EINKAUFSGEMEINSCHAFT
COMMUNAUTÉ D'ACHAT
COOPERATIVA DI ACQUISTI

Benchmark TARPSY Tarifjahr 2021

Datengrundlagen des Geschäftsjahres 2019

Publikation: 30. Oktober 2020

Executive Summary

Die Einkaufsgemeinschaft HSK hat ihren Benchmarkwert TARPSY für das Tarifjahr 2021 ermittelt:

- Von 73 Kliniken sind ITAR_K©-Daten und TARPSY relevante Grundlagen eingetroffen
- Nach der Plausibilisierung dieser Daten wurden 62 Kliniken ins Benchmarkverfahren einbezogen
- Darunter sind alle Kantone und Spitalkategorien vertreten
- Der kostenbasierte Benchmarkwert (auch Benchmark, BM) auf dem 40. Perzentil beträgt **673 Franken**

Für die Preisfindung verfolgt die Einkaufsgemeinschaft HSK einen zweistufigen Preisfindungsmechanismus:

1. Stufe: Ermittlung der DM-bereinigten (DM=Daymix), kalkulatorischen Basispreisen gemäss Datenlieferung der Kliniken (ITAR_K©) und den HSK-Tarifberechnungen mit anschliessender Ermittlung des Benchmarkwerts.

2. Stufe: Durchführung von individuellen Preisverhandlungen unter Berücksichtigung von datenbasierten Besonderheiten der Kliniken. Für diese Stufe wurden homogene Gruppen (Cluster) aufgrund von Variablen gebildet.

Die Einkaufsgemeinschaft HSK verwendet für die Preisdifferenzierung die gebildeten fünf Cluster und definiert für jeden Cluster die Abweichung gegenüber dem Benchmark:

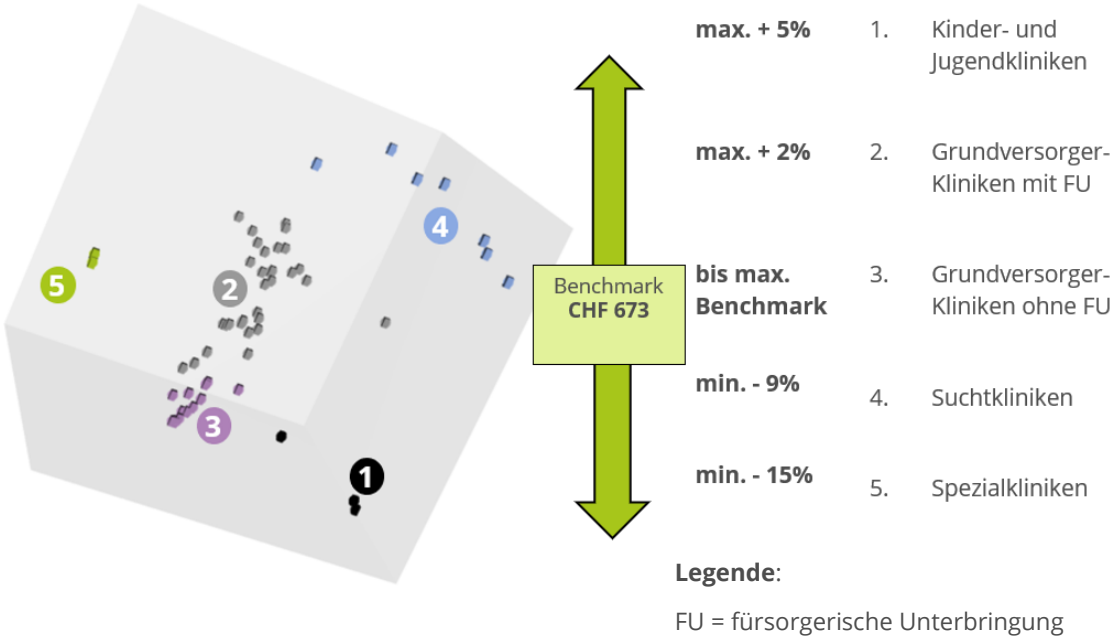


Abb. 1: Preisdifferenzierung pro Cluster

Mit diesem stufenweisen Vorgehen in der Preisfindung schafft die Einkaufsgemeinschaft HSK datengestützte Voraussetzungen für die lösungsorientierte Umsetzung der Tarifautonomie gemäss Krankenversicherungsgesetz (KVG).

Inhalt

Executive Summary **2**

1. Ausgangslage **4**

1.1 Leitplanken für das Benchmarkverfahren 4
1.2 Benchmarkverfahren von der Einkaufsgemeinschaft HSK 5

2. Datengrundlagen **6**

2.1 Datentransparenz 6
2.2 Datenlieferung 6
2.3 Datengrundlagen 8
2.3.1 REKOLE® Zertifizierung 8
2.3.2 TARPSY Version 9
2.3.3 Zusatzentgelte 10
2.4 Datenplausibilisierung 11
2.5 Ausgeschlossene Kliniken 12
2.6 Einbezogene Kliniken 13
2.7 Regionale Abdeckung 14

3. Benchmark TARPSY **15**

3.1 Berechnung der benchmarkrelevanten Betriebskosten 15
3.2 Ergänzende Abzüge 16
3.2.1 Universitäre Lehre und Forschung 16
3.2.2 Mehraufwand für VVG Patienten 17
3.3 Bestimmung des Perzentils 18
3.4 Benchmark TARPSY 19

4. Clustering **20**

4.1 Ausgangslage 20
4.2 Ziel 20
4.3 Analysedatensatz 20
4.4 Methodik 22
4.5 Ergebnisse aus dem Clustering 24
4.6 HSK-Clustering 24
4.7 HSK-Clustering als Grundlage für die Verhandlungen 27

5. Zusammenfassung **28**

6. Anhang **29**

1. Ausgangslage

1.1 Leitplanken für das Benchmarkverfahren

Das Bundesverwaltungsgericht (BVGer) legt fest, dass das Benchmarkverfahren kostenbasiert, im Rahmen einer Vollerhebung und mit einem nationalen Referenzwert erfolgen soll.

Die wichtigsten Rahmenbedingungen des BVGer sind:

- Zweistufiger Preisfindungsmechanismus: 1. Stufe = Benchmark als Referenzwert, 2. Stufe = individuelle Preisverhandlungen.
- Der Benchmark ist als Richtwert für die klinikindividuellen Verhandlungen zu verstehen.
- Das Benchmarkverfahren muss grundsätzlich kostenbasiert erfolgen (benchmarkrelevante Betriebskosten der psychiatrischen Kliniken oder psychiatrischen Abteilungen).
- Der Benchmark hat zum Ziel eine möglichst grosse und für alle Kliniken repräsentative Vergleichsmenge zu umfassen. Er soll u. a. frei von Wettbewerbsverzerrungen sein.
- Die zu vergleichenden benchmarkrelevanten Kosten- und Leistungsdaten sollen nach einheitlicher Methode möglichst genau und realitätsnah ermittelt werden.
- Ein Benchmarkverfahren mit der Vorselektion von bestimmten Kliniken oder Abzügen wegen Intransparenz ist nicht zulässig.
- Je geringer die Anzahl Kliniken im Benchmark, desto höher sind die Anforderungen an eine korrekte Ermittlung der benchmarkrelevanten Betriebskosten.
- Anstelle von normativen Werten soll der Benchmark möglichst auf effektiven Zahlen basieren.
- Der Benchmark soll idealerweise mit einem schweizweiten Referenzwert erfolgen.
- Unzulässig ist, wenn der Benchmark bei einer Klinik gesetzt wird, deren benchmarkrelevanten Betriebskosten nicht KVG-konform erhoben wurden.
- In einem Urteil stellt das BVGer fest, dass der Effizienzmassstab für den Benchmark streng – auf einem tiefen Perzentil – anzusetzen ist[1].
- Gemäss BVGer-Entscheid vom 15. Mai 2019 (C-4374|2017, C-4461|2017) dauert die Einführungsphase einer nationalen Tarifstruktur solange an, bis der Bundesrat schweizweite Betriebsvergleiche publiziert (Art. 49 Abs. 8 KVG).[2]

---

[1] *BVGE C-2921|2014-12.4.2018: «Le Tribunal a également considéré que la stabilisation des coûts poursuivie par la révision légale et le fait que les tarifs hospitaliers ne résultent pas d'une concurrence effective entre les hôpitaux parlent en faveur d'une application stricte du critère de l'efficience des prestations fournies, soit concrètement d'une fixation d'un percentile bas»*

[2] *Der Bundesrat hat für den Bereich Akutsomatik erstmals Ende September 2020 Betriebsdaten veröffentlicht.*

1.2 Benchmarkverfahren der Einkaufsgemeinschaft HSK

Die Einkaufsgemeinschaft HSK hat für das Tarifjahr 2021 erneut ein eigenes Benchmarkverfahren durchgeführt. Das Benchmarkverfahren von HSK basiert auf den folgenden zwei Stufen:

1. Stufe	▪ Ermittlung der DM-bereinigten, kalkulatorischen Basispreisen gemäss Datenlieferung der Kliniken und gemäss den HSK-Tarifberechnungen ▪ Berechnung des Benchmarkwerts
2. Stufe	▪ Durchführung von klinikindividuellen Tarifverhandlungen, um eine möglichst objektive Vergleichbarkeit aller Kliniken aufgrund von Patienten- und Strukturmerkmalen herzustellen ▪ Ermittlung von homogenen Clustern (Klinikgruppen), um Preisbandbreiten zu definieren und Preisdifferenzierungen zum Benchmarkwert zu begründen ▪ Der Basispreis soll die Besonderheit der Klinik abbilden ▪ Ineffizienzen dürfen nicht über den Basispreis finanziert werden (Art. 49 Abs. 1 KVG)

2. Datengrundlagen

2.1 Datentransparenz

Das BVGer gibt vor, dass bei der Preisfindung und der Wirtschaftlichkeitsprüfung sämtliche Kosten- und Leistungsdaten der Kliniken sachverhaltsrelevant sind. Die Einkaufsgemeinschaft HSK verlangt deshalb bei den Kliniken die ITAR_K©-Vollversion inklusive der aufgeschlüsselten Kosten des spitalambulanten Bereiches. Ergänzend zu diesen Datengrundlagen benötigt HSK ebenfalls die TARPSY relevanten Basisdaten.

Die Kosten der forensischen Kliniken, welche in separaten Kostenträgern ausgewiesenen worden sind, wurden vom Benchmarkverfahren ausgenommen.

2.2 Datenlieferung

Die Einkaufsgemeinschaft HSK hat die Kliniken im Frühling 2020 aufgefordert, ihre ITAR_K©-Daten mit den TARPSY-relevanten Basisdaten gemäss Version 3.0 inkl. deren Zusatzentgelte gemäss vertraglicher Vereinbarung bis **Ende Mai 2020** zu liefern.

Gegenüber der Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler und Pflegeheime in der Krankenversicherung (VKL), welche grundsätzlich die Bereitstellung der Kostenrechnung ab dem 30. April vorsieht (Art. 9 Abs. 5 VKL), wird den Kliniken von HSK somit eine längere Frist gewährt. Zu erwähnen ist auch, dass im Änderungsentwurf der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) sogar Abzüge für Leistungserbringer möglich sind, die ihre Leistungs- und Kostendaten verspätet, gar nicht oder in unzureichender Qualität liefern.

Für die Einkaufsgemeinschaft HSK ist die vertragskonforme, fristgerechte Zustellung der angeforderten Unterlagen notwendig, um eine Plausibilisierung in einem angemessenen Zeitraum vorzunehmen. Aufgrund der angespannten Lage im Frühling 2020 mit der COVID-19 Pandemie konnten einige Kliniken ihre Daten nicht rechtzeitig oder gar nicht liefern.

Damit HSK einen repräsentativen Benchmark ermitteln konnte, musste die Frist für die Datenlieferung bis zum 30. August 2020 verlängert werden, was zu einer Verzögerung in Bezug auf die Erstellung und Publikation des Benchmarkwerts geführt hat.

Folgende Abbildung zeigt auf, dass die Datengrundlagen von nur 65 Prozent der im Benchmarkverfahren berücksichtigen Kliniken rechtzeitig geliefert worden sind.

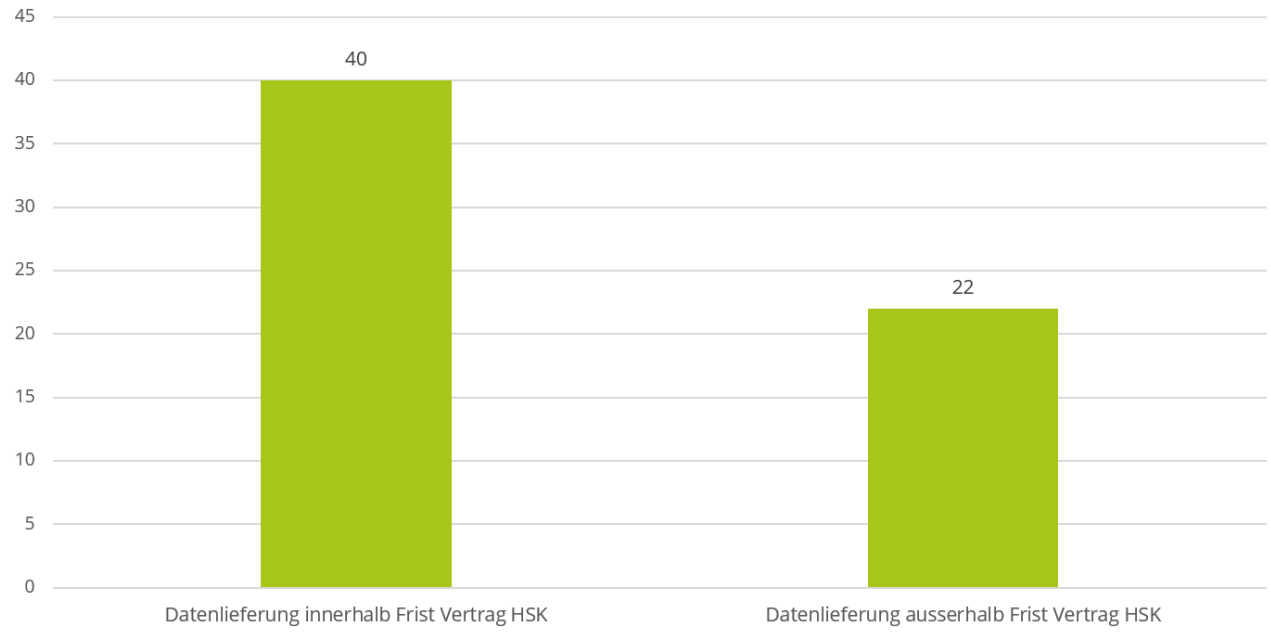


Abb. 2: Übersicht Datenlieferung

Die Einkaufsgemeinschaft HSK erwartet, dass die Datengrundlagen der Kliniken vertragskonform und fristgerecht geliefert werden.

2.3 Datengrundlagen

2.3.1 REKOLE® Zertifizierung

Für eine einheitliche Erhebung der Kosten und Leistungen stützt sich die Einkaufsgemeinschaft HSK auf die Standards von REKOLE® (Revision der Kostenrechnung und Leistungserfassung), dem «Betrieblichen Rechnungswesen im Spital». Eine konsequente Umsetzung dieses Standards erhöht die Transparenz und Vergleichbarkeit der Betriebskosten.

Die Mehrheit, der im Benchmark TARPSY einbezogen Kliniken mit einem Leistungsauftrag in der Psychiatrie, ist REKOLE® zertifiziert:

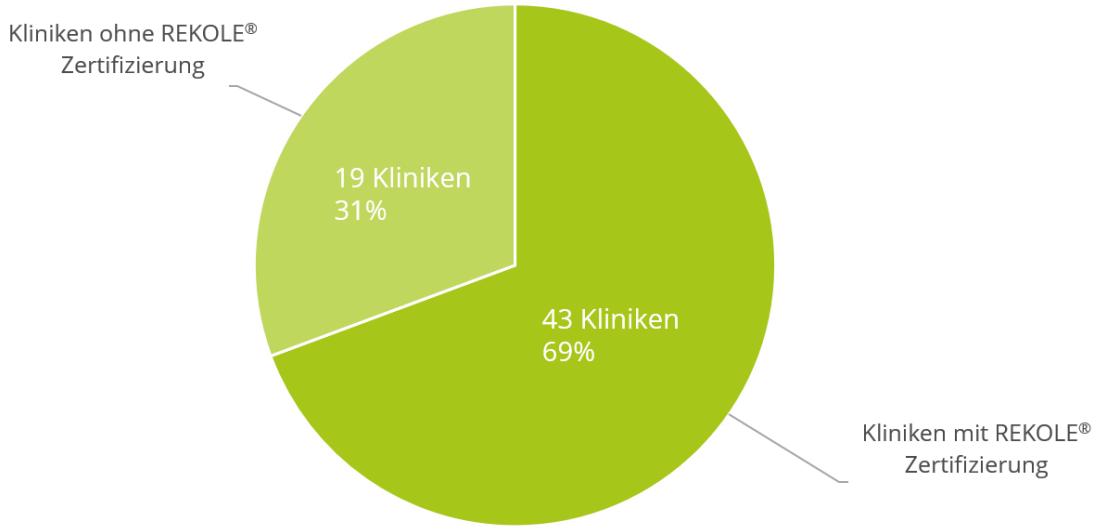


Abb. 3: REKOLE®-zertifizierte Kliniken

Die Einkaufsgemeinschaft HSK hat für den Benchmark TARPSY auch die Kosten und Leistungen von Kliniken ohne REKOLE® Zertifizierung verwendet, wenn ihre Daten im geforderten ITAR_K© Format geliefert wurden.

2.3.2 TARPSY Version

Die Einkaufsgemeinschaft HSK hat die Kliniken aufgefordert, die TARPSY-relevanten Basisdaten gemäss der TARPSY Version 3.0 zu liefern.

Aufgrund der von SwissDRG vorgenommenen Anpassungen in der Tarifstruktur per 1. Januar 2021 hat HSK entschieden, diese Version für die Tarifkalkulation zu berücksichtigen. Deshalb sind dafür die simulierten Daten der Planungsversion 2019|2021 massgebend.

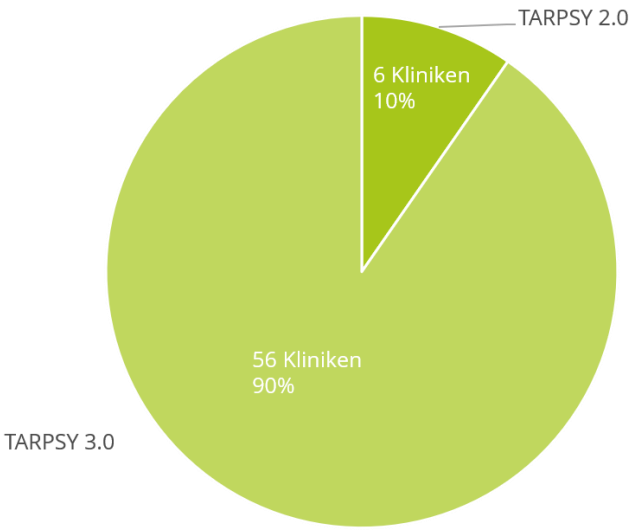


Abb. 4: Daten gemäss TARPSY Version

Aufgrund dieser Ausgangslage, dass einige Kliniken nur TARPSY-relevante Basisdaten gemäss Version 2.0 geliefert haben, stellte sich die Einkaufsgemeinschaft HSK die Frage, ob der Benchmark TARPSY ausschliesslich auf den Daten der Version 3.0 oder auf einer Mischform ermittelt werden soll.

HSK hat sich aus folgenden Gründen für die Mischform entschieden:

- Nur von 6 Kliniken sind Daten der TARPSY-Version 2.0 vorliegend.
- Die Abweichung der Daten von der TARPSY Version 2.0 gegenüber 3.0 ist gering, da eine Normierung in der Tarifstruktur stattgefunden hat (in Analogie zur DRG-Tarifstruktur).
- Die Validität des Benchmarks ist mit einer grösseren Anzahl Kliniken besser und repräsentativer.

Das Benchmarkverfahren von der Einkaufsgemeinschaft HSK basiert somit zu 90 Prozent auf den TARPSY-relevanten Basisdaten der Version 3.0.

2.3.3 Zusatzentgelte (ZE)

Die Kliniken wurden von der Einkaufsgemeinschaft HSK ebenfalls aufgefordert, die TARPSY-relevanten Basisdaten gemäss der Tarifstrukturversion 3.0 inklusive den Zusatzentgelte zu liefern. Mit der Version 3.0 wurden von SwissDRG spezifische Zusatzentgelte für die Psychiatrie eingeführt. Neu können die «Belastungserprobungen» und die «1:1 Betreuung» zusätzlich zum Basispreis abgerechnet werden. Diese Mehreinnahmen sind im Benchmarking (und in der Tarifkalkulation) als Minderleistungen zu berücksichtigen.

Die Einkaufsgemeinschaft HSK stellt fest, dass viele Kliniken einerseits die simulierten «Belastungserprobungen» und andererseits die «1:1 Betreuung» im Rahmen der Zusatzentgelte nicht oder unvollständig geliefert haben.

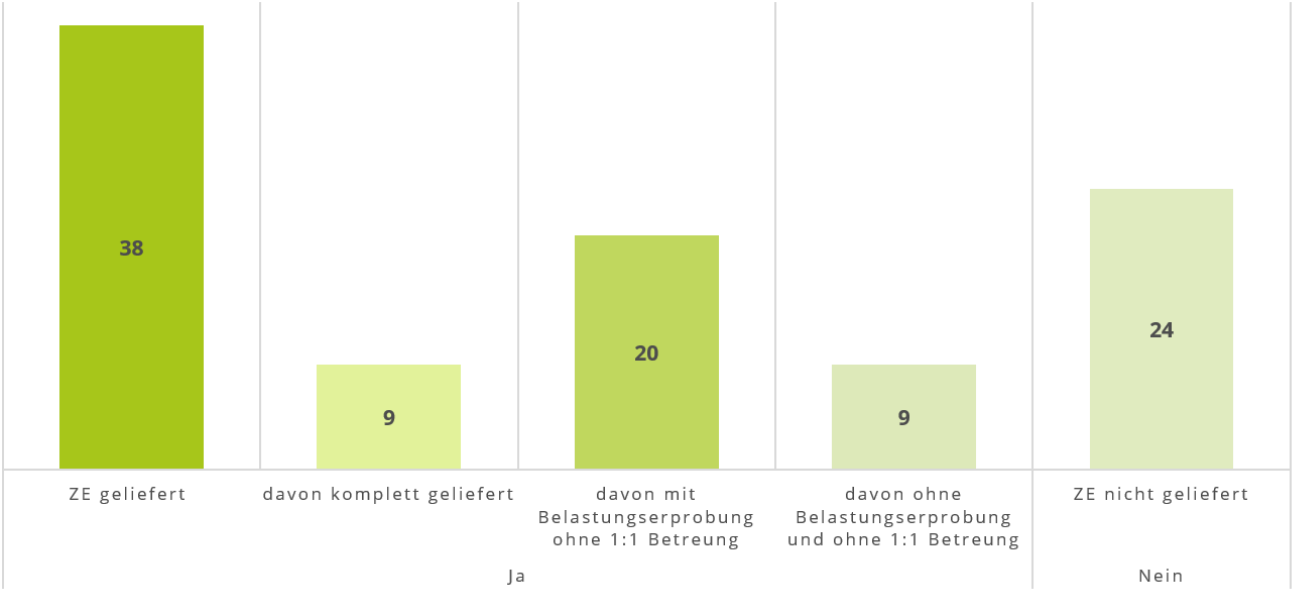


Abb. 5: Lieferung der Zusatzentgelte

Die Einkaufsgemeinschaft HSK hat in ihren internen Analysen festgestellt, dass die fehlenden bzw. ungenügenden Abzüge der Zusatzentgelte den Benchmark TARPSY beeinflusst haben. Dieser wäre unter der Berücksichtigung der vollständigen Angaben der Kliniken tiefer und somit korrekter ausgefallen.

HSK wird deshalb im Rahmen ihres zweistufigen Preismechanismus bei denjenigen Kliniken, welche keine oder ungenügende Angaben der Zusatzentgelte geliefert haben, diese nachfordern oder einen normativen Abzug bei der Tarifkalkulation vornehmen.

2.4 Datenplausibilisierung

Die ITAR_K©-Daten des Geschäftsjahres 2019, die TARPSY-relevanten Basisdaten der Version 3.0 (und 2.0) und die simulierten Zusatzentgelte für die Psychiatrie gemäss SwissDRG-Fallpauschalenkatalog wurden von der Einkaufsgemeinschaft HSK in Bezug auf Vollständigkeit, Korrektheit und Nachvollziehbarkeit umfassend geprüft.

Dazu gehören folgende Sachverhalte:

▪ Abgleich der Finanz- und Betriebsbuchhaltung	
▪ Abgleich zwischen Kostenträgerausweis und ITAR_K©-Ausweis	
▪ Systematische Vorjahresvergleiche	
▪ TARPSY relevante Basisdaten der Fälle 2019	▪ Anzahl TARPSY Fälle 2019 ▪ Anzahl abrechenbare Pflegetage, ohne zusätzliche Pflegetage gemäss Übergangsbestimmung ▪ Anzahl Abwesenheiten, die länger als 24 Std. gedauert haben ▪ Anzahl Urlaubstage ▪ Daymix, berechnet auf der Grundlage der abrechenbaren Pflegetage, ohne zusätzliche Pflegetage gemäss Übergangsbestimmung ▪ Daymix-Index, berechnet auf der Grundlage der TARPSY Version 3.0 ▪ Simulierte bewertete Zusatzentgelte gemäss SwissDRG, TARPSY Version 3.0

In der Plausibilisierung der eingetroffenen TARPSY-relevanten Basisdaten wurde Folgendes festgestellt:

- Die Anzahl der abrechenbaren Pflegetage für das Tarifjahr 2021 wurden unterschiedlich gezählt
- Der aus den Pflegetagen und dem Daymix Index (DMI) ermittelte Daymix (DM) wurde von den Kliniken uneinheitlich berechnet
- Die simulierten Angaben der Zusatzentgelte für die «Belastungserprobungen» und die «1:1-Betreuung» sind unvollständig oder unplausibel

Für die Einkaufsgemeinschaft HSK ist die Qualität der von den Kliniken gelieferten TARPSY-relevanten Basisdaten noch nicht zufriedenstellend.

2.5 Ausgeschlossene Kliniken

Die Vollständigkeit und Plausibilität der Datenlieferung werden pro Klinik beziehungsweise Datenlieferung beurteilt. Aufgrund folgender Ausschlusskriterien basierend auf der Datenvollständigkeit und -plausibilität, konnten 11 Kliniken nicht ins Benchmarkverfahren aufgenommen werden.

Gründe	Anzahl Kliniken
▪ Fehlende ITAR_K©-Daten	4
▪ Unplausible ITAR_K©-Daten	3
▪ Tätigkeitsbeginn im Geschäftsjahr 2019	2
▪ Spezialkliniken (Klinik Somosa[3] in Winterthur und Klinik für Schlafmedizin in Bad Zurzach[4])	2
Total	**11**

[3] Die Klinik Somosa ist sowohl ein Jugendheim wie auch eine psychiatrische Klinik. Die Finanzierung wird zwischen Versicherer|Kanton und|oder Jugendanwaltschaft|KESB|Behörde aufgeteilt.
[4] Die Klinik für Schlafmedizin verfügt ausschliesslich über einen Leistungsauftrag im Bereich Schlafstörungen.

2.6 Einbezogene Kliniken

Im Benchmark TARPSY 2021 wurden 62 Kliniken (Vorjahr 61) mit einem stationären psychiatrischen Leistungsauftrag berücksichtigt. Die Kliniken stammen aus den folgenden BFS-Kategorien (Bundesamt für Statistik):

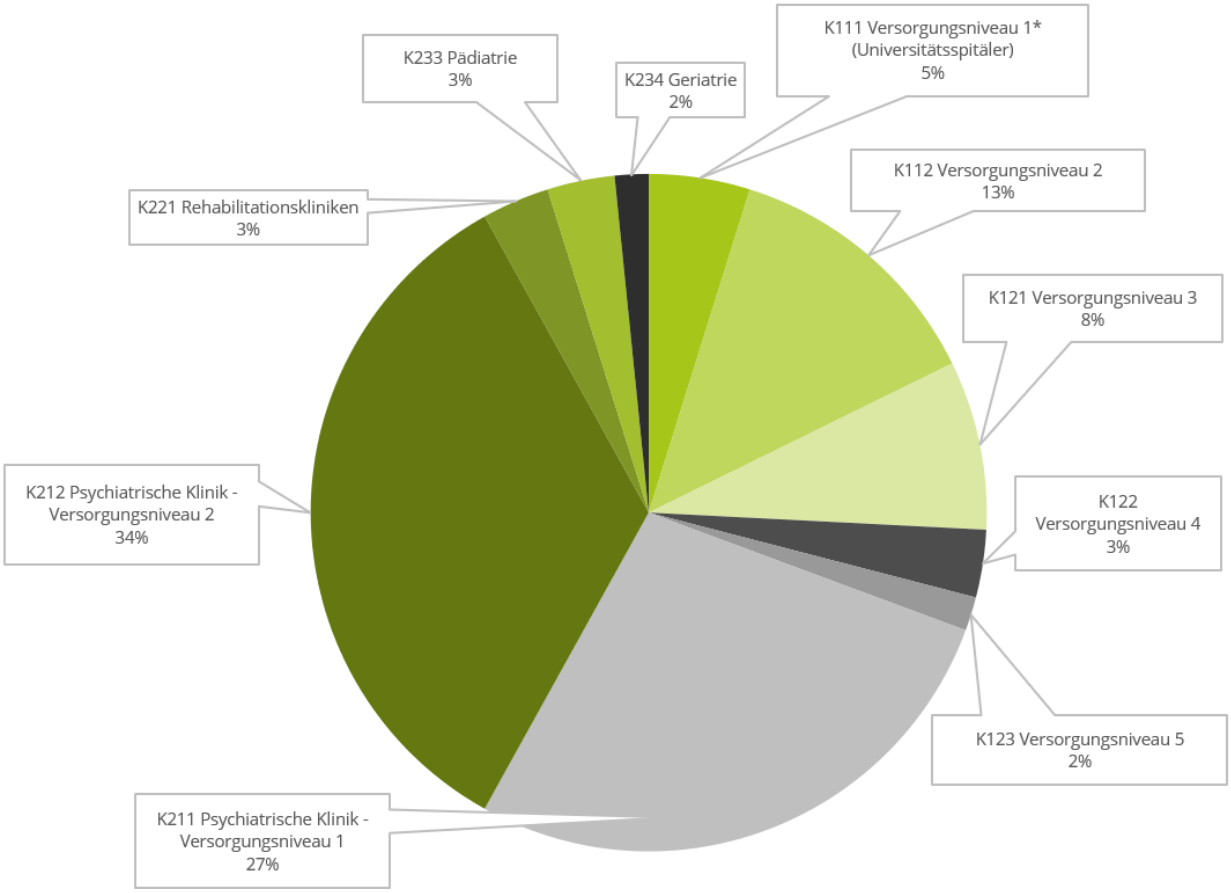


Abb. 6: Aufteilung der Kliniken gemäss BFS Kategorien

Im Benchmark TARPSY sind somit Kliniken aus allen BFS-Spitalkategorien vertreten.

2.7 Regionale Abdeckung

Der Benchmark TARPSY 2021 beinhaltet sämtliche Kantone mit Kliniken, die über einen psychiatrischen Leistungsauftrag verfügen:

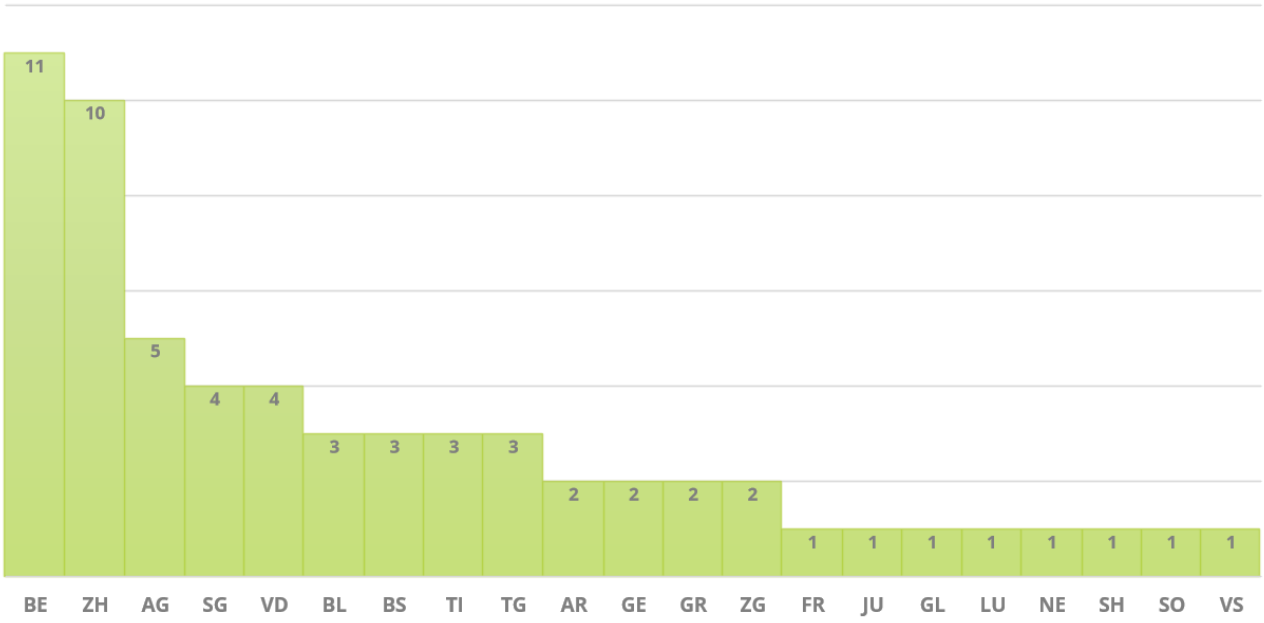


Abb. 7: Regionale Abdeckung

Im Benchmark TARPSY sind alle Kantone[5] bzw. 85 Prozent aller Kliniken enthalten.

[5] *In den 4 Kantonen AI, NW, OW, SZ; UR gibt es keine psychiatrischen Kliniken*

3. Benchmark TARPSY

3.1 Berechnung der benchmarkrelevanten Betriebskosten

Die Berechnung erfolgt gemäss folgender Methodik:

Berechnungsschema	Bemerkungen
Total Kosten gemäss 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	Abzug effektiv, mindestens jedoch normativ gemäss folgendem Prozentsatz des Personalaufwandes exkl. Arzthonorare bzw. im Verhältnis der Anzahl der betriebenen Betten: < 75 Betten: 0.8% > 75 Betten: 1.5% > 125 Betten: 3.5% Universitätsspitäler: effektiv
./. Gemeinwirtschaftliche Leistungen	Angabe Klinik, weil HSK nicht verifizieren kann, ob sämtliche gemeinwirtschaftlichen Leistungen deklariert sind
= Nettobetriebskosten II (NBK)	
./. Abzug für Mehrkosten aus Leistungen für zusatzversicherte Patienten	Anwendung der GDK Empfehlung[6]: 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 SwissDRG	Angabe der Klinik
Teuerung | Projektionskosten | Intransparenz-Abzüge	Nicht im Benchmark enthalten
Anlagenutzungskosten (ANK)	Ausgewiesene ANK gemäss VKL wurden mit der Anlagebuchhaltung (Krankenhausstatistik BFS) plausibilisiert
= Benchmarkrelevante Betriebskosten (BRB) HSK	
./. Abzug für bewertete Zusatzentgelte SwissDRG, TARPSY Version 3.0	Angabe der Klinik
: Daymix TARPSY Version 3.0	Angabe der Klinik
= Kalkulierter Basispreis HSK	

[6] *GDK Empfehlung zur Wirtschaftlichkeitsprüfung Psychiatrie und Rehabilitation vom 27. Juli 2019, Ergänzung der Empfehlungen zur Ermittlung der effizienten Spitäler nach Art. 49 Abs. 1 KVG betreffend Psychiatrie und Rehabilitation*

3.2 Ergänzende Abzüge

3.2.1 Universitäre Lehre und Forschung

Die effektiven Kosten für Lehre und Forschung sind von den Kliniken gemäss BVGer grundsätzlich im ITAR_K© separat auszuscheiden. Da diese Kosten aus Sicht der Einkaufsgemeinschaft HSK zu tief bewertet werden, hat HSK wie im Vorjahr und in Analogie zur Akutsomatik eine Mischform von Abzügen gewählt:

- Die Kliniken unterscheiden beim Kostenträgerausweis nicht zwischen Lehre und Forschung.
- Die Berechnungsmethoden der universitären Lehre- und Forschungskosten sind nicht bekannt. HSK weiss nicht, ob es sich um effektive Kosten oder um grob geschätzte Werte handelt oder ob sogar kantonale Beiträge als Kosten berücksichtigt worden sind.
- HSK ist nicht bekannt, wie häufig solche Kosten ermittelt werden. Entscheidend zu wissen wäre, ob die Kliniken die Erhebungen jährlich durchführen oder die Erhebungsdaten eines Jahres normativ für weitere Jahre anwenden.
- Nur einzelne Kliniken haben ihre Konzepte zur Berechnungsmethode für die universitäre Lehre und Forschung nachgewiesen.

Die Einkaufsgemeinschaft HSK hat deshalb bei denjenigen Kliniken, welche aus Sicht HSK zu geringen Kosten in der universitären Lehre und Forschung ausweisen, die Differenz zu den normativ berechneten Kosten zusätzlich abgezogen, wie folgende Grafik zeigt:

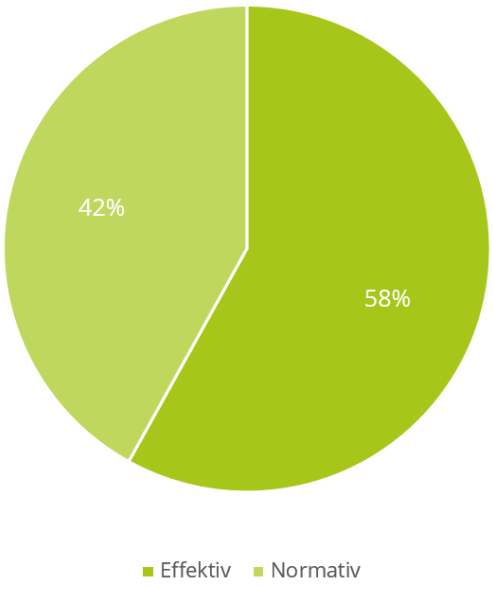


Abb. 8: Abzug für Lehre und Forschung

Die Einkaufsgemeinschaft HSK hat bei 42 Prozent der Kliniken deren effektiv ausgewiesene Kosten für die Lehre und Forschung im Benchmark TARPSY integriert.

3.2.2 Mehraufwand für VVG Patienten

Das BVGer verlangt grundsätzlich die Berücksichtigung der tatsächlichen Daten für die Abzüge der Mehrkosten der zusatzversicherten Personen, schliesst aber einen normativen Ansatz gemäss den Empfehlungen der Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK) (67 Franken pro HP|P – Halbprivat-|Privat-Tag) nicht aus.

Die Einkaufsgemeinschaft HSK hat im ITAR_K© geringe Abzüge der Kliniken in Bezug auf die Mehrkosten der zusatzversicherten Patienten festgestellt. Aus diesem Grund wendet HSK einen normativen Abzug bei denjenigen Kliniken an, bei welchen die ausgewiesenen Kosten für den Mehraufwand dieser Patienten unterhalb der GDK-Empfehlungen liegen.

Ansonsten verwendet die Einkaufsgemeinschaft HSK die zugestellten Angaben der Kliniken.

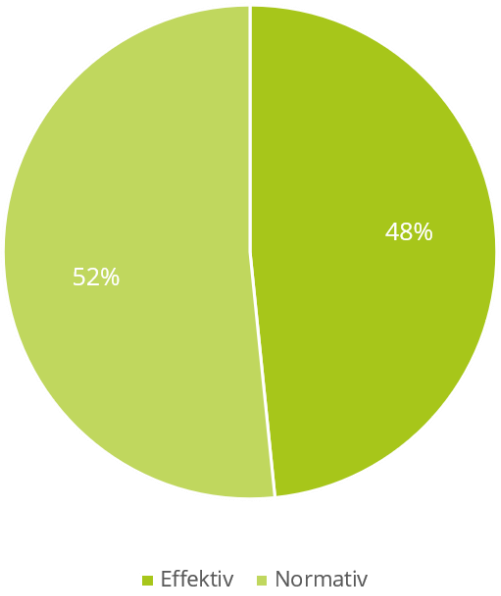


Abb. 9: Abzug für Mehraufwand VVG Patienten

Die Einkaufsgemeinschaft HSK hat bei 52 Prozent der Kliniken die effektiv ausgewiesenen Kosten für den Mehraufwand der VVG-Patienten im Benchmark integriert.

3.3 Bestimmung des Perzentils

Gemäss 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 geäussert zum «richtigen» Massstab, auf dem der Richtwert für die Tariffindung definiert werden soll.

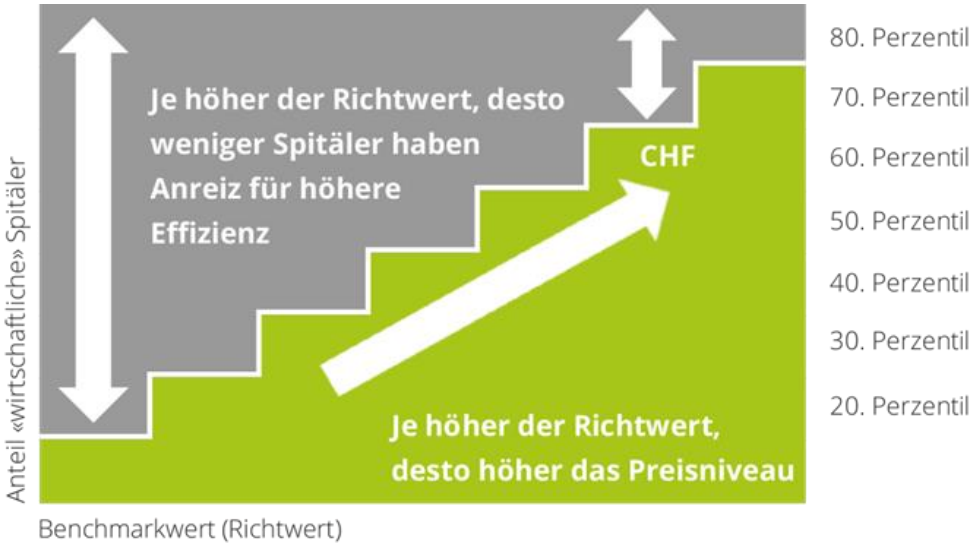


Abb. 10: Methodik der Perzentilwahl

Wird dieser Wert streng angesetzt, bedeutet das einerseits, dass die Mehrheit der Kliniken «unwirtschaftlich» ist. Wenn andererseits der Anreiz milde angesetzt wird, fällt für einen grossen Teil der Kliniken der Antrieb für eine effiziente Leistungserbringung weg. Somit wirkt ein weicher Benchmarkwert preistreibend, wie die folgenden Werte aufzeigen:

Wert	CHF
Gewichtetes Mittel	700
Arithmetischer Mittelwert	686
40. Perzentil – HSK Benchmark	**673**
30. Perzentil	653
25. Perzentil	342
20. Perzentil	605

Die Einkaufsgemeinschaft HSK hat aufgrund der Einführungsphase der Tarifstruktur TARPSY das Perzentil wie bereits im Vorjahr bei 40 Prozent festgelegt.

3.4 Benchmark TARPSY

Die Einkaufsgemeinschaft HSK hat folgenden Benchmark TAPRSY inkl. Anlagenutzungskosten (ohne Teuerung) für das Tarifjahr 2021 ermittelt:

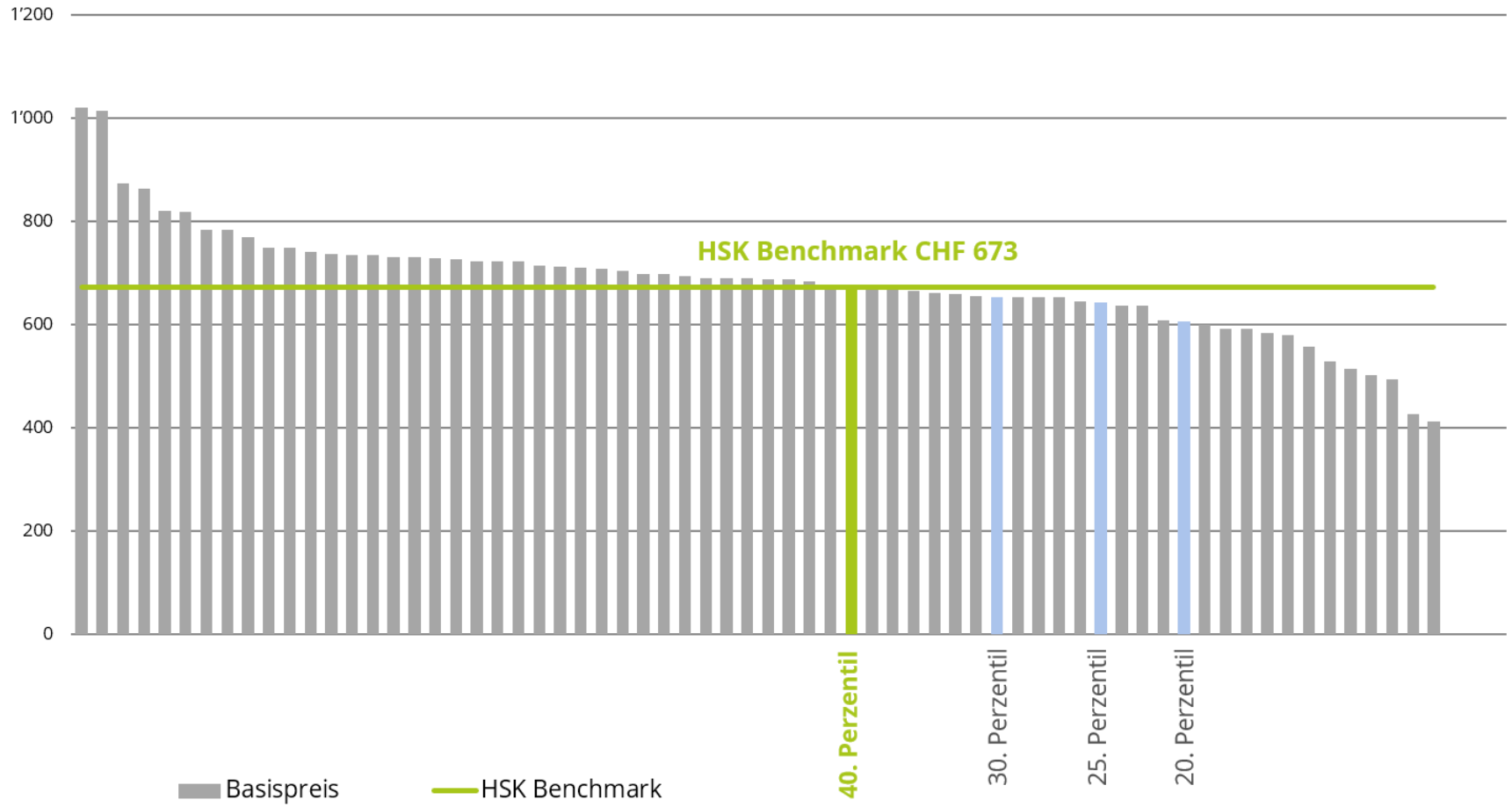


Abb. 11: HSK Benchmark TARPSY 2021

4. Clustering

4.1 Ausgangslage

Die Tarifstruktur TARPSY soll die Transparenz und Vergleichbarkeit von Leistungen, Kosten und Qualität erhöhen. Sie versucht Unterschiede in der Kostenstruktur unterschiedlicher Gruppen von Patienten bzw. Behandlungen so abzubilden, dass die Kosten der Behandlung aufwandsgerecht zugeteilt werden können. Dazu werden pro Gruppe – PCG (Psychiatric Cost Group) - und pro Tag Kostengewichte zugeordnet. Diese von der Länge des Aufenthaltes abhängige Kostengewichte werden pro Gruppe bestimmt und mit dem Basispreis multipliziert. Die Behandlungskomplexität und somit die Kostenunterschiede werden so theoretisch abgebildet.

4.2 Ziel

Die Einkaufsgemeinschaft HSK hat sich zum Ziel gesetzt, das Clustering im Bereich Psychiatrie analog dem Benchmark Tarifjahr 2020 weiterhin anzuwenden und weiterzuentwickeln, um Kostenunterschiede datenbasiert zu erkennen und Preisdifferenzierungen zwischen den Kliniken zu erklären.

Der Preis für einen Basisfall soll sich grundsätzlich nach den Kosten richten, jedoch auch die Effizienz fördern. Unterschiede bei den Kosten liegen zum Teil in Ineffizienzen, zum Teil aber auch in anderen Ursachen.

Die Tarifstruktur TARPSY ist 2018 eingeführt worden und nicht alle Kostenunterschiede zwischen den Kliniken können datenbasiert erklärt werden. Weitere Informationen und individuelle Betrachtungen über die Kliniken können Lösungsfindungen unterstützen und die Tarifautonomie durch die Tarifpartner stärken.

4.3 Analysedatensatz

Im Datenjahr 2019 wurde die Tarifstruktur TARPSY von allen Psychiatrien angewendet. Der Analysedatensatz umfasst nur die im Benchmark enthaltenen Kliniken (n = 62) mit deren benchmarkrelevanten Betriebskosten gemäss der Berechnung der Einkaufsgemeinschaft HSK. Zusätzlich wurde der Analysedatensatz mit Informationen aus der Krankenhausstatistik, Kennzahlen der Schweizer Spitäler und der Medizinischen Statistik vom BFS – nach Verfügbarkeit aus den Jahren 2019|2018|2017 – sowie weiteren Informationen (bspw. Fürsorgerische Unterbringung) ergänzt. HSK bevorzugt grundsätzlich die aus ihrem Tarifmodell berechneten Kennzahlen, welche auf den von den Kliniken zugestellten Datengrundlagen basieren; Gegenüber jenen der medizinischen Statistik. Die Kennzahlen aus der medizinischen Statistik dienen jedoch zur Plausibilisierung der von HSK berechneten Kennzahlen.

In der medizinischen Statistik sind immer noch andere psychiatrische Fälle (z.B. Forensik) als «psychiatrischer Tarif» ausgewiesen. Der TARPSY Grouper (Abrechnungsversion 2019|2019) wird jedoch unabhängig vom Tarif auf alle psychiatrischen Fälle angewendet. Jedem psychiatrischen Fall wird eine PCG bzw. ein TARSPY-Wert zugeordnet. Die von der Einkaufsgemeinschaft HSK bezogenen Variablen basieren ausschliesslich auf TARPSY-Fällen.

Der Analysedatensatz besteht aus den folgenden Variablen bzw. Prädiktoren[7], welche sich in drei Kategorien unterteilen:

1) Struktur der Klinik
- Anzahl Fälle [1)]
- Assistenzärzte in der Psychiatrie [2)]
- Arztpersonal in der Psychiatrie [3)]
- Pflegepersonal in der Psychiatrie [3)]
- Pflegepersonal/Arztpersonal [3)]

2) Spezialisierungsgrad der Klinik
- Anzahl unterschiedliche 4stellige-PCG [4/5)]
- Schwerpunkt [4/5/6)]
- HSK-Schwerpunkt [4/5/6)]
- ANQ-Schwerpunkt [4/5/7)]

3) Patienten der Klinik
- Fürsorgerische Unterbringung [8)]
- Daymix Index [1)]
- Anteil A-Splits an allen Fällen [4/5)]
- Anteil Notfälle [5)]
- Anteil Kinder [5)]
- Anteil Alter>65 [5)]
- Anzahl Nebendiagnose bei Patienten > 65 Jahre alt [5)]

Die Variablen «Assistenzärzte», «Arztpersonal» und «Pflegepersonal» sind nur für die ganze Klinik und nicht pro Fachbereich angegeben. Deshalb wurden zusätzliche Berechnungen durchgeführt, um diese Variablen für den Fachbereich Psychiatrie anwenden zu können:

- Der psychiatrische Anteil der Klinik. Dieser ergibt sich aus der Division von «Anzahl psychiatrischen Fälle» durch «Anzahl Total Fälle».
- Die Variablen «Assistenzärzte», «Arztpersonal» und «Pflegepersonal» werden mit dem Wert «psychiatrischer Anteil» multipliziert.
- Diese Ergebnisse werden mit der Anzahl «psychiatrischer Fälle» der Klinik gewichtet, damit die Kliniken miteinander verglichen werden können.

---

[7] *Gemäss folgenden Datenquellen:*

1) ITAR_K© Tarifmodell, Datenjahr 2019
2) BfS - Krankenhausstatistik (KS), Datenjahr 2017
3) BfS - Kennzahlen der Schweizer Spitäler, Datenjahr 2018
4) TARPSY-Grouper von SwissDRG, Abrechnungsversion 2.0
5) BfS - Medizinische Statistik (MS), Datenjahr 2019
6) HSK -Angaben der Verhandlungsleiter
7) ANQ-Kriterien zur Differenzierung
8) GD Zürich, Datenjahr 2018

Im Weiteren wurden «Schwerpunkt»-Variablen geprüft. Eine gemäss HSK Definition und eine gemäss ANQ Definition. Die Ausprägungen der beiden Variablen sind wie folgt aufgelistet:

HSK-Schwerpunkt	ANQ-Schwerpunkt
▪ Sucht (> 70% aller Fälle) ▪ Depression (> 70% aller Fälle) ▪ Andere (sonstige)	▪ Suchtkliniken (> 90% mit F1 Diagnose) ▪ Keine Suchtkliniken (sonst)

Um auf möglichst differenzierten Schwerpunkten aufzubauen, hat sich die Einkaufsgemeinschaft HSK wie bereits im Vorjahr für die Verwendung ihrer eigenen Schwerpunktdefinition entschieden.

4.4 Methodik

Das Clustering Verfahren hat einen explorativen Charakter. Dabei wird untersucht, ob eine gewisse Struktur in den Daten erkennbar ist. Durch die Anwendung dieses Verfahrens können die Kliniken anhand deren für das Clustering gewählten Eigenschaften zu Clustern zusammengefasst werden. Dabei soll jedes Cluster in sich möglichst homogen sein, während sich die verschiedenen Cluster möglichst stark voneinander unterscheiden sollen.

Bei der angewendeten Cluster-Methodik handelt es sich um ein hierarchisches Clustering, also um ein distanzbasiertes Verfahren. Auf Basis der einbezogenen Prädiktoren werden Unterschiede bzw. Ähnlichkeiten der Kliniken in Form von Distanzmassen zueinander quantifiziert. Daraus ergibt sich eine gewisse Struktur in den Daten, bzw. Cluster werden mit diesen Distanzmassen gebildet. Damit das Modell nicht verzerrt ist, müssen die einbezogenen Prädiktoren möglichst wenig miteinander korrelieren.

Vor dem Clustering wurde eine umfangreiche, deskriptive Analyse des Datensatzes vorgenommen. Dabei wurde die Korrelation der Prädiktoren zueinander geprüft, um sicherzustellen, dass die ausgewählten Prädiktoren keine Verzerrungen ins Modell mitbringen.

Die folgende Abbildung zeigt, inwiefern die Prädiktoren miteinander korrelieren. Je dunkler (grau wie grün), desto mehr korreliert (positiv oder negativ). Die Korrelation zwischen diesen Variablen und den zwei Schwerpunkt-Variablen wurden auch geprüft. Wie erwartet korreliert die Variable «pcg_4_n» stark mit den Schwerpunkt-Variablen. Sonst sind die Korrelationen nicht besorgniserregend.

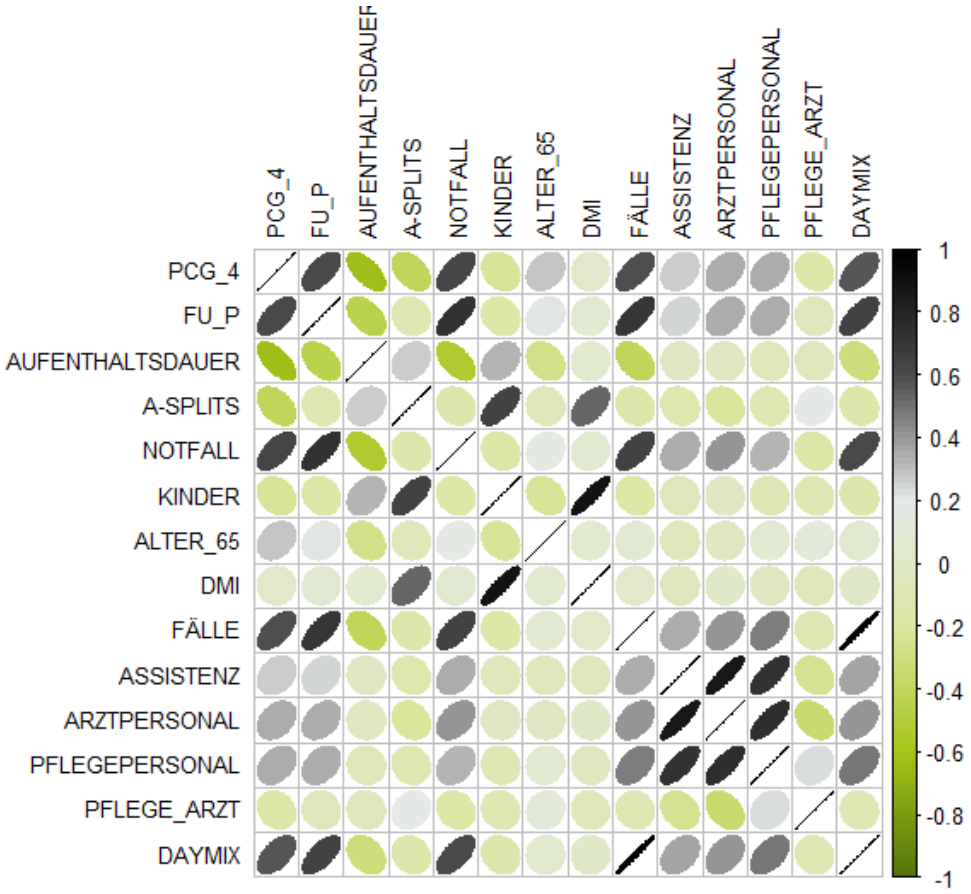


Abb. 12: Korrelationen der untersuchten Variablen untereinander

Aus dem Clustering kann Folgendes abgeleitet werden:

- Grundsätzlich zeigen sich teilweise grosse Zusammenhänge zwischen den verschiedenen Variablen. Da es zu Kollinearitäten[8] kommen kann, sollte bei einer weiteren Verfeinerung des Clusterings eine von zwei miteinander stark korrelierenden Variablen (> 0.7) ausgeschlossen werden, um Verzerrungen zu vermeiden. Die Erkenntnisse aus der oberen Abbildung sind hier aufgelistet: Die Variablen «PCG», «FU», «Notfall», «Fälle» und «Aufenthaltsdauer» korrelieren stark miteinander.
- Beim «Kinder-Anteil» und dem «A-Splits-Anteil» muss beachtet werden, dass unter anderem Kinder als «A-Split» kodiert werden und die Variablen daher stark korrelieren. Da diese Variablen eher schwere Fälle abbilden, sind beide auch mit dem «DMI» positiv stark korreliert. Das Modell soll daher entweder die Kinder oder die «A-Split Variable» berücksichtigen.
- Die Variable «Alter» korreliert wenig mit den anderen Variablen.
- Die Anzahl Fälle korreliert stark positiv mit den «PCG», «FU» und «Daymix». Eine leichte, positive Korrelation mit den «Personal-Variablen» ist ersichtlich.
- Die «Personal-Variablen» weisen nur leichte Korrelation mit den anderen Variablen auf. Sie korrelieren aber stark miteinander. Aus diesem Grund sollten sie, falls sie im Clustering verwendet werden, nicht zusammen berücksichtigt werden.

[8] *Kollineare Vektoren sind parallele oder anti-parallele Vektoren. Einer der beiden Vektoren ist ein Vielfaches des anderen Vektors.*

4.5 Ergebnisse aus dem Clustering

Das Clustering wurde mit verschiedenen Kombinationen von Prädiktoren sowie Anzahl Cluster durchgeführt. Da die Gruppenbildung anhand der einbezogenen Prädiktoren stattfindet, ist die Auswahl der Prädiktoren entscheidend.

Der Einbezug einer Personalvariable («Assistenz», «Ärzte» und «Pflege») als Prädiktor im Modell ergab keine neuen Erkenntnisse bezüglich der Struktur der Daten. Einerseits wird kein neues Cluster erkennbar und anderseits beeinflussen diese Variablen die Zuteilung der Klinken in den verschiedenen Clustern nicht. Da eine Überspezifikation (Berücksichtigung irrelevanter Variablen) des Modells vermieden werden soll, werden diese Variablen für das Clustering nicht berücksichtigt.

Versuchsweise wurden auch zwei Kliniken mit einem überdurchschnittlichen Anteil an älteren Patienten anhand der Variable «Alter 65» in einem Cluster zusammengefasst. Diese Kliniken differenzieren sich jedoch in allen anderen Aspekten. Auch diese Variante wurde nicht berücksichtigt.

4.6 HSK-Clustering

Der Einkaufsgemeinschaft HSK war es wichtig, diejenige Clustering-Variante auszuwählen, welche die statistische und inhaltliche Nachvollziehbarkeit am besten sicherstellt. Die Prädiktoren der ausgewählten Variante des Clusterings sind:

- HSK Schwerpunkt (Sucht, Depressionen, Andere)
- Fürsorgerische Unterbringung als Binärvariable (0 wenn < 5 Prozent, sonst 1)
- Anteil Kinder

Daraus konnte die Einkaufsgemeinschaft HSK folgende Cluster identifizieren:

Cluster	Anzahl Kliniken pro Cluster
▪ Kinder- und Jugendkliniken	4
▪ Grundversorger-Kliniken mit FU	31
▪ Grundversorger-Kliniken ohne FU (< 5%)	18
▪ Suchtkliniken	7
▪ Spezialkliniken (Schwerpunkt «Depression»)	2

Um die Ergebnisse des Clusterings zu validieren und zu visualisieren, wurden verschiedene Darstellungen gewählt. Der «Silhouette-Plot» zeigt Hinweise über die Struktur des Clusters auf, bzw. zeigt auf, wie passend die Zuordnung der Klinik zum Cluster ist:

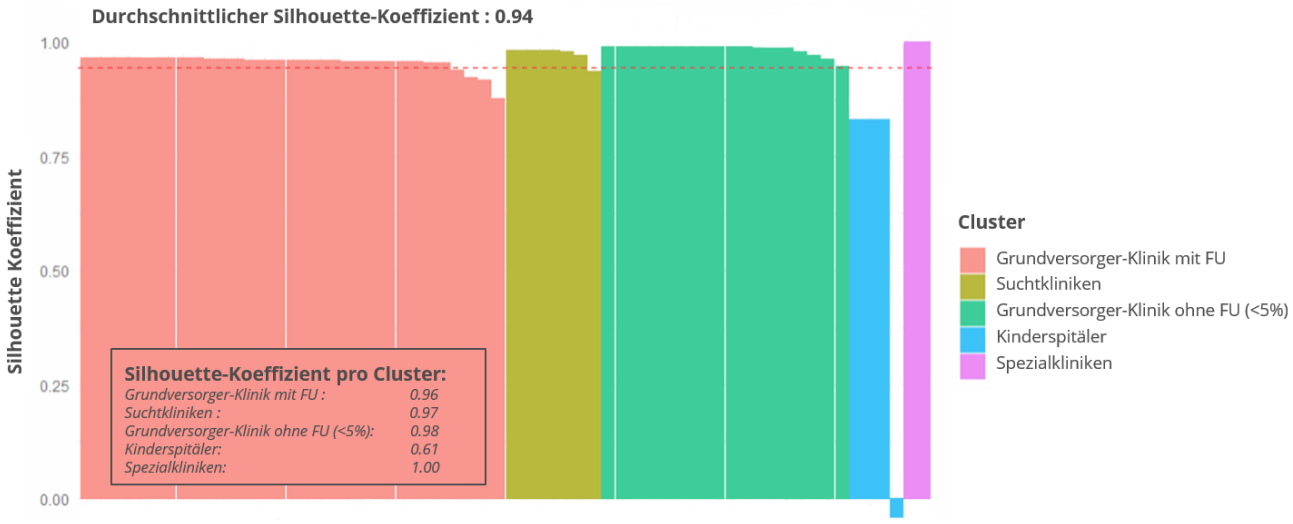


Abb. 13: Silhouette-Plot

Der «Silhouette-Plot» ist eine Validierung vom Clustering, wobei der sogenannte «Silhouette-Koeffizient» Auskunft über die Qualität des Clustering gibt. Diese «Silhouette-Koeffizienten» ergeben sich für die einzelnen Kliniken, die einzelnen Cluster und den Gesamtdatensatz, welcher hier aus den drei Prädiktoren besteht.

Ein «Silhouette-Koeffizient» über 0.7 weist eine gute Struktur aus. Mit einem Koeffizienten von über 0.5 ist die Struktur vernünftig. Gemäss dieser Abbildung ist die Struktur mit dem gesamten «Silhouette-Koeffizient» von 0.94 sehr gut. Bei der Klinik mit dem negativen «Silhouette Koeffizient» handelt es sich um die Klinik «Etablissement Hospitaliers du Nord Vaudois», welche als Kinderspital betrachtet wird, obwohl es kein «reines» Kinderspital ist. Statistisch gesehen passt diese Klinik nicht in diesen Cluster.

Die 3D-Darstellung dient der Visualisierung der Ergebnisse, in denen jeder Punkt einer Klinik und jede Punktwolke einem Cluster entspricht.



Abb. 14: Ergebnisse Clustering TARPSY

In diesem «dreidimensionalen Plot» ist sichtbar, dass sich die Kliniken aufgrund der verwendeten Prädiktoren zum Teil deutlich voneinander abgrenzen. Gut identifizierbar sind die Suchtkliniken (Cluster 4) und die Spezialkliniken (Cluster 5). Weniger homogen aber doch gut identifizierbar sind die Kinder- und Jugend-Kliniken (Cluster 1). Die grosse Punktwolke in der Mitte besteht aus allen Grundversorger-Kliniken, welche sich von den anderen Kliniken gut unterscheiden. Eine klare Trennung zwischen den Kliniken mit und ohne FU ist hier jedoch schwieriger zu sehen.

.

4.7 HSK-Clustering als Grundlage für die Verhandlungen

Für das Tarifjahr 2021 leitet die Einkaufsgemeinschaft HSK aus dem ermittelten Clustering folgende Konsequenzen ab:

- Analytische und methodische Erkenntnisse ermöglichen es, die Vergleichbarkeit der Kliniken zu erhöhen.
- Die Cluster zeigen Besonderheiten auf, welche Kostenunterschiede zwischen den Kliniken rechtfertigen.
- Jede Klinik wurde aufgrund des Ergebnisses aus dem Clustering einem dieser fünf Cluster zugeteilt (Siehe Liste im Anhang).
- Die ermittelten fünf Cluster werden für die Preisverhandlungen berücksichtigt.

Die Einkaufsgemeinschaft HSK hat deshalb für jeden Cluster eine Tarifabweichung gegenüber dem Benchmark definiert:

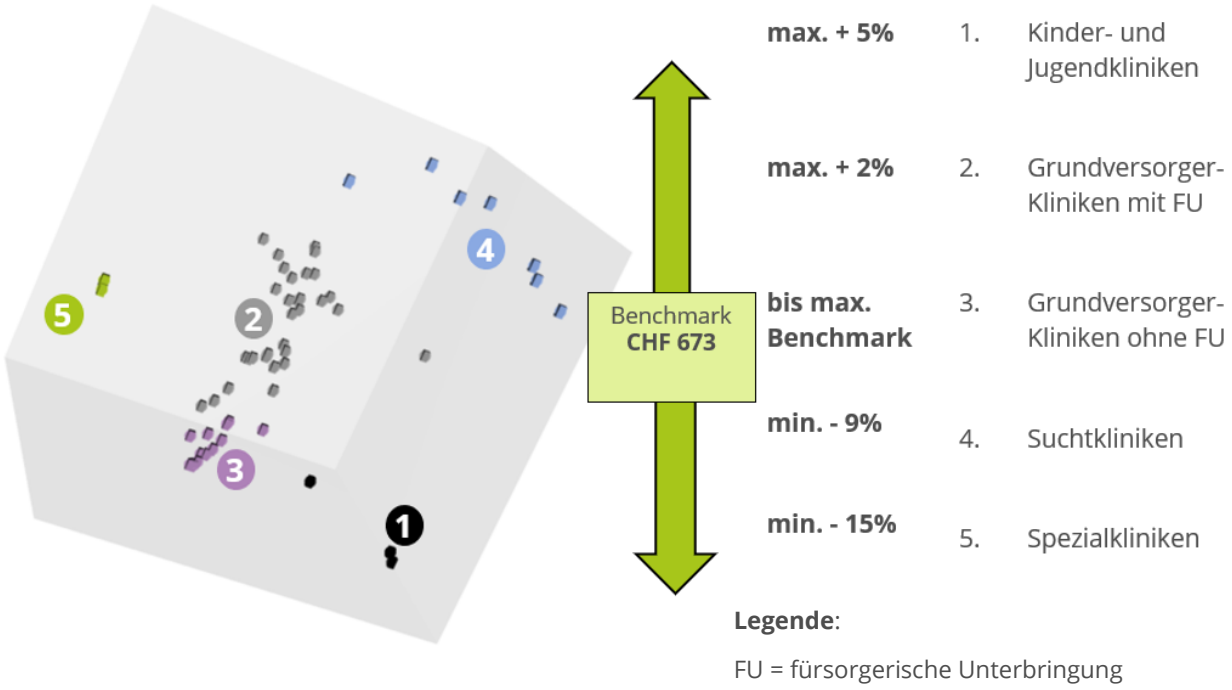


Abb. 15: Preisdifferenzierung pro Cluster

Die Einkaufsgemeinschaft HSK schafft datenbasierte Voraussetzungen für die Wahrnehmung der Tarifautonomie gemäss Krankenversicherungsgesetz (KVG) zwischen den Tarifpartnern.

5. Zusammenfassung

Der HSK Benchmark TARPSY...

- für das Tarifjahr 2021 beträgt **673 Franken** (ohne Teuerung).
- wird auf der Basis des 40. Perzentils festgelegt.
- ist für die Bestimmung des schweizweiten Referenzwerts datenbasiert begründet.
- beinhaltet alle Typen von psychiatrischen Kliniken.
- umfasst 85 Prozent aller psychiatrischen Kliniken.
- bildet als wesentliches Element die Grundlage für den zweistufigen Preisfindungsmechanismus.
- ist valid und repräsentativ.
- bildet mit den ermittelten Clustern die Grundlage für die datenbasierten Preisdifferenzierungen mit den Kliniken.

Schwächen sind noch vorhanden:

- Die korrekte Angabe der abrechenbaren Pflegetage gemäss TARPSY 3.0 und die daraus abgeleitete Berechnung des DM.
- Fehlende Angaben über das Volumen der neuen TARPSY Zusatzentgelte.
- Zu geringe Abzüge bei den Kosten für die zusatzversicherten Patienten erfordern einen normativen Abzug gemäss Empfehlung der GDK.
- Zu geringe Ausscheidung der Kosten für die universitäre Lehre und Forschung im separaten Kostenträger erfordern einen normativen Abzug. Die Ausnahme bilden jene Kliniken, deren effektive Kosten als plausibel betrachtet werden.
- Es bestehen weiterhin grosse Unterschiede in den kostenbasierten Basispreisen zwischen den Kliniken.
- Die Einkaufsgemeinschaft HSK kann nicht ausschliessen, dass der Benchmark durch wettbewerbsverzerrende Elemente wie die Subventionierung von Spitälern in Form von «gemeinwirtschaftlichen Leistungen» oder von Beiträgen an Investitionskosten ungleiche Gegebenheiten berücksichtigt.
- Ebenso wenig kann ausgeschlossen werden, dass gemeinwirtschaftliche Leistungen, die nicht durch das KVG zu finanzieren sind, in den benchmarkrelevanten Kosten enthalten sind. Dies gilt insbesondere für Kosten zur Erhaltung von Klinikkapazitäten aus regionalpolitischen Gründen.

6. Anhang

Im Benchmark TARPSY sind 62 Kliniken mit den folgenden DM bereinigten, kalkulatorischen Basispreisen enthalten (inkl. ANK gemäss VKL, ohne Teuerung, 40. Perzentil) und dem Cluster gemäss Bezeichnung zugeteilt worden[9]:

ID-Nr.	Kalk. HSK Basispreis in CHF	Cluster Nr.	Cluster Bezeichnung
P1	501	1	Spezialkliniken (Schwerpunkt: Depression)
P2	590	1	Spezialkliniken (Schwerpunkt: Depression)
P3	494	2	Suchtkliniken
P4	532	2	Suchtkliniken
P5	613	2	Suchtkliniken
P6	652	2	Suchtkliniken
P7	667	2	Suchtkliniken
P8	677	2	Suchtkliniken
P9	1'019	2	Suchtkliniken
P10	425	3	Grundversorger-Klinik ohne FU
P11	513	3	Grundversorger-Klinik ohne FU
P12	605	3	Grundversorger-Klinik ohne FU
P13	608	3	Grundversorger-Klinik ohne FU
P14	648	3	Grundversorger-Klinik ohne FU
P15	664	3	Grundversorger-Klinik ohne FU
P16	684	3	Grundversorger-Klinik ohne FU
P17	689	3	Grundversorger-Klinik ohne FU
P18	698	3	Grundversorger-Klinik ohne FU
P19	709	3	Grundversorger-Klinik ohne FU
P20	710	3	Grundversorger-Klinik ohne FU
P21	712	3	Grundversorger-Klinik ohne FU
P22	735	3	Grundversorger-Klinik ohne FU
P23	735	3	Grundversorger-Klinik ohne FU
P24	749	3	Grundversorger-Klinik ohne FU
P25	783	3	Grundversorger-Klinik ohne FU
P26	866	3	Grundversorger-Klinik ohne FU
P27	873	3	Grundversorger-Klinik ohne FU
P28	412	4	Grundversorger-Klinik mit FU
P29	585	4	Grundversorger-Klinik mit FU
P30	600	4	Grundversorger-Klinik mit FU
P31	635	4	Grundversorger-Klinik mit FU
P32	637	4	Grundversorger-Klinik mit FU
P33	654	4	Grundversorger-Klinik mit FU
P34	656	4	Grundversorger-Klinik mit FU

[9] *Aus Datenschutzgründen werden die Kliniken nicht namentlich aufgeführt, sondern mit einer internen Identifikations-Nummer*

P35	656	4	Grundversorger-Klinik mit FU
P36	665	4	Grundversorger-Klinik mit FU
P37	671	4	Grundversorger-Klinik mit FU
P38	682	4	Grundversorger-Klinik mit FU
P39	687	4	Grundversorger-Klinik mit FU
P40	693	4	Grundversorger-Klinik mit FU
P41	693	4	Grundversorger-Klinik mit FU
P42	697	4	Grundversorger-Klinik mit FU
P43	699	4	Grundversorger-Klinik mit FU
P44	700	4	Grundversorger-Klinik mit FU
P45	703	4	Grundversorger-Klinik mit FU
P46	722	4	Grundversorger-Klinik mit FU
P47	723	4	Grundversorger-Klinik mit FU
P48	727	4	Grundversorger-Klinik mit FU
P49	728	4	Grundversorger-Klinik mit FU
P50	728	4	Grundversorger-Klinik mit FU
P51	731	4	Grundversorger-Klinik mit FU
P52	733	4	Grundversorger-Klinik mit FU
P53	735	4	Grundversorger-Klinik mit FU
P54	737	4	Grundversorger-Klinik mit FU
P55	757	4	Grundversorger-Klinik mit FU
P56	763	4	Grundversorger-Klinik mit FU
P57	793	4	Grundversorger-Klinik mit FU
P58	1'021	4	Grundversorger-Klinik mit FU
P59	581	5	Kinderspitäler
P60	768	5	Kinderspitäler
P61	822	5	Kinderspitäler
P62	843	5	Kinderspitäler

Abkürzungsverzeichnis

ANK	Anlagenutzungskosten
ANQ	Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken
BEBU	Betriebsbuchhaltung
BFS	Bundesamt für Statistik
BM	Benchmark | Benchmarkwert
BRB	Benchmarkrelevante Betriebskosten
BVGer	Bundesverwaltungsgericht
COVID-19	(Englisch) Coronavirus Disease 2019
DM	Daymix
DMI	Daymix Index
FU	Fürsorgerische Unterbringung
GDK	Gesundheitsdirektorenkonferenz
HP|P	Halbprivat- |Privatversicherte
ITAR_K©	Integriertes Tarifmodell auf Basis der Kostenträgerrechnung
KV	Krankenversicherung
KVV	Verordnung über die Krankenversicherung
KVG	Bundesgesetz über die Krankenversicherung
NBK	Nettobetriebskosten
PCG	Psychiatric Cost Group
REKOLE®	Standards des «Betrieblichen Rechnungswesen im Spital»
VKL	Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler und Pflegeheime in der Krankenversicherung
VVG	Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag (Zusatzversicherung)
ZE	Zusatzentgelt

Auskünfte

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

- Caroline Gross, Tel.-Nr. 043 340 63 56, E-Mail: c.gross@ecc-hsk.info
- Marco Migliarese, Tel.-Nr. 043 340 80 10, E-Mail: m.migliarese@ecc-hsk.info