

Einkaufsgemeinschaft HSK

Benchmark TARPSY Tarifjahr 2024



Datenjahr: 2022

Veröffentlichung: 15. November 2023

Executive Summary Benchmark TARPSY Tarifjahr 2024

Die Einkaufsgemeinschaft HSK hat für die Berechnung ihres Benchmarks TARPSY die ITAR_K[®]-Daten von insgesamt 74 psychiatrischen Kliniken erhalten. Nach der Plausibilisierung dieser Leistungs- und Kostendaten und dem Ausschluss von Kliniken mit verspäteten bzw. nicht gelieferten Daten konnten 67 Kliniken in das Benchmarking einbezogen werden.

Der Benchmarkwert TARPSY ist kostenbasiert und beruht auf schweizweiten und repräsentativen Betriebsvergleichen. Er umfasst über 88 Prozent aller psychiatrischen Kliniken.

Für das Tarifjahr 2024 beträgt der HSK-Benchmark TARPSY beim 35. Perzentil, mit Gewichtung nach Anzahl Kliniken und ohne Teuerung 2023, 659 Franken.

Für die Preisfindung führt die Einkaufsgemeinschaft HSK ein zweistufiges Benchmarkverfahren durch:

- 1. Stufe: Benchmarkwert-Berechnung gemäss Betriebskostenvergleiche
- 2. Stufe: Individuelle Preisverhandlungen mit Berücksichtigung der klinikspezifischen Besonderheiten. Für diese Stufe hat HSK 5 homogene Cluster aufgrund 3 Variablen wie Kinderanteil, Anteil Fürsorgerrische Unterbringung (FU) und Schwerpunkt der Klinik gebildet.

Für die Preisdifferenzierung verwendet HSK die nachfolgenden Cluster als Basis für die Abweichung vom Benchmarkwert.

Cluster	Preis-differenzierung	Bezeichnung Cluster
		1) Kinderkliniken
		2) Grundversorger-Kliniken mit FU (>5%)
	HSK-Benchmarkwert 659 Franken	
		3) Grundversorger-Kliniken ohne FU (<5%)
		4) Suchtkliniken
5) Spezialkliniken mit Schwerpunkt Depression		

Mit diesem methodischen Vorgehen schafft die Einkaufsgemeinschaft HSK datengestützte Voraussetzungen für die Umsetzung der Tarifautonomie gemäss Krankenversicherungsgesetz (KVG) und kann lösungsorientiert verhandeln.

Inhaltsverzeichnis

Executive Summary Benchmark TARPSY Tarifjahr 2024	2
Inhaltsverzeichnis	3
Abkürzungsverzeichnis	4
1. BVGer Leitplanken für die Preisbildung	5
2. Stufe 1 der Preisbildung: HSK-Benchmarkingverfahren	6
2.1 Datengrundlagen.....	6
2.2 Berechnung der benchmarkrelevanten Betriebskosten (BRB).....	6
2.3 Methodik des HSK-Benchmarkings.....	7
2.3.1 Anforderung an die Grundgesamtheit und Ausschluss Kriterien	7
2.3.2 Art der Gewichtung und Wahl des Perzentils.....	7
2.4 Resultate des HSK-Benchmarkingverfahrens.....	9
2.4.1 Grundgesamtheit und Vergleichsmenge	9
2.4.2 Benchmarkwert	10
3. Stufe 2 der Preisbildung: Clustering als Basis für Preisdifferenzierung	11
3.1 Rechtliche Leitplanken.....	11
3.2 Datengrundlage und Clustering Methodik	11
3.3 Resultate des Clustering.....	12
3.4 Ermittlung der Preisbandbreite.....	13
4. Fazit	14
Abbildungsverzeichnis	15
Tabellenverzeichnis	15
Literaturverzeichnis	16
Anhang	17

Abkürzungsverzeichnis

ANK	Anlagenutzungskosten
BAG	Bundesamt für Gesundheit
BEBU	Betriebsbuchhaltung
BFS	Bundesamt für Statistik
BM	Benchmark
BRB	Benchmarkrelevante Betriebskosten
BVGer	Bundesverwaltungsgericht
DM	Daymix
DRG	Diagnosis related groups
FU	Fürsorgerische Unterbringung
GDK	Gesundheitsdirektorenkonferenz
HP P	Halbprivat- oder Privat-Versicherte Patienten Fälle
ITAR_K [®]	Integriertes Tarifmodell auf Basis der Kostenträgerrechnung
KVG	Bundesgesetz über die Krankenversicherung
NBK	Nettobetriebskosten
PCG	Psychiatric Cost Group
PUE	Preisüberwacher
REKOLE [®]	Standards des «Betrieblichen Rechnungswesen im Spital»
uLuF	Universitäre Lehre und Forschung
VKL	Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler und Pflegeheime in der Krankenversicherung
WIG	Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie
ZE	Zusatzentgelt
ZHAW	Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften

1. BVGer Leitplanken für die Preisbildung

Das Bundesverwaltungsgericht (BVGer) legt fest, dass das Benchmarkverfahren idealtypisch schweizweit, kostenbasiert, im Rahmen einer Vollerhebung und mit einem nationalen Referenzwert erfolgen soll. Die wichtigsten Rahmenbedingungen des BVGers sind:

- **Zweistufiger Preisfindungsmechanismus:** 1. Stufe = Benchmark (BM, Referenzwert), 2. Stufe = individuelle Preisverhandlungen. Der Benchmarkwert ist demzufolge als Richtwert für die spitalindividuellen Verhandlungen zu betrachten.
- Das Benchmarking muss grundsätzlich **kostenbasiert** erfolgen (benchmarkrelevante Betriebskosten der Spitäler). Abzüge – zum Beispiel wegen Intransparenz – dürfen nicht in das Benchmarkverfahren einfließen.
- Der BM soll **schweizweit** mit einem idealerweise auch schweizweiten Referenzwert erfolgen.
- Der BM soll eine möglichst **grosse** und für alle Spitäler **repräsentative Vergleichsmenge** umfassen, um unter anderem frei von Wettbewerbsverzerrungen zu sein und die zu vergleichenden benchmarkrelevanten Kosten- und Leistungsdaten **nach einheitlicher Methode** möglichst genau und realitätsnah zu ermitteln. Nicht zulässig ist ein Benchmarkverfahren, in dem bestimmten Spitäler bzw. Spitalgruppen vorselektiert werden.
- Anstelle von normativen Werten soll der BM möglichst auf effektiven Zahlen basieren.
- Je geringer die Anzahl Spitäler im BM, desto höher die Anforderungen an eine korrekte Ermittlung der benchmarkrelevanten Betriebskosten.
- Unzulässig ist, wenn der Benchmarkwert bei einem Spital gesetzt wird, dessen benchmarkrelevanten Betriebskosten nicht KVG-konform erhoben wurden.
- Das Bundesverwaltungsgericht gab in einem neuen Urteil (C-5102 | 2019 vom 17. August 2022) zur Bestimmung des Perzentilwerts bekannt, dass es primär Aufgabe des Verordnungsgebers sei, die entsprechenden Vorgaben zu erlassen. Bis dahin seien den Tarifpartnern sowie den Behörden bei der Festlegung des Effizienzmassstabs ein weiter Ermessensspielraum zu gewähren. Das **BVGer** hält fest, dass mit dem Systemwechsel ein **zu strenger Effizienzmassstab** in der **Einführungsphase** die Finanzierung systemnotwendiger Spitäler und damit die Versorgungssicherheit gefährden würde. Ein demgegenüber **zu grosszügiger Effizienzmassstab** würde für die günstigsten Spitäler eine unangemessene Gewinnmarge bedeuten. In einem älteren BVGer Urteil heisst es, dass der Massstab streng anzusetzen sei, da die ausgehandelten Tarife nicht aus einem wirksamen Wettbewerb resultieren (BVGer 2014 | 36 E 10.2.3)
- Gemäss BVGer-Entscheid vom 15. Mai 2019 (C-4374 | 2017, C-4461 | 2017) dauert die Einführungsphase so lange an, wie der Bundesrat keine schweizweiten Betriebsvergleiche publiziert hat (Art. 49 Abs. 8 KVG).

2. Stufe 1 der Preisbildung: HSK-Benchmarkingverfahren

2.1 Datengrundlagen

Das BVGer gibt vor, dass bei der Preisfindung und Wirtschaftlichkeitsprüfung sämtliche Kosten- und Leistungsdaten der Kliniken sachverhaltsrelevant sind. Aus diesem Grund forderte die Einkaufsgemeinschaft HSK auch dieses Jahr die ITAR_K[®] Vollversion (Leistungen und Kosten) inklusive Zusatzdaten der Kliniken ein. Grundsätzlich hat sich der Transparenzgrad gegenüber den Vorjahren erhöht. Allerdings haben vielen Kliniken das HSK-Erhebungsformular nur teilweise oder gar nicht ausgefüllt, trotz Vereinheitlichung des Formulars in der Branche.

Für eine einheitliche Erhebung der Kosten und Leistungen wenden die Kliniken REKOLE[®] «Betriebliches Rechnungswesen im Spital» (Revision der Kostenrechnung und Leistungserfassung) an. Eine konsequente Umsetzung der REKOLE[®] Standards erhöht die Transparenz und die Vergleichbarkeit der Betriebskosten der Kliniken. Dadurch wird die Datenplausibilisierung effizienter durchgeführt, als wenn verschiedene Rechnungsstandards angewendet werden.

2.2 Berechnung der benchmarkrelevanten Betriebskosten (BRB)

Die Berechnung der benchmarkrelevanten Betriebskosten erfolgt gemäss folgendem Schema:

Berechnungsschema	Bemerkungen
Total Kosten gemäss Betriebsbuchhaltung BEBU (Stückrechnung)	
./. Anlagenutzungskosten (ANK)	Angabe der Klinik (VKL)
./. Erlöse Kontogruppe 65	Angabe der Klinik, gemäss Anleitung ITAR_K [®] , Vorgaben BVGer
+ Aufrechnung Erlöse Kontogruppe 66	sofern kostenmindernd in Kostenstelle geführt, Angabe der Klinik
./. Arzthonorare Zusatzversicherte	Angabe der Klinik
= Nettobetriebskosten I (NBK)	
./. Subsidiärer Abzug für universitäre Lehre und Forschung (uLuF)	Abzug effektiv oder normativ.
./. Gemeinwirtschaftliche Leistungen	Angabe der Klinik. HSK kann nicht verifizieren, ob sämtliche gemeinwirtschaftlichen Leistungen deklariert werden.
= Nettobetriebskosten II (NBK)	
./. Abzug für Mehrkosten aus Leistungen für zusatzversicherte Patienten	Anwendung der GDK-Empfehlung ¹ : pro HP P-Tag CHF 67, sofern der effektive Abzug tiefer als der normative Wert ist. Ansonsten erfolgt der Abzug gemäss Angabe der Klinik.
./. Abzug für unbewertete Zusatzentgelte (ZE) SwissDRG	Angabe der Klinik
Teuerung Projektionskosten Intransparenz-Abzüge	Nicht im Benchmark enthalten

¹ GDK-Empfehlung zur Wirtschaftlichkeitsprüfung Psychiatrie und Rehabilitation vom 27. Juli 2019.

Berechnungsschema	Bemerkungen
Anlagenutzungskosten (ANK)	Es werden ausschliesslich die ANK nach VKL berücksichtigt. Die ausgewiesenen ANK werden von HSK mit der Anlagebuchhaltung (Datenlieferung Bundesamt für Statistik BFS) plausibilisiert.
Verzinsung Umlaufvermögen	Gemäss der Methode des PUE
= Benchmarkrelevante Betriebskosten HSK	
./ Abzug für bewertete Zusatzentgelte SwissDRG, TARPSY Version 4.0	Angabe der Klinik
: Daymix TARPSY Version 4.0	Angabe der Klinik
= Kalkulierter Basispreis HSK	

Tabelle 1: Berechnungsschema Betriebskosten

2.3 Methodik des HSK-Benchmarkings

2.3.1 Anforderung an die Grundgesamtheit und Ausschluss Kriterien

Die Grundgesamtheit soll die (stationäre) psychiatrische Versorgung in der Schweiz möglichst akkurat abdecken. Zu diesem Zweck ist es wichtig, dass die Grundgesamtheit sowohl die Regionalität der Versorgungslandschaft gut erfasst wie auch das gesamte Leistungsspektrum. Im Grundsatz gilt, desto mehr Kliniken ins Benchmarkingverfahren integriert werden können, umso robuster die Resultate. Folgende Kriterien führen jedoch zum Ausschluss von Kliniken aus dem Benchmarking:

- ITAR_K[©] Daten wurden nicht zugestellt
- ITAR_K[©] Daten sind unplausibel
- Leistungsauftrag stationäre Psychiatrie erst im Verlaufe des Jahres 2022 erhalten
- Kliniken mit sehr eingeschränktem Behandlungsangebot und|oder besonderer Finanzierung

2.3.2 Art der Gewichtung und Wahl des Perzentils

a. Art der Gewichtung

Um die Fragestellung der Gewichtung innerhalb des Spitalbenchmarks zu klären, hat die Einkaufsgemeinschaft HSK im Dezember 2019 dem Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie (WIG an der ZHAW, Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften) eine wissenschaftliche Studie in Auftrag gegeben².

Die per 1. April 2020 abgeschlossene Studie untersucht, welche Motive für eine Gewichtung im Rahmen des Spitalbenchmarks existieren und ob diese zweckmässig sind. Gemäss der Studie versteht man im Allgemeinen unter «Gewichtung in der angewandten Statistik den Versuch, die Repräsentativität einer Stichprobe zu erhöhen [...]». Im Spitalbenchmarking bedeutet dies, dass eine Gewichtung nach Day Mix oder Fallzahl nützlich ist, wenn die Anzahl der Kliniken im Benchmark zu klein und nicht genug repräsentativ ist. Auch die Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK) erwähnt in ihren Empfehlungen zur

² WIG, (01. 04. 2020). Gewichtung im Rahmen des Spital Benchmarkings

Wirtschaftlichkeitsprüfung explizit: «Die Art der Gewichtung gewinnt umso mehr an Bedeutung, je weniger Spitäler in den Vergleich einbezogen werden» (27. Juni 2019)³.

Eine Gewichtung ist in keinem Fall zweckmässig. Die Anzahl der im HSK-Benchmark vertretenen Kliniken ist gross. Zudem verwässert eine Gewichtung die Effizienzbeurteilung. Denn es geht um den gesamten Leistungserbringer, unabhängig von dessen Grösse.

So würde eine Gewichtung den Benchmark künstlich zu Gunsten der grossen Kliniken steuern, ohne eine inhaltliche Begründung dafür zu liefern, wieso die grossen Kliniken mehr Gewicht haben sollen. Auch die Abbildungsmängel und –Unsicherheiten in der Tarifstruktur TARPSY werden durch die Gewichtung nicht behoben.

b. Wahl des Perzentils

Gemäss Art. 49 Abs. 1 KVG haben sich die Basispreise an der Entschädigung jener Kliniken zu orientieren, welche die tarifierte, obligatorisch versicherte Leistung in der notwendigen Qualität effizient und günstig erbringen. Das BVGer hat sich bisher nicht zum «richtigen» Massstab oder Perzentilwert geäussert, mit dem dieser Richtwert für die Tariffindung definiert werden soll.



Abbildung 1: Methodik der Perzentilwahl

Die Tarifstruktur TARPSY befindet sich noch in der Einführungsphase, deshalb begründet die Einkaufsgemeinschaft HSK die Wahl ihres Effizienzmassstabes wie folgt:

- Diese Rechtsprechung und die Entwicklung der Systemgüte der Tarifstruktur TARPSY führte HSK dazu, den Effizienzmassstab etwas strenger anzusetzen.
- Für den Benchmarkwert des Tarifjahres 2024 verwendet HSK daher das 35. Perzentil und setzt bei den individuellen Verhandlungen auf Preisdifferenzierung.
- Mit einem tieferen Perzentilwert als Ausgangslage der ersten Stufe der Preisfindung, kommt der nachgelagerten klinikindividuellen Tarifverhandlung, in der zweiten Stufe, eine noch grössere Bedeutung zu. Aufgrund des Clustering ist HSK in der Lage, Kliniken detailliert zu vergleichen.

³ WIG, (01. 04. 2020). Gewichtung im Rahmen des Spital Benchmarkings

- Als Konsequenz dieses zweistufigen Verfahrens hat HSK mit zahlreichen Kliniken aufgrund ihrer Besonderheiten (Anteil Kinder- und Jugendliche, Anteil an Patienten mit fürsorglicher Unterbringung, Schwerpunkt der Klinik) differenzierte Tarife vereinbart.

2.4 Resultate des HSK-Benchmarkingverfahrens

2.4.1 Grundgesamtheit und Vergleichsmenge

Von 76 erwarteten ITAR_K®-Datensätzen hat die Einkaufsgemeinschaft HSK 74 erhalten:

- 2 Kliniken haben zu spät oder keine Daten geliefert
- Aus den 74 erhaltenen ITAR-Ks wurden 7 Kliniken vom Benchmark ausgeschlossen:
 - 4 Kliniken aufgrund von unplausiblen Daten
 - 2 Kliniken aufgrund ihres speziellen Status (Klinik Somosa und Klinik für Schlafmedizin Zurzach)
 - 1 Klinik aufgrund ihres Tätigkeitsbeginns im Verlauf des Jahres 2022 (Berit Klinik Wattwil)
- 67 Kliniken wurden im Benchmarking einbezogen.

a. Regionale Abdeckung

Der Benchmark TARPSY beinhaltet sämtliche Kantone mit Kliniken, die über einen psychiatrischen Leistungsauftrag verfügen. Gesamtschweizerisch beträgt der **Abdeckungsgrad 93 Prozent**.

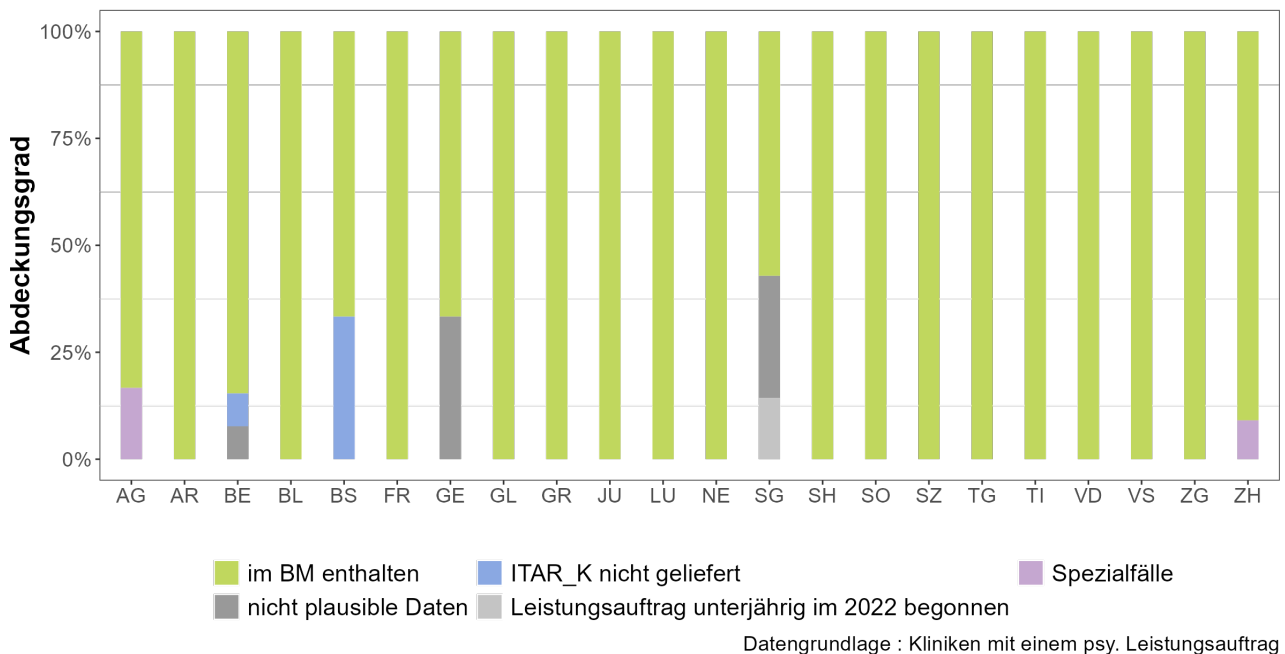


Abbildung 2: Regionale Abdeckung

b. Abdeckung nach BFS-Kategorien

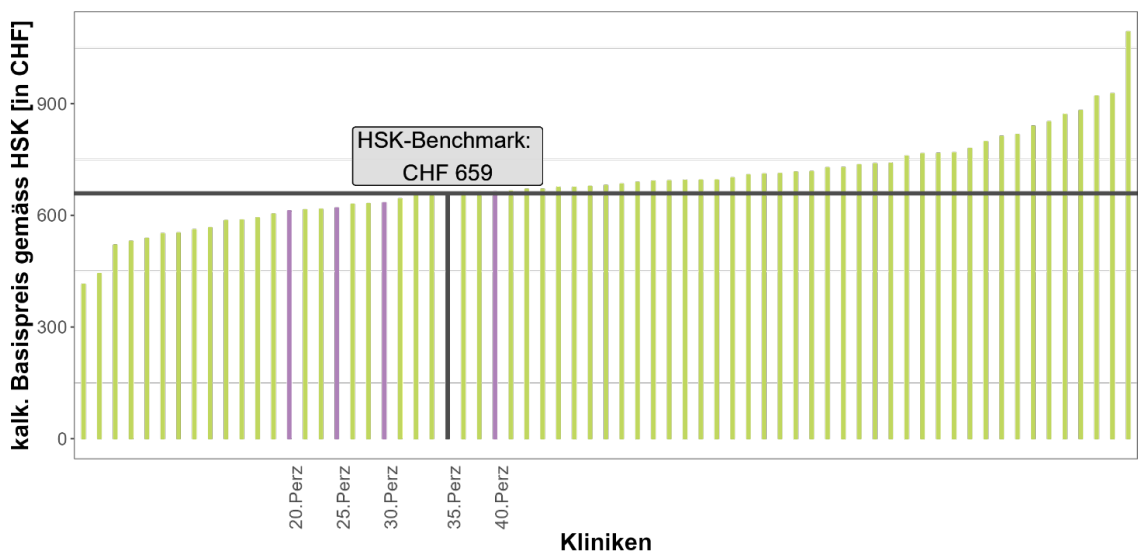
Im HSK-Benchmark sind Spitäler aller BFS-Kategorien enthalten:

BFS-Kategorie	Bezeichnung	Anzahl Kliniken
K111	Versorgungsniveau 1* (Universitätsspitäler)	3
K112	Versorgungsniveau 2	9
K121-K123	Versorgungsniveau 3-5	4
K211	Psychiatrische Klinik – Versorgungsniveau 1	16
K212	Psychiatrische Klinik – Versorgungsniveau 2	28
K221	Rehabilitationskliniken	4
K233	Pädiatrie	2
K234	Geriatric	1
Total	Kliniken	67

Tabelle 2: BFS-Kategorien

2.4.2 Benchmarkwert

Die Einkaufsgemeinschaft HSK berechnet den Benchmark mit den Anlagenutzungskosten nach VKL, jedoch ohne Teuerung. Das BVGer hat in seiner Entscheidung vom 15. Mai 2019 (C-4374 | 2017, C-4461 | 2017) festgehalten, dass keine Pflicht besteht, die Teuerung als allgemeinen Zuschlag zum Benchmark hinzuzurechnen. Der gewählte Benchmarkwert liegt beim 35. Perzentil.



Datengrundlage: plausible ITAR_K 2022

Abbildung 3: HSK Benchmarkwert

3. Stufe 2 der Preisbildung: Clustering als Basis für Preisdifferenzierung

3.1 Rechtliche Leitplanken

Das BVGer hat in seinem Urteil vom 15. Mai 2019 (C-4374 | 2017, C-4461 | 2017) folgendes erwähnt: «Zudem ist bei der Preisgestaltung unter Umständen der spezifischen Situation der Leistungserbringer Rechnung zu tragen, so dass – ausgehend von einem Referenzwert – aus Billigkeitsgründen differenzierte Basisfallwerte verhandelt oder festgesetzt werden müssen.»

Die 2. Stufe der HSK-Preisbildung setzt das obengenannte BVGer-Urteil um. Nach der Ermittlung des Benchmarkwerts (Referenzwert) gestaltet die Einkaufsgemeinschaft HSK die Preise differenziert, basierend auf Besonderheiten und der spezifischen Situation der einzelnen Kliniken.

Für die Implementierung dieser Stufe (individuelle Preisverhandlung) bildet die Einkaufsgemeinschaft HSK homogene Cluster auf der Basis von Patienten- und Strukturvariablen der Kliniken. Die homogenen Gruppen ermöglichen keine Ermittlung von Zu- und Abschlägen ausgehend vom Benchmarkwert. Die Cluster helfen HSK jedoch Lösungen zu erarbeiten, mit dem Ziel objektive und – anhand von Preisbandbreiten pro Cluster - faire Preise zu verhandeln.

3.2 Datengrundlage und Clustering Methodik

Die Einkaufsgemeinschaft HSK wendet für die Bildung von homogenen Clustern verschiedene Faktoren und ein hierarchisches Clustering als statistisches Verfahren an. Die Cluster werden von HSK jährlich aufgrund der ITAR_K®-Daten, der medizinischen Statistik des BFS sowie gemäss den von den Kliniken im Zusatzdatenblatt deklarierte Informationen aktualisiert. Das Clustering basiert auf folgenden Faktoren.

Kinder-Anteil ⁴	Bewertung
Anteil an Kinder-Fällen in der Klinik (Alter < 18 Jahre)	<ul style="list-style-type: none"> Klinik mit dem höchsten Kinderanteil Klinik mit dem tiefsten Kinderanteil
HSK-Schwerpunkt ⁵	Bewertung
Die Definition des Schwerpunktes der Klinik ist von HSK gegeben: <ul style="list-style-type: none"> «Sucht», ≥70% der Fälle sind im PCG TP21 gruppiert «Depression», ≥ 70% der Fälle sind im PCG TP26 oder TP27 gruppiert «Andere», 70% der Fälle sind in übrigen PCGs gruppiert 	<ul style="list-style-type: none"> Klinik mit HSK-Schwerpunkt: Sucht Klinik mit HSK-Schwerpunkt: Depression Klinik mit dem HSK-Schwerpunkt: Andere
Anteil-FU (Fürsorgerische Unterbringung) ⁶	Bewertung
Anteil an FU-Fälle in der Klinik. Die Schwelle liegt bei 5%.	<ul style="list-style-type: none"> Klinik mit FU-Fälle (FU-Anteil > 5%) Klinik ohne FU-Fälle (FU-Anteil < 5%)

Tabelle 3: Faktoren für die Clusterbildung

⁴ Quelle: Medizinische Statistik BFS | Daten 2022

⁵ Quelle: Medizinische Statistik BFS | Daten 2022

⁶ Quelle: Zusatzblatt | Daten 2022

Das Clustering wurde anhand eines sogenannten «Silhouetten-Plots» validiert. Der Silhouetten Plot misst, wie «gut» die Zuordnung der Kliniken zu den einzelnen Clustern ist. Der durchschnittliche Silhouetten-Koeffizient beträgt 0.94 und ist damit hoch. Dies bedeutet, dass die Aussagekraft des Clusterings sehr gut ist.

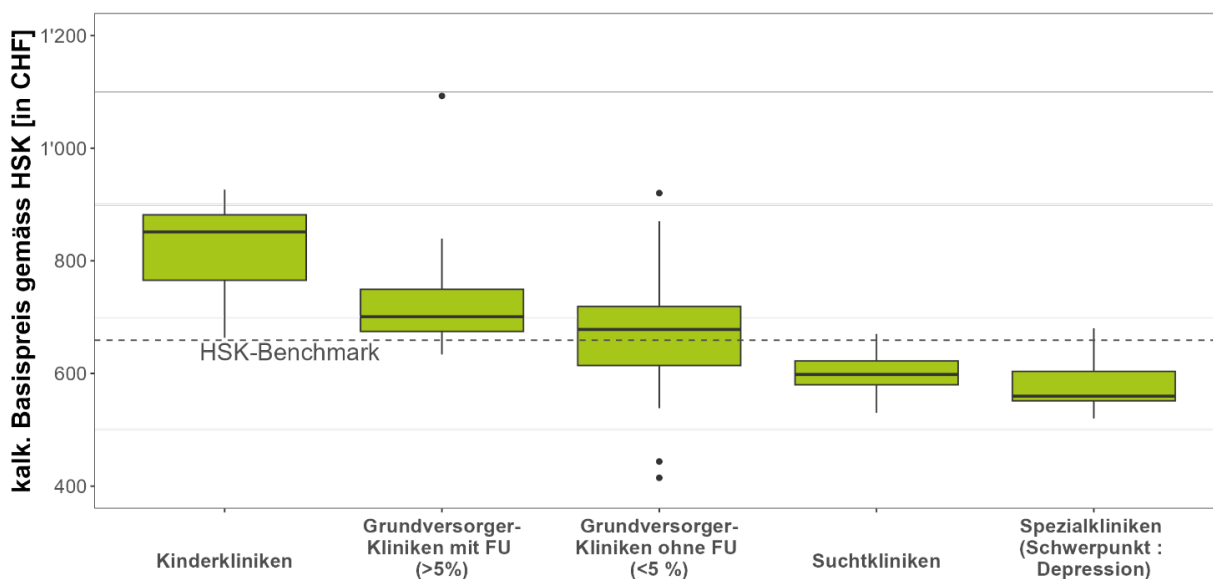
3.3 Resultate des Clustering

Die resultierenden Cluster sind in der folgenden Tabelle aufgeführt. Es sind insgesamt 5 Cluster. Die technischen Erklärungen über die Cluster-Bildung sind im Anhang erläutert.

Cluster	Anzahl Kliniken pro Cluster
1. Kinderkliniken	6
2. Grundversorger-Kliniken mit FU	27
3. Grundversorger-Kliniken ohne FU (< 5%)	8
4. Suchtkliniken	13
5. Spezialkliniken (Schwerpunkt «Depression»)	12

Tabelle 4: Ergebnisse des Clustering

Die Cluster zeigen Besonderheiten auf, welche die Kostenunterschiede zwischen den Kliniken rechtfertigen. Auffällig ist, dass Kliniken in Clustern «Kinderkliniken» und «Grundversorger-Kliniken mit FU» höheren Kosten ausweisen als die anderen.



Datengrundlage: TARPSY-Spitäler im Clustering eingeschlossen (Datenjahr 2022)

Abbildung 4: Kalkulatorische Basispreise gemäss HSK-Cluster

3.4 Ermittlung der Preisbandbreite

Nach der Bildung der homogenen Cluster werden Preisbandbreiten pro Cluster definiert. Die Logik dieses Preissystems ist folgende:

- Da es um eine Preisdifferenzierung geht, werden verhandelte Preise in jedem Cluster mit dem Benchmark verglichen.
- Die Tarife sollen mit den Clustern korrelieren. Das heisst die Kinderkliniken (Cluster 1) haben die höchsten verhandelten Tarife. Die Spezialkliniken (Cluster 5) haben die tiefsten Tarife.
- Da es sich um homogene Gruppen handelt, darf der Preisunterschied innerhalb desselben Clusters nicht hoch sein (+ | - 1 Prozent).
- Auch andere Besonderheiten oder Merkmale der Kliniken, die im Clustering nicht berücksichtigt wurden, können bei der Preisfindung einbezogen werden.
- Effizienzgewinne sind von der Einkaufsgemeinschaft HSK anerkannt, wenn die Klinik seine Leistungen günstig erbringt. Kliniken, die aufgrund von Patientenselektion oder durch den Fokus auf rentable Psychiatric Cost Groups (PCGs) kostengünstig sind, werden von HSK nicht als effiziente Leistungserbringer betrachtet, sondern betreiben «Rosinenpickerei» («Cherry-Picking»).

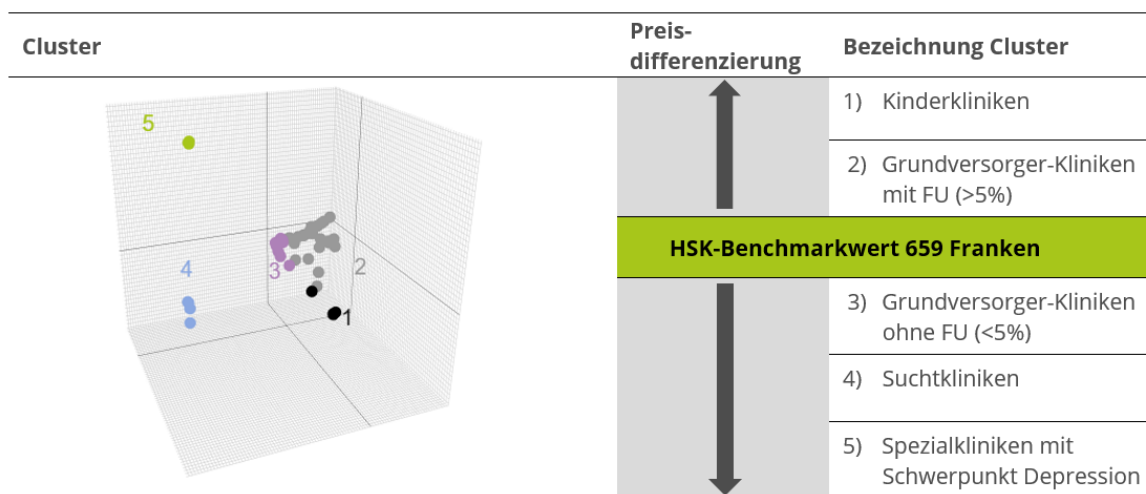


Abbildung 5: Cluster als Basis für Preisdifferenzierungen, ausgehend vom Benchmarkwert

4. Fazit

In den letzten Jahren hat die Einkaufsgemeinschaft HSK einen aussagekräftigen (datenbasiert) und fairen (Berücksichtigung klinikspezifischer Faktoren) Preisgestaltungsprozess entwickelt. Der Preisbildungsprozess ist zweistufig: (1) Der erste Schritt beinhaltet die Berechnung eines Benchmarkwerts, der bei TARPSY demjenigen Tagespreis entspricht mit dem ein «Basisfall» (schweregradbereinigter Fall) in angemessener Qualität und zu vertretbaren Kosten behandelt werden kann. (2) Der zweite Schritt beinhaltet die Bildung von homogenen Gruppen von Leistungserbringern («Cluster») auf der Basis von drei Kriterien – (i) angesteuerte PCGs, (ii) Kinderanteil, und (iii) Anteil von Fällen mit fürsorgerischer Unterbringung (FU). Die gebildeten Cluster ermöglichen, ausgehend vom Benchmarkwert, Preisdifferenzierungen gegenüber den Leistungserbringern plausibel zu begründen. Bei HSK orientieren sich die Tarife also nicht nur am Benchmarkwert, sondern auch an den Durchschnittskosten in den verschiedenen Clustern.

Im Bereich TARPSY beträgt der HSK-Benchmarkwert für das Tarifjahr 2024 659 Franken. Dies entspricht einer Erhöhung von ca. 1.7 Prozent im Vergleich zum Vorjahr. Zu diesem Zweck wurden 74 ITAR_K[®] kritisch geprüft und diversen Plausibilitätschecks unterzogen. Die finalen 67 ITAR_K[®], die ins Benchmarking einfließen, entsprechen einer regionalen Abdeckung der stationären Schweizer Psychiatrie von ca. 93 Prozent. Das anschliessende Clustering resultierte in fünf homogenen Clustern: (i) Kinderkliniken, (ii) Grundversorger mit FU, (iii) Grundversorger ohne FU, (iv) Suchtkliniken, (v) Spezialkliniken (Depression). Die Kostenprofile der Cluster unterscheiden sich auffällig voneinander. Dies bildet die Basis für die individuellen Preisverhandlungen.

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Methodik der Perzentilwahl	8
Abbildung 2: Regionale Abdeckung	9
Abbildung 3: HSK Benchmarkwert	10
Abbildung 4: Kalkulatorische Basispreise gemäss HSK-Cluster	12
Abbildung 5: Cluster als Basis für Preisdifferenzierungen, ausgehend vom Benchmarkwert	13

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Berechnungsschema Betriebskosten	7
Tabelle 2: BFS-Kategorien	10
Tabelle 3: Faktoren für die Clusterbildung	11
Tabelle 4: Ergebnisse des Clustering	12
Tabelle 5: Bereinigte, kalkulatorische Basispreise der psychiatrischen Kliniken	18

Literaturverzeichnis

- BVGer, B. (11. 09. 2014). *Entscheiddatenbank BVGer*. Von BVGE 2014|36 E 10.2.3.:
<https://www.bvger.ch/de/rechtsprechung/entscheiddatenbank> abgerufen
- BVGer, B. (15. 05. 2019). *Entscheiddatenbank BVGer*. Von BVGE C-4374|2017, C-4461|2017:
<https://www.bvger.ch/bvger/de/home/rechtsprechung/entscheiddatenbank-bvger.html>
abgerufen
- BVGer, B. (17. 08. 2022). *Entscheiddatenbank BVGer*. Von BVGE C-5102/2019 - 17.08.2022:
<https://www.bvger.ch/bvger/de/home/rechtsprechung/entscheiddatenbank-bvger.html>
abgerufen
- GDK, K. d.-d. (27. 06. 2019). *Wirtschaftlichkeitsprüfung*. Von <https://www.gdk-cds.ch/de/gesundheitsversorgung/spitaeler/finanzierung/wirtschaftlichkeitspruefung> abgerufen
- WIG, W. I. (01. 04. 2020). *Gewichtung im Rahmen des Spital Benchmarkings*. Von https://ecc-hsk.info/application/files/1416/0024/6582/ZHAW-WIG_Wissenschaftliche_Studie_Gewichtung_im_Spital_Benchmarking.pdf abgerufen

Anhang

Im HSK-Benchmark TARPSY sind 67 psychiatrische Kliniken mit den folgenden Daymix (DM) bereinigten Basispreisen gemäss HSK-Berechnungsschema enthalten (inkl. ANK gemäss VKL) und dem Cluster gemäss Bezeichnung zugeteilt worden⁷.

Klinik-ID	HSK-Basispreis	Cluster Nr.	Cluster Bezeichnung	Im Bench enthalten
K1	851	1	Kinderspitäler	ja
K2	766	1	Kinderspitäler	ja
K3	663	1	Kinderspitäler	ja
K4	927	1	Kinderspitäler	ja
K5	882	1	Kinderspitäler	ja
K6	701	2	Grundversorger-Kliniken mit FU (>5%)	ja
K7	645	2	Grundversorger-Kliniken mit FU (>5%)	ja
K8	817	2	Grundversorger-Kliniken mit FU (>5%)	ja
K9	663	2	Grundversorger-Kliniken mit FU (>5%)	ja
K10	1093	2	Grundversorger-Kliniken mit FU (>5%)	ja
K11	736	2	Grundversorger-Kliniken mit FU (>5%)	ja
K12	653	2	Grundversorger-Kliniken mit FU (>5%)	ja
K13	689	2	Grundversorger-Kliniken mit FU (>5%)	ja
K14	663	2	Grundversorger-Kliniken mit FU (>5%)	ja
K15	678	2	Grundversorger-Kliniken mit FU (>5%)	ja
K16	693	2	Grundversorger-Kliniken mit FU (>5%)	ja
K17	767	2	Grundversorger-Kliniken mit FU (>5%)	ja
K18	780	2	Grundversorger-Kliniken mit FU (>5%)	ja
K19	718	2	Grundversorger-Kliniken mit FU (>5%)	ja
K20	675	2	Grundversorger-Kliniken mit FU (>5%)	ja
K21	712	2	Grundversorger-Kliniken mit FU (>5%)	ja
K22	740	2	Grundversorger-Kliniken mit FU (>5%)	ja
K23	759	2	Grundversorger-Kliniken mit FU (>5%)	ja
K24	840	2	Grundversorger-Kliniken mit FU (>5%)	ja
K25	695	2	Grundversorger-Kliniken mit FU (>5%)	ja
K26	711	2	Grundversorger-Kliniken mit FU (>5%)	ja
K27	728	2	Grundversorger-Kliniken mit FU (>5%)	ja
K28	670	2	Grundversorger-Kliniken mit FU (>5%)	ja
K29	675	2	Grundversorger-Kliniken mit FU (>5%)	ja
K30	684	2	Grundversorger-Kliniken mit FU (>5%)	ja
K31	634	2	Grundversorger-Kliniken mit FU (>5%)	ja
K32	798	2	Grundversorger-Kliniken mit FU (>5%)	ja
K33	415	3	Grundversorger-Kliniken ohne FU (<5%)	ja
K34	538	3	Grundversorger-Kliniken ohne FU (<5%)	ja
K35	665	3	Grundversorger-Kliniken ohne FU (<5%)	ja
K36	615	3	Grundversorger-Kliniken ohne FU (<5%)	ja
K37	768	3	Grundversorger-Kliniken ohne FU (<5%)	ja
K38	695	3	Grundversorger-Kliniken ohne FU (<5%)	ja
K39	920	3	Grundversorger-Kliniken ohne FU (<5%)	ja

⁷ Aus Datenschutzgründen werden die Kliniken nicht namentlich aufgeführt, sondern mit einer internen Identifikations-Nummer.

K40	632	3	Grundversorger-Kliniken ohne FU (<5%)	ja
K41	612	3	Grundversorger-Kliniken ohne FU (<5%)	ja
K42	656	3	Grundversorger-Kliniken ohne FU (<5%)	ja
K43	587	3	Grundversorger-Kliniken ohne FU (<5%)	ja
K44	444	3	Grundversorger-Kliniken ohne FU (<5%)	ja
K45	728	3	Grundversorger-Kliniken ohne FU (<5%)	ja
K46	716	3	Grundversorger-Kliniken ohne FU (<5%)	ja
K47	692	3	Grundversorger-Kliniken ohne FU (<5%)	ja
K48	871	3	Grundversorger-Kliniken ohne FU (<5%)	ja
K49	694	3	Grundversorger-Kliniken ohne FU (<5%)	ja
K50	660	3	Grundversorger-Kliniken ohne FU (<5%)	ja
K51	709	3	Grundversorger-Kliniken ohne FU (<5%)	ja
K52	739	3	Grundversorger-Kliniken ohne FU (<5%)	ja
K53	604	4	Suchtkliniken	ja
K54	670	4	Suchtkliniken	ja
K55	593	4	Suchtkliniken	ja
K56	562	4	Suchtkliniken	ja
K57	586	4	Suchtkliniken	ja
K58	620	4	Suchtkliniken	ja
K59	530	4	Suchtkliniken	ja
K60	630	4	Suchtkliniken	ja
K61	616	5	Spezialkliniken (Schwerpunkt: Depression)	ja
K62	520	5	Spezialkliniken (Schwerpunkt: Depression)	ja
K63	567	5	Spezialkliniken (Schwerpunkt: Depression)	ja
K64	553	5	Spezialkliniken (Schwerpunkt: Depression)	ja
K65	551	5	Spezialkliniken (Schwerpunkt: Depression)	ja
K66	681	5	Spezialkliniken (Schwerpunkt: Depression)	ja
K67	812			ja

Tabelle 5: Bereinigte, kalkulatorische Basispreise der psychiatrischen Kliniken

Auskünfte

Genehmigungsbehörden können sich für Rückfragen zum HSK-Benchmark TARPSY an die Tarifmanager «Psychiatrie» wenden:

- Lukas Schönenberger, Tel.-Nr. 058 340 56 99 E-Mail: lukas.schoenenberger@ecc-hsk.info
- Marco Migliarese, Tel.-Nr. 043 340 80 10, E-Mail: marco.migliarese@ecc-hsk.info