
Benchmark TARPSY

Anno tariffario 2021

Dati dell'anno d'esercizio 2019

Pubblicazione: 9 novembre 2020

Executive Summary

La Cooperativa di acquisti HSK ha calcolato il proprio valore del benchmark TARPSY per l'anno tariffario 2021:

- 73 cliniche hanno fornito le basi rilevanti con i dati ITAR_K[®] e TARPSY;
- dopo la plausibilizzazione di questi dati, 62 cliniche sono state incluse nella procedura di benchmarking;
- tali cliniche sono rappresentative di tutti i cantoni e di tutte le categorie di ospedali;
- il valore del benchmark basato sui costi (anche benchmark, BM) al 40° percentile ammonta a **673 franchi**.

Per la determinazione dei prezzi, la Cooperativa di acquisti HSK ha adottato un meccanismo a due livelli:

- 1° livello: determinazione dei prezzi base calcolatori rettificati per il DM (DM= Daymix) in base ai dati forniti dalle cliniche (ITAR_K[®]) e ai calcoli tariffari interni di HSK, con successivo calcolo del valore del benchmark.
- 2° livello: conduzione di trattative individuali sui prezzi tenendo in considerazione le specificità delle cliniche, dimostrate dai dati. Per questo livello sono stati creati gruppi omogenei (cluster) in base alle variabili.

La Cooperativa di acquisti HSK differenzia i prezzi in base ai cinque cluster formati, definendo per ciascun cluster la sua deviazione dal benchmark:

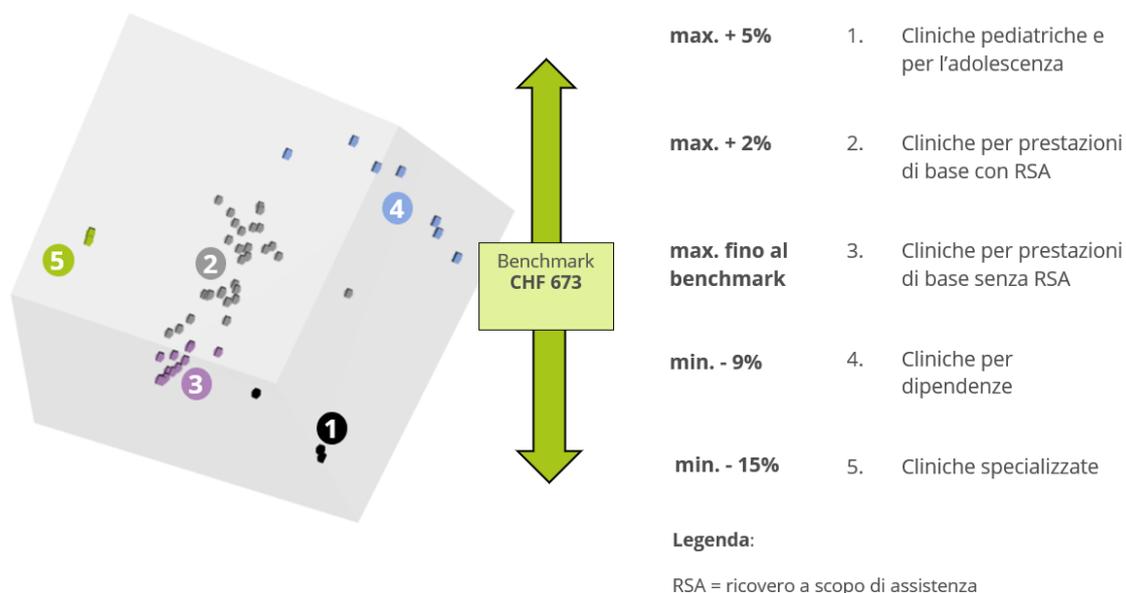


Fig. 1: Differenziazione dei prezzi in funzione del cluster

Con questa procedura in due fasi per la determinazione dei prezzi, la Cooperativa di acquisti HSK crea delle premesse corroborate dai dati per l'applicazione pragmatica dell'autonomia tariffale in conformità alla Legge sull'assicurazione malattie (LAMal).

Contenuto

Executive Summary	2
1. Premessa	4
1.1 Linee guida per la procedura di benchmarking.....	4
1.2 Benchmarking della Cooperativa di acquisti HSK.....	5
2. Basi di dati	6
2.1 Trasparenza dei dati.....	6
2.2 Fornitura dei dati	6
2.3 Basi di dati.....	8
2.3.1 Certificazione REKOLE®.....	8
2.3.2 Versione TARPSY.....	9
2.3.3 Compensi supplementari (ZE).....	10
2.4 Plausibilizzazione dei dati	11
2.5 Cliniche escluse	12
2.6 Cliniche coinvolte	13
2.7 Copertura regionale	14
3. Benchmark TARPSY	15
3.1 Calcolo dei costi di esercizio rilevanti per il benchmarking	15
3.2 Altre deduzioni	17
3.2.1 Insegnamento universitario e ricerca	17
3.2.2 Costi aggiuntivi per pazienti LCA	18
3.3 Determinazione del percentile.....	19
3.4 Benchmark TARPSY	20
4. Formazione di cluster	21
4.1 Premessa.....	21
4.2 Obiettivo.....	21
4.3 Record di dati di analisi	21
4.4 Metodologia.....	23
4.5 Risultati del clustering	25
4.6 Clustering HSK.....	25
4.7 Clustering HSK come base per le trattative.....	28
5. Riepilogo	29
6. Allegato	30

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 deve essere considerato come 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 psichiatriche o dei reparti psichiatrici rilevanti per il benchmark);
- il benchmark mira a includere un insieme di comparazione quanto più possibile grande e rappresentativo di tutte le cliniche. In particolare, deve essere privo di distorsioni concorrenziali;
- i dati dei costi e delle prestazioni rilevanti per il benchmarking da paragonare devono essere determinati secondo un metodo unitario e il più possibile preciso e vicino alla realtà;
- non è ammesso effettuare il calcolo del benchmark tramite preselezione di determinate cliniche o di determinate deduzioni, perché questa procedura sarebbe poco trasparente;
- 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;
- il benchmarking deve basarsi il più possibile su cifre effettive invece che su valori normativi;
- il benchmarking deve avvenire idealmente con un valore di riferimento nazionale;
- 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 benchmark debba essere applicato rigorosamente su un percentile basso¹;
- Secondo la decisione del TAF del 15.05.2019 (C-4374 | 2017, C-4461 | 2017) la fase di introduzione di una struttura tariffaria nazionale prosegue fino a quando il Consiglio federale pubblica le comparazioni a livello svizzero (art. 49 cpv. 8 LAMal).²

¹ 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 Il Consiglio federale ha pubblicato per la prima volta alla fine di settembre 2020 i dati aziendali relativi all'ambito acuto somatico.

1.2 Benchmarking della Cooperativa di acquisti HSK

La Cooperativa di acquisti HSK ha effettuato una propria procedura di benchmarking anche per l'anno tariffario 2021. Il benchmarking di HSK si articola nei seguenti due livelli:

- | | |
|-------------------|---|
| 1° livello | <ul style="list-style-type: none">▪ determinazione dei prezzi di base calcolatori rettificati per il DM in base ai dati forniti dalle cliniche e ai calcoli tariffari di HSK;▪ calcolo del valore del benchmark. |
| 2° livello | <ul style="list-style-type: none">▪ Conduzione di trattative tariffali individuali con ogni clinica per stabilire la raffrontabilità più oggettiva possibile di tutte le cliniche sulla base delle caratteristiche dei pazienti e delle strutture;▪ formazione di cluster omogenei (gruppi di cliniche) per definire fasce di prezzo e motivare le differenze di prezzo rispetto al valore di benchmark;▪ il prezzo base deve riflettere le particolarità della clinica;▪ le inefficienze non possono essere finanziate tramite il prezzo base (art. 49 cpv. 1 LAMal). |

2. Basi di dati

2.1 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. La Cooperativa di acquisti HSK richiede dunque che le cliniche utilizzino la versione integrale di ITAR_K[®] comprensiva dei costi dettagliati per l'ambito ospedaliero ambulatoriale. A integrazione di queste basi di dati, HSK necessita anche dei dati di base rilevanti per la TARPSY.

Sono esclusi dalla procedura di benchmarking i costi delle cliniche di psichiatria forense che sono invece indicati sotto unità di costo separate.

2.2 Fornitura dei dati

Nella primavera 2020 la Cooperativa di acquisti HSK ha invitato le cliniche a trasmettere i propri dati ITAR_K[®] unitamente ai dati di base rilevanti per la versione 3.0 della TARPSY e alle relative remunerazioni supplementari entro la **fine di maggio 2020** come previsto nell'accordo contrattuale.

La Cooperativa di acquisti HSK concede alle cliniche un termine più esteso rispetto a quanto previsto dalla Ordinanza sul calcolo dei costi e la registrazione delle prestazioni da parte degli ospedali e delle case di cura nell'assicurazione malattie (OCPre), in cui è fissato il termine del 30 aprile (art. 9 cpv. 5 OCPre) per la trasmissione della contabilità analitica. Si precisa inoltre che nel progetto di modifica dell'Ordinanza sull'assicurazione malattie (OAMal) sono addirittura contemplate deduzioni per i fornitori di prestazioni che non trasmettono oppure trasmettono in ritardo i dati su costi e prestazioni, oppure inviano dati di qualità insufficiente.

La Cooperativa di acquisti HSK ha bisogno di ricevere puntualmente la documentazione richiesta in conformità ai requisiti contrattuali, al fine di riuscire ad effettuare la plausibilizzazione entro un lasso di tempo idoneo. In seguito alla situazione di emergenza causata, nella primavera 2020, dalla pandemia di COVID-19, alcune cliniche non hanno trasmesso i dati o li hanno forniti in ritardo.

Per riuscire a calcolare un benchmark rappresentativo, HSK ha dovuto estendere il termine per la consegna dei dati al 30 agosto 2020, facendo slittare di conseguenza la determinazione e la pubblicazione del valore di benchmark.

Come si evince dalla figura sottostante, soltanto il 65 percento delle cliniche incluse nel benchmarking ha fornito le basi di dati entro i termini.

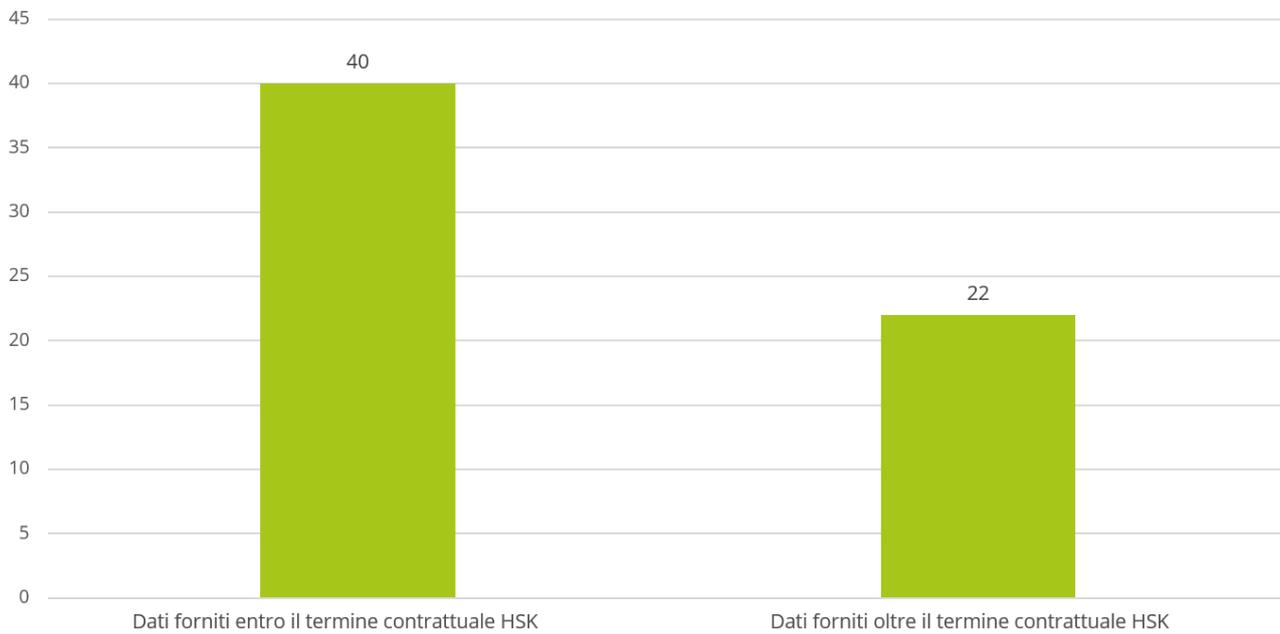


Fig. 2: Panoramica trasmissione dei dati

La Cooperativa di acquisti HSK si aspetta che le basi di dati delle cliniche siano fornite in conformità ai requisiti contrattuali ed entro i termini.

2.3 Basi di dati

2.3.1 Certificazione REKOLE®

Al fine di ottenere un rilevamento uniforme di costi e prestazioni, la Cooperativa di acquisti HSK ha adottato gli standard REKOLE® (revisione del calcolo dei costi e della registrazione delle prestazioni) «Contabilità analitica nell'ospedale». Un'applicazione sistematica di questi standard migliora la trasparenza e la raffrontabilità dei costi d'esercizio.

La maggioranza delle cliniche comprese nel benchmark TARPSY con un mandato di prestazioni per la psichiatria sono certificate REKOLE®:

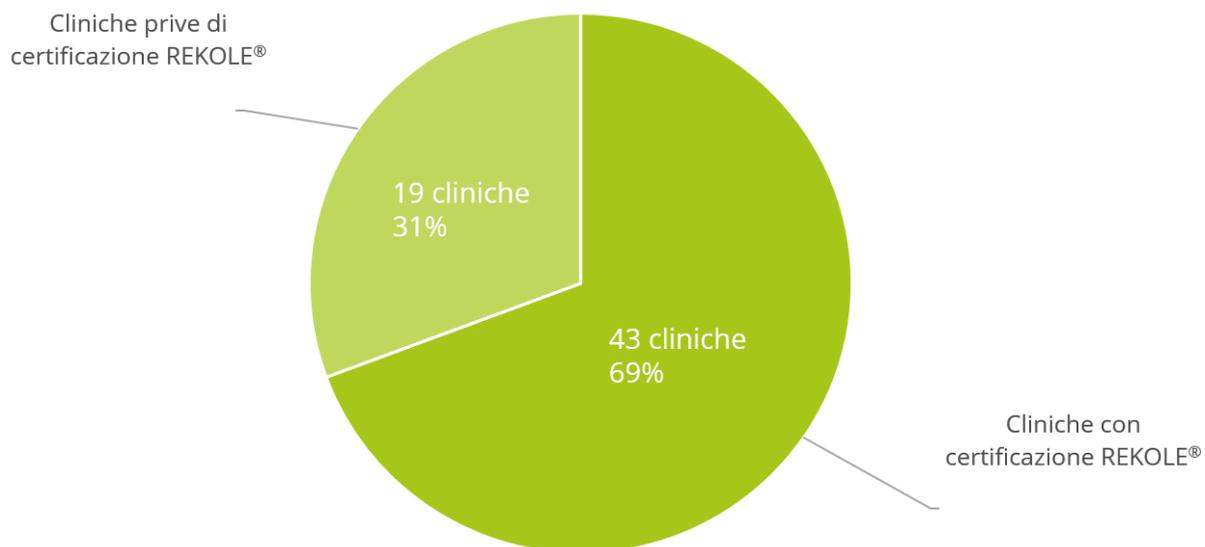


Fig. 3: Cliniche certificate REKOLE®

La Cooperativa di acquisti HSK ha utilizzato per il benchmark TARPSY anche i dati relativi ai costi e alle prestazioni delle cliniche prive di certificazione REKOLE®, se tali dati erano stati trasmessi nel formato ITAR_K® richiesto.

2.3.2 Versione TARPSY

La Cooperativa di acquisti HSK ha chiesto alle cliniche di fornire i dati di base rilevanti per la TARPSY utilizzando la versione 3.0 del sistema tariffale.

Tenuto conto delle modifiche apportate da SwissDRG alla struttura tariffale con effetto dal 1° gennaio 2021, HSK ha deciso di attenersi a questa versione per il calcolo delle tariffe. Per questa sono determinanti i dati simulati della versione di pianificazione 2019 | 2021.

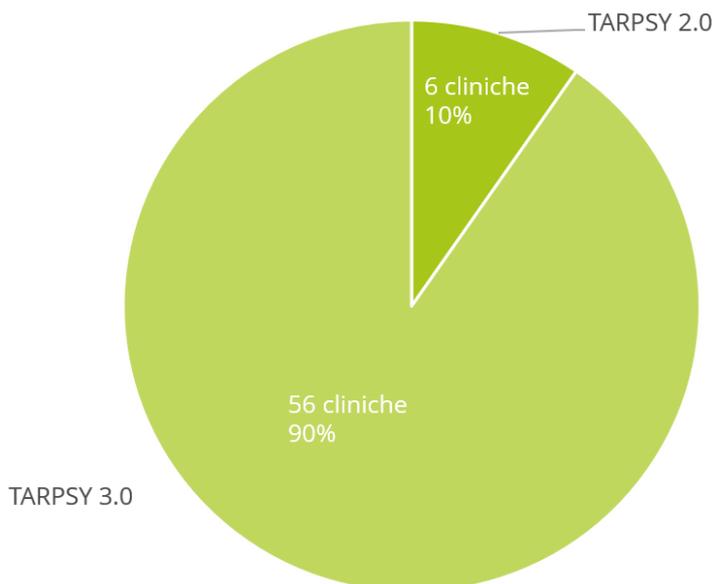


Fig. 4: Dati secondo versione di TARPSY

In considerazione del fatto che alcune cliniche hanno fornito soltanto dati di base rilevanti per TARPSY nella versione 2.0, la Cooperativa di acquisti HSK si è interrogata in merito all'opportunità di calcolare il benchmark TARPSY solo sulla base dei dati conformi alla versione 3.0 o se utilizzare una forma mista.

Alla fine HSK ha scelto la forma mista per i seguenti motivi:

- i dati strutturati secondo la TARPSY 2.0 riguardano solo 6 cliniche;
- lo scostamento dei dati tra la versione 2.0 e la versione 3.0 è modesto, perché la struttura tariffale è stata standardizzata (per analogia con la struttura tariffale DRG);
- il benchmark è migliore e rappresentativo se include un maggior numero di cliniche.

La procedura di benchmarking della Cooperativa di acquisti HSK comprende quindi al 90 per cento dati di base conformi alla versione 3.0 della TARPSY.

2.3.3 Compensi supplementari (ZE)

La Cooperativa di acquisti HSK aveva altresì chiesto alle cliniche di fornire i dati di base rilevanti per TARPSY nella versione 3.0 includendo anche i dati relativi ai compensi supplementari. A partire dalla versione 3.0, SwissDRG ha introdotto compensi supplementari specifici per la psichiatria. Nella nuova versione è possibile conteggiare, in aggiunta al prezzo di base, anche le «prove di reinserimento nell'ambiente di vita» e l'«assistenza 1:1». Questi introiti supplementari devono essere considerati nel benchmarking (e nel calcolo tariffale) come prestazioni minori.

La Cooperativa di acquisti HSK ha rilevato che numerose cliniche non hanno incluso nei compensi supplementari, oppure lo hanno fatto solo in maniera parziale, i dati relativi alle «prove di reinserimento nell'ambiente di vita» simulate e all'«assistenza 1:1».

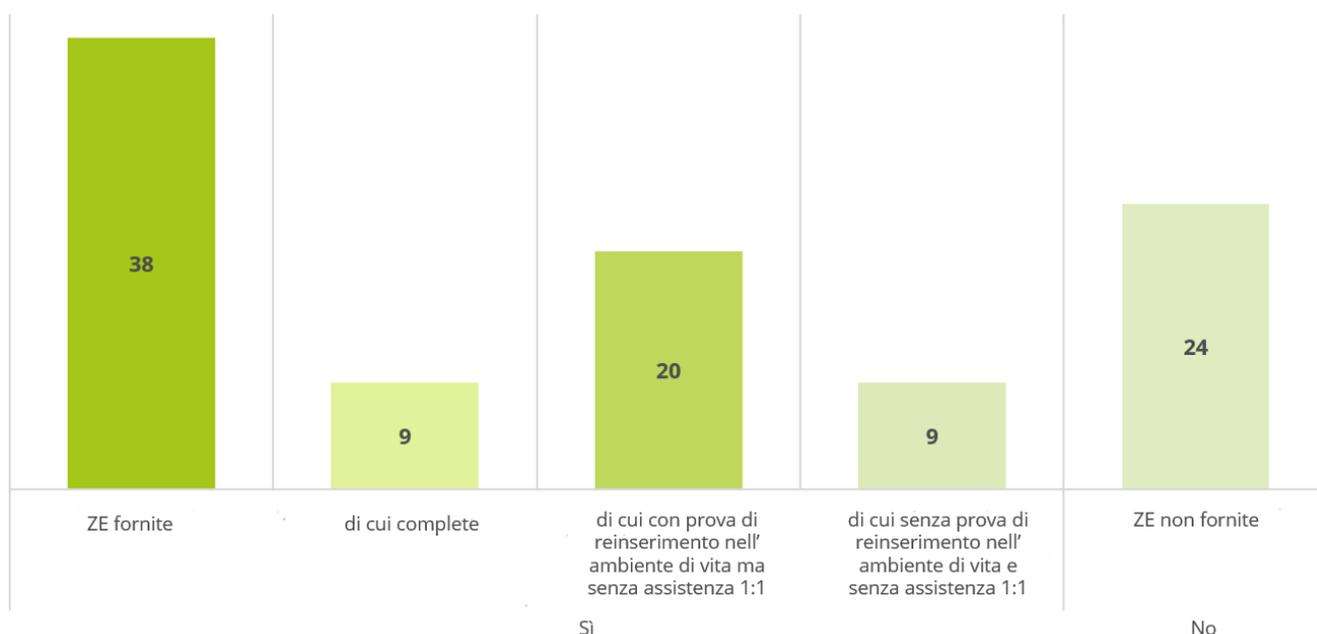


Fig. 5: Trasmissione dei compensi supplementari (ZE)

In occasione delle proprie analisi interne, la Cooperativa di acquisti HSK ha constatato che i compensi supplementari non dedotti o dedotti solo parzialmente hanno influito sul benchmark TARPSY. Se fossero stati considerati i dati completi delle cliniche, il benchmark sarebbe stato più basso e più corretto.

Nell'ambito del meccanismo di determinazione dei prezzi a due livelli, HSK solleciterà l'invio di dati completi sui compensi supplementari da parte delle cliniche inadempienti oppure procederà al calcolo delle tariffe applicando una deduzione normativa.

2.4 Plausibilizzazione dei dati

I dati ITAR_K[®] dell'esercizio 2019, i dati di base rilevanti per TARPSY versione 3.0 (e 2.0) e le remunerazioni supplementari simulate per la psichiatria secondo il catalogo dei forfait per caso SwissDRG sono stati verificati dettagliatamente dalla Cooperativa di acquisti HSK per accertarne completezza, correttezza e chiarezza.

Vi rientrano le seguenti fattispecie:

▪ Confronto della contabilità aziendale e finanziaria	
▪ Confronto tra la presentazione per unità finali d'imputazione e la presentazione ITAR_K [®]	
▪ Confronti sistematici con l'anno precedente	
▪ Dati di base rilevanti TARPSY dei casi 2019	<ul style="list-style-type: none">▪ Numero casi TARPSY 2019▪ Numero giorni di cura conteggiabili, <u>senza</u> giorni di cura supplementari come da disposizione transitoria▪ Numero assenze durate più di 24 ore▪ Numero giorni di congedo▪ Daymix, calcolato sulla base dei giorni di cura conteggiabili, <u>senza</u> giorni di cura supplementari come da disposizione transitoria▪ Daymix-Index, calcolato sulla base della TARPSY versione 3.0▪ Compensi supplementari simulati calcolate in base a SwissDRG, TARPSY 3.0

Nella plausibilizzazione dei dati di base rilevanti TARPSY è stato osservato quanto segue:

- per l'anno tariffario 2021 le giornate di cura computabili sono state conteggiate in maniera eterogenea;
- il Daymix (DM) basato sulle giornate di cura e Daymix-Index (DMI) non è stato calcolato dalle cliniche secondo criteri uniformi;
- i dati simulati relativi ai compensi supplementari per «prove di reinserimento nell'ambiente di vita» e «assistenza 1:1» sono incompleti o non plausibili.

La Cooperativa di acquisti HSK giudica ancora inadeguata la qualità dei dati di base rilevanti per TARPSY forniti dalle cliniche.

2.5 Cliniche escluse

I criteri di completezza e plausibilità dei dati forniti vengono valutati per ogni clinica rispettivamente per ogni fornitura dei dati. 11 cliniche sono state escluse dalla procedura di benchmarking perché non soddisfacevano i criteri di completezza e plausibilità dei dati.

Motivi	Numero di cliniche
▪ Dati ITAR_K [©] mancanti	4
▪ Dati ITAR_K [©] non plausibili	3
▪ Avvio dell'attività durante l'esercizio 2019	2
▪ Cliniche specializzate (Clinica Somosa ³ di Winterthur e Clinica per la medicina del sonno a Bad Zurzach ⁴)	2
Totale	11

³ La clinica Somosa è sia un istituto rieducativo per minori che una clinica psichiatrica. Il suo finanziamento è ripartito tra assicuratore | cantone e | o Procura dei minorenni | APMA | autorità.

⁴ La clinica per la medicina del sonno ha un mandato di prestazione limitato esclusivamente ai disturbi del sonno.

2.6 Cliniche coinvolte

Per il benchmark TARPSY 2021 sono state prese in considerazione 62 cliniche (anno precedente: 61) con un mandato di prestazione per cure psichiatriche stazionarie. Le cliniche appartengono alle seguenti categorie UST (Ufficio federale di statistica):

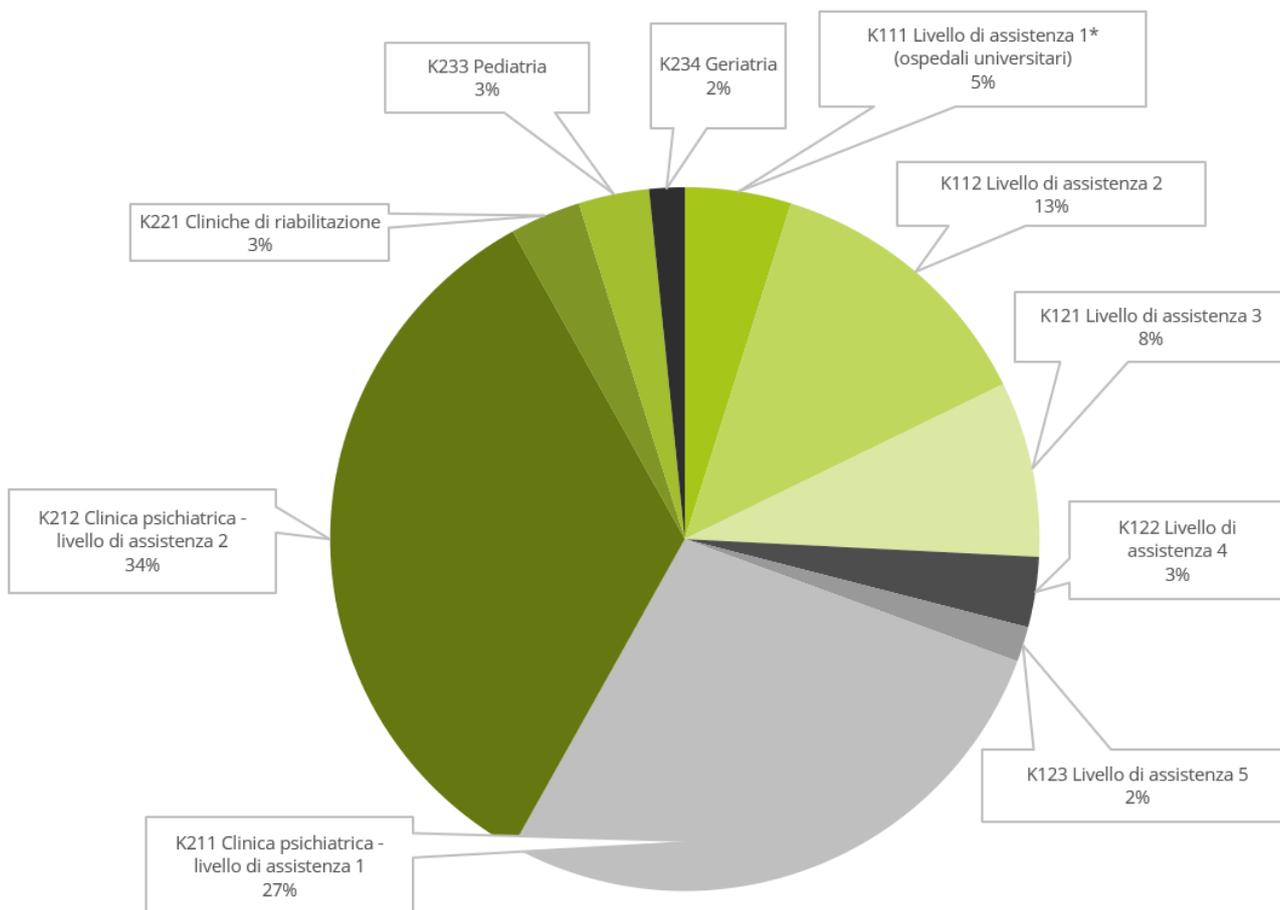


Fig. 6: Distribuzione delle cliniche per categorie UST

Nel benchmark TARPSY sono quindi rappresentate cliniche appartenenti a tutte le categorie ospedaliere UST.

2.7 Copertura regionale

Il benchmark TARPSY 2021 comprende tutti i cantoni in cui sono presenti cliniche con un mandato di prestazione per la psichiatria:

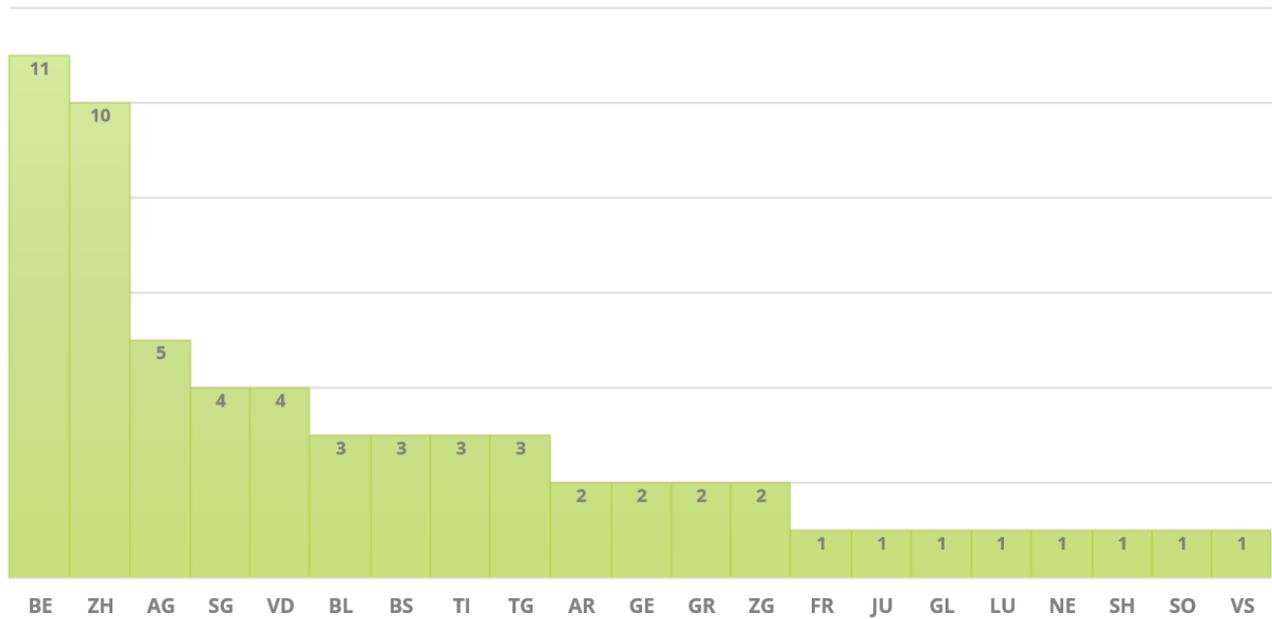


Fig. 7: Copertura regionale

Nel benchmark TARPSY sono inclusi tutti i cantoni⁵ o l'85 per cento di tutte le cliniche.

⁵ Nei 4 cantoni AI, NW, OW, SZ, UR non ci sono cliniche psichiatriche.

3. Benchmark TARPSY

3.1 Calcolo dei costi di esercizio rilevanti per il benchmarking

Il calcolo viene effettuato con il seguente metodo:

Schema di calcolo	Osservazioni								
Totale costi secondo la contabilità aziendale COAZ (calcolo unitario)									
./. Costi di utilizzazione delle immobilizzazioni (CUI)	Dati forniti dalla clinica (OCPre)								
./. Ricavi del gruppo di conto 65	Dati forniti dalla clinica, secondo le istruzioni ITAR_K [®] , prescrizioni TAF								
+ Compensazione di ricavi del gruppo di conto 66	Se gestiti come riduzione dei costi per il centro di costo, dati della clinica								
./. Onorari medici per pazienti con assicurazioni integrative	Dati forniti dalla clinica								
= Costi d'esercizio netti I (CEN)									
./. Deduzione sussidiaria per ricerca e formazione universitaria	Deduzione effettiva, ma almeno normativa, in base alle seguenti percentuali sulle spese per il personale, esclusi gli onorari medici e in rapporto al numero di posti letto disponibili: <table style="margin-left: 40px;"> <tr> <td>< 75 posti letto:</td> <td>0,8%</td> </tr> <tr> <td>> 75 posti letto:</td> <td>1,5%</td> </tr> <tr> <td>> 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 forniti dalla clinica, poiché HSK non può verificare se tutte le prestazioni economicamente di interesse generale sono dichiarate								
= Costi d'esercizio netti II (CEN)									
./. Deduzione per costi aggiuntivi derivati da prestazioni per pazienti con assicurazione integrativa	Applicazione della raccomandazione CDS ⁶ : per giorno SP P 67 franchi se la deduzione effettiva è inferiore al valore normativo. Altrimenti la deduzione è effettuata in base ai dati forniti dalla clinica.								
./. Deduzione per remunerazioni supplementari SwissDRG non valutate	Dati forniti dalla clinica								
Rincaro costi di proiezione deduzioni per mancanza di trasparenza	Non compresi nel benchmark								

⁶ Raccomandazione CDS (Conferenza dei direttori cantonali della sanità) sulla verifica dell'economicità per psichiatria e riabilitazione del 27 luglio 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
Costi di utilizzazione delle immobilizzazioni (CUI)	I CUI presentati in base all'OCPre sono stati plausibilizzati con la contabilità delle immobilizzazioni (Statistica ospedaliera dell'UST)
= Costi d'esercizio rilevanti per il benchmark HSK (CEB)	
./ Deduzione per compensi supplementari SwissDRG valutate, TARPSY versione 3.0	Dati forniti dalla clinica
: Daymix TARPSY versione 3.0	Dati forniti dalla clinica
= Prezzo base calcolato HSK	

3.2 Altre deduzioni

3.2.1 Insegnamento universitario e ricerca

Secondo il TAF, le cliniche devono indicare separatamente in ITAR_K[®] i costi effettivi per l'insegnamento universitario e la ricerca. La Cooperativa di acquisti HSK ritiene che le cliniche abbiano sottovalutato questi costi effettivi e quindi, come lo scorso anno e analogamente all'ambito somatico acuto, ha scelto di utilizzare una forma mista per le detrazioni:

- nella contabilità per unità finali d'imputazione, le cliniche non distinguono tra insegnamento e ricerca;
- i metodi di calcolo dei costi di ricerca e insegnamento universitario non sono noti. HSK non sa se si tratta di costi effettivi o di stime approssimative, oppure se perfino i contributi cantonali sono stati inclusi come costi;
- HSK non sa con quale frequenza vengano calcolati tali costi. Sarebbe decisivo sapere se le cliniche eseguono i rilevamenti con cadenza annuale oppure se applicano i dati del rilevamento di un anno, normativamente, agli anni successivi;
- soltanto un numero ristretto di cliniche ha documentato il metodo di calcolo applicato per l'insegnamento universitario e la ricerca.

Nei confronti delle cliniche che, a giudizio della Cooperativa di acquisti HSK, hanno dichiarato costi troppo bassi per l'insegnamento e la ricerca, HSK ha dedotto ulteriormente la differenza rispetto ai costi calcolati secondo approcci normativi, come mostrato nel seguente grafico:

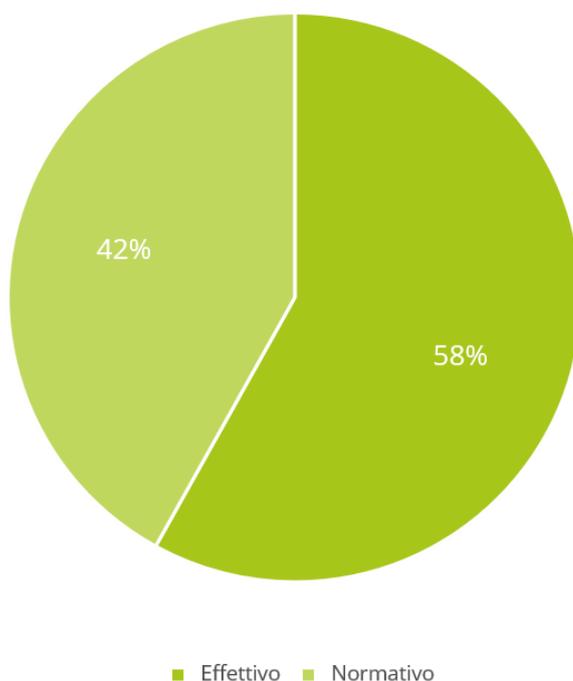


Fig. 8: Deduzione per insegnamento e ricerca

La Cooperativa di acquisti HSK ha integrato nel benchmark TARPSY i costi per insegnamento e ricerca che sono stati effettivamente documentati dal 42 per cento delle cliniche.

3.2.2 Costi aggiuntivi per pazienti LCA

Il TAF richiede in sostanza che siano considerati i dati effettivi per la deduzione delle spese aggiuntive delle persone con assicurazione integrativa, pur non escludendo un approccio normativo come suggerito nelle raccomandazioni della Conferenza dei direttori della sanità (CDS) (67 franchi per giorno in reparto SP | P – semiprivato | privato).

La Cooperativa di acquisti HSK ha osservato che in ITAR_K[®] le deduzioni delle cliniche relative alle spese aggiuntive dei pazienti con assicurazione integrativa sono basse. Per tale motivo HSK applica una deduzione normativa alle cliniche che evidenziano costi per le spese aggiuntive di questi pazienti inferiori a quanto indicato nelle raccomandazioni CDS.

Negli altri casi, la Cooperativa di acquisti HSK utilizza i dati forniti dalle cliniche.

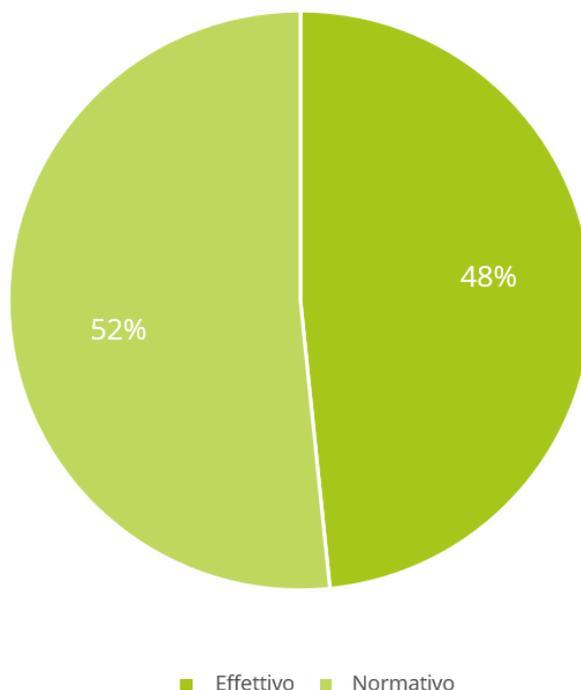


Fig. 9: Deduzione per spesa aggiuntiva pazienti LCA

La Cooperativa di acquisti HSK ha integrato nel benchmark i costi relativi alla spesa aggiuntiva per pazienti LCA che sono stati effettivamente documentati dal 52 per cento delle cliniche.

3.3 Determinazione del percentile

Secondo la LAMal (Legge federale sull'assicurazione malattie) 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.



Fig. 10: Metodo per la scelta del percentile

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 efficienti. Pertanto un valore di benchmark debole ha un effetto di aumento dei prezzi, come illustrato dai seguenti valori:

Valore	CHF
Media ponderata	700
Valore medio aritmetico	686
40° percentile – Benchmark HSK	673
30° percentile	653
25° percentile	642
20° percentile	605

A causa della fase di introduzione della struttura tariffaria TARPSY, la Cooperativa di acquisti HSK ha definito il percentile, come l'anno precedente, al 40 per cento.

3.4 Benchmark TARPSY

Per l'anno tariffario 2021, la Cooperativa di acquisti HSK ha calcolato il seguente benchmark TARPSY comprensivo dei costi di utilizzazione delle immobilizzazioni (senza rincaro):

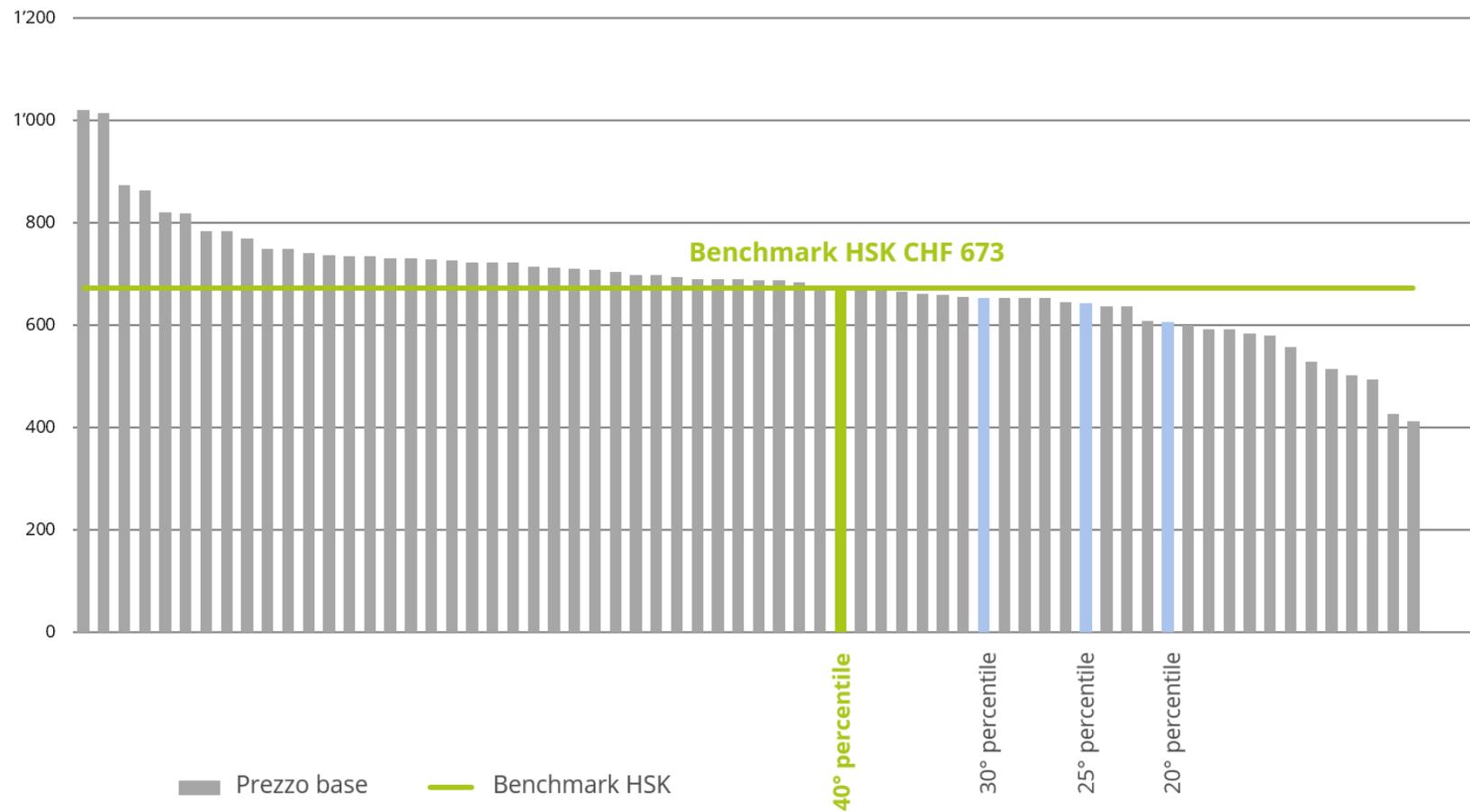


Fig. 11: Benchmark HSK TARPSY 2021

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 risp. 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, che dipendono dalla durata della degenza, vengono stabiliti per ogni gruppo e moltiplicati per il prezzo base. In teoria, quindi, il sistema riflette la complessità del trattamento e di conseguenza le differenze di costo.

4.2 Obiettivo

La Cooperativa di acquisti HSK si è posta l'obiettivo di utilizzare, perfezionandolo, l'approccio a cluster nell'ambito della psichiatria come per il benchmark dell'anno tariffario 2020, nell'intento di rilevare le differenze di costo sulla base dei dati e di motivare le differenze di prezzo tra le cliniche.

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

La struttura tariffaria TARPSY è stata introdotta nel 2018 e non è possibile spiegare, sulla base dei dati, tutte le differenze di costo tra le cliniche. Maggiori informazioni e considerazioni individuali sulle cliniche possono contribuire a individuare soluzioni e a rafforzare l'autonomia tariffaria dei partner.

4.3 Record di dati di analisi

Nell'anno 2019, la struttura tariffaria TARPSY è stata applicata da tutte le cliniche psichiatriche. Il record di dati di analisi comprende soltanto le cliniche incluse nel benchmark (n = 62) con i relativi costi di esercizio rilevati ai fini del benchmark secondo il calcolo della Cooperativa di acquisti HSK. In aggiunta, il record di dati di analisi è stato integrato con informazioni dalla statistica ospedaliera, dati degli ospedali svizzeri e della statistica medica dell'UST relativi agli anni 2019 | 2018 | 2017 in base alla disponibilità, nonché altre informazioni (relative ad es. al ricovero a scopo di assistenza). Rispetto ai dati della statistica medica, HSK preferisce in genere fare riferimento alle cifre calcolate sulla base del proprio modello tariffario che sono derivate dalle basi di dati fornite dalle cliniche. I parametri ottenuti dalla statistica medica servono tuttavia per la plausibilizzazione dei valori calcolati da HSK.

Nella statistica medica sono ancora indicati come «tariffa psichiatrica» anche altri casi psichiatrici (come quelli forensi). Il grouper di TARPSY (versione di conteggio 2019 | 2019) è comunque applicato a tutti i casi psichiatrici, indipendentemente dalla tariffa. A ogni caso psichiatrico viene assegnato un PCG o un valore TARPSY. Le variabili utilizzate dalla Cooperativa di acquisti HSK sono basate esclusivamente sui casi TARPSY.

Il record di dati di analisi è composto dalle seguenti variabili o predittori⁷, suddivisi in tre categorie:

1) Struttura della clinica

- Numero di casi ¹⁾
- Medici assistenti in psichiatria ²⁾
- Personale medico in psichiatria ³⁾
- Personale infermieristico in psichiatria ³⁾
- Rapporto personale infermieristico | medico³⁾

2) Grado di specializzazione della clinica

- Numero di PCG a 4 cifre ^{4/5)}
- Specializzazione ^{4/5/6)}
- Specializzazione HSK ^{4/5/6)}
- Specializzazione ANQ ^{4/5/7)}

3) Pazienti della clinica

- Ricovero a scopo di assistenza ⁸⁾
- Daymix-Index ¹⁾
- Quota split A su tutti i casi ^{4/5)}
- Quota urgenze ⁵⁾
- Quota bambini ⁵⁾
- Quota > 65 anni ⁵⁾
- Numero di diagnosi secondarie in pazienti > 65 anni ⁵⁾

Le variabili «medici assistenti», «personale medico» e «personale infermieristico» si riferiscono alla clinica nel suo complesso e non al singolo ambito specialistico. Per questo motivo sono stati effettuati ulteriori calcoli per rendere queste variabili applicabili all'ambito specialistico psichiatrico:

- la quota psichiatrica della clinica. Questa si ottiene dividendo il «numero di casi psichiatrici» per il «numero di casi totali»;
- le variabili «medici assistenti», «personale medico» e «personale infermieristico» sono moltiplicate per il valore «quota psichiatrica»;
- questi risultati sono ponderati per il numero di «casi psichiatrici» della clinica al fine di rendere le cliniche comparabili tra di loro.

⁷ Secondo le seguenti fonti di dati:

- 1) Modello tariffario ITAR_K®, dati del 2019
- 2) UST - Statistica ospedaliera, dati del 2017
- 3) UST - Cifre chiave degli ospedali svizzeri, dati del 2018
- 4) Grouper TARPSY di SwissDRG, versione di conteggio 2.0
- 5) UST - Statistica medica, dati del 2019
- 6) HSK - Dati del responsabile delle trattative
- 7) ANQ - Criteri per la differenziazione
- 8) UST - Statistica medica, dati del 2018

Sono state verificate le variabili relative alla «specializzazione»: una basata sulla definizione HSK e l'altra sulla definizione ANQ. Le caratteristiche delle variabili sono elencate di seguito:

Specializzazione HSK	Specializzazione ANQ
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dipendenze (> 70% dei casi totali) ▪ Depressione (> 70% dei casi totali) ▪ Altro (varie) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cliniche per le dipendenze (> 90% con diagnosi F1) ▪ Cliniche non per dipendenze (altro)

Volendo lavorare su specializzazioni quanto più possibile differenziate, la Cooperativa di acquisti HSK ha deciso di utilizzare la propria definizione delle specializzazioni come nell'anno precedente.

4.4 Metodologia

La procedura di formazione dei cluster è di natura esplorativa. Tramite di essa si tenta di capire se nei dati è individuabile una determinata struttura. In questo modo le cliniche possono essere raggruppate in cluster sulla base delle caratteristiche selezionate durante la procedura di clustering. Ogni cluster dovrebbe essere il più omogeneo possibile e distinguersi nettamente dagli altri cluster.

La metodologia applicata è un clustering gerarchico che si basa quindi sulla distanza. Sulla base dei predittori selezionati si quantificano le differenze risp. somiglianze tra le cliniche sotto forma di distanze reciproche. In questo modo si rileva una determinata struttura nei dati e i cluster vengono formati sulla base di queste distanze. Per evitare distorsioni del modello, i predittori scelti devono evidenziare poche correlazioni reciproche.

Prima di procedere al clustering è stata effettuata un'analisi descrittiva completa del set di dati. Durante il processo è stata verificata la correlazione tra i predittori, al fine di assicurarsi che i predittori individuati non causassero distorsioni nel modello.

La figura successiva mostra il livello di correlazione tra i predittori. I colori più scuri (grigio e verde) indicano una correlazione maggiore (positiva o negativa). Viene verificata anche la correlazione tra queste variabili e le due variabili relative alla specializzazione. Come atteso, la variabile «pcg_4_n» evidenzia una forte correlazione con la variabile della specializzazione. Non si rilevano altrimenti correlazioni preoccupanti.

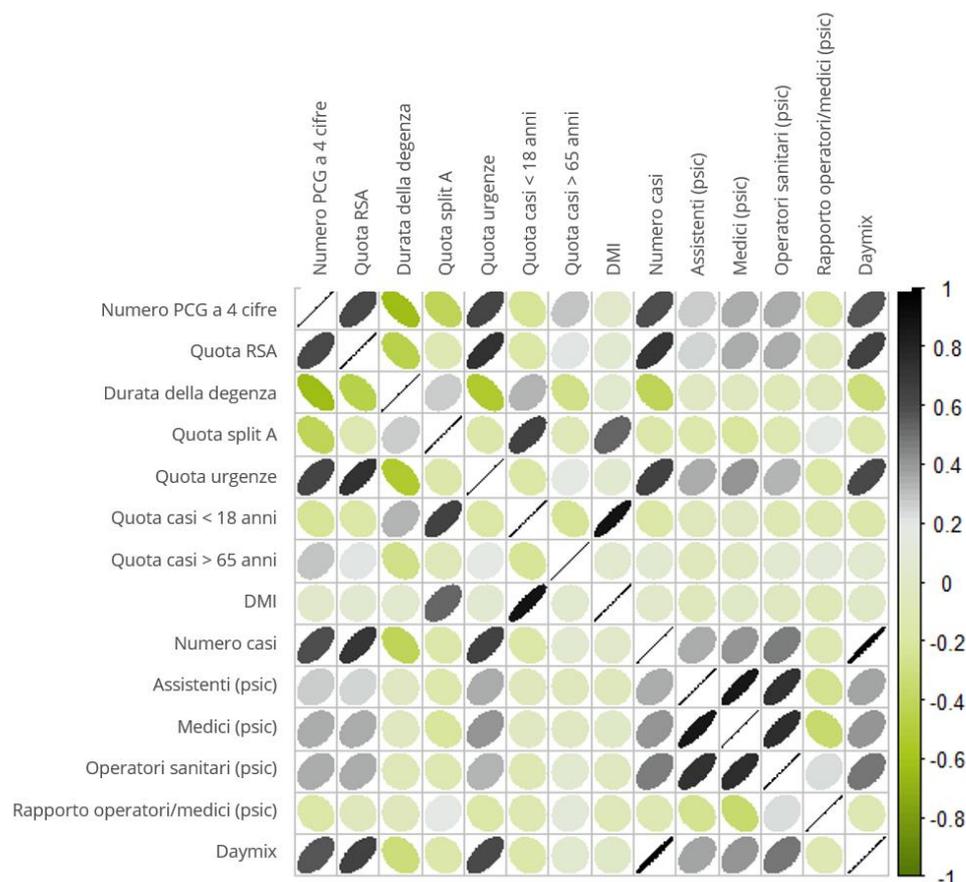


Fig. 12: Correlazioni tra le variabili esaminate

Dalla procedura di clustering si possono trarre le seguenti conclusioni:

- tra le diverse variabili emergono correlazioni anche importanti. Ciò potrebbe causare delle collinearità⁸, quindi a un successivo ulteriore affinamento del clustering andrebbe esclusa una delle due variabili fortemente correlate (> 0,7) al fine di evitare distorsioni. Dalla figura si possono trarre le conclusioni elencate di seguito: le variabili «PCG», «RSA» (ricovero a scopo di assistenza), «urgenze», «casi» e «durata della degenza» sono fortemente correlate tra loro;
- nelle variabili «quota bambini» e «quota split A» bisogna tenere presente che i bambini sono codificati anche come «split A» e pertanto le due variabili hanno una correlazione forte. Siccome queste variabili rappresentano casi piuttosto gravi, entrambe evidenziano una correlazione positiva forte anche con il «DMI». Nel modello bisogna quindi scegliere tra la variabile «bambini» o la «split A»;
- la variabile «età» evidenzia una correlazione bassa con le altre variabili;
- il numero di casi ha una correlazione positiva forte con «PCG», «RSA» e «Daymix». Si osserva una lieve correlazione positiva con le «variabili del personale»;
- le «variabili del personale» mostrano una correlazione limitata con le altre variabili, in compenso sono fortemente correlate tra loro. Per questo motivo, qualora dovessero essere applicate nel clustering, non dovrebbero essere prese in considerazione insieme.

⁸ I vettori collineari sono vettori paralleli o antiparalleli. Uno dei due vettori è un multiplo dell'altro.

4.5 Risultati del clustering

Il clustering è stato effettuato utilizzando diverse combinazioni di predittori e quantità di cluster. La scelta dei predittori è fondamentale perché i gruppi sono formati proprio in base ai predittori utilizzati.

L'inserimento di una variabile relativa al personale («assistenza», «medici» e «infermieri») tra i predittori del modello non ha fornito nuovi risultati sulla struttura dei dati. Non è stato rilevato alcun nuovo cluster e inoltre queste variabili non influiscono sulla ripartizione delle cliniche tra i diversi cluster. Al fine di evitare ridondanze nel modello (dovute all'inclusione di variabili irrilevanti), le variabili relative al personale non sono state considerate nel clustering.

A titolo sperimentale sono state riunite in un cluster anche due cliniche con un numero superiore alla media di pazienti anziani utilizzando la variabile «età >65». Queste due cliniche risultavano tuttavia diverse in tutti gli altri aspetti. Per questo motivo, anche questa variante è stata scartata.

4.6 Clustering HSK

La Cooperativa di acquisti HSK ha attribuito particolare importanza alla selezione delle varianti di clustering che garantiscono la massima trasparenza a livello statistico e di contenuto. La variante di clustering scelta si basa sui seguenti predittori:

- specializzazione HSK (dipendenze, depressioni, altro)
- ricovero a scopo di assistenza come variabile binaria (0 se <5 percento, altrimenti 1)
- quota di bambini

Sulla base di queste variabili, la Cooperativa di acquisti HSK ha individuato i seguenti cluster:

Cluster	Numero di cliniche per cluster
▪ Cliniche pediatriche e per l'adolescenza	4
▪ Cliniche di prestazioni di base con RSA	31
▪ Cliniche di prestazioni di base senza RSA (< 5%)	18
▪ Cliniche per dipendenze	7
▪ Cliniche specializzate (focus «depressione»)	2

Per la convalida e la visualizzazione dei risultati del clustering, sono stati scelti diversi metodi di rappresentazione. Il «grafico silhouette» fornisce informazioni sulla struttura del cluster e mostra in quale misura una clinica rientri effettivamente in un cluster.

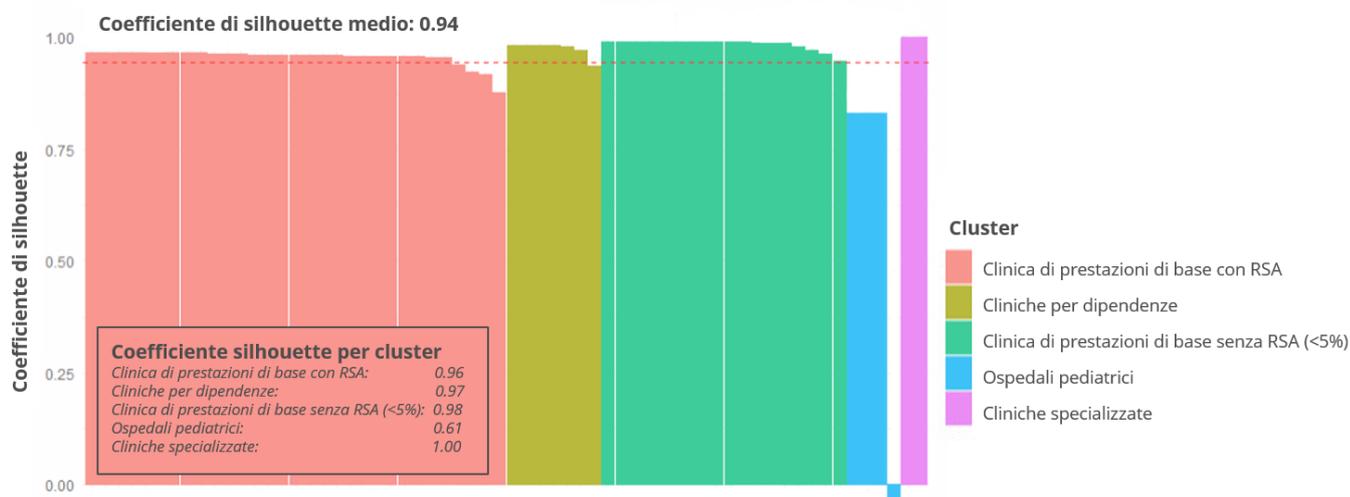
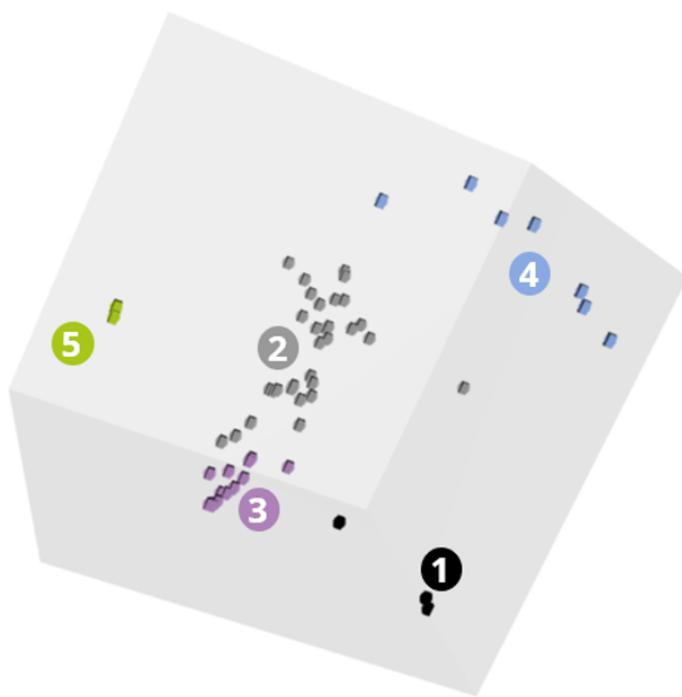


Fig. 13: Grafico silhouette

Il «grafico silhouette» è uno strumento di convalida del clustering e il «coefficiente silhouette» fornisce indicazioni in merito alla qualità dei cluster formati. I «coefficienti silhouette» possono essere determinati per le singole cliniche, i singoli cluster e l'intero record di dati che riguardano in questo caso i tre predittori.

Un «coefficiente silhouette» superiore a 0,7 è indice di una buona struttura. Un coefficiente superiore a 0,5 indica una struttura accettabile. Come si evince dalla figura, la struttura con un «coefficiente silhouette» complessivo di 0,94 è molto buona. L'unica clinica con un «coefficiente silhouette» negativo è la «Etablissement Hospitaliers du Nord Vaudois» che è stata classificata come ospedale pediatrico, anche se non è un ospedale pediatrico «puro». Da un punto di vista statistico, questa clinica non appartiene al cluster a cui è stata assegnata.

La rappresentazione 3D consente di visualizzare diversamente i risultati: ogni punto rappresenta una clinica, mentre un raggruppamento di punti corrisponde ad un cluster.



Legenda:

1. Cliniche pediatriche e per l'adolescenza
2. Cliniche per prestazioni di base con RSA
3. Cliniche per prestazioni di base senza RSA (< 5%)
4. Cliniche per dipendenze
5. Cliniche specializzate (focus «depressione»)

Fig. 14: Risultati del clustering TARPSY

In questo «grafico tridimensionale» si può vedere che le cliniche presentano tra di loro delle differenze anche marcate sulla base dei predittori utilizzati. In particolare è facile individuare le cliniche per le dipendenze (cluster 4) e le cliniche specializzate (cluster 5). Le cliniche pediatriche e per l'adolescenza sono meno omogenee, ma comunque chiaramente identificabili (cluster 1). Il grande raggruppamento centrale è formato da tutte le cliniche di prestazioni di base, che si distinguono nettamente dalle altre. Non è invece altrettanto netta la divisione tra cliniche con RSA e cliniche senza RSA.

4.7 Clustering HSK come base per le trattative

Per l'anno tariffario 2021, la Cooperativa di acquisti HSK trae le conseguenze seguenti dal clustering effettuato:

- gli esiti analitici e metodologici permettono di incrementare la confrontabilità delle cliniche;
- i cluster evidenziano specificità che giustificano le differenze di costo tra le cliniche;
- in base ai risultati, ogni clinica è stata assegnata ad uno dei cinque cluster individuati (vedi elenco allegato);
- i cinque cluster definiti sono considerati per le trattative sui prezzi.

Per questo motivo, la Cooperativa di acquisti HSK ha definito, per ogni cluster, uno scostamento tariffario dal benchmark:

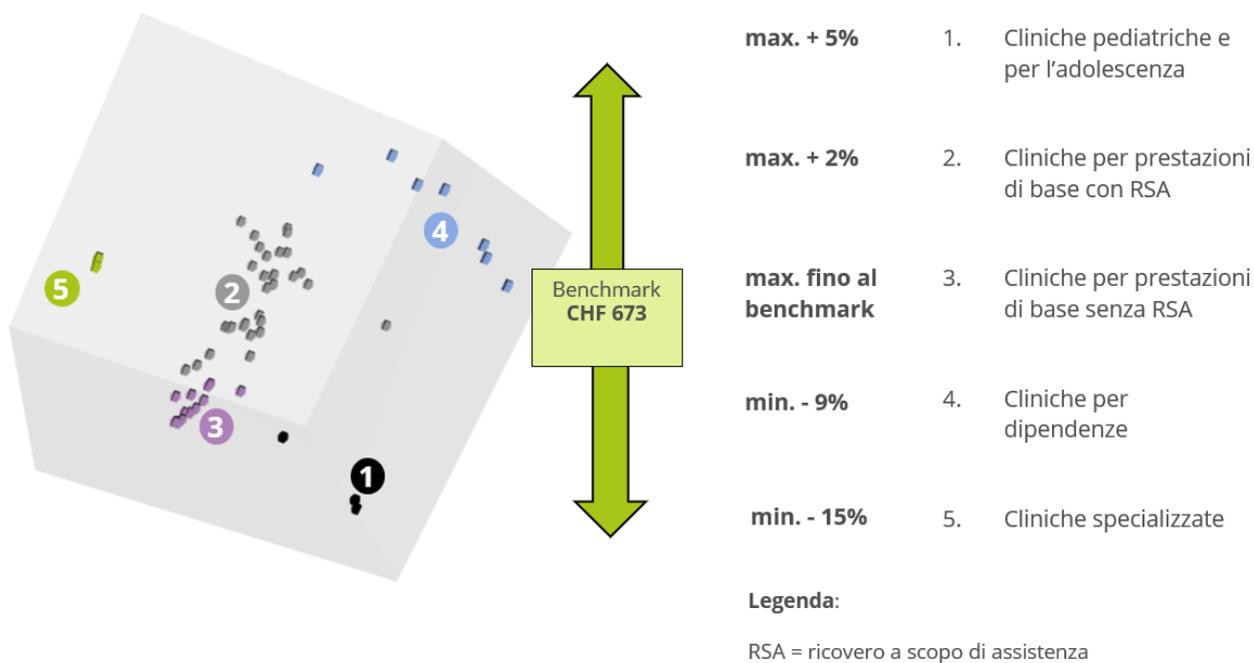


Fig. 15: Differenziazione dei prezzi in funzione del cluster

La Cooperativa di acquisti HSK ha creato presupposti basati sui dati per il rispetto dell'autonomia tariffale dei partner secondo la Legge sull'assicurazione malattie (LAMal).

5. Riepilogo

Il benchmark HSK TARPSY...

- ammonta per l'anno tariffario 2021 a **673 franchi** (senza rincaro);
- viene definito sulla base del 40° percentile;
- la determinazione del valore di riferimento valido per tutta la Svizzera è giustificata dai dati;
- comprende tutti i tipi di cliniche psichiatriche;
- comprende l'85 per cento delle cliniche psichiatriche;
- costituisce un essenziale elemento di base per il meccanismo di determinazione dei prezzi a due livelli;
- è valido e rappresentativo;
- funge, in congiunzione con i cluster definiti, da riferimento per le differenziazioni di prezzo basate sui dati tra le cliniche.

Esistono ancora alcuni punti deboli:

- l'indicazione corretta dei giorni di cura conteggiabili secondo TARPSY 3.0 e il conseguente calcolo del DM;
- mancano dati sul volume delle nuove remunerazioni supplementari TARPSY;
- le deduzioni insufficienti dei costi per i pazienti con assicurazione integrativa impongono una deduzione normativa come da raccomandazione CDS;
- la sottostima dei costi da escludere per insegnamento universitario e ricerca nell'unità d'imputazione separata rende necessaria una deduzione normativa. Fanno eccezione le cliniche che hanno presentato costi effettivi considerati plausibili;
- permangono differenze sostanziali nei prezzi base calcolati sui costi delle cliniche;
- la Cooperativa di acquisti 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.

6. Allegato

Il benchmark TARPSY include 62 cliniche con i seguenti prezzi base calcolatori rettificati per DM (inclusi CUI secondo OCPRe, senza rincaro, 40° percentile) che sono state assegnate ai cluster in base alla descrizione⁹:

No. ID	Prezzo base calc. HSK in CHF	No. cluster	Descrizione del cluster
P1	501	1	Cliniche specializzate (specializzazione: depressione)
P2	590	1	Cliniche specializzate (specializzazione: depressione)
P3	494	2	Cliniche per dipendenze
P4	532	2	Cliniche per dipendenze
P5	613	2	Cliniche per dipendenze
P6	652	2	Cliniche per dipendenze
P7	667	2	Cliniche per dipendenze
P8	677	2	Cliniche per dipendenze
P9	1'019	2	Cliniche per dipendenze
P10	425	3	Clinica di prestazioni di base senza RSA
P11	513	3	Clinica di prestazioni di base senza RSA
P12	605	3	Clinica di prestazioni di base senza RSA
P13	608	3	Clinica di prestazioni di base senza RSA
P14	648	3	Clinica di prestazioni di base senza RSA
P15	664	3	Clinica di prestazioni di base senza RSA
P16	684	3	Clinica di prestazioni di base senza RSA
P17	689	3	Clinica di prestazioni di base senza RSA
P18	698	3	Clinica di prestazioni di base senza RSA
P19	709	3	Clinica di prestazioni di base senza RSA
P20	710	3	Clinica di prestazioni di base senza RSA
P21	712	3	Clinica di prestazioni di base senza RSA
P22	735	3	Clinica di prestazioni di base senza RSA
P23	735	3	Clinica di prestazioni di base senza RSA
P24	749	3	Clinica di prestazioni di base senza RSA
P25	783	3	Clinica di prestazioni di base senza RSA
P26	866	3	Clinica di prestazioni di base senza RSA
P27	873	3	Clinica di prestazioni di base senza RSA
P28	412	4	Clinica di prestazioni di base con RSA
P29	585	4	Clinica di prestazioni di base con RSA
P30	600	4	Clinica di prestazioni di base con RSA
P31	635	4	Clinica di prestazioni di base con RSA
P32	637	4	Clinica di prestazioni di base con RSA
P33	654	4	Clinica di prestazioni di base con RSA
P34	656	4	Clinica di prestazioni di base con RSA
P35	656	4	Clinica di prestazioni di base con RSA

⁹ Per motivi di protezione dei dati le cliniche non sono elencate nominativamente, bensì con un numero identificativo interno.

P36	665	4	Clinica di prestazioni di base con RSA
P37	671	4	Clinica di prestazioni di base con RSA
P38	682	4	Clinica di prestazioni di base con RSA
P39	687	4	Clinica di prestazioni di base con RSA
P40	693	4	Clinica di prestazioni di base con RSA
P41	693	4	Clinica di prestazioni di base con RSA
P42	697	4	Clinica di prestazioni di base con RSA
P43	699	4	Clinica di prestazioni di base con RSA
P44	700	4	Clinica di prestazioni di base con RSA
P45	703	4	Clinica di prestazioni di base con RSA
P46	722	4	Clinica di prestazioni di base con RSA
P47	723	4	Clinica di prestazioni di base con RSA
P48	727	4	Clinica di prestazioni di base con RSA
P49	728	4	Clinica di prestazioni di base con RSA
P50	728	4	Clinica di prestazioni di base con RSA
P51	731	4	Clinica di prestazioni di base con RSA
P52	733	4	Clinica di prestazioni di base con RSA
P53	735	4	Clinica di prestazioni di base con RSA
P54	737	4	Clinica di prestazioni di base con RSA
P55	757	4	Clinica di prestazioni di base con RSA
P56	763	4	Clinica di prestazioni di base con RSA
P57	793	4	Clinica di prestazioni di base con RSA
P58	1'021	4	Clinica di prestazioni di base con RSA
P59	581	5	Ospedali pediatrici
P60	768	5	Ospedali pediatrici
P61	822	5	Ospedali pediatrici
P62	843	5	Ospedali pediatrici

Elenco delle abbreviazioni

ANQ	Associazione nazionale per lo sviluppo della qualità in ospedali e cliniche
BM	Benchmark valore di benchmark
CDS	Conferenza dei direttori cantonali della sanità
CEB	Costi rilevanti per il benchmarking
CEN	Costi d'esercizio netti
COAZ	Contabilità aziendale
COVID-19	(inglese) Coronavirus Disease 2019
CUI	Costi di utilizzazione delle immobilizzazioni
DM	Daymix
DMI	Daymix-Index
ITAR_K [®]	Modello tariffale integrato sulla base della contabilità analitica per unità finale d'imputazione
LAMal	Legge federale sull'assicurazione malattie
LCA	Legge federale sul contratto d'assicurazione (assicurazione integrativa)
OAMal	Ordinanza sull'assicurazione malattie
OCPre	Ordinanza sul calcolo dei costi e la registrazione delle prestazioni da parte degli ospedali, delle case di cura nell'assicurazione malattie
PCG	Psychiatric Cost Group
REKOLE [®]	Standard della «Contabilità analitica nell'ospedale»
RSA	Ricovero a scopo di assistenza
SP P	Assicurato semiprivato privato
TAF	Tribunale amministrativo federale
UST	Ufficio federale di statistica
ZE	Compensi supplementari

Informazioni

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

- Caroline Gross, tel. 043 340 63 56, e-mail: c.gross@ecc-hsk.info
- Marco Migliarese, tel. 043 340 80 10, e-mail: m.migliarese@ecc-hsk.info