

---

# Benchmark TARPSY

## Anno tariffario 2020

**Basi per i dati dell'anno 2018**

**Pubblicazione novembre 2019**

## Indice

<b>1. Premessa .....</b>	<b>3</b>
1.1 Linee guida per la procedura di benchmarking.....	3
<b>2. Basi di dati .....</b>	<b>4</b>
2.1 Aspetti generali .....	4
2.2 Trasparenza dei dati .....	4
2.3 Plausibilizzazione dei dati .....	5
2.4 Cliniche coinvolte .....	6
2.5 Cliniche escluse .....	6
2.6 Copertura regionale .....	6
<b>3. Benchmark TARPSY .....</b>	<b>7</b>
3.1 Calcolo dei costi di esercizio rilevanti per il benchmarking .....	7
3.2 Altre deduzioni .....	8
3.2.1 Insegnamento universitario e ricerca.....	8
3.2.2 Spesa aggiuntiva per pazienti LCA.....	8
3.3 Scelta del percentile.....	8
3.4 Benchmark TARPSY .....	10
3.5 Benchmark.....	11
3.6 Prezzi base concordati TARPSY .....	11
<b>4. Formazione di cluster.....</b>	<b>12</b>
4.1 Premessa.....	12
4.2 Obiettivo.....	12
4.3 Record di dati di analisi .....	12
4.4 Esame delle variabili e metodologia.....	13
4.5 Conclusioni del clustering.....	15
4.6 Risultati.....	16
4.7 Conclusione .....	17
<b>5. Riepilogo .....</b>	<b>18</b>

---

# 1. Premessa

## 1.1 Linee guida per la procedura di benchmarking

Il Tribunale amministrativo federale (TAF) ha stabilito che la procedura di benchmarking debba avvenire 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 come valore di riferimento, 2° livello = trattative individuali sui prezzi.
- Il benchmark (BM) è quindi 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 di esercizio delle cliniche rilevanti per il benchmark).
- Non devono entrare nella procedura di benchmarking le deduzioni (ad es. dovute a mancanza di trasparenza).
- Il benchmarking deve avvenire idealmente con un valore di riferimento nazionale.
- Il benchmark mira a includere un insieme di comparazione quanto più possibile grande e rappresentativo di tutte le cliniche. Tra le altre cose deve essere privo di distorsioni concorrenziali.
- I dati da paragonare dei costi e delle prestazioni rilevanti per il benchmarking devono essere determinati secondo un metodo unitario e il più possibile preciso e vicino alla realtà.
- Non è ammissibile una procedura di benchmarking in cui sono preselezionate determinate 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 grandi i requisiti posti a una determinazione corretta dei costi d'esercizio rilevanti per il benchmarking.
- Non è ammissibile se il benchmark viene impostato su una clinica i cui costi d'esercizio rilevanti per il benchmarking non sono stati rilevati conformemente alla LAMal.
- Una sentenza del TAF stabilisce che il parametro di efficienza per il benchmarking debba essere applicato rigorosamente (su un percentile basso)<sup>1</sup>.
- Secondo una nuova decisione TAF del 15.05.2019 (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).

---

<sup>1</sup> DTAF C-2921/2014-12.4.2018: «Il Tribunale ha altresì considerato che la stabilizzazione dei costi perseguita con la revisione legale e il fatto che le tariffe ospedaliere non derivano da un'effettiva concorrenza tra le strutture supportano l'applicazione rigorosa del parametro di efficienza delle prestazioni erogate e concretamente la definizione di un percentile basso»

## 2. Basi di dati

### 2.1 Aspetti generali

Poiché in ambito TARPSY non esiste alcun benchmark nazionale, per l'anno tariffario 2020 la Cooperativa di acquisti HSK ha effettuato nuovamente una propria procedura di benchmarking.

Essa comprende i due livelli seguenti:

<b>1° livello</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Determinazione dei costi giornalieri calcolatori rettificati per il DMI in base ai dati forniti dalle cliniche (ITAR_K) e ai calcoli tariffari interni di HSK</li><li>▪ Calcolo del benchmark</li></ul>
<b>2° livello</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Conduzione di trattative tariffali individuali con ogni clinica per stabilire la confrontabilità più oggettiva possibile tra tutte le cliniche sulla base delle caratteristiche dei pazienti e delle strutture</li><li>▪ Formazione di cluster omogenei (gruppi di cliniche) per definire fasce di prezzo e motivare le differenze di prezzo rispetto al valore di benchmark</li><li>▪ Il prezzo base deve riflettere le particolarità delle cliniche</li><li>▪ Le inefficienze non possono essere finanziate dal prezzo base AOMS (art. 49 cpv. 1 LAMal)</li></ul>

### 2.2 Trasparenza dei dati

Il TAF sancisce che nella definizione dei prezzi e nel controllo dell'economicità sono rilevanti per la fattispecie tutti i dati relativi a costi e prestazioni delle cliniche. Pertanto, HSK chiede a tutte le cliniche la versione integrale ITAR\_K (prestazioni e costi) inclusa la presentazione dettagliata dell'ambito ospedaliero ambulatoriale. A integrazione di queste basi di dati, HSK chiede anche i dati di base rilevanti per la TARPSY.

I costi della medicina forense non vengono considerati nella procedura di benchmarking.

## 2.3 Plausibilizzazione dei dati

Per un rilevamento uniforme di costi e prestazioni, le cliniche applicano REKOLE «Contabilità analitica nell'ospedale». 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.

Tutte le cliniche incluse nel benchmark hanno calcolato i loro costi e prestazioni sulla base di REKOLE e hanno fornito i dati a HSK nel formato ITAR\_K.

I dati ITAR\_K 2018 forniti dalle cliniche e i dati di base rilevanti per la TARPSY della versione 2.0 e versione di conteggio 2019 sono stati controllati da HSK per accertare completezza, correttezza e chiarezza dei dati.

Vi rientrano le seguenti fattispecie:

<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Confronto della contabilità aziendale e finanziaria</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Confronto tra la presentazione per unità finali d'imputazione e la presentazione ITAR_K</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Confronti sistematici con l'anno precedente</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Dati di base rilevanti TARPSY dei casi 2018</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Numero TARPSY (uscite) 2018</li> <li>▪ Numero giorni di cura conteggiabili, <u>senza</u> giorni di cura supplementari come da disposizione transitoria</li> <li>▪ Numero assenze durate più di 24 ore</li> <li>▪ Numero giorni di congedo</li> <li>▪ Day Mix, calcolato sulla base dei giorni di cura conteggiabili, <u>senza</u> giorni di cura supplementari come da disposizione transitoria</li> <li>▪ Day Mix Index, calcolato sulla base del Day Mix e dei giorni di cura conteggiabili, <u>senza</u> giorni di cura supplementari come da disposizione transitoria</li> </ul>

Nella plausibilizzazione dei dati, HSK ha notato che spesso i dati di base rilevanti per la TARPSY sono ancora stati forniti secondo quanto indicato dalle regole della disposizione transitoria. Dai giorni di cura conteggiabili non sono state sottratte le assenze più lunghe di 24 ore. Questo fatto ha comportato diverse richieste di chiarimento e nuove predisposizioni dei dati da parte di HSK e, in ultima analisi, ha ritardato l'ultimazione del benchmark TARPSY.

Per HSK, una fornitura dei dati entro il 31.05. è necessaria per eseguire un lavoro di plausibilizzazione di qualità, associato a richieste di chiarimento presso le cliniche e, in secondo luogo, per stabilire il benchmark TARPSY prima delle trattative.

## 2.4 Cliniche coinvolte

Nella procedura di benchmarking 2020 sono state prese in considerazione in totale 61 cliniche (anno precedente: 48) con un mandato di prestazioni per la psichiatria. Le cliniche appartengono alle seguenti categorie UST:

Tipo	Denominazione	Numero di cliniche
K111	Livello di assistenza 1 (ospedali universitari)	3
K112	Livello di assistenza 2	7
K121	Livello di assistenza 3	4
K122	Livello di assistenza 4	2
K123	Livello di assistenza 5	1
K211	Clinica psichiatrica - Livello di assistenza 1	18
K212	Clinica psichiatrica - Livello di assistenza 2	21
K221	Cliniche di riabilitazione	2
K233	Pediatria	2
K234	Geriatría	1
<b>Totale</b>		<b>61</b>

## 2.5 Cliniche escluse

I criteri di completezza e plausibilità dei dati forniti vengono valutati per clinica rispettivamente per ogni fornitura dei dati e valgono come criteri di esclusione nella procedura di benchmarking. Per le ragioni seguenti, 10 cliniche sono state escluse:

Motivi	Numero di cliniche
• Dati ITAR_K assenti	2
• Day Mix assente	1
• Incompletezza rispettivamente non plausibilità dei dati ITAR_K o dei dati di base rilevanti per la TARPSY (DM/DMI)	6
• Casi speciali (clinica SOMOSA, clinica per la medicina del sonno)	2
<b>Totale</b>	<b>11</b>

## 2.6 Copertura regionale

Tutti i cantoni con cliniche psichiatriche sono inclusi nel benchmark.

Il grado di copertura sul territorio svizzero è dell'85% per i cantoni (22 cantoni su 26<sup>1</sup>) e dell'85% per le cliniche (61 cliniche su 72).

<sup>1</sup> In 4 cantoni non ci sono cliniche psichiatriche.

## 3. Benchmark TARPSY

### 3.1 Calcolo dei costi di esercizio rilevanti per il benchmarking

Il calcolo dei costi di esercizio rilevanti per il benchmarking viene effettuato con il seguente metodo:

Schema di calcolo	Osservazioni								
<b>Totale costi secondo la contabilità analitica (calcolo unitario)</b>									
./. Costi di utilizzazione delle immobilizzazioni (CUI)	Dati forniti dalle cliniche (OCPre)								
./. Ricavi dal gruppo di conto 65	Dati forniti dalle cliniche, secondo le istruzioni ITAR_K   Prescrizioni TAF								
+ Compensazione di ricavi dal gruppo di conto 66	Se con effetti di riduzione dei costi per i centri di costo, dati forniti dalle cliniche								
./. Onorari medici per clienti delle assicurazioni integrative	Dati forniti dalle cliniche								
<b>= Costi d'esercizio netti I</b>									
./. Deduzione sussidiaria per ricerca e formazione universitaria	Deduzione effettiva, ma almeno normativa, come segue: <table style="margin-left: 40px;"> <tr> <td>&lt; 75 posti letto:</td> <td>0,8%</td> </tr> <tr> <td>&gt; 75 posti letto:</td> <td>1,5%</td> </tr> <tr> <td>&gt; 125 posti letto:</td> <td>3,5%</td> </tr> <tr> <td>ospedali universitari:</td> <td>effettiva</td> </tr> </table>	< 75 posti letto:	0,8%	> 75 posti letto:	1,5%	> 125 posti letto:	3,5%	ospedali universitari:	effettiva
< 75 posti letto:	0,8%								
> 75 posti letto:	1,5%								
> 125 posti letto:	3,5%								
ospedali universitari:	effettiva								
./. Prestazioni economicamente di interesse generale	Dati delle cliniche poiché HSK non può verificare se tutte le prestazioni economicamente di interesse generale sono dichiarate								
<b>= Costi d'esercizio netti II</b>									
./. Deduzione per costi aggiuntivi derivati da prestazioni per pazienti con assicurazione integrativa	Applicazione in tutta la Svizzera della raccomandazione CDS <sup>1</sup> : <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Per ogni giorno SP/P CHF 67 secondo dati forniti dalle cliniche</li> </ul>								
./. Costi non contenuti nel BR (DRG non valutati, remunerazioni supplementari, prestazioni tariffate separatamente, casi non raggruppati)	Dati forniti dalle cliniche								
Rincaro / costi di proiezione / deduzioni per mancanza di trasparenza	Non contenute nel BM								
CUI	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nel BM sono presi in considerazione i CUI in base alla OCPre</li> <li>▪ La percentuale dei CUI varia da clinica a clinica</li> </ul>								

<sup>1</sup> Raccomandazione CDS sulla verifica dell'economicità per psichiatria e riabilitazione del 27.7.2019, integrazione alle raccomandazioni per la determinazione degli ospedali efficienti ai sensi dell'art. 49 cpv. 1 LAMal per quanto concerne psichiatria e riabilitazione

Schema di calcolo	Osservazioni
	<ul style="list-style-type: none"> <li>I CUI presentati sono stati plausibilizzati con la contabilità delle immobilizzazioni (Statistica ospedaliera dell'UST)</li> </ul>
<b>= Costi d'esercizio rilevanti per il benchmark HSK</b>	
./. Day Mix (TARSPY V2.0)	Dati forniti dalle cliniche
<b>= Prezzo base calcolato HSK</b>	

## 3.2 Altre deduzioni

### 3.2.1 Insegnamento universitario e ricerca

Secondo il TAF, anche in questo ambito, in linea di massima i valori effettivi non sono da prendere in considerazione. Come l'anno precedente e analogamente all'ambito somatico acuto, HSK ha scelto una forma mista poiché ritiene che le cliniche abbiano sottovalutato i costi effettivi per insegnamento universitario e ricerca. La deduzione minima avviene quindi secondo approcci normativi. Per il 62% di tutte le cliniche nel benchmark, HSK ha integrato nel benchmark i costi effettivamente documentati.

### 3.2.2 Spesa aggiuntiva per pazienti LCA

Il TAF richiede fondamentalmente dati effettivi per l'esclusione delle prestazioni aggiuntive nell'ambito dell'assicurazione integrativa. Non esclude però un approccio normativo, come ad esempio quello secondo le raccomandazioni CDS (67 franchi per giorno privato/semiprivato). HSK ritiene che, con i calcoli in ITAR\_K, la deduzione delle prestazioni aggiuntive LCA risulti eccessivamente bassa per la maggior parte dei fornitori di prestazioni interessati. Per tale motivo HSK utilizza per il benchmark gli approcci normativi conformemente alla raccomandazione della CDS.

## 3.3 Scelta del percentile

Secondo la LAMal i prezzi base si devono rifare 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 «corretto» con il quale questo valore orientativo deve essere definito per la fissazione delle tariffe.





Se questo valore viene applicato in modo rigoroso, significa da una parte che la maggioranza delle cliniche «non è economica». Se invece l'incentivo viene applicato in modo blando, per la maggior parte delle cliniche decade lo stimolo per una fornitura di prestazioni efficiente. Pertanto un valore di benchmark debole ha un effetto di aumento dei prezzi.

### 3.4 Benchmark TARPSY

Per l'anno tariffario 2020, HSK ha determinato il benchmark TARPSY seguente:

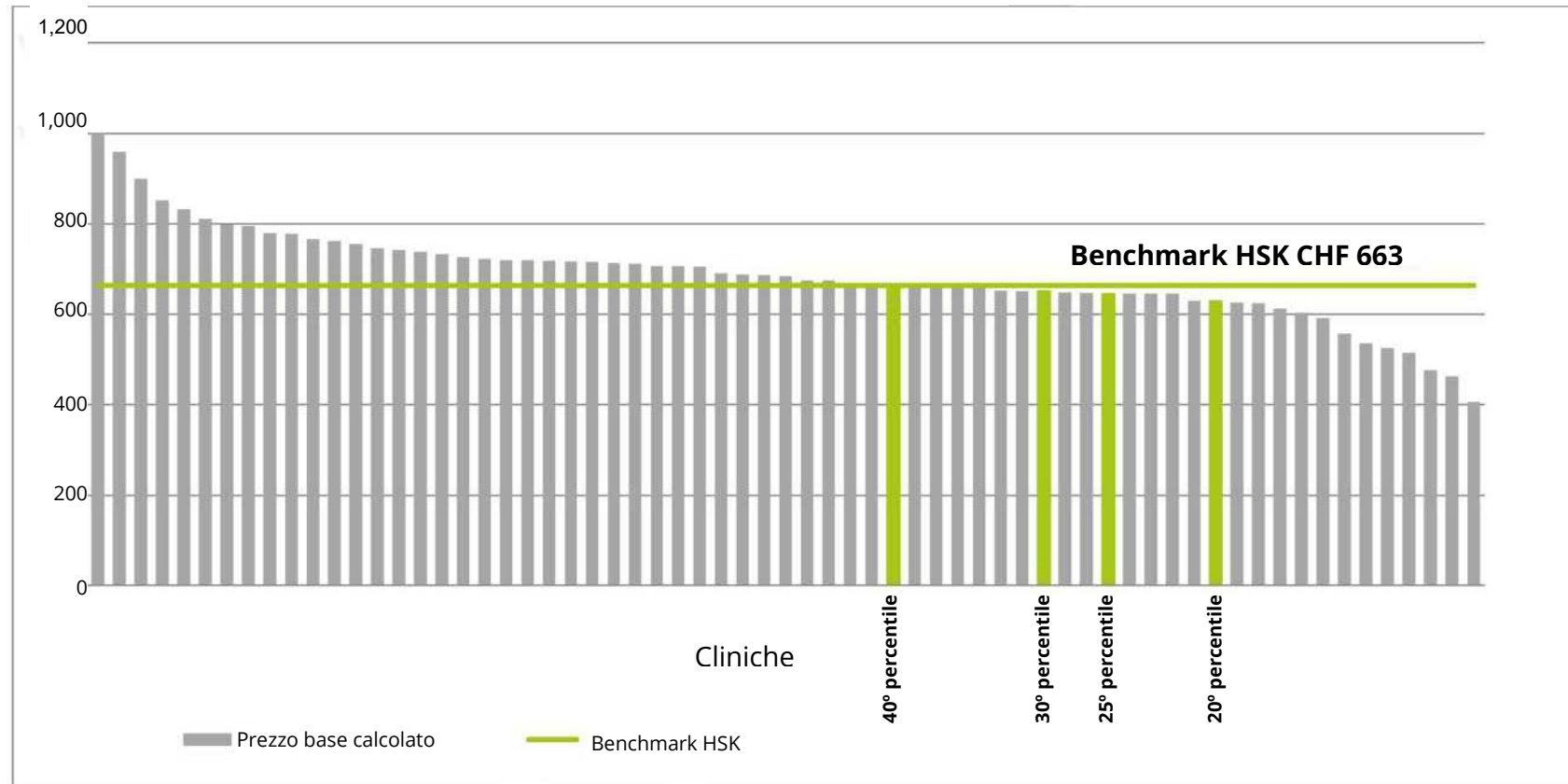


Fig. 1: benchmark TARPSY con prezzo base calcolato HSK incl. costi di utilizzazione delle immobilizzazioni e senza rincaro

### 3.5 Benchmark

A causa della fase di introduzione della TARPSY, in analogia alla fase di introduzione di SwissDRG, HSK ha definito il percentile come l'anno precedente al 40%.

Valore	CHF
Media ponderata	711
Valore medio aritmetico	690
<b>40° percentile – Benchmark HSK</b>	<b>663</b>
30° percentile	651
25° percentile	645
20° percentile	629

### 3.6 Prezzi base concordati TARPSY

Nell'anno tariffario 2019, HSK è riuscita a concordare convenzioni tariffali rispettivamente prezzi base con quasi tutte le cliniche. Su tutto il territorio svizzero il **valore medio dei prezzi base si attesta a 648 franchi**.

Questo valore viene applicato da HSK anche per la plausibilizzazione del benchmark.

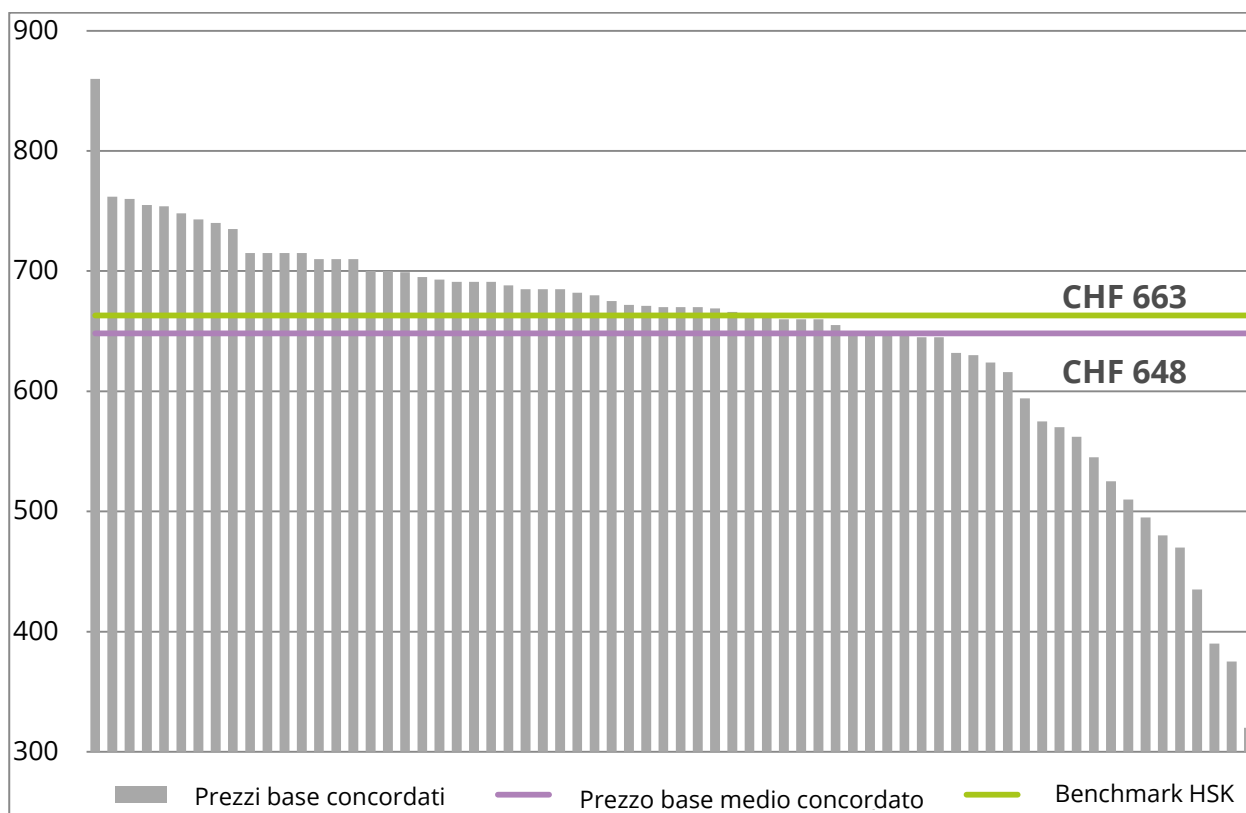


Fig. 2: benchmark del prezzo TARPSY, al 01.02.2020

---

## 4. Formazione di cluster

### 4.1 Premessa

La struttura tariffaria TARPSY deve incrementare trasparenza e confrontabilità di prestazioni, costi e qualità. Essa tenta di riflettere le differenze nella struttura dei costi di diversi gruppi di pazienti rispettivamente di trattamenti in modo che i costi del trattamento possano essere classificati in base al tipo di onere. A tal fine vengono assegnati pesi relativi (cost-weight) per ogni gruppo (PCG, Psychiatric Cost Group) e per ogni giorno. Questi cost-weight vengono stabiliti per ogni gruppo, in base alla durata della degenza, e moltiplicati per il valore del caso di base per ogni giorno di degenza.

In teoria, quindi, il sistema riflette la gravità dei casi e di conseguenza le differenze di costo. I cost-weight per giorno e paziente vengono determinati da un grouper per mezzo delle informazioni sui pazienti. Il Day Mix di ogni clinica e i relativi indici sono il risultato del processo. Inoltre, sulla base dei dati sui costi delle cliniche vengono calcolati i costi sostenuti per ogni caso di base (cost-weight = 1). In questo modo è possibile giungere a un benchmark di costo che permette confronti di massima dei costi per ogni caso di base.

### 4.2 Obiettivo

HSK si è posta l'obiettivo di formare cluster anche nell'ambito della psichiatria per spiegare le differenze di costo legittime (non inefficienze) che giustificano differenze di prezzo.

Di principio, il prezzo per un caso di base si deve orientare ai costi, promuovendo però l'efficienza. Le differenze nei costi sono in parte dovute a inefficienze, ma hanno anche cause diverse.

Poiché la struttura tariffaria TARPSY è ancora nuova e quindi non è ancora in grado di spiegare tutte le differenze di costo tra le cliniche, in aggiunta sono necessarie considerazioni individuali per mezzo di ulteriori informazioni sulle cliniche.

### 4.3 Record di dati di analisi

Il record di dati di analisi comprende tutte le cliniche contenute nel benchmark. Si basa sul calcolo dei costi di esercizio rilevanti per il benchmarking di HSK secondo il capitolo 3.1. In aggiunta, il record di dati di analisi viene integrato con informazioni dalla Statistica ospedaliera 2017 e dalla Statistica medica 2018 (UST) nonché ulteriori informazioni (quota RSA).

Nell'anno di riferimento 2018, la struttura tariffaria TARPSY è stata applicata dalla maggior parte delle cliniche psichiatriche per adulti. Nella Statistica medica, quindi, le cliniche pediatriche e per l'adolescenza sono indicate come «tariffa psichiatrica». Ciononostante, tutti i casi sono stati classificati in un PCG da un grouper (versione di conteggio 2018/2018).

Per la formazione dei cluster, HSK ha verificato nel record di dati di analisi le variabili seguenti:

- Numero PCG a 4 cifre
- Clinica con specializzazione<sup>1</sup>
- Numero casi
- Cost-weight medio effettivo: DM medio per caso
- Quota split A<sup>2</sup> su tutti i casi
- Quota urgenze
- Quota casi < 18 anni
- Quota ricoveri a scopo di assistenza (RSA)
- Numero medici assistenti (azienda di formazione) – in rapporto al numero di casi di psichiatria

## 4.4 Esame delle variabili e metodologia

Per esaminare le variabili è necessario procedere per gradi.

Innanzitutto viene analizzata la ripartizione dei prezzi base calcolati. I valori delle cliniche sono distribuiti tra 404 franchi e 1000 franchi nel modo seguente:

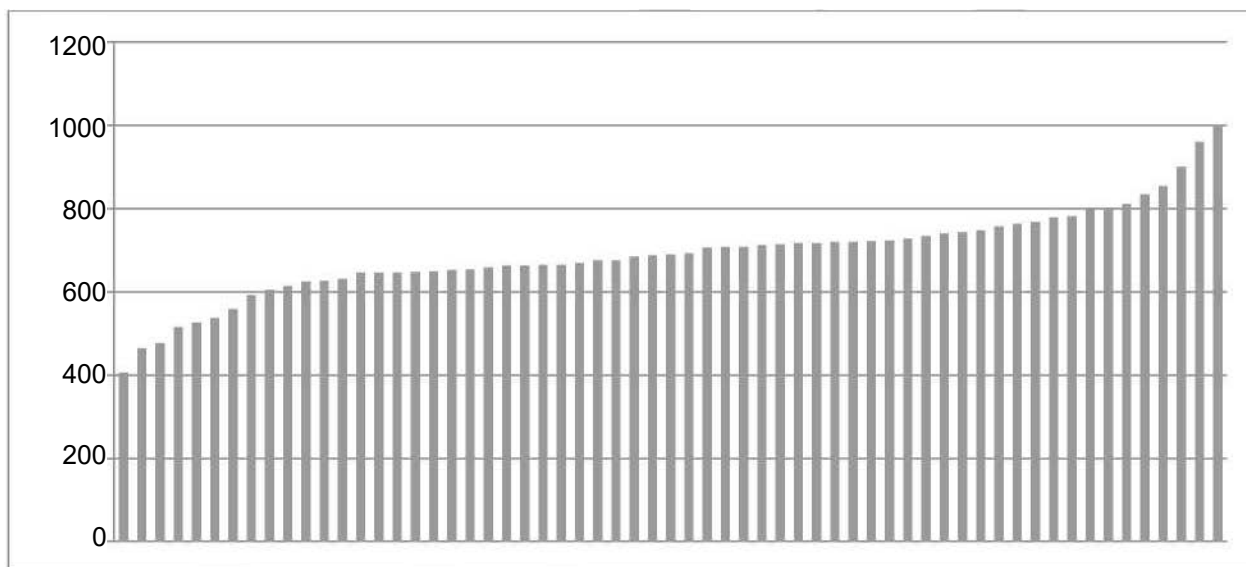


Fig. 3: ripartizione dei prezzi base calcolati per ogni clinica

<sup>1</sup> Il termine «clinica con specializzazione» viene definito utilizzando la definizione ANQ per le cliniche per le dipendenze (> 90% diagnosi F1) e la soglia >70% per la specializzazione «depressione».

<sup>2</sup> Si intendono i PCG che alla fine vengono conteggiati con una A.

In seguito viene stabilito come si comportano le variabili considerate in rapporto ai prezzi base calcolati.

Le analisi eseguite indicano che alcune delle variabili testate presentano una forte correlazione. Nel grafico seguente, queste correlazioni sono rappresentate dalle ellissi verde scuro e grigio scuro. La variabile «Numero PCG a 4 cifre», ad esempio, è correlata alle variabili «Numero casi», «Quota split A» e «Quota urgenze».

Poiché l'analisi di due variabili fortemente correlate può comportare distorsioni, nel clustering va evitata una situazione di questo tipo.

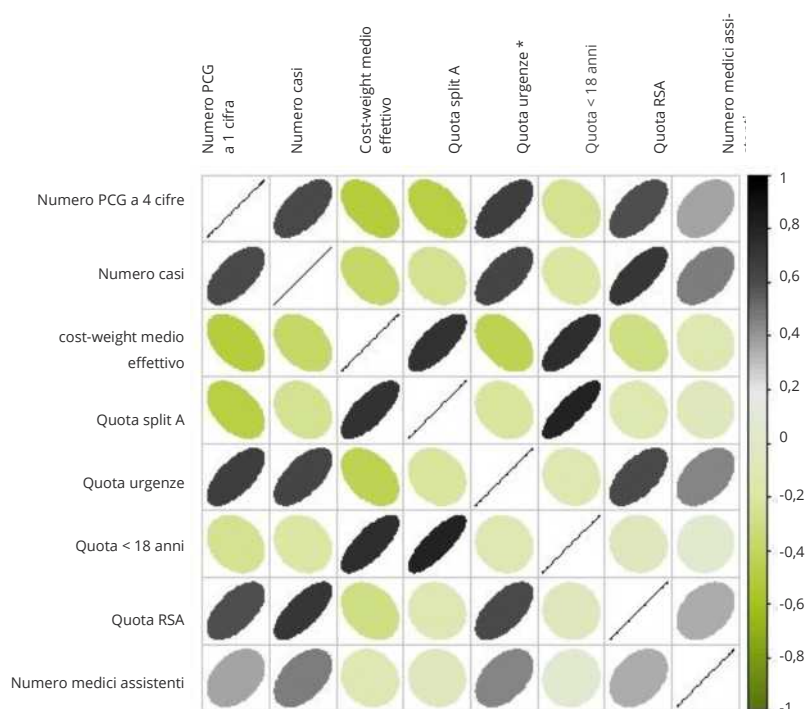


Fig. 4: correlazioni tra le variabili esaminate

La metodologia applicata è un clustering gerarchico, ovvero con un procedimento basato sulla distanza. Le differenze rispettivamente le somiglianze tra gli oggetti vengono quantificate sotto forma di distanze reciproche. L'obiettivo è trovare gruppi di oggetti in sé omogenei che però presentano grandi differenze rispetto agli altri gruppi.

## 4.5 Conclusioni del clustering

Con il clustering sopra descritto si giunge alle conclusioni seguenti:

<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Base di dati buona ma ancora migliorabile: la plausibilizzazione degli indicatori dalla Statistica medica (UST) e i dati dal modello tariffario presentano qualche discrepanza. La quota RSA non fa ancora parte delle forniture di dati standard.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Negli anni futuri, si miglioreranno la qualità dei conteggi e dei dati, anche perché i casi di bambini e adolescenti sono ora considerati nella struttura tariffaria in modo uniforme.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Se due o più variabili con un contenuto informativo simile (forte correlazione) vengono lasciate nel cluster, esse acquisiscono in tal modo un peso maggiore e possono distorcere gli esiti. Questa situazione va evitata.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Informazioni supplementari su grado di complessità (quota urgenze), gamma di offerta (numero PCG a 4 cifre) o dimensioni delle cliniche (numero casi) non portano quindi alcun miglioramento in quanto alla differenziazione dei gruppi.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Le variabili considerate permettono la migliore differenziazione tra le cliniche in termini di omogeneità all'interno dei cluster e distanza tra i cluster.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Con 4 o 5 cluster si ottengono i risultati migliori.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Meno variabili appositamente selezionate migliorano il risultato («di più non è meglio»).</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ HSK può integrare nel clustering solo criteri attestati con le necessarie basi di dati, ad es. informazioni dalla Statistica medica UST.</li></ul>

## 4.6 Risultati

I risultati migliori vengono raggiunti con il clustering delle quattro variabili seguenti:

- Quote bambini
- Numero medici assistenti per ogni caso di psichiatria
- Clinica con specializzazione (dipendenze, depressioni, altro)
- Quota RSA

La figura seguente mostra come, sulla base delle informazioni utilizzate, le differenze tra le cliniche psichiatriche siano più facili da individuare in alcuni casi che in altri. Soprattutto i cluster «Cliniche di prestazioni di base senza RSA» e «Cliniche di prestazioni di base con RSA» presentano una dispersione interna relativamente grande.

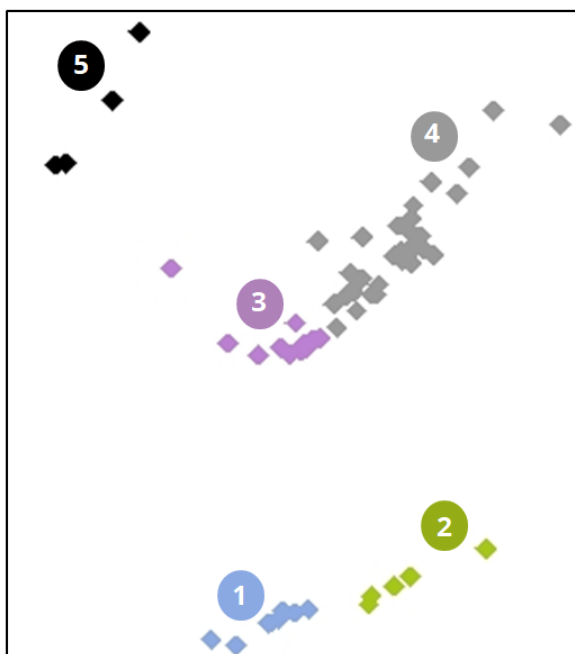


Fig. 5: risultati del clustering TARPSY

Come previsto, si delineano i cinque cluster seguenti:

- «Cliniche pediatriche e per l'adolescenza» (n. 5)
- «Cliniche di prestazioni di base con RSA» (n. 4)
- «Cliniche di prestazioni di base senza RSA» (n. 3)
- «Cliniche specializzate» (n. 2)
- «Cliniche per le dipendenze» (n. 1)

Le cliniche in ciascun cluster sono ancora insufficientemente omogenee. Ciò si può riscontrare anche dal confronto con i prezzi base negoziati.



## 4.7 Conclusione

Per l'anno tariffario 2020, HSK trae le conseguenze seguenti:

- Gli esiti analitici e metodologici del clustering sono molto preziosi per incrementare la confrontabilità delle cliniche.
- La qualità dei dati va ulteriormente migliorata.
- Con le quattro variabili esposte, relative ai pazienti e alle strutture delle cliniche, sono stati formati cinque cluster omogenei.
- I cluster evidenziano specificità che giustificano le differenze di costo tra loro.
- A causa della fase di introduzione della TARPSY, dell'applicazione della disposizione transitoria (regola sui congedi) e del trasferimento dei vecchi forfait giornalieri alla TARPSY senza variazione dei costi, è ancora troppo presto per definire fasce di prezzo per ogni cluster.
- In futuro, HSK si aspetta che i cluster diventino più omogenei e che ciò si rifletta anche nei prezzi base negoziati, potendo così stabilire fasce di prezzo per ogni cluster.
- I cinque cluster definiti vengono comunque considerati nelle trattative sui prezzi.

---

## 5. Riepilogo

### Il benchmark HSK TARPSY...

- ammonta per l'anno tariffario 2020 a **663 franchi** (senza rincaro)
- viene definito sulla base del **40° percentile**
- è giustificato dai dati per la determinazione del **valore di riferimento**
- comprende **tutti i tipi di cliniche psichiatriche**
- costituisce un benchmark valido e rappresentativo con una **copertura dell'85%** di tutte le cliniche psichiatriche
- è plausibile a confronto con il valore medio di 648 franchi dei prezzi base negoziati per il 2019
- costituisce un essenziale elemento di **base per la formazione dei prezzi a due livelli**
- e il clustering influenza le trattative individuali con le cliniche

### Sono presenti ancora delle carenze

- La modalità di calcolo dei giorni di cura conteggiabili secondo TARPSY 2.0 e il conseguente calcolo del DM/DMI possono essere verificati da HSK solo insieme alle cliniche.
- Al momento l'economicità è difficile da valutare in seguito alla pubblicazione incompleta dei dati dei costi e delle prestazioni da parte delle cliniche. Nel benchmark i CUI sono compresi ai sensi dell'OCPRe.
- HSK non può escludere che il benchmark possa prendere in considerazione circostanze diverse in seguito a elementi distorsivi della concorrenza come le sovvenzioni agli ospedali 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 devono essere finanziate dalla LAMal, siano comprese nei costi rilevanti per il benchmarking. Ciò vale soprattutto per i costi destinati alla conservazione delle capacità delle cliniche per motivi di politica regionale.
- Il calcolo dei costi per l'insegnamento universitario e la ricerca avviene secondo approcci normativi con l'eccezione delle cliniche i cui costi effettivi sono ritenuti plausibili.
- Il calcolo dei costi per i pazienti con assicurazione integrativa segue approcci normativi (v. art. 3.3.2) come raccomandato dalla CDS.

## Informazioni

Per domande sul benchmark HSK, le autorità di approvazione possono rivolgersi ai manager tariffari «Psichiatria»:

- Caroline Gross, telefono 043 340 63 56, [c.gross@ecc-hsk.info](mailto:c.gross@ecc-hsk.info)
- Marco Migliarese, telefono 043 340 80 10, [m.migliarese@ecc-hsk.info](mailto:m.migliarese@ecc-hsk.info)