copertura regionale

## ▪ Copertura per categorie UST

Il benchmark HSK comprende gli ospedali di tutte le categorie UST:

Categoria UST	Descrizione	Numero cliniche
K111	Livello di assistenza 1* (Ospedali universitari)	3
K112	Livello di assistenza 2	9
K121-K123	Livello di assistenza 3-5	4
K211	Clinica psichiatrica – Livello di assistenza 1	16
K212	Clinica psichiatrica – Livello di assistenza 2	32
K221	Cliniche di riabilitazione	6
K231	Chirurgia	1
K233	Pediatria	2
K234	Geriatría	1
<b>Totale</b>	<b>Cliniche</b>	<b>74</b>

Tabella 2: Categorie UST

## ▪ Valutazione

Il benchmark HSK è rappresentativo e valido.

### 2.1.2 Tipo di ponderazione e scelta del percentile

#### ▪ Tipo di ponderazione

Per chiarire la questione della ponderazione all'interno del benchmark ospedaliero, a dicembre 2019 la Comunità di acquisti HSK ha commissionato al Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie (Istituto di Winterthur per l'economia sanitaria, WIG della ZHAW, Università di scienze applicate di Zurigo) uno studio scientifico<sup>6</sup>.

Lo studio, conclusosi il 1° aprile 2020, esamina le ragioni di una ponderazione nel benchmarking ospedaliero 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 o numero di casi è utile se il numero di cliniche nel benchmark è troppo piccolo e non sufficientemente rappresentativo. Anche la Conferenza dei direttori 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)<sup>7</sup>.

**Conclusioni:** una ponderazione non è assolutamente opportuna. Il numero di ospedali rappresentati nel benchmark della Comunità di acquisti HSK è molto alto. Inoltre, una ponderazione annacqua la valutazione dell'efficienza. Infatti, bisogna guardare al fornitore di prestazioni nel suo complesso, a prescindere dalle sue dimensioni.

<sup>6</sup> (WIG, Istituto di Winterthur per l'economia della sanità (Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie), 2020)

<sup>7</sup> (WIG, Istituto di Winterthur per l'economia della sanità (Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie), 2020)

Una ponderazione distorcerebbe artificialmente il benchmark a vantaggio degli ospedali più grandi, senza alcuna giustificazione pertinente della maggiore ponderazione attribuita ai grandi ospedali. Anche le imprecisioni e le incertezze nella struttura tariffale SwissDRG non vengono risolte dalla ponderazione. Tutte queste indicazioni riportate nello studio WIG per il settore SwissDRG valgono, analogamente, anche per altri ambiti come TARPSY

▪ **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.

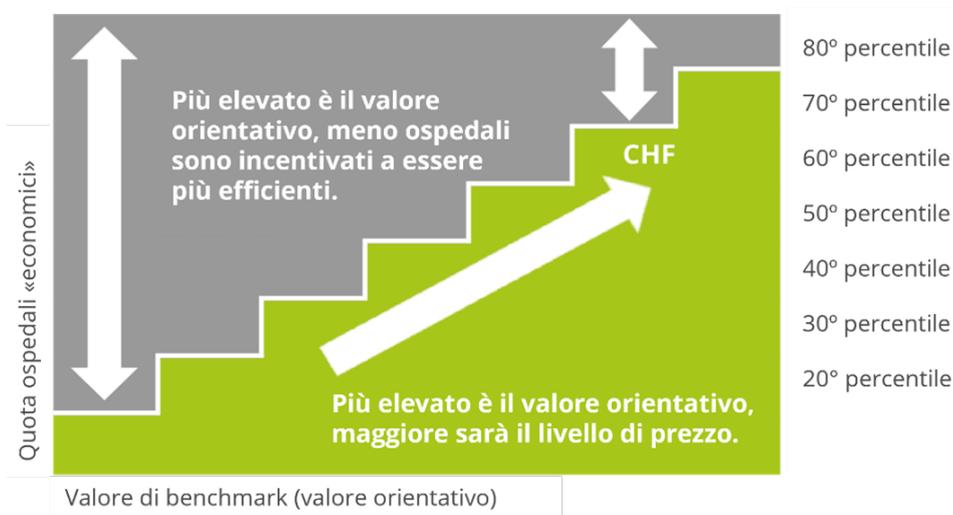


Figura 2: Metodologia della scelta del percentile

La struttura tariffale TARPSY si trova ancora nella fase introduttiva; pertanto, la Comunità di acquisti HSK motiva la scelta del suo parametro di efficienza nel seguente modo:

- La giurisprudenza e lo sviluppo della qualità del sistema della struttura tariffale TARPSY hanno indotto HSK ad applicare il criterio di efficienza in modo più rigoroso.
- Per il valore di benchmark dell'anno tariffale 2025, quindi, HSK applica il 35° percentile e punta sulla differenziazione dei prezzi nelle trattative individuali.
- Con un valore percentile più basso, come situazione di partenza per il primo livello di definizione dei prezzi, la successiva trattativa tariffale per singola clinica, ovvero il secondo livello, assume un'importanza ancora maggiore. Grazie al clustering, HSK è in grado di confrontare le cliniche in modo dettagliato.
- Come conseguenza di questa procedura in due fasi, HSK ha concordato, con numerose cliniche, tariffe differenziate in base alle loro peculiarità (quota di bambini e adolescenti, quota di pazienti con ricovero a scopo di assistenza, specializzazione principale della clinica).

## 2.2 Risultati della procedura di benchmarking HSK

### 2.2.1 Valore di benchmark

La Comunità di acquisti HSK calcola il benchmark comprensivo dei costi di utilizzazione delle immobilizzazioni in base all'OCPre, tuttavia senza tener conto del rincaro. Nella sua decisione del 15 maggio 2019 (C-4374|2017, C-4461|2017)<sup>8</sup>, il TAF ha stabilito che non c'è alcun obbligo di aggiungere il rincaro come supplemento generale al benchmark. Il valore di benchmark selezionato è pari al 35° percentile. Per l'anno tariffale 2025 ne consegue un valore del benchmark di 664 franchi. Tale valore è stato calcolato sulla base di 74 cliniche con dati dell'anno 2023.

A confronto con lo scorso benchmark (dati 2022), il benchmark per l'anno tariffale 2025 è aumentato di 5 franchi, ca. +0,7 per cento.

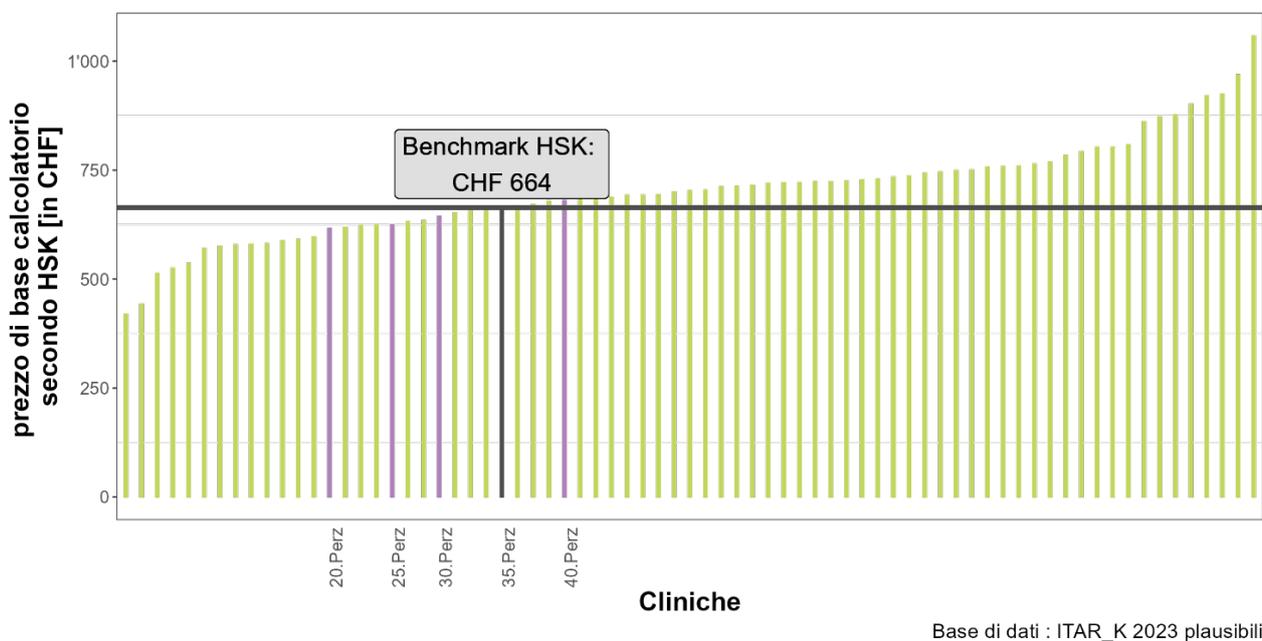


Figura 3: Valore di benchmark HSK

<sup>8</sup> (TAF, Tribunale amministrativo federale, 2019)

---

## 3. Livello 2 determinazione dei prezzi: clustering come base per la differenziazione dei prezzi

### 3.1 Linee guida legali

Nella sua sentenza del 15 maggio 2019 (C-4374 | 2017, C-4461 | 2017)<sup>9</sup>, 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 valori di base per caso differenziati per ragioni di equità.»

Nel 2° livello della determinazione dei prezzi, la Comunità di acquisti HSK applica la sentenza TAF summenzionata. Dopo aver individuato il valore di benchmark (valore di riferimento), la Comunità di acquisti HSK differenzia i prezzi sulla base delle particolarità e della situazione specifica delle singole cliniche.

Per implementare questo livello (trattativa individuale sui prezzi), HSK forma cluster omogenei sulla base di variabili relative ai pazienti e alle strutture delle cliniche. I gruppi omogenei non consentono di calcolare supplementi e sconti in base al valore di benchmark. Tuttavia, i cluster aiutano HSK ad elaborare soluzioni con l'obiettivo di negoziare prezzi oggettivi ed equi, sulla base di fasce di prezzo per cluster.

### 3.2 Base di dati e metodologia di clustering

La Comunità di acquisti HSK applica vari fattori e il clustering gerarchico come procedura statistica per la formazione di cluster omogenei. I cluster vengono aggiornati annualmente da HSK sulla base dei dati ITAR\_K®, della statistica medica dell'UST e delle informazioni dichiarate dalle cliniche nella scheda aggiuntiva. Il clustering si basa sui seguenti fattori:

---

<sup>9</sup> (TAF, Tribunale amministrativo federale, 2019)

Quota bambini <sup>10</sup>	Valutazione
Quota di casi pediatrici nella clinica (età < 18 anni)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Clinica con la quota bambini più elevata</li> <li>Clinica con la quota bambini più bassa</li> </ul>
Specializzazione secondo HSK <sup>11</sup>	Valutazione
La definizione della specializzazione della clinica è data da HSK: <ul style="list-style-type: none"> <li>«Dipendenze», ≥70% dei casi è raggruppato nel PCG TP21</li> <li>«Depressione», ≥ 70% dei casi è raggruppato nel PCG TP26 o TP27</li> <li>«Altro», il 70% dei casi è raggruppato in altri PCG</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Clinica con specializzazione HSK: Dipendenze</li> <li>Clinica con specializzazione HSK: Depressione</li> <li>Clinica con specializzazione HSK: Altro</li> </ul>
Quota RSA (ricovero a scopo di assistenza) <sup>12</sup>	Valutazione
Quota di casi RSA nella clinica. La soglia è del 5%.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Clinica con casi RSA (quota RSA &gt; 5%)</li> <li>Clinica con casi RSA (quota RSA &lt; 5%)</li> </ul>

Tabella 3: Fattori del clustering

Il clustering è stato convalidato mediante un cosiddetto «grafico di silhouette», il quale determina in che misura una clinica rientra effettivamente in un cluster.

### 3.3 Risultati del clustering

I cluster risultanti sono riportati nella tabella seguente. Si tratta complessivamente di 5 cluster. In allegato sono disponibili le spiegazioni tecniche sulla formazione dei cluster.

Cluster	Numero di cliniche per cluster
<ul style="list-style-type: none"> <li>1. Cliniche pediatriche</li> </ul>	5
<ul style="list-style-type: none"> <li>2. Cliniche per prestazioni di base con RSA</li> </ul>	30
<ul style="list-style-type: none"> <li>3. Cliniche per prestazioni di base senza RSA (&lt; 5%)</li> </ul>	20
<ul style="list-style-type: none"> <li>4. Cliniche per dipendenze</li> </ul>	9
<ul style="list-style-type: none"> <li>5. Cliniche specializzate (focus «depressione»)</li> </ul>	9

Tabella 4: Risultati del clustering

I cluster evidenziano specificità che giustificano le differenze di costo tra le cliniche. Un dato da sottolineare è che le cliniche nei cluster «cliniche pediatriche» e «cliniche per prestazioni di base con RSA» presentano costi più elevati rispetto alle altre.

<sup>10</sup> (UST, Ufficio federale di statistica, )

<sup>11</sup> (UST, Ufficio federale di statistica)

<sup>12</sup> (ITAR\_K® - Modello integrato di allestimento delle tariffe sulla base della contabilità analitica per unità finali d'imputazione)

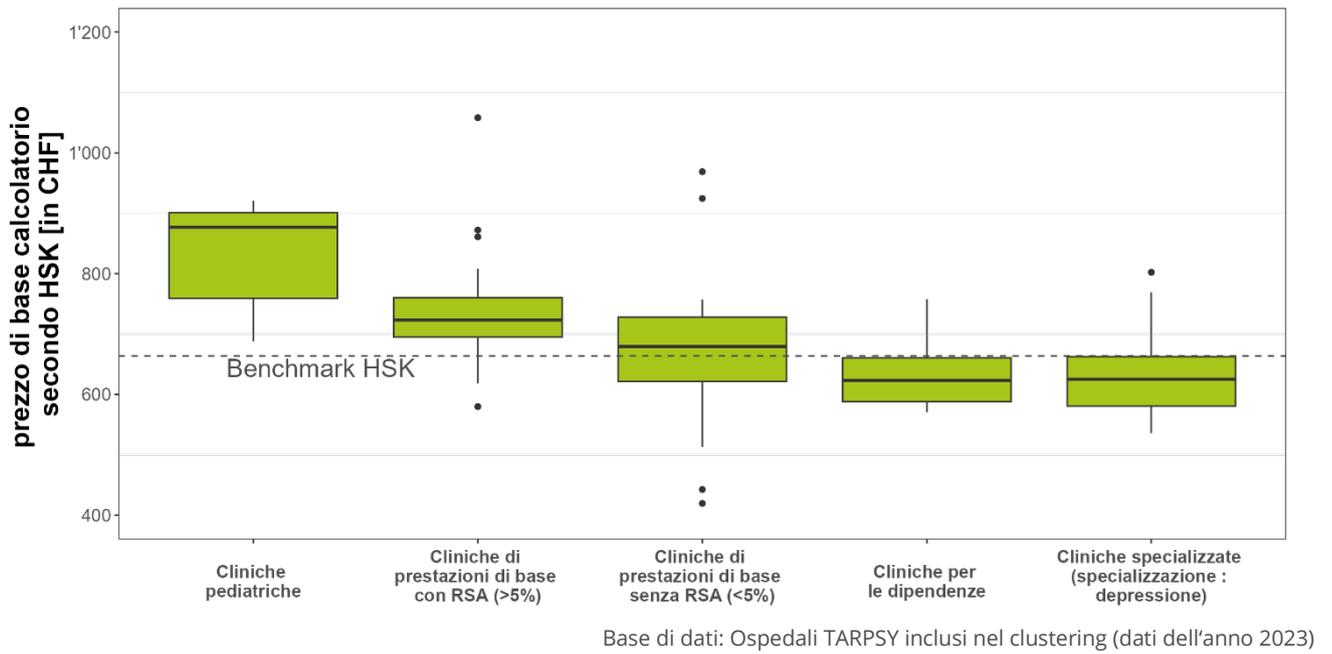


Figura 4: Prezzo di base calcolatorio in base al cluster HSK

### 3.4 Determinazione della fascia di prezzo

Dopo aver formato cluster omogenei, vengono definite le fasce di prezzo per ciascun cluster. La logica di questo sistema di prezzi è la seguente:

- Le tariffe devono essere correlate ai cluster. Ciò significa che le cliniche pediatriche (cluster 1) presentano le tariffe negoziate più elevate. Le cliniche specializzate (cluster 5) presentano le tariffe più basse.
- Trattandosi di gruppi omogenei, la differenza di prezzo all'interno degli stessi cluster non può essere elevata.
- Anche altre particolarità o caratteristiche delle cliniche di cui il clustering non tiene conto possono essere incluse nella definizione dei prezzi.
- I contributi dovuti all'efficienza sono riconosciuti dalla Comunità di acquisti HSK se la clinica fornisce le sue prestazioni a costi contenuti. Le cliniche che presentano costi contenuti a causa della selezione dei pazienti o perché si concentrano su Psychiatric Cost Groups (PCG) redditizi non vengono considerate da HSK come fornitori di prestazioni efficienti, bensì praticano il «cherry picking».

Margine rispetto al BM	Denominazione Cluster
↑	1) Cliniche pediatriche
	2) Cliniche per le prestazioni di base RSA (>5%)
<b>Valore di benchmark HSK 664 franchi</b>	
↓	3) Cliniche per le prestazioni di base senza RSA (<5%)
	4) Cliniche per le dipendenze
	5) Cliniche specializzate con focus sulla depressione

Tabella 5: Cluster come base per la differenziazione dei prezzi, a partire dal valore di benchmark

## 4. Conclusione

Negli ultimi anni la Comunità di acquisti HSK ha sviluppato un processo di definizione dei prezzi efficace, basato sui dati ed equo che tiene in considerazione fattori specifici delle cliniche. Tale processo prevede due fasi: (1) La prima fase comprende il calcolo di un valore di benchmark. In TARPSY, tale valore corrisponde al prezzo giornaliero con cui un «caso di base» (caso al netto del grado di gravità) può essere trattato con qualità adeguata e a un costo sostenibile. (2) La seconda fase prevede la creazione di gruppi omogenei di fornitori di prestazioni («cluster») sulla base di tre criteri – (i) PCG selezionati, (ii) quota di bambini e (iii) quota di casi con ricovero a scopo di assistenza (RSA). I cluster così formati consentono, a partire dal valore di benchmark, di giustificare in modo plausibile le differenze di prezzo rispetto ai fornitori di prestazioni. Presso HSK le tariffe si orientano quindi non solo al valore di benchmark, ma anche ai costi medi nei diversi cluster.

In ambito TARPSY, il valore di benchmark di HSK per l'anno tariffale 2025 è pari a 664 franchi, con un aumento di circa lo 0,7 per cento rispetto all'anno precedente. A tale scopo 76 ITAR\_K<sup>®</sup> sono stati esaminati approfonditamente e sottoposti a vari controlli della plausibilità. I 74 ITAR\_K<sup>®</sup> risultanti, confluiti nel benchmarking, corrispondono a una copertura regionale della psichiatria stazionaria svizzera di circa il 98 per cento. Il successivo clustering ha prodotto 5 cluster omogenei: (1) cliniche pediatriche, (2) strutture per cure di base con RSA, (3) strutture per cure di base senza RSA, (4) cliniche per dipendenze, (5) cliniche specializzate (depressione). I profili dei costi dei cluster si differenziano in modo evidente gli uni dagli altri. Ciò costituisce la base per trattative sui prezzi individuali.

---

## Elenco delle figure

Figura 1: Copertura regionale .....	8
Figura 2: Metodologia della scelta del percentile .....	10
Figura 3: Valore di benchmark HSK .....	11
Figura 4: Prezzo di base calcolatorio in base al cluster HSK .....	14

---

## Elenco delle tabelle

Tabella 1: Calcolo dei costi di esercizio rilevanti per il benchmarking.....	7
Tabella 2: Categorie UST .....	9
Tabella 3: Fattori del clustering .....	13
Tabella 4: Risultati del clustering .....	13
Tabella 5: Cluster come base per la differenziazione dei prezzi, a partire dal valore di benchmark .....	15
Tabella 6: Prezzi base calcolatori rettificati delle cliniche psichiatriche.....	20

---

## Bibliografia

- CDS, Conferenza delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità. (27.06.2019). *Controllo di economicità*. <https://www.gdk-cds.ch/de/gesundheitsversorgung/spitaeler/finanzierung/wirtschaftlichkeitspruefung>
- H+, Gli ospedali svizzeri. (25.10.2024). *Riassunto delle modifiche principali per la versione ITAR\_K® 14.0*. Tratto da [https://www.hplus.ch/fileadmin/hplus.ch/public/Rechnungswesen/ITAR\\_K/2024/Anpassungen\\_V13-V14\\_it\\_V2.pdf](https://www.hplus.ch/fileadmin/hplus.ch/public/Rechnungswesen/ITAR_K/2024/Anpassungen_V13-V14_it_V2.pdf)
- ITAR\_K® - Modello integrato di allestimento delle tariffe sulla base della contabilità analitica per unità finali d'imputazione. Modello integrato di allestimento delle tariffe sulla base della contabilità analitica per unità finali d'imputazione.
- TAF, Tribunale amministrativo federale. (11.09.2014). *Sentenze banca dati TAF*. TAF 2014 | 2014 E 10.2.3: <https://bvger.weblaw.ch/dashboard>
- TAF, Tribunale amministrativo federale. (15.05.2019). *Sentenze banca dati TAF*. TAF C-4374 | 201, C-4461 | 2017: <https://bvger.weblaw.ch/dashboard>
- TAF, Tribunale amministrativo federale. (17.08.2022 (C-5102 | 2019)). *Sentenze banca dati TAF*. TAF C-5102 | 2019 - 17.08.2022: <https://bvger.weblaw.ch/dashboard>
- UST, Ufficio federale di statistica. *Statistica medica ospedaliera*. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/it/home/statistiche/salute/rilevazioni/ms.html>
- WIG, Istituto di Winterthur per l'economia della sanità (Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie). (01. 04. 2020). *Ponderazione nell'ambito del benchmarking ospedaliero (Studio in tedesco: Gewichtung im Rahmen des Spital Benchmarkings)*. [https://ecc-hsk.info/application/files/1416/0024/6582/ZHAW-WIG\\_Wissenschaftliche\\_Studie\\_Gewichtung\\_im\\_Spital\\_Benchmarking.pdf](https://ecc-hsk.info/application/files/1416/0024/6582/ZHAW-WIG_Wissenschaftliche_Studie_Gewichtung_im_Spital_Benchmarking.pdf)

## Allegato

Il benchmark TARPSY include 74 cliniche psichiatriche con i seguenti prezzi base rettificati per Day Mix (DM) secondo lo schema di calcolo HSK (inclusi CUI secondo OCPre) che sono state assegnate al cluster in base alla descrizione<sup>13</sup>.

ID clinica	Prezzo base calc. HSK	N° cluster	Descrizione del cluster	contenuta nel BM
K1	901	1	Ospedali pediatrici	sì
K2	759	1	Ospedali pediatrici	sì
K3	688	1	Ospedali pediatrici	sì
K4	877	1	Ospedali pediatrici	sì
K5	921	1	Ospedali pediatrici	sì
K6	721	2	Clinica di prestazioni di base con RSA (>5%)	sì
K7	580	2	Clinica di prestazioni di base con RSA (>5%)	sì
K8	668	2	Clinica di prestazioni di base con RSA (>5%)	sì
K9	808	2	Clinica di prestazioni di base con RSA (>5%)	sì
K10	692	2	Clinica di prestazioni di base con RSA (>5%)	sì
K11	1058	2	Clinica di prestazioni di base con RSA (>5%)	sì
K12	749	2	Clinica di prestazioni di base con RSA (>5%)	sì
K13	729	2	Clinica di prestazioni di base con RSA (>5%)	sì
K14	687	2	Clinica di prestazioni di base con RSA (>5%)	sì
K15	734	2	Clinica di prestazioni di base con RSA (>5%)	sì
K16	712	2	Clinica di prestazioni di base con RSA (>5%)	sì
K17	692	2	Clinica di prestazioni di base con RSA (>5%)	sì
K18	802	2	Clinica di prestazioni di base con RSA (>5%)	sì
K19	764	2	Clinica di prestazioni di base con RSA (>5%)	sì
K20	728	2	Clinica di prestazioni di base con RSA (>5%)	sì
K21	721	2	Clinica di prestazioni di base con RSA (>5%)	sì
K22	723	2	Clinica di prestazioni di base con RSA (>5%)	sì
K23	750	2	Clinica di prestazioni di base con RSA (>5%)	sì
K24	872	2	Clinica di prestazioni di base con RSA (>5%)	sì
K25	861	2	Clinica di prestazioni di base con RSA (>5%)	sì
K26	702	2	Clinica di prestazioni di base con RSA (>5%)	sì
K27	704	2	Clinica di prestazioni di base con RSA (>5%)	sì
K28	784	2	Clinica di prestazioni di base con RSA (>5%)	sì
K29	684	2	Clinica di prestazioni di base con RSA (>5%)	sì
K30	743	2	Clinica di prestazioni di base con RSA (>5%)	sì
K31	715	2	Clinica di prestazioni di base con RSA (>5%)	sì
K32	662	2	Clinica di prestazioni di base con RSA (>5%)	sì
K33	723	2	Clinica di prestazioni di base con RSA (>5%)	sì
K34	618	2	Clinica di prestazioni di base con RSA (>5%)	sì
K35	793	2	Clinica di prestazioni di base con RSA (>5%)	sì
K36	420	3	Clinica di prestazioni di base senza RSA (< 5 %)	sì
K37	513	3	Clinica di prestazioni di base senza RSA (< 5 %)	sì

<sup>13</sup> Per motivi di protezione dei dati le cliniche non sono elencate nominativamente, bensì con un numero identificativo interno.

ID clinica	Prezzo base calc. HSK	N° cluster	Descrizione del cluster	contenuta nel BM
<b>K38</b>	525	3	Clinica di prestazioni di base senza RSA (< 5 %)	sì
<b>K39</b>	634	3	Clinica di prestazioni di base senza RSA (< 5 %)	sì
<b>K40</b>	969	3	Clinica di prestazioni di base senza RSA (< 5 %)	sì
<b>K41</b>	672	3	Clinica di prestazioni di base senza RSA (< 5 %)	sì
<b>K42</b>	644	3	Clinica di prestazioni di base senza RSA (< 5 %)	sì
<b>K43</b>	679	3	Clinica di prestazioni di base senza RSA (< 5 %)	sì
<b>K44</b>	591	3	Clinica di prestazioni di base senza RSA (< 5 %)	sì
<b>K45</b>	443	3	Clinica di prestazioni di base senza RSA (< 5 %)	sì
<b>K46</b>	720	3	Clinica di prestazioni di base senza RSA (< 5 %)	sì
<b>K47</b>	713	3	Clinica di prestazioni di base senza RSA (< 5 %)	sì
<b>K48</b>	700	3	Clinica di prestazioni di base senza RSA (< 5 %)	sì
<b>K49</b>	925	3	Clinica di prestazioni di base senza RSA (< 5 %)	sì
<b>K50</b>	632	3	Clinica di prestazioni di base senza RSA (< 5 %)	sì
<b>K51</b>	736	3	Clinica di prestazioni di base senza RSA (< 5 %)	sì
<b>K52</b>	725	3	Clinica di prestazioni di base senza RSA (< 5 %)	sì
<b>K53</b>	745	3	Clinica di prestazioni di base senza RSA (< 5 %)	sì
<b>K54</b>	680	3	Clinica di prestazioni di base senza RSA (< 5 %)	sì
<b>K55</b>	757	3	Clinica di prestazioni di base senza RSA (< 5 %)	sì
<b>K56</b>	660	4	Cliniche per dipendenze	sì
<b>K57</b>	694	4	Cliniche per dipendenze	sì
<b>K58</b>	571	4	Cliniche per dipendenze	sì
<b>K59</b>	588	4	Cliniche per dipendenze	sì
<b>K60</b>	579	4	Cliniche per dipendenze	sì
<b>K61</b>	623	4	Cliniche per dipendenze	sì
<b>K62</b>	616	4	Cliniche per dipendenze	sì
<b>K63</b>	624	4	Cliniche per dipendenze	sì
<b>K64</b>	758	4	Cliniche per dipendenze	sì
<b>K65</b>	597	5	Cliniche specializzate (specializzazione: depressione)	sì
<b>K66</b>	769	5	Cliniche specializzate (specializzazione: depressione)	sì
<b>K67</b>	625	5	Cliniche specializzate (specializzazione: depressione)	sì
<b>K68</b>	663	5	Cliniche specializzate (specializzazione: depressione)	sì
<b>K69</b>	536	5	Cliniche specializzate (specializzazione: depressione)	sì
<b>K70</b>	652	5	Cliniche specializzate (specializzazione: depressione)	sì
<b>K71</b>	802	5	Cliniche specializzate (specializzazione: depressione)	sì
<b>K72</b>	576	5	Cliniche specializzate (specializzazione: depressione)	sì
<b>K73</b>	581	5	Cliniche specializzate (specializzazione: depressione)	sì
<b>K74</b>	384	-- --	None nel cluster	sì

Tabella 6: Prezzi base calcolatori rettificati delle cliniche psichiatriche

---

## Informazioni

Per qualsiasi domanda sul benchmark TARPSY di HSK, le autorità di approvazione si possono rivolgere ai manager tariffali «Psichiatria»:

- Lukas Schönenberger, T +41 58 340 56 99, [lukas.schoenenberger@ecc-hsk.info](mailto:lukas.schoenenberger@ecc-hsk.info)
- Marco Migliarese, T +41 43 340 80 10, [marco.migliarese@ecc-hsk.info](mailto:marco.migliarese@ecc-hsk.info)