



Cooperativa di acquisti HSK Benchmark SwissDRG Anno tariffario 2020

Dati dell'anno 2018

Pubblicazione: agosto 2019

Sommario esecutivo

Per il calcolo del 25° percentile, valore di riferimento per il benchmark, la Cooperativa di acquisti HSK ha ricevuto 146 moduli ITAR-K su un totale di 154 ospedali. Dopo aver plausibilizzato i dati dei costi e delle prestazioni, 132 ospedali sono stati inclusi nel benchmark.

Il benchmark HSK è basato sui costi e si basa su comparazioni rappresentative a livello svizzero: 26 cantoni, 80% del casemix. Tutte le categorie UST sono state considerate, anche gli ospedali universitari.

A partire dall'anno tariffario 2020, il Consiglio federale pubblica comparazioni a livello svizzero ai sensi dell'art. 49 cpv. 8 LAMal. La fase di introduzione della struttura tariffaria SwissDRG è quindi conclusa.

Risultato: il valore del benchmark basato sui costi d'esercizio (25° percentile) per l'anno tariffario 2020 è pari a **9'586 franchi**.

Per la definizione dei prezzi, ogni anno tariffario la Cooperativa di acquisti HSK esegue una procedura di benchmarking a due livelli:

- 1° livello: il calcolo del valore di benchmark si basa sulle comparazioni dei costi d'esercizio (come menzionato sopra)
- 2° livello: trattative individuali sui prezzi tenendo conto delle particolarità e della situazione specifica di ogni ospedale. Per ciascun livello, HSK forma 7 gruppi ospedalieri omogenei (cluster) sulla base di variabili come DRG selezionati, dimensioni degli ospedali o intensità delle cure (CMI).

Per differenziare i prezzi, HSK utilizza i cluster risultanti e la loro fascia di prezzo. Quest'ultima viene definita per ogni cluster:

- Case per partorienti (cluster 7) e cliniche specializzate nonché ospedali per cure di base senza servizio di pronto soccorso (cluster 6): benchmark minimo 3% in meno
- Ospedali per cure di base (cluster 5): al massimo fino al benchmark
- Ospedali di cure centralizzate (cluster 4): benchmark più massimo 1%
- Ospedali finali (cluster 2): benchmark più massimo 2%
- Ospedali pediatrici (cluster 3): benchmark più massimo 12%
- Ospedali universitari (cluster 1): benchmark più massimo 12%.

Con questa procedura di differenziazione, la Cooperativa di acquisti HSK affronta le trattative sui prezzi orientandosi alla soluzione e crea i presupposti per l'applicazione del principio di autonomia contrattuale della LAMal.

Contenuto

Sommario esecutivo	2
1. Premessa	4
1.1 I limiti indicati dal Tribunale amministrativo federale alla procedura di benchmarking	4
1.2 Panoramica della procedura di benchmarking in ambito acuto somatico.....	5
2. Benchmark HSK anno dei dati 2018: basi e metodologia	6
2.1 Aspetti generali metodologia	6
2.2 Ospedali coinvolti.....	6
2.3 Criteri di esclusione	6
2.4 Copertura regionale	7
2.5 Copertura per categorie UST.....	7
2.6 Valutazione	8
2.7 Trasparenza dei dati.....	8
2.7.1 Plausibilizzazione dei dati	8
2.7.2 Conclusione: plausibilizzazione dei dati.....	11
2.8 Calcolo dei costi di esercizio rilevanti per il benchmarking	11
2.9 Scelta del percentile.....	13
2.10 Motivazione per una procedura di benchmarking non ponderata	17
3. Benchmark HSK: risultati e valutazioni	18
3.1 Percentile valore di benchmark	18
3.2 Livello 2 della formazione dei prezzi	20
3.2.1 Formazione di cluster: dati, metodo e risultati	20
3.2.2 Determinazione della fascia di prezzo	24
3.3 Convalida del benchmark HSK sulla base di prezzi già negoziati (convenzioni pluriennali).....	25
3.3.1 Baserate HSK legalmente validi dal 2019	25
3.3.2 Tariffe già negoziate per il 2020	26
4. Riepilogo	27
Allegato	28
Convalida tramite la distanza di Manhattan (DM).....	28
Validazione tramite la PCA	28
BM HSK: ospedali secondo le categorie UST incl. CUI nonché la valutazione secondo la DM/PCA	30
Elenco delle abbreviazioni.....	32

1. Premessa

1.1 I limiti indicati dal Tribunale amministrativo federale alla procedura di benchmarking

Il Tribunale amministrativo federale (TAF) ha stabilito che la procedura di benchmarking debba avvenire idealmente su tutto il territorio svizzero, basandosi sui costi nell'ambito di un rilevamento integrale e con un valore di riferimento a livello nazionale.

Le principali condizioni quadro per il TAF sono:

- **Meccanismo a due livelli di determinazione del prezzo** (1° livello = benchmark (BM, valore di riferimento), 2° livello = trattative individuali sui prezzi). Il valore BM deve essere quindi considerato come valore orientativo per le trattative condotte individualmente con gli ospedali.
- La procedura di benchmarking deve essere **basata sui costi** (costi di esercizio degli ospedali rilevanti per il BM). Non devono entrare nella procedura di benchmarking le deduzioni (ad esempio dovute a mancanza di trasparenza).
- Il benchmarking deve avvenire **su tutto il territorio svizzero** con un valore di riferimento idealmente anche a livello nazionale.
- Il benchmarking deve comprendere un **insieme di comparazione** quanto più possibile **grande e rappresentativo** di tutti gli ospedali per essere, ad esempio, privo di distorsioni concorrenziali e determinare, **secondo un metodo unitario** e il più possibile preciso e vicino alla realtà, i dati da paragonare dei costi e delle prestazioni rilevanti per il BM. Non è ammissibile una procedura di benchmarking in cui sono pre-selezionati determinati ospedali o gruppi ospedalieri.
- Il BM deve basarsi il più possibile su cifre effettive invece che su valori normativi.
- Più è piccolo il numero di ospedali nel benchmark, più sono grandi i requisiti posti a una determinazione corretta dei costi d'esercizio rilevanti per il benchmarking.
- Non è ammissibile se il valore BM viene impostato su un ospedale i cui costi d'esercizio rilevanti per la procedura di benchmarking **non** sono stati rilevati **conformemente alla LAMal**.
- Una sentenza del Tribunale stabilisce che il parametro di efficienza per il benchmarking debba essere applicato rigorosamente (su un percentile basso)¹.
- Secondo una nuova decisione del TAF del 15.05.2019 (C-4374/2017, C-4461/2017), la fase di introduzione prosegue fintanto che il Consiglio federale non ha pubblicato comparazioni a livello svizzero (art. 49 cpv. 8 LAMal).

¹ TAF 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».

1.2 Panoramica della procedura di benchmarking in ambito acuto somatico

Ad agosto 2019 la situazione si presentava come segue:

Procedura di benchmarking	Osservazioni
Comparazioni standardizzate a livello nazionale	Nel primo trimestre 2020 la Confederazione pubblicherà, in collaborazione con i cantoni, comparazioni basate sui dati dei costi del 2018. La Confederazione ottempera così all'articolo 49 cpv. 8 LAMal. Il metodo di calcolo delle tariffe AOMS si basa sulle raccomandazioni CDS.
BM della Direzione sanitaria di Zurigo¹	Confronto dei costi per caso a livello intercantonale (comunicato stampa dell'8 luglio 2019). Il calcolo dei costi non è accessibile. I costi per caso esposti dagli ospedali deviano in parte dai costi di esercizio rilevanti per il benchmarking e dai costi per caso corretti per il CMI calcolati con i dati ITAR_K© degli ospedali. Nel confronto dei costi non sono inclusi l'Ospedale universitario di Zurigo, la Clinica Susenberg, la Clinica Lengg e l'ospedale pediatrico, oltre alle case per partorienti. La DS di Zurigo non pubblica un parametro di efficienza.
BM dell'associazione BM dell'ospedale (H+)	Effettua il proprio benchmarking. I risultati sono pubblicati sul sito web dell'associazione. Stato agosto 2019: BM attuale non ancora pubblicato.
BM tarifsuisse	Il BM tarifsuisse per l'anno tariffario 2019 si basa sui dati di 142 ospedali ed è fissato a CHF 9'485, sulla base del 25° percentile. Stato agosto 2019: il BM per l'anno tariffario 2020 non è ancora stato pubblicato.
Sorvegliante dei prezzi (SoP)	Sulla base dei dati UST del 2016 (statistica ospedaliera, statistica medica) il SoP raggiunge per l'anno tariffario 2018 un valore di benchmarking di CHF 9'222 (100% inclusi costi di utilizzazione delle immobilizzazioni e rincaro, 154 ospedali). Per l'anno tariffario 2019 il valore BM non è ancora noto. Il valore orientativo della sorveglianza dei prezzi corrisponde al 20° percentile, non ponderato (risp. in base al numero di ospedali).

¹ Fonte: Direzione sanitaria di Zurigo; <http://www.gd.zh.ch>

2. Benchmark HSK dati dell'anno 2018: basi e metodologia

2.1 Aspetti generali | metodologia

Ogni anno tariffario la Cooperativa di acquisti HSK esegue una propria procedura di benchmarking. Essa comprende 2 livelli:

Nel 1° livello della definizione dei prezzi, per il calcolo dei costi per caso (baserate calcolatorio / costi per caso corretti per il CMI) HSK si basa sui dati forniti dagli ospedali (ITAR_K[®]), ma esegue calcoli tariffari propri basati sul modello tariffale HSK (cfr. 2.9). Per l'anno tariffario 2020 viene mantenuto il 25° percentile per il valore di benchmarking.

Il 2° livello di definizione dei prezzi è incentrato sulle trattative tariffarie con i singoli ospedali che mirano alla confrontabilità più oggettiva possibile tra tutti gli ospedali sulla base delle caratteristiche dei pazienti e delle strutture. Il prezzo deve riflettere le particolarità degli ospedali. Le inefficienze non possono essere finanziate dalla tariffa AOMS (art. 49 cpv. 1 LAMal).

HSK garantisce la confrontabilità applicando l'analisi dei componenti principali (Principal Component Analysis, PCA) da cui risultano cluster omogenei (gruppi ospedalieri).

Per questa analisi, HSK utilizza gli indicatori riportati di seguito¹:

- DRG selezionati
- Numero casi
- Casemix index (CMI)
- Numero dei posti per medici assistenti
- Ospedale finale
- Servizio di pronto soccorso riconosciuto
- Grado di raggiungimento dei numeri minimi di casi indicati dai Gruppi di prestazioni della pianificazione ospedaliera (GPPO) di Zurigo 2018.1

Sulla base di tali elementi è possibile definire fasce di prezzo per i diversi gruppi di confronto (cluster) e motivare le differenze di prezzo rispetto al valore di benchmark.

2.2 Ospedali coinvolti

Per il benchmark sono stati presi in considerazione 132 ospedali tra i 154 ospedali somatici acuti figuranti nell'elenco – 8 in più dell'anno scorso.

2.3 Criteri di esclusione

Non sono stati inclusi nel BM:

- 11 ospedali e case per partorienti con un casemix < 100

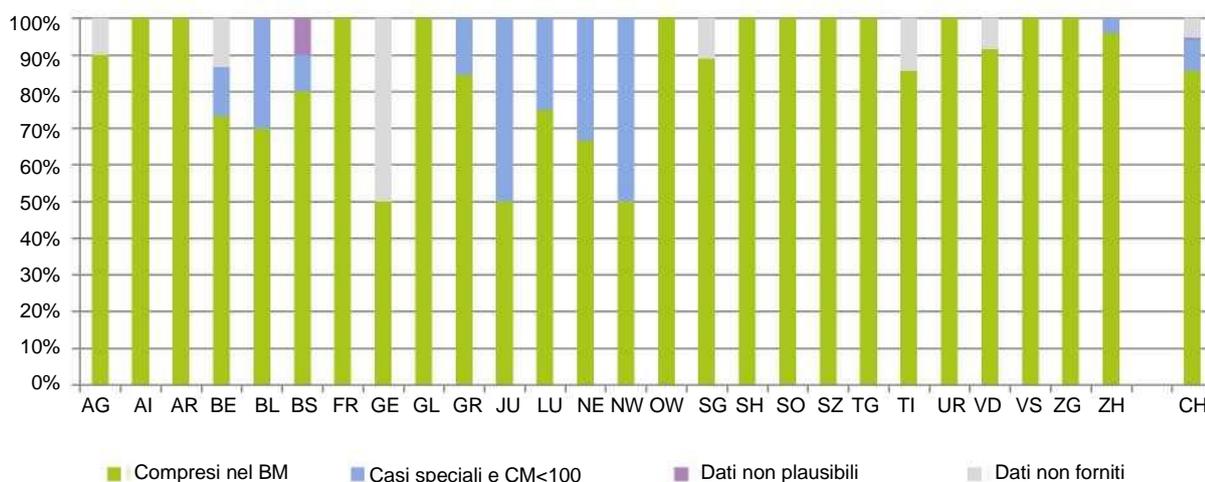
¹ Quest'anno il quoziente di durata di degenza (QDD) non è più tra le variabili del clustering. HSK vuole evitare di remunerare le inefficienze dovute a degenze prolungate.

- 8 ospedali che non hanno inviato i dati entro il 12 agosto 2019 o per i quali non è stato più possibile eseguire la plausibilizzazione a causa del ritardo nella fornitura dei dati
- 2 casi speciali (CSP Nottwil, Clinica Lengg, Zurigo)
- 1 ospedale con dati non plausibili

2.4 Copertura regionale

Nel benchmark sono inclusi tutti i cantoni. Il grado di copertura sul territorio svizzero è dell'86% (anno precedente: 80%), in 12 cantoni raggiunge il 100% (anno precedente: 10 cantoni).

Fig. 1 Copertura regionale



2.5 Copertura per categorie UST

Nel BM HSK sono inclusi gli ospedali di tutte le categorie UST:

Categoria UST		Numero ospedali
K111	Cure centralizzate Livello di assistenza 1	5 (anno precedente: uguale)
K112	Cure centralizzate Livello di assistenza 2	37 (anno precedente: 34)
K121 - K123	Cure di base Livello di assistenza 3-5	44 (anno precedente: 45)
K231	Altre cliniche specializzate Chirurgia	26 (anno precedente: 22)
K232	Altre cliniche specializzate Ginecologia / Neonatologia	5 (anno precedente: 7)
K233	Altre cliniche specializzate Pediatria	3 (anno precedente: uguale)
K234	Altre cliniche specializzate Geriatria	3 (anno precedente: 2)
K235	Cliniche specializzate diverse	8 (anno precedente: 6)
K221	Cliniche di riabilitazione con mandato di prestazioni per cure somatiche acute	1 (anno precedente: 0)
Totale		132 (anno precedente: 124)

2.6 Valutazione

Il benchmark HSK è rappresentativo e valido:

- tutte le regioni e i cantoni della Svizzera sono coperti;
- il benchmark comprende i dati di ospedali di tutte le categorie UST;
- il grado di copertura rispetto al casemix è superiore all'80%;
- per il benchmark è stato scelto un metodo unico per tutta la Svizzera.

2.7 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** degli ospedali. Pertanto, HSK richiede anche nel 9° anno di negoziazione SwissDRG la versione integrale ITAR_K[®] (prestazioni e costi) incl. la presentazione dettagliata dell'ambito ospedaliero ambulatoriale. Il grado di trasparenza è sostanzialmente aumentato rispetto agli anni precedenti. È tuttavia ancora necessario escludere alcuni ospedali dal benchmark perché i dati forniti non sono plausibili o a causa di ritardi nella fornitura dei dati.

2.7.1 Plausibilizzazione dei dati

Per un rilevamento uniforme di costi e prestazioni, gli ospedali applicano REKOLE[®] «Contabilità analitica nell'ospedale». Un'applicazione sistematica degli standard REKOLE[®] incrementa la trasparenza e la confrontabilità dei costi d'esercizio degli ospedali. In questo modo, la plausibilizzazione dei dati risulta più efficiente di quanto sarebbe applicando standard contabili diversi.

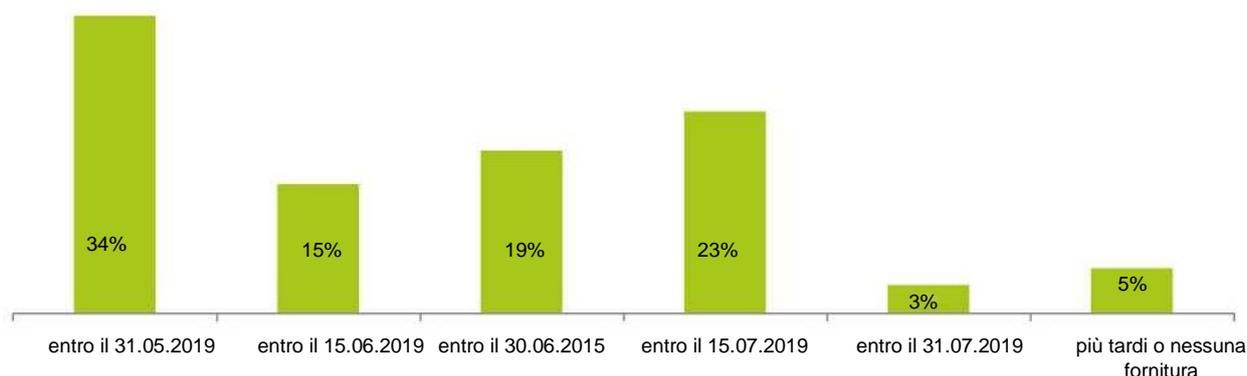
Tutti gli ospedali inclusi nel benchmark hanno calcolato i loro costi e prestazioni sulla base di REKOLE[®] e hanno fornito i dati a HSK nel formato ITAR_K[®].

Per le comparazioni dell'anno tariffario 2020 sono rilevanti i dati dell'anno 2018. HSK verifica la completezza, la correttezza e la chiarezza dei dati sulla base delle circostanze seguenti:

▪ Termine di consegna

Il termine di consegna non influenza la verifica sostanziale dei dati. Però, una consegna tempestiva (**entro il 31 maggio**, ai sensi delle convenzioni HSK) permette un lavoro qualitativo di plausibilizzazione in un periodo adeguato ed evita l'esclusione dal benchmark di alcuni ospedali. Come dimostra la figura 2, il 65% degli ospedali (101) ha fornito i propri dati dopo il 31 maggio 2019 e ca. il 23% ha fornito i propri dati addirittura solo il 15 luglio 2019 o successivamente. HSK chiede ai propri partner tariffari di fornire i dati ITAR-K entro il 31 maggio. L'OCPre impone addirittura di mettere a disposizione la contabilità analitica a partire dal 30 aprile (art. 9 cpv. 5 OCPre).

Fig. 2 Data di consegna dei dati ITAR-K[®]



▪ **Delimitazioni tra contabilità finanziaria e analitica**

Il ponte di sintonizzazione per materia e temporale tra contabilità finanziaria e analitica in ITAR-K è importante per controllare se nella contabilità analitica vengono inclusi solo i costi per l'effettiva fornitura di prestazioni. Le spese di altra natura devono essere delimitate. Le delimitazioni come ad es. per i costi di utilizzazione delle immobilizzazioni (CUI) e gli interessi sugli attivi circolanti necessari all'attività devono essere riconoscibili. Affinché le delimitazioni siano riconoscibili, la maggior parte degli ospedali documenta i relativi dettagli nel foglio informativo dell'ITAR-K[®].

Nella maggior parte degli ospedali si è riscontrata una corretta sintonizzazione tra contabilità analitica e finanziaria. Allo stesso modo, in tutti gli ospedali vi è una concordanza tra l'estratto per unità finali d'imputazione e l'estratto di ITAR_K[®]. Inoltre, nella maggior parte degli ospedali inclusi è stato possibile convalidare anche la corrispondenza tra la contabilità finanziaria ITAR_K[®] e la chiusura contabile. HSK effettua inoltre il confronto sistematico rispetto ai dati degli anni precedenti al fine di individuare eventuali evoluzioni di costi e prestazioni.

▪ **Costi di utilizzazione delle immobilizzazioni (CUI)**

Per il calcolo dei costi d'esercizio rilevanti per il benchmarking sono importanti i CUI secondo l'OCPre. La maggior parte degli ospedali ha preso in considerazione, nei costi d'esercizio rilevanti per il benchmark ITAR_K[®], i CUI secondo REKOLE[®]. La maggior parte degli ospedali ha presentato anche i CUI secondo l'OCPre.

I CUI secondo l'OCPre non devono essere maggiori dei CUI secondo REKOLE[®] poiché REKOLE[®], al contrario dell'OCPre, prevede regole diverse per il periodo di ammortamento. Inoltre, i CUI vengono confrontati con i dati forniti dagli ospedali all'Ufficio federale di statistica ai fini della statistica ospedaliera. La maggior parte degli ospedali ha motivato gli scostamenti. Gli ospedali con CUI non economici (maggiore del 10%) non possono essere esclusi dal benchmark né rettificati. Questi CUI elevati, però, devono essere compensati con costi d'esercizio bassi, altrimenti i CUI assottigliano i guadagni di efficienza dell'ospedale sotto il valore di benchmark o comportano perdite dovute a inefficienza per gli ospedali sopra il valore del benchmark.

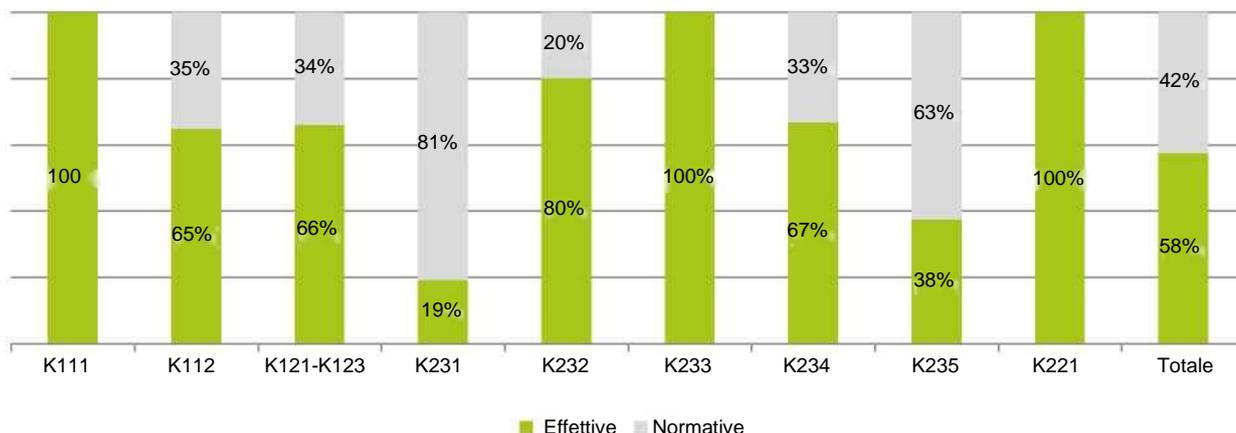
La quota dei CUI su tutti gli ospedali considerati ammonta in base all'OCPre al 7.3% – oppure a CHF 798/caso rispettivamente corretto per il CMI a CHF 751.

Rispetto all'anno precedente corrisponde a una riduzione dell'1% per caso rispettivamente un aumento dell'1% corretto per il CMI. Alla luce degli investimenti effettuati, questo lieve aumento è probabilmente solo temporaneo. L'intensa attività di investimenti nel settore ospedaliero stazionario si accentuerà ulteriormente in futuro e HSK se ne occuperà nelle procedure di benchmarking dei prossimi anni (sovracapacità nel contesto «ambulatoriale prima di stazionario», standard (eccessivamente) elevati nell'assicurazione di base obbligatoria ecc.).

▪ **Insegnamento universitario e ricerca**

Secondo il TAF, anche in questo ambito, in linea di massima i valori effettivi non sono da prendere in considerazione. Come gli scorsi anni, HSK ha scelto una formula mista in quanto i costi effettivi per insegnamento universitario e ricerca non sono stati distinti. La deduzione minima avviene secondo approcci normativi (cfr. 2.9.1). Per il 58% di tutti gli ospedali nel benchmark (anno precedente: 50%), tra i quali tutti gli ospedali universitari, HSK ha integrato nel benchmark i costi effettivamente documentati. L'utilizzo di un approccio standard con il 42% degli ospedali con CMI corretto si ripercuote sul valore del BM complessivamente con CHF 27.

Fig. 3 Quota di deduzioni normative per insegnamento universitario e ricerca



Costi supplementari per pazienti LCA

Il TAF richiede fundamentalmente dati effettivi per la separazione delle prestazioni supplementari nell'ambito dell'assicurazione integrativa, non esclude però un approccio normativo, come ad esempio quello secondo le raccomandazioni CDS (CHF 800 per caso semiprivato/CHF 1'000 per caso privato).

HSK ritiene che, con i calcoli ITAR_K[®], la deduzione delle prestazioni aggiuntive LCA risulti eccessivamente bassa per la maggior parte dei fornitori di prestazioni. Le prestazioni supplementari dedotte in ITAR_K[®] per clienti delle assicurazioni integrative ammontano a solo CHF 365.- per caso LCA.

Per tale motivo HSK utilizza come minimo per il benchmark gli approcci normativi conformemente alle indicazioni summenzionate (cfr. 2.9.1). Tale calcolo diverso tra ITAR_K[®]/HSK ha avuto i seguenti effetti sul benchmark:

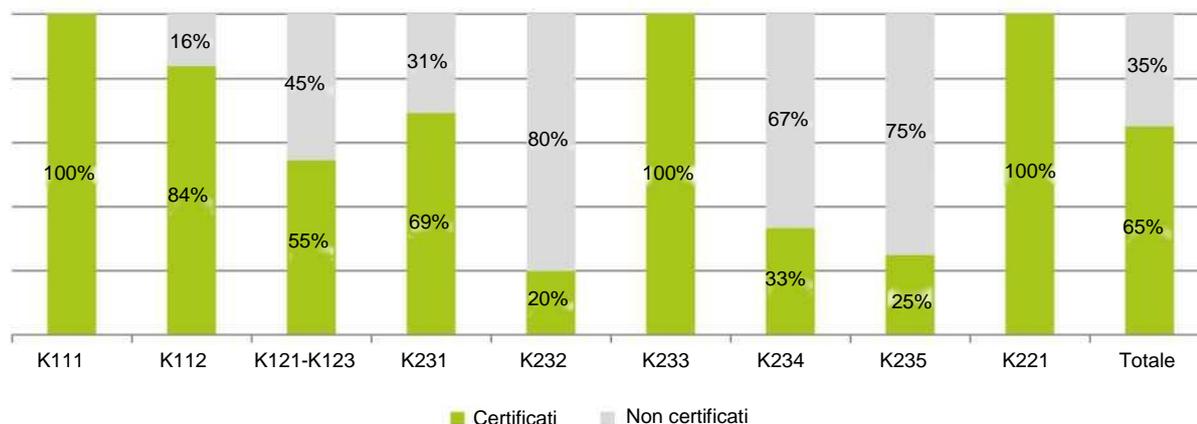
Costi supplementari LCA	ITAR_K [®]		Calcolo HSK ¹		Differenza Totale AM (ca- so/baserate)
	Solo LCA	Totale AM	Solo LCA	Totale AM	
Costi per caso	CHF 365	CHF 73	CHF 910	CHF 181	CHF 109
Costi corretti per il CMI CHF	CHF 309	CHF 68	CHF 770	CHF 171	CHF 102

Certificazione REKOLE[®]

Come già detto, gli standard REKOLE[®] garantiscono uniformità nella registrazione delle prestazioni e nel calcolo dei costi per l'intera offerta ospedaliera (AOMS, AOMS+LCA, LCA; insegnamento e ricerca, Tarmed ecc.). La certificazione attesta che ogni ospedale applica sistematicamente REKOLE[®] nei suoi principi. HSK tiene attualmente conto della certificazione REKOLE[®] solamente come informazione supplementare per la plausibilizzazione dei dati forniti e non come criterio per l'esclusione dal benchmark. Dei 132 ospedali inclusi nel benchmark, il 65% vanta una certificazione REKOLE[®]. Tra gli ospedali per cure di base, la metà è certificata. HSK chiede che tutti gli ospedali debbano essere certificati.

¹ Basi: sentenza TAF C2283/2013/C-3617/2017, possibile computo dei costi aggiuntivi LCA secondo l'approccio normativo della CDS della Svizzera orientale; CHF 800 per ciascun caso semiprivato/CHF 1'000 per ciascun caso privato. La ponderazione avviene sulla base del collettivo degli assicurati semiprivati/privati degli assicuratori HSK.

Fig. 4 Certificazione REKOLE®



2.7.2 Conclusione: plausibilizzazione dei dati

Dei 154 dati ITAR-K attesi, la Cooperativa di acquisti HSK ne ha ricevuti 146:

- 8 ospedali non hanno fornito dati o li hanno forniti troppo tardi
- 14 ospedali sono stati esclusi dal benchmark a causa del casemix troppo basso (11 ospedali e case per partorienti) e dati non plausibili (1 ospedale) oppure sono stati considerati casi speciali (CSP Notwill e Clinica Lengg).
- 132 ospedali sono stati inclusi nel benchmark. Di questi 132, per 121 sono state applicate rettifiche normative per la deduzione dei costi delle prestazioni supplementari per i titolari di assicurazione integrativa (118 ospedali) e/o per i costi di insegnamento universitario e ricerca (56 ospedali).

Ospedali ...	Senza rettifiche	Con rettifiche	Nel BM	Non nel BM
con dati plausibili	11	121	132	
con casemix <100				11
senza dati plausibili				1
senza fornitura dei dati				8
casi speciali*				2
Totale			132	22

*CSP Notwill, Clinica Lengg, Zurigo

2.8 Calcolo dei costi di esercizio rilevanti per il benchmarking

Schema di calcolo

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

Schema di calcolo	Osservazioni								
Totale costi secondo la contabilità analitica (calcolo unitario)									
./ CUI	Dati ospedalari (OCPre)								
./ Ricavi dal gruppo di conto 65	Dati forniti dagli ospedali, secondo le istruzioni ITAR_K [®] ciò avviene ai sensi delle prescrizioni del TAF								
+ Compensazione di ricavi dal gruppo di conto 66	Se registrati come riduzione dei costi nei centri di costo, dati forniti dagli ospedali								
./ Onorari medici per clienti delle assicurazioni integrative	Dati forniti dagli ospedali								
= Costi d'esercizio netti I									
./ Deduzione sussidiaria per ricerca e formazione universitaria	Deduzione effettiva, però almeno normativa Valori normativi <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>effettivi</td> </tr> </table>	< 75 posti letto:	0.8 %	> 75 posti letto:	1.5%	> 125 posti letto:	3.5%	ospedali universitari:	effettivi
< 75 posti letto:	0.8 %								
> 75 posti letto:	1.5%								
> 125 posti letto:	3.5%								
ospedali universitari:	effettivi								
./ Prestazioni economicamente di interesse generale	Secondo i dati forniti dagli ospedali. HSK non può verificare se tutte le prestazioni economicamente di interesse generale sono state dichiarate								
= Costi d'esercizio netti II									
./ Detrazione per costi aggiuntivi derivati da prestazioni per pazienti con assicurazione integrativa	HSK applica in ogni caso l'approccio della CDS della Svizzera orientale ¹ : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Per caso semiprivato: CHF 800 ▪ Per caso privato: CHF 1'000 Ponderazione semiprivato/privato a seconda del mix degli assicurati HSK								
./ Costi non contenuti in BR (DRG non valutati, remunerazioni supplementari, prestazioni tariffate separatamente)	Dati forniti dagli ospedali								
Rincarico	Non contenuto nel valore BM								
Costi di proiezione	Non contenuto nel valore BM								
Deduzioni per mancanza di trasparenza	Non contenuto nel valore BM								
CUI	<ul style="list-style-type: none"> ▪ nel BM sono presi in considerazione esclusivamente CUI in base alla OCPre ▪ la percentuale dei CUI varia molto da ospedale a ospedale ▪ nella maggior parte dei casi HSK è riuscita a plausibilizzare i CUI presentati con la contabilità delle immobilizzazioni (dati UST) 								
= costi d'esercizio rilevanti per il BM HSK									

¹ Secondo la sentenza (DTAF C2283/2013-C-3617/2013) l'approccio della CDS della Svizzera orientale è indicato, in particolare per garantire che le deduzioni per i costi aggiuntivi LCA non siano eccessivamente basse.

2.9 Scelta del percentile

Secondo l'art. 49 cpv. 1 LAMal le tariffe ospedaliere si rifanno alla remunerazione degli ospedali che forniscono la prestazione tariffata assicurata obbligatoriamente, nella qualità necessaria, in modo efficiente e vantaggioso.

Il TAF finora non si è espresso sul parametro o percentile «corretto» con il quale questo valore orientativo deve essere definito per la fissazione delle tariffe. Il TAF afferma tuttavia in una recente sentenza che il parametro va fissato rigorosamente¹.

Dall'introduzione di SwissDRG, HSK ha ridotto progressivamente il suo parametro di efficienza dal 40° percentile. Dall'anno tariffario 2019, la soglia di efficienza è stata ridotta al 25° percentile (30° percentile per l'anno tariffario 2018).

In una nuova sentenza², il TAF raccomanda al Consiglio federale di pubblicare comparazioni a livello svizzero. Se ciò non avviene (e mancano disposizioni uniformi per la determinazione di costi e prestazioni), le autorità che fissano le tariffe hanno un considerevole margine di discrezionalità. Di conseguenza prosegue la fase di introduzione. Secondo le raccomandazioni sul controllo dell'economicità della CDS³ del 27.06.2019, a partire dai dati dell'anno 2018 (ovvero per l'anno tariffario 2020) la Confederazione pubblicherà comparazioni basate sullo scambio di dati della CDS. Con questo passo, la Confederazione si conforma all'art. 49 cpv. 8 LAMal e soddisfa il requisito per le comparazioni del TAF. Per HSK, quindi, la fase di introduzione si conclude nell'anno tariffario 2020, ovvero nel 9° anno dopo l'introduzione di SwissDRG. Il 25° percentile come soglia di riferimento per la misurazione dell'efficienza nella fornitura di prestazioni dell'ambito ospedaliero stazionario è dunque giustificato. HSK impiega un parametro di efficienza basso per le ragioni seguenti:

- Nella sua sentenza del 12.04.2018 (C-2921/2014) il TAF stabilisce che il parametro di efficienza per il benchmarking vada fissato rigorosamente (su un percentile basso) poiché le tariffe ospedaliere non risultano da una concorrenza efficace tra gli ospedali.
- HSK conferma il suo modello di formazione dei prezzi stabilendo un percentile basso come parametro di efficienza e puntando sulla differenziazione dei prezzi nelle trattative individuali. Con un percentile inferiore al primo livello di definizione dei prezzi, la successiva trattativa tariffaria per singolo ospedale, ovvero il secondo livello di definizione dei prezzi, assume un'importanza ancora maggiore. Per questa ragione HSK porta avanti un costante sviluppo della confrontabilità tra gli ospedali sulla base dell'analisi delle componenti principali (v. sezione 3.2).
- Come conseguenza di questo procedimento a 2 livelli, già oggi molti ospedali beneficiano di tariffe differenziate in ragione delle loro particolarità (ad es. alte prestazioni di base fisse, quota elevata di pazienti complessi, intensità della formazione professionale e continua). La figura 5 mostra la ripartizione delle tariffe negoziate per l'anno tariffario 2019 a confronto con il benchmark. 87 ospedali, ovvero il 57% di tutte le tariffe negoziate, sono al di sopra del valore di benchmark.

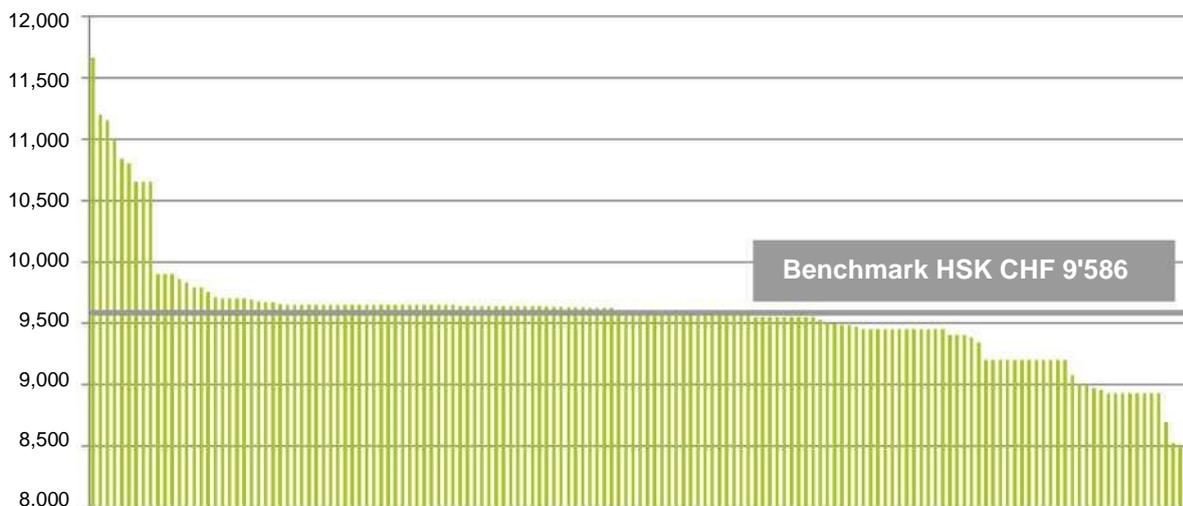
¹ TAF C-2921/2014-12.4.2018. *loc. cit.*

² TAF C-4374/2017, C-4461/2017- 15.05.2019

³ <https://www.gdk->

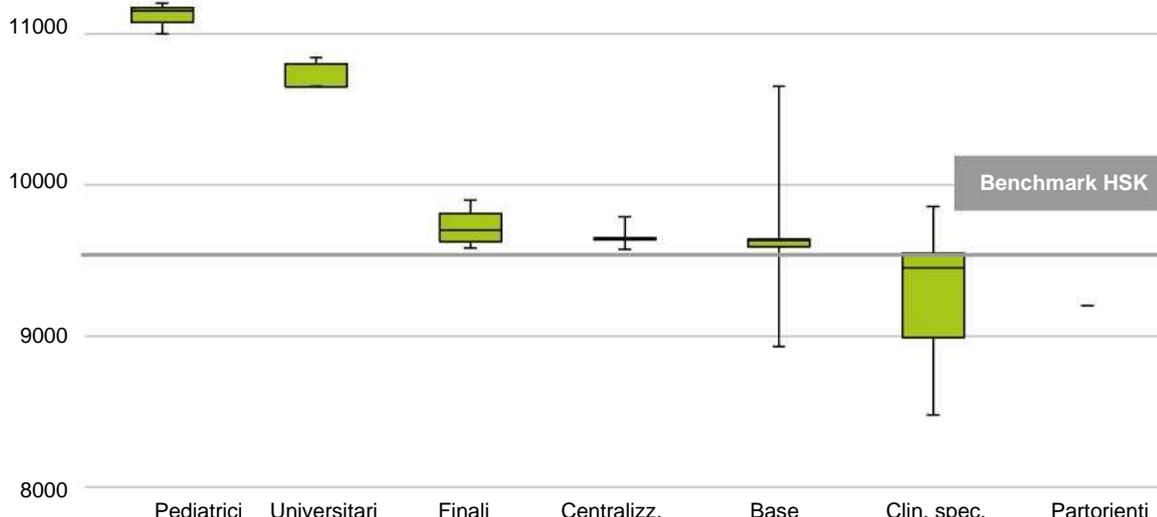
[cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/themen/spitalfinanzierung/EM_Wirtschaftlichkeitspruefung_V5.0_20190627_def_d.pdf](https://www.gdk-cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/themen/spitalfinanzierung/EM_Wirtschaftlichkeitspruefung_V5.0_20190627_def_d.pdf)

Fig. 5 Ripartizione delle tariffe negoziate a confronto con il benchmark



- A causa della differenziazione dei prezzi, la scelta del 25° percentile non significa che il 75% degli ospedali è sistematicamente inefficiente. Le inefficienze, anzi, spiegano solo una parte delle differenze di costi. Come già detto, le attuali tariffe negoziate ad esempio per ospedali universitari, ospedali pediatrici e la maggior parte degli ospedali finali (cluster HSK 2) si scostano dal benchmark. Questo scostamento riflette differenze di costo dovute a particolarità sistematiche nei pazienti o nelle strutture che la struttura tariffaria SwissDRG non riesce a cogliere adeguatamente. La figura 6 illustra la differenziazione dei prezzi 2019 sulla base dei cluster HSK. Gli ospedali universitari, ad esempio, hanno baserate in media ca. CHF 1'200 superiori al benchmark. I baserate dei 3 ospedali pediatrici specializzati sono ca. CHF 1'500 al di sopra del benchmark.

Fig. 6 Ripartizione delle tariffe negoziate per cluster HSK a confronto con il benchmark

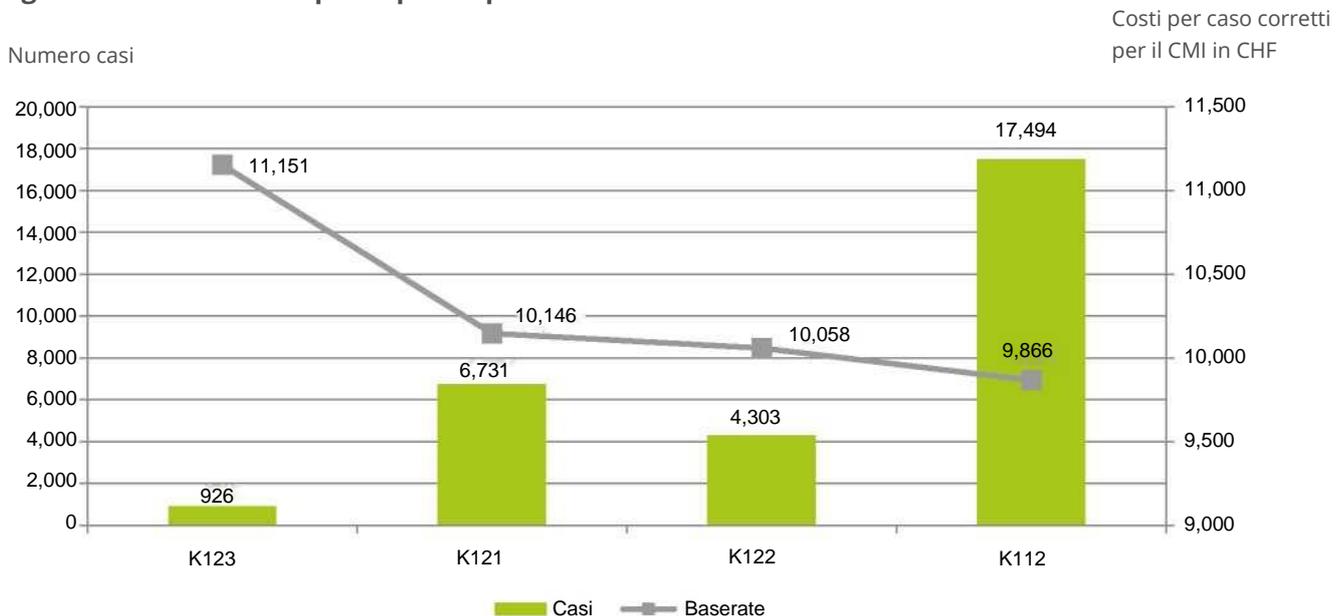


Commento: il cluster Cliniche specializzate comprende anche gli ospedali per cure di base senza servizio di pronto soccorso (cluster 6, pagina 22)

- Un valore di riferimento più basso è un incentivo per gli ospedali con costi elevati dovuti ad es. a poco carico di lavoro, specializzazione carente o struttura delle prestazioni subottimale (CMI bassi vs. prestazioni di base fisse alte) ad adottare misure di risparmio oppure ottimizzare le proprie ca-

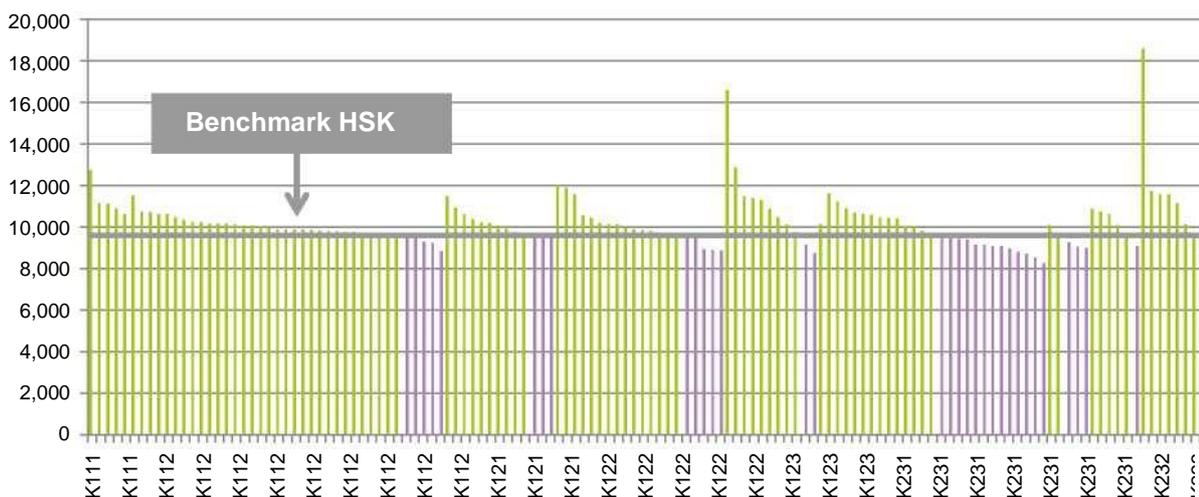
pacità. La figura seguente mostra come gli ospedali per cure di base della tipologia UST K123 presentino il numero di casi più basso e i costi medi più alti.

Fig. 7 Media casi e costi per ospedali per cure di base e centralizzate



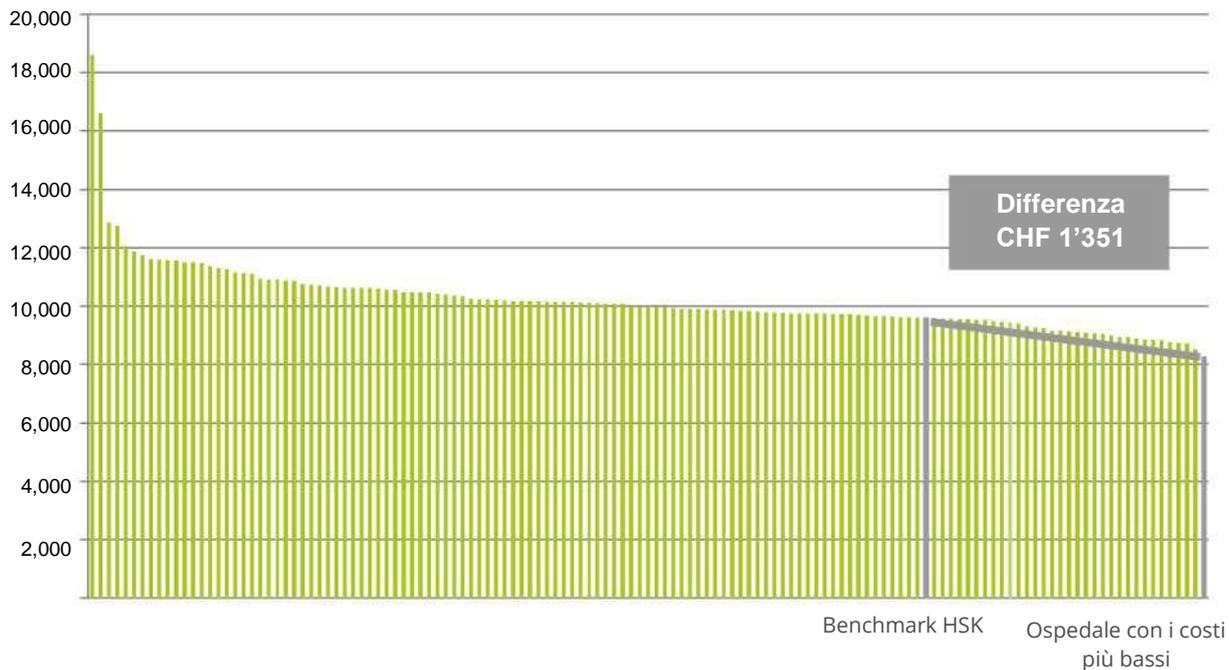
- Ad eccezione degli ospedali universitari (K111) e degli ospedali pediatrici (K233), tutte le categorie UFS di ospedali sono rappresentate sotto il benchmark (barre viola nella figura 8). Ad esempio, 15 ospedali per cure di base e centralizzate (5 K112 e 10 K121-123) forniscono le loro prestazioni a costi inferiori al valore di benchmark.

Fig. 8 Ospedali efficienti per categorie UST



- L'ospedale con i costi più bassi nel benchmark ha costi per caso corretti per il CMI di CHF 8'235, ovvero CHF 1'351 risp. 16 percento in meno del benchmark HSK. Stabilire un parametro di efficienza più alto farebbe crescere questo scostamento, l'incentivo a far scendere i costi sarebbe inferiore e la concorrenza più debole.

Fig. 9 Benchmark HSK vs. ospedale con i costi più bassi



- In mancanza di una concorrenza efficace tra gli ospedali, un parametro di efficienza basso genera un incentivo elevato a fornire le prestazioni in modo più efficiente. In particolare per gli ospedali che, nonostante la nuova legge sul finanziamento ospedaliero, ricevono ancora una copertura del deficit di bilancio o sovvenzioni pubbliche. Questo comporta uno scarso incentivo a produrre con più efficienza e distorce la concorrenza.
- Per gli ospedali con costi sotto il benchmark, un percentile basso permette aumenti di efficienza adeguati a carico dell'AOMS.
- Un valore di riferimento basso può fungere da freno per l'espansione delle capacità e l'eccedenza di offerta. La conservazione delle strutture per ragioni politiche o economiche non può essere finanziata dall'AOMS.
- Un valore di riferimento basso con possibilità di differenziazione dei prezzi riflette una situazione concorrenziale in cui i rapporti prezzi-prestazioni vengono confrontati.

Conclusione: un percentile basso promuove la concorrenza (figura 10). Tuttavia, l'esclusiva valutazione con un percentile non è appropriata.

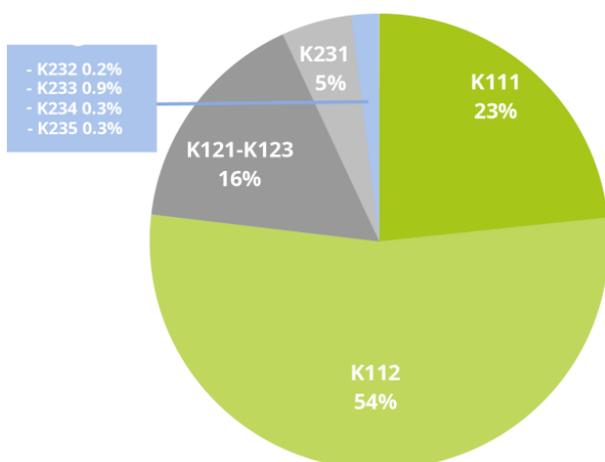
Fig. 10 Scelta del percentile

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



2.10 Motivazione per una procedura di benchmarking non ponderata

Fig. 11 Casemix del benchmark HSK secondo categorie UST



Circa $\frac{3}{4}$ del volume di casemix riguarda gli ospedali di cure centralizzate livello 1 e 2 (K111 e K112). Se il benchmark viene determinato con una procedura ponderata, i grandi ospedali hanno un'influenza decisiva sul benchmark. Di conseguenza, il valore orientativo per gli ospedali delle altre categorie è troppo alto.

- La ponderazione del benchmark in base al numero di casi o al casemix andrebbe contro la logica della procedura di benchmarking di HSK. Per la definizione dei prezzi, HSK applica una procedura a 2 livelli: al 1° livello HSK esegue comparazioni «non ponderate» tra gli ospedali. Il 2° livello comprende il «clustering» (sezione 3.2) e le trattative individuali sui prezzi. A questo livello, HSK tiene oggettivamente conto di caratteristiche specifiche degli ospedali che potrebbero giustificare una differenziazione dei prezzi (ad es. se un ospedale ha un servizio di pronto soccorso ha diritto a una remunerazione maggiore). Altri criteri di differenziazione sono un numero elevato di casi (come indicatore delle dimensioni dell'ospedale), un numero elevato di DRG selezionati (indicatore dell'ampiezza dell'offerta), un numero elevato di medici assistenti o lo status di ospedale finale.
- La ponderazione è utile se il numero di ospedali nel benchmark è troppo piccolo e non sufficientemente rappresentativo. Il numero di ospedali nel benchmark HSK (132) è molto alto. Una ponderazione avrebbe un effetto artificiale e indesiderato sul valore di riferimento. La ponderazione per il numero di casi o il casemix distorcerebbe il benchmark nella direzione degli ospedali con volumi elevati e porterebbe a una sovrarappresentazione sistematica di questi ospedali. Ma l'efficienza

non può dipendere unicamente dalle dimensioni di un ospedale, bensì dall'organizzazione dei processi nell'ospedale e dall'ottimizzazione dell'allocazione delle risorse.

- Il numero di casi e il valore del casemix sono utili, a fianco di altri fattori, per la differenziazione dei prezzi nelle trattative, ma non per influenzare il valore di benchmark. La ponderazione non riflette una situazione di concorrenza di mercato in cui i rapporti prezzo-prestazioni vengono confrontati direttamente a prescindere dalle dimensioni di un'azienda.

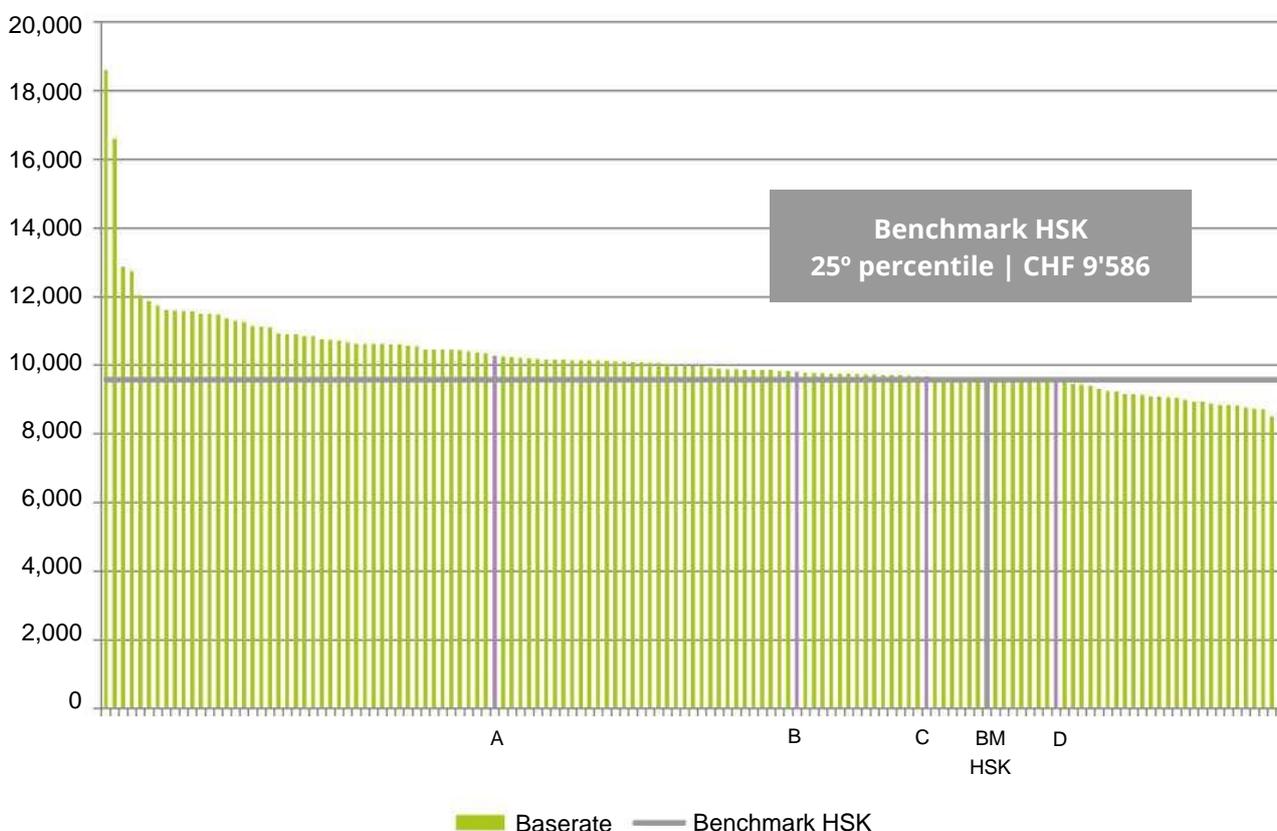
Conclusione: la ponderazione distorce artificialmente il benchmark a vantaggio degli ospedali più grandi.

3. Benchmark HSK: risultati e valutazioni

3.1 Percentile | valore di benchmark

Il valore di benchmark inclusi i costi di utilizzazione delle immobilizzazioni (CUI) ed escluso il rincaro per l'anno tariffario 2020 è fissato al 25° percentile a **CHF 9'586**.

Fig. 12 Valore benchmark HSK



A	Media aritmetica ponderata	CHF	10'264
B	40° percentile	CHF	9'808
C	30° percentile	CHF	9'678
BM HSK	25° percentile	CHF	9'586
D	20° percentile	CHF	9'506

Commenti sul valore di benchmark:

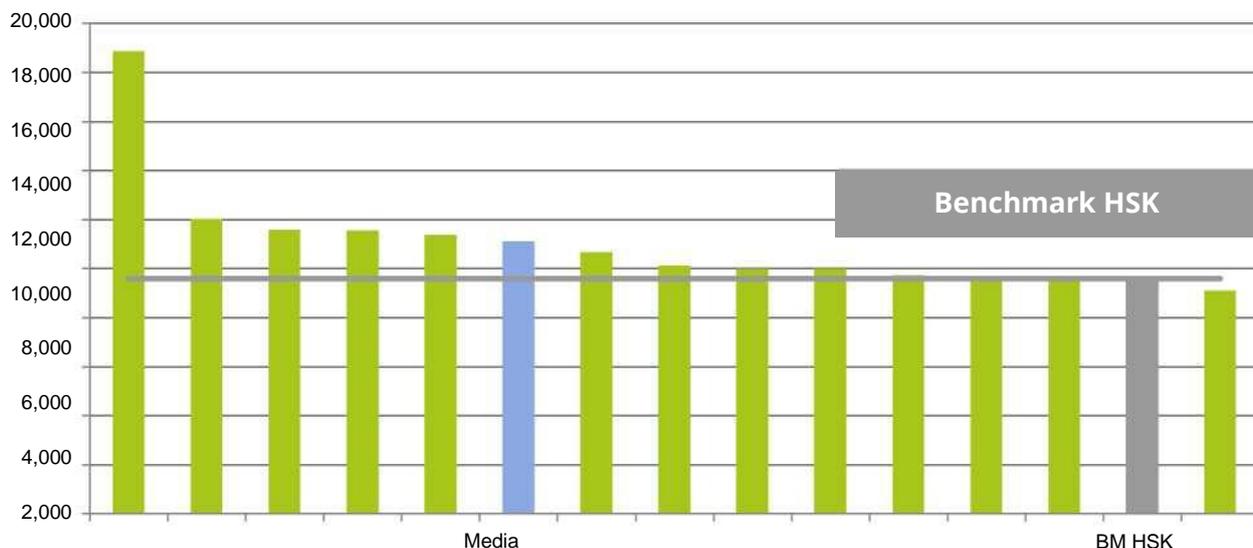
- HSK calcola il benchmark senza rincaro. Nella sua decisione del 15.05.2019 (C-4374/2017, C-4461/2017), il TAF ha stabilito che non c'è alcun obbligo di aggiungere il rincaro come supplemento generale al benchmark.
- A confronto con l'anno scorso, il benchmark per l'anno tariffario 2020 è aumentato nettamente (+ CHF 168; ca. +1.8%). Questo aumento potrebbe essere spiegato con diverse variazioni:
 - La tendenza all'ambulatorializzazione: la riduzione dei casi stazionari non è stata compensata. Inoltre, i casi più lievi vengono trattati in ambito ambulatoriale. Di conseguenza, se il casemix diminuisce ma i costi no, aumentano i costi per caso corretti per il CMI dell'ospedale.
 - Oscillazioni dei costi degli ospedali con pochi casi. I costi aumentano anche con una riduzione significativa dei pazienti curati. La seguente tabella mostra esempi di cliniche:

	Numero di casi 2017	Numero di casi 2018	Variazione in %	Costi per caso corretti per il CMI 2017	Costi per caso corretti per il CMI 2018	Variazione in %
Clinica 1	2'649	1'126	-57%	8'269<BM	9'987>BM	+21%
Clinica 2	1'195	1086	-9%	8'485<BM	10'454>BM	+23%
Clinica 3	782	676	-14%	9'244<BM	9'605>BM	+4%

- 13 nuovi ospedali¹ sono stati aggiunti al benchmark. Un solo ospedale è sotto il valore di benchmark, tutti gli altri hanno costi per caso più elevati:

¹ Come già detto sopra nella sezione 2.5, per l'anno tariffario 2020 sono inclusi nel benchmark 8 ospedali in più rispetto all'anno precedente. I 13 ospedali nuovi erano stati esclusi dal benchmark l'anno scorso a causa, tra le altre cose, di dati non plausibili o dati ITAR-K non forniti. Quest'anno, 5 ospedali sono stati esclusi dal benchmark.

Fig. 13 Costi dei nuovi ospedali nel benchmark



3.2 Livello 2 della determinazione dei prezzi

3.2.1 Definizione dei cluster: dati, metodo e risultati

Nella sua sentenza del 15.05.2019 (C-4374/2017, C-4461/2017), il TAF ha ribadito quanto segue: «Inoltre, nella definizione dei prezzi occorre tenere eventualmente conto della situazione specifica del fornitore di prestazioni, in modo che (partendo da un valore di riferimento) debbano essere negoziati o fissati valori di base per caso differenziati per ragioni di equità.»

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

Per implementare questo livello (trattativa individuale sui prezzi), HSK forma cluster omogenei sulla base di variabili relative ai pazienti e alle strutture degli ospedali. I gruppi omogenei aiutano HSK a calcolare fasce di prezzo obiettive e basate sui dati per ogni cluster.

Dati e metodo

Per formare cluster omogenei, HSK tiene conto dei fattori riportati sotto e applica come procedimento statistico la distanza di Manhattan e la Principal Component Analysis (PCA). In allegato sono riportati le operazioni statistiche e i calcoli da cui scaturiscono i cluster. Anche i dati dei singoli fattori per ogni ospedale sono riportati in allegato. HSK ha scelto di eseguire il proprio clustering poiché i cluster riflettono il contesto della struttura tariffaria SwissDRG. HSK aggiorna i cluster ogni anno sulla base dei dati ITAR-K, della statistica medica dell'UST e della statistica ospedaliera dell'UST. I criteri considerati vengono all'occorrenza precisati. Ad esempio, l'anno scorso HSK ha aggiunto un fattore supplementare per la formazione dei cluster: il grado di raggiungimento dei numeri minimi di casi indicati dai Gruppi di prestazioni della pianificazione ospedaliera (GPPO) di Zurigo 2018.1. Inoltre, il quoziente di durata di degenza (QDD) non è più tra le variabili del clustering. HSK vuole evitare di remunerare le inefficienze dovute a degenze prolungate.

DRG selezionati	Valutazione
<p>Quanti DRG utilizza un ospedale rispetto al catalogo SwissDRG?</p> <p>Fonte: statistica medica UST</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ospedale con il numero più elevato di DRG selezionati ▪ Ospedale con il numero più basso di DRG selezionati ▪ Posizionamento dell'ospedale di riferimento rispetto ai due valori estremi
Esempio dal BM HSK:	
Ospedale con il valore più basso	Ospedale con il valore più elevato
8 DRG / casa per partorienti	952 DRG / ospedale universitario
Numero casi	Valutazione
<p>Fonte: dati forniti dagli ospedali (ITAR_K[®])</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ospedale con il numero più elevato di casi ▪ Ospedale con il numero più basso di casi ▪ Posizionamento dell'ospedale di riferimento rispetto ai due valori estremi
Esempio dal BM HSK:	
Ospedale con il valore più basso	Ospedale con il valore più elevato
133 casi / clinica specializzata	43'380 casi / ospedale universitario
CMI	Valutazione
<p>Fonte: dati forniti dagli ospedali (ITAR_K[®])</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ospedale con il CMI più elevato ▪ Ospedale con il CMI più basso ▪ Posizionamento dell'ospedale di riferimento rispetto ai due valori estremi
Esempio dal BM HSK:	
Ospedale con il valore più basso	Ospedale con il valore più elevato
CMI 0.359 / casa per partorienti	2.31 / clinica specializzata
Numero dei posti per medici assistenti (MA)	Valutazione
<p>Il numero dei posti per medici assistenti rende possibile fare affermazioni sull'intensità della formazione nelle professioni universitarie.</p> <p>Fonte: statistica ospedaliera UST / Calcolo HSK</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ospedale con il numero più basso di medici assistenti ▪ Ospedale con il numero più elevato di medici assistenti ▪ Posizionamento dell'ospedale di riferimento rispetto ai due valori estremi
Esempio dal BM HSK:	
Ospedale con il valore più basso	Ospedale con il valore più elevato
Numero: 0 (diversi ospedali, nella maggior parte dei casi cliniche specializzate con organizzazione privata)	1'392 / ospedale universitario

Ospedale finale ¹	Valutazione		
<p>Un ospedale è fornitore finale: sì/no</p> <p>In questo modo si valuta se l'ospedale ha la possibilità di trasferire i casi non remunerativi o se si trova alla fine della catena dei trattamenti stazionari all'interno di un cantone o di una regione.</p> <p>Gli ospedali finali rientrano nelle categorie UST K111 e K112</p> <p>Fonte: valutazione effettuata da HSK</p>	<ul style="list-style-type: none"> L'ospedale è un ospedale finale L'ospedale non è un ospedale finale Posizionamento dell'ospedale di riferimento rispetto ai valori <p>Definiti da HSK come «ospedali finali»</p> <ul style="list-style-type: none"> K111 (BS: USB, BE: Insel Gruppe, GE: HUG, VD: CHUV, ZH: Ospedale universitario di Zurigo) K112 (AG: Ospedale cantonale di Aarau, BL: Ospedale cantonale di Basilea Campagna, FR: Hôpital Fribourgeois, GR: Ospedale cantonale dei Grigioni, LU: Ospedale cantonale di Lucerna, NE: Hôpital neuchâtelois HNE, SO: Solothurner Spitäler, SG: Ospedale cantonale di San Gallo, TG: Spital Thurgau AG, TI: Ente Ospedaliero Cantonale EOC, VS: Hôpital du Valais) K231 Clinica universitaria Balgrist 		
Numero minimo di casi	Valutazione		
<p>I numeri minimi di casi sono stati calcolati con i grouper delle prestazioni ospedaliere del Canton Zurigo (GPPO) sui gruppi di prestazioni ospedaliere stabilite dal Canton Zurigo per l'anno di trattamento 2018.</p> <p>Fonte: statistica medica UST, raggrupata con GPPO versione 2018.1</p>	<ul style="list-style-type: none"> Ospedale con il grado di raggiungimento peggiore Ospedali che hanno soddisfatto i criteri del numero minimo di casi <p>Se un ospedale raggiunge la quota di 8 casi per un GPPO nel quale è stabilito il numero minimo di casi a 10, il grado di raggiungimento del gruppo viene contato all'80%. Se un ospedale raggiunge i criteri, il gruppo viene valutato al 100%. I GPPO con 1 solo caso o con nessun caso non vengono tenuti in considerazione.</p> <p>Il raggiungimento dei numeri minimi di casi viene calcolato come media dei valori percentuali dei singoli gruppi di prestazioni da conteggiare. Se l'ospedale non presenta dei casi nei gruppi di prestazioni verificati, i numeri minimi di casi sono sempre raggiunti al 100%.</p> <p>Esempio dal BM HSK</p> <table border="1"> <tr> <td>Ospedale con il valore più basso: 24.5% (ospedale per cure di base - K122)</td> <td>Diversi ospedali raggiungono i numeri minimi di casi</td> </tr> </table>	Ospedale con il valore più basso: 24.5% (ospedale per cure di base - K122)	Diversi ospedali raggiungono i numeri minimi di casi
Ospedale con il valore più basso: 24.5% (ospedale per cure di base - K122)	Diversi ospedali raggiungono i numeri minimi di casi		
Servizio di pronto soccorso riconosciuto	Valutazione		
<p>Fonte: Registro dei codici creditori SASIS (RCC)</p>	<ul style="list-style-type: none"> L'ospedale dispone di un servizio di pronto soccorso riconosciuto L'ospedale non dispone di un servizio di pronto soccorso riconosciuto <p>Nel BM sono inseriti 88 ospedali con un servizio di pronto soccorso riconosciuto, 40 ospedali senza.</p>		

I dettagli sui criteri di cui sopra sono riportati nell'allegato.

Risultati della determinazione dei cluster

I cluster risultanti sono riportati nella tabella seguente. Si tratta di 7 cluster in tutto. In allegato sono disponibili le spiegazioni tecniche sulla formazione dei cluster.

¹ Con l'introduzione della categoria UST K111 sono stati definiti come ospedali finali solo gli ospedali di cure centralizzate del livello 1 e 2

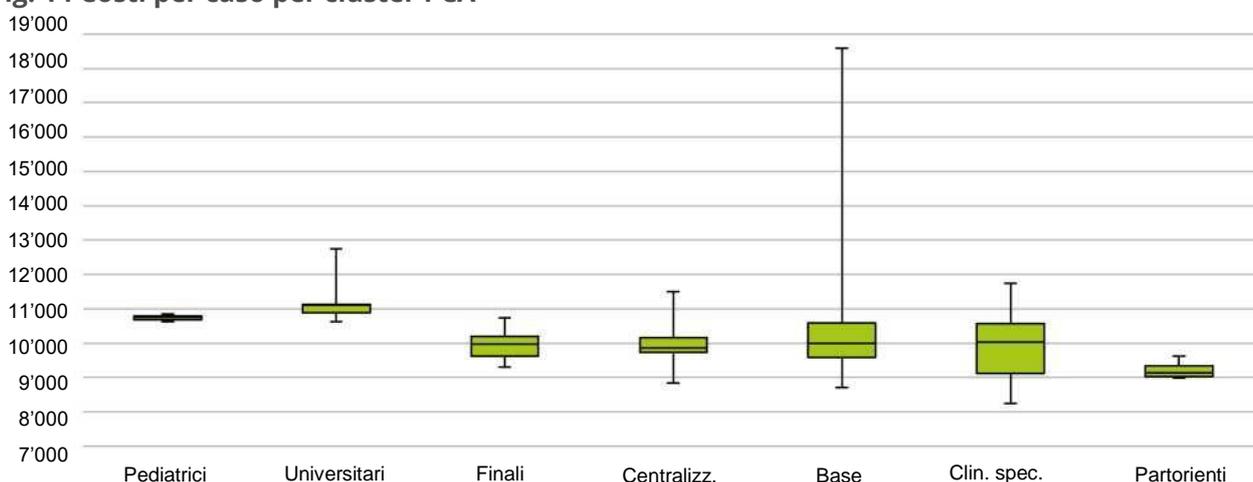
Cluster	Categorie di ospedali HSK	Categorie UST ¹
1	Ospedali finali (Ospedali universitari)	K111
2	Ospedali finali (Ospedali di cure centralizzate)	K112
3	Ospedali pediatrici	K233
4	Ospedali di cure centralizzate (senza assistenza finale)	K112
5	Ospedali per cure di base	K121, K122, K123, K221, K231, K235
6	Ospedali senza servizio di pronto soccorso (cliniche specializzate e ospedali per cure di base)	K122, K123, K231, K232, K234, K235
7	Case per partorienti	K232

La figura 14 mostra che gli ospedali finali nell'analisi comparativa devono essere considerati separatamente. Inoltre si evidenzia che le cliniche specializzate, gli ospedali senza servizio di pronto soccorso (denominati «Clinica specializzata» in figura 14) e le case per partorienti rappresentano un ulteriore gruppo di confronto separato.

Degno di rilievo è il fatto che gli ospedali di cure centralizzate presentano costi più bassi rispetto agli ospedali per le cure di base. Questi ospedali e le cliniche specializzate presentano anche le fasce di costo per caso più ampie.

I costi per caso degli ospedali pediatrici sono calati rispetto all'anno scorso e presentano una fascia ridotta ad alto livello.

Fig. 14 Costi per caso per cluster PCA²



Commento: il cluster Cliniche specializzate comprende gli ospedali per cure di base senza servizio di pronto soccorso (cluster 6).

¹ K111: Cliniche universitarie; K112: Cure centralizzate; K121, K122 e K123: Cure di base Livello di assistenza 3-5; Cliniche specializzate: K231 (Chirurgia), K232 (Ginecologia / Neonatologia), K233 (Pediatria), K234 (Geriatría), K235 (Cliniche specializzate diverse)

² Il BoxPlot mostra la distribuzione dei costi per caso con il 50% dei valori all'interno della scatola. Più lunga è la scatola, più sono distribuiti i valori e vice versa. La barra nel riquadro mostra il valore mediano sugli ospedali rappresentati. Il campo tra le «antenne» (baffi) descrive il 95% di tutti i casi.

Conclusione:

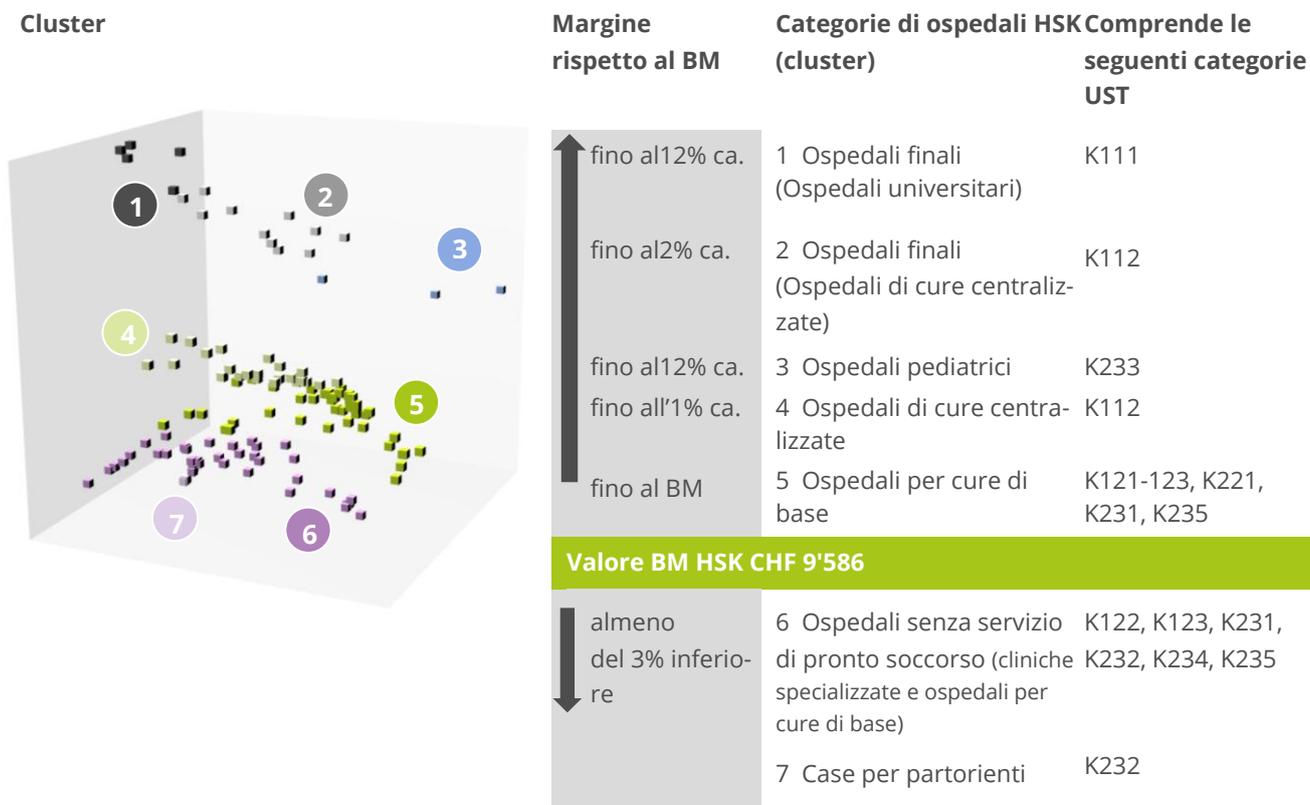
- Utilizzando l'analisi delle componenti principali (PCA) migliora la comparabilità per la definizione dei prezzi.
- Con l'ausilio di questo metodo analitico HSK dimostra che utilizzando il quartile del BM al 25% l'individuazione del valore di riferimento è conforme, ai sensi dell'art. 49 cpv. 1 frase 5 LAMal, e che si deve effettuare una differenziazione dei prezzi ad un secondo livello delle trattative individuali sulle tariffe.

3.2.2 Determinazione della fascia di prezzo

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

- trattandosi di una differenziazione dei prezzi, i prezzi negoziati in ogni cluster vengono confrontati con il benchmark. La figura 15 mostra dove si trovano le fasce di prezzo attuali. Ad esempio gli attuali prezzi negoziati con gli ospedali universitari sono, in media, del 12% superiori rispetto al benchmark. Le case per partorienti sono del 4% inferiori.
- I prezzi devono essere correlati ai cluster. In altre parole, gli ospedali universitari (cluster 1) e gli ospedali pediatrici (cluster 3) come prestatori di cure massime hanno i baserate negoziati più alti (ca. CHF 10'700). Le case per partorienti (cluster 7) con il Casemix Index (CMI) più basso e il minor numero di DRG selezionati hanno, in media, i baserate più bassi (CHF 9'200).
- Trattandosi di gruppi omogenei, la differenza di prezzo all'interno degli stessi cluster non può essere elevata (+/- 1%). Come illustrato nella figura 6, i prezzi dei cluster 2 e 6 presentano differenze significative che HSK intende correggere nelle prossime trattative sui prezzi.
- Nelle trattative sui prezzi si tiene conto dello sviluppo della struttura tariffaria SwissDRG. Ad esempio, per gli ospedali pediatrici (cluster 3) la V9.0 prevede un significativo aumento del grado di copertura (+ca. 4%). In questo caso, una modifica dei prezzi è motivata.
- Con la conclusione della fase di introduzione di SwissDRG e lo sviluppo della struttura tariffaria SwissDRG, HSK desidera adeguare le differenze di prezzo dal benchmark di ca. CHF 1'200 e CHF 1'500 per il cluster 1 (ospedali universitari) risp. il cluster 3 (ospedali pediatrici).
- Anche altre particolarità o caratteristiche degli ospedali di cui il clustering non tiene conto potrebbero essere incluse nella definizione dei prezzi.
- Gli aumenti di efficienza sono riconosciuti da HSK se l'ospedale fornisce le sue prestazioni a costi contenuti. Gli ospedali che presentano costi contenuti a causa della selezione dei pazienti o concentrandosi sui DRG redditizi non vengono considerati da HSK come fornitori di prestazioni efficienti.

Fig. 15 Categorie di ospedali HSK (cluster)



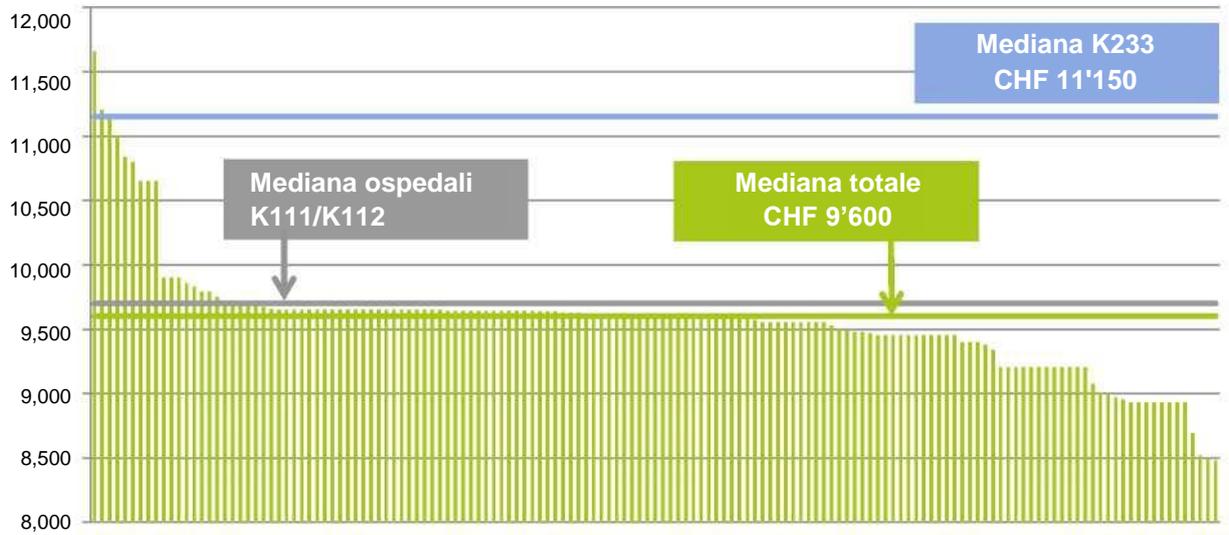
3.3 Convalida del benchmark HSK sulla base di prezzi già negoziati (convenzioni pluriennali)

3.3.1 Baserate HSK legalmente validi dal 2019

A partire dall'anno tariffario 2019, su tutte le categorie di ospedali sono valide tariffe legalmente approvate. La tariffa mediana si situa a CHF 9'600 (cfr. fig. 16)¹.

¹ Fonte: <http://www.gdk-cds.ch>, grafico HSK

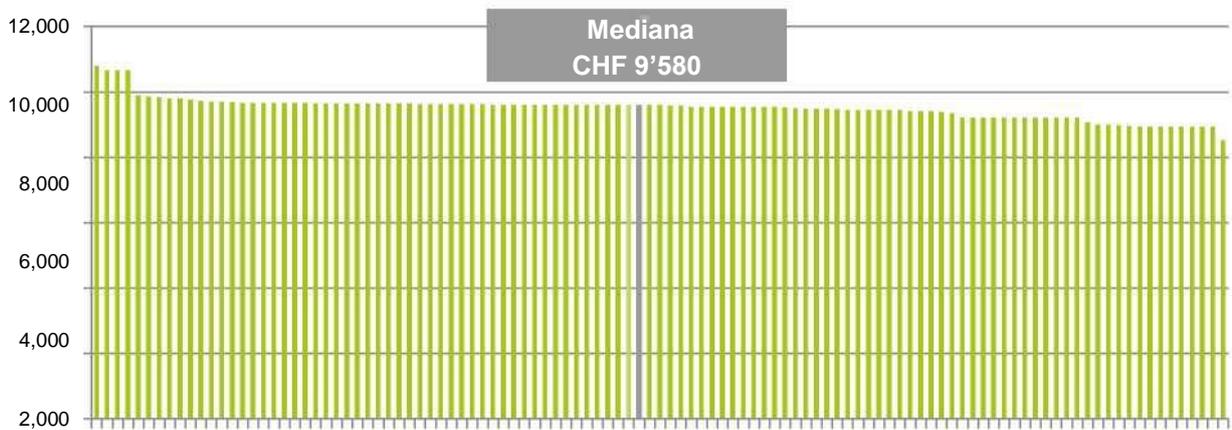
Fig. 16 Baserate HSK legalmente validi dal 2019



3.3.2 Tariffe già negoziate per il 2020

Per oltre 100 ospedali, per il 2020, sono presenti baserate già concordati contrattualmente sotto forma di convenzioni pluriennali, convenzioni in corso e baserate negoziati. Anche nell'anno tariffario 2020 il prezzo negoziato mediano è al di sotto di CHF 9'600.

Fig. 17 Baserate HSK negoziati 2020



4. Riepilogo

Percentile e valore del benchmark

- Il valore del benchmark HSK è stabilito sulla base del 25° percentile.
- Il valore ammonta a **CHF 9'586.-**.

Benchmark (BM) valido e rappresentativo

- Il BM HSK è rappresentativo perché copre tutte le regioni.
- Il BM HSK è valido poiché include più dell'80% del casemix.
- Il BM HSK è valido poiché include tutte le categorie UST.
- Il valore di benchmark stabilito sulla base del 25° percentile è basato sui dati e motivato per la determinazione del valore di riferimento ai sensi dell'art. 49, cpv. 2 frase 5 LAMal.
- Il valore BM è plausibile nel confronto con le tariffe 2018/2019 negoziate e valide legalmente nonché con quelle già negoziate per il 2020.
- Il valore di benchmark HSK rappresenta il primo livello di definizione dei prezzi. Per la negoziazione delle tariffe individuali per ospedale (secondo livello di determinazione dei prezzi) serve come base il PCA.

Esistono ancora delle carenze

- La valutazione dell'economicità mostra ancora delle carenze in seguito alla pubblicazione incompleta dei dati dei costi e delle prestazioni da parte degli ospedali, in particolare per quanto riguarda i costi per insegnamento e ricerca nonché le prestazioni economicamente di interesse generale. Non si comprende ancora perché, nel 9° anno di negoziazione SwissDRG, la trasparenza dei dati continui a essere insufficiente.
- Il 66% degli ospedali ha fornito i propri dati dopo il 31.05.2019. Per un lavoro di plausibilizzazione efficace, HSK chiede i dati entro la fine di maggio. L'OCPRe impone la contabilità analitica al 30 aprile.
- Nel valore BM i CUI sono compresi esclusivamente ai sensi dell'OCPRe. Tuttavia la completezza e la plausibilità dei CUI non possono essere verificate da HSK.
- HSK non può escludere che il benchmark possa essere «falsato» da 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 di interesse generale - che non dovrebbero essere finanziate dagli assicuratori - siano comprese nei costi rilevanti ai fini del benchmarking, soprattutto quelli destinati alla conservazione delle capacità degli ospedali per motivi di politica regionale.
- Il calcolo dei costi per l'insegnamento universitario e la ricerca avviene secondo approcci normativi con l'eccezione degli ospedali che espongono i loro costi effettivi in modo plausibile.
- La deduzione per pazienti con assicurazione integrativa è avvenuta nella maggior parte dei casi sulla base delle raccomandazioni CDS.

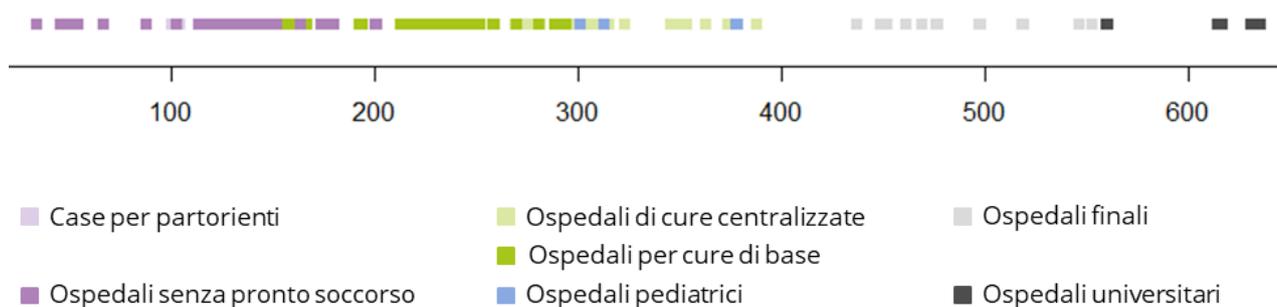
Allegato

Convalida tramite la distanza di Manhattan (DM)

Per rendere visibili le affinità o le differenze tra gli ospedali sulla base di determinati criteri per singolo ospedale, l'UFSP ha proposto un metodo di riduzione dimensionale sulla base della distanza di Manhattan, un sistema di misurazione per le differenze¹. Questo metodo trasforma in segmenti le caratteristiche di qualunque unità e attributo in valori numerici tra 0 e 100 (la DM) che poi devono essere sommati. Somme simili consentono di dedurre caratteristiche simili dell'ospedale.

Partendo dal set di dati delle sette caratteristiche descritte al punto 3.2.1 è possibile evidenziare in tutta chiarezza le differenze tra i grandi ospedali universitari (punti color grigio scuro sulla retta dei numeri, a destra) e gli ospedali di cure centralizzate (tra 300 e 550 sulla retta dei numeri) rispetto agli altri ospedali. Gli ospedali per cure di base rientrano prevalentemente tra 200 e 300. Le case per partorienti sono raggruppate intorno al 100 mentre le cliniche specializzate si distribuiscono su uno spettro molto ampio prima di 200.

Fig. 18 Distanza di Manhattan



Il metodo mostra anche l'enorme spettro tra le diverse caratteristiche, fino ad oltre il 90%. Il metodo ha tuttavia su tale set di dati una significatività molto debole a causa della sua unidimensionalità, che si può immediatamente notare nella distribuzione dei punti sulla retta dei numeri da sinistra al centro. Una verifica statistica della bontà di tale metodo in relazione al set di dati considerato su otto dimensioni raggiunge circa il 70%. Questo significa che riducendo a una sola dimensione la dispersione dei dati (MD), si perde ca. il 30% delle informazioni iniziali. Per essere significativo, il mantenimento delle informazioni deve essere almeno del 75%, con un valore ideale uguale o maggiore all'80%. Si può dunque concludere che in sé la distanza di Manhattan tra gli ospedali non è sufficientemente significativa dal punto di vista statistico, se presa da sola, per suddividere gli ospedali sulla base dei set di dati a disposizione in cluster rappresentativi. La letteratura scientifica rimanda in questi casi ad altri metodi di riduzione dimensionale, come ad esempio l'analisi delle componenti principali (PCA).

Convalida tramite la PCA

Per mezzo dell'analisi delle componenti principali (PCA) le sette caratteristiche per singolo ospedale vengono ridotte ad una combinazione lineare di due o tre dimensioni il più possibile significativa per poter riunire ospedali simili in cluster (utilizzando la marcatura dei colori) (cfr. fig. 15 a pagina 26).

¹ Kris Haslebacher; loc. cit.

La PCA si affida a metriche come la distanza di Manhattan, ma lascia aperta la possibilità di operare la riduzione eventualmente su due o, come in questo caso, su tre dimensioni. Nel caso citato precedentemente, con tre dimensioni viene raggiunta una bontà pari a circa l'85%, ovvero una significatività importante in relazione ai raggruppamenti.

Con l'aiuto della rappresentazione tridimensionale si possono definire i seguenti sette cluster: grigio scuro ①, grigio chiaro ②, blu ③, verde chiaro ④ e verde ⑤ come pure viola scuro ⑥ e viola chiaro ⑦.

Il cluster grigio scuro ① appare in correlazione più stretta con il grigio chiaro ② rispetto agli altri. Un ospedale di questo cluster si avvicina molto al cluster ②.

Analogamente i cluster viola ⑥ e ⑦ sono posizionati più vicino ai cluster verdi ④ e ⑤ rispetto agli altri. Il cluster blu ③ emerge chiaramente dai cluster verdi e si allontana in profondità dal cluster grigio chiaro ②, ma si muove alla stessa altezza. Rispetto agli anni precedenti i cluster grigio scuro ① e grigio chiaro ② si sono avvicinati. Tra i cluster verdi ④ e ⑤ è impossibile delineare una separazione netta. In orizzontale il cluster verde chiaro ④ assomiglia al cluster grigio chiaro ② in termini di struttura e di distribuzione; entrambi i cluster sono invece nettamente distinti in verticale.

Il cluster viola scuro ⑥ si espande in larghezza al margine inferiore del grafico, nettamente separato dai cluster da ① a ⑤. Il cluster viola chiaro ⑦ è una diramazione in sé compatta e separata che sporge dalla base del cluster viola scuro ⑥.

L'eliminazione della variabile Quoziente di durata di degenza ha sostanzialmente fatto sì che i cluster ④, ⑤ e ⑥ presentino un'estensione leggermente ridotta in larghezza, dando l'impressione, in alcuni casi, che ci siano sottogruppi quasi separabili all'interno dei singoli cluster.



BM HSK: ospedali secondo le categorie UST incl. CUI nonché la valutazione secondo la DM/PCA

Spital BIS BR HSK INCL/ANK	Manhattan-Distanz													Total Punkte	Cluster Nr. Bezeichnung		
	1		2		3		4		5		6		7				
	952 Max. 8 Min.	43380 Max. 133 Min	2.312 Max. 0.359 Min.	CMI Punkte	1392 Max. 0 Min.	AA- Stellen Punkte	Endversorger- spital Punkte	1 Ja 0 Nein			1 Ja 0 Nein						
S1 K235 18'591	32	2.54	520	0.89	0.710	17.97	34	2.44	0	-	1.00	100.00	1.00	100.00	223.85	5 Grundversorger (K235)	
S2 K123 16'599	175	17.69	715	1.35	0.733	19.15	11	0.79	0	-	1.00	100.00	0.28	3.97	142.95	5 Grundversorger (K123)	
S3 K123 12'852	121	11.97	363	0.53	0.558	10.19	8	0.57	0	-	1.00	100.00	1.00	100.00	223.26	5 Grundversorger (K123)	
S4 K111 12'734	927	97.35	38'675	89.12	1.215	43.83	1'287	92.46	1	100.00	1.00	100.00	0.94	92.05	614.81	1 ZV/Endversorger (K111)	
S5 K122 12'032	442	45.97	4'248	9.52	1.127	39.30	-	-	0	-	1.00	100.00	0.64	51.94	246.72	5 Grundversorger (K122)	
S6 K122 11'865	269	27.65	1'700	3.62	0.706	17.73	38	2.73	0	-	1.00	100.00	0.61	48.68	200.41	5 Grundversorger (K122)	
S7 K235 11'737	13	0.53	138	0.01	2.312	100.00	3	0.22	0	-	-	-	1.00	100.00	200.76	6 Kliniken/Spz.Kliniken o/Notfall (K235)	
S8 K231 11'598	77	7.31	1'518	3.20	1.160	41.00	2	0.14	0	-	-	-	1.00	100.00	151.66	6 Kliniken/Spz.Kliniken o/Notfall (K231)	
S9 K235 11'582	94	9.11	1'038	2.09	0.733	19.14	-	-	0	-	-	-	1.00	100.00	130.34	6 Kliniken/Spz.Kliniken o/Notfall (K235)	
S10 K122 11'568	375	38.88	3'586	7.98	0.799	22.51	14	1.01	0	-	1.00	100.00	0.57	43.27	213.64	5 Grundversorger (K122)	
S11 K235 11'560	37	3.07	199	0.15	1.533	60.09	-	-	0	-	-	-	1.00	100.00	163.31	6 Kliniken/Spz.Kliniken o/Notfall (K235)	
S12 K112 11'501	454	47.25	7'738	17.59	1.057	35.71	133	9.55	0	-	1.00	100.00	0.78	70.48	280.57	4 ZV ohne Endvers. (K112)	
S13 K123 11'489	126	12.50	867	1.70	0.840	24.63	23	1.65	0	-	-	-	0.35	13.91	54.39	6 Kliniken/Spz.Kliniken o/Notfall (K123)	
S14 K121 11'470	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	Nicht im Clustering
S15 K123 11'372	78	7.42	171	0.09	0.657	15.24	4	0.29	0	-	1.00	100.00	1.00	100.00	223.03	5 Grundversorger (K123)	
S16 K123 11'289	46	4.03	133	-	1.748	71.14	3	0.22	0	-	-	-	1.00	100.00	175.39	6 Kliniken/Spz.Kliniken o/Notfall (K123)	
S17 K231 11'246	327	33.79	3'553	7.91	0.953	30.39	1	0.07	0	-	1.00	100.00	0.61	48.68	220.83	5 Grundversorger (K231)	
S18 K235 11'137	84	8.05	788	1.51	0.681	16.46	-	-	0	-	-	-	0.42	23.18	49.20	6 Kliniken/Spz.Kliniken o/Notfall (K235)	
S19 K111 11'130	938	98.52	37'962	87.47	1.376	52.07	1'392	100.00	1	100.00	1.00	100.00	0.98	97.52	635.57	1 ZV/Endversorger (K111)	
S20 K111 11'101	869	91.21	34'965	80.54	1.317	49.03	624	44.83	1	100.00	1.00	100.00	0.96	94.45	560.06	1 ZV/Endversorger (K111)	
S21 K121 10'913	364	37.71	3'246	7.20	0.801	22.60	35	2.51	0	-	1.00	100.00	0.78	71.39	241.42	5 Grundversorger (K121)	
S22 K111 10'893	888	93.22	38'554	88.84	1.579	62.48	1'067	76.65	1	100.00	1.00	100.00	0.97	95.73	616.92	1 ZV/Endversorger (K111)	
S23 K231 10'891	114	11.23	6'280	14.21	1.390	52.78	48	3.45	0	-	-	-	0.69	58.37	140.04	6 Kliniken/Spz.Kliniken o/Notfall (K231)	
S24 K233 10'852	341	35.28	4'622	10.38	0.769	20.97	123	8.84	1	100.00	1.00	100.00	0.44	25.83	301.29	3 Kinderspitäler (K233)	
S25 K123 10'851	167	16.84	755	1.44	0.765	20.78	-	-	0	-	1.00	100.00	0.66	54.97	194.03	5 Grundversorger (K123)	
S26 K233 10'749	287	29.56	3'472	7.72	0.742	19.60	52	3.74	1	100.00	1.00	100.00	0.64	51.99	312.60	3 Kinderspitäler (K233)	
S27 K112 10'731	771	80.83	18'828	43.23	1.065	36.13	350	25.14	1	100.00	1.00	100.00	0.75	66.25	451.58	2 ZV/Endversorger (K112)	
S28 K112 10'705	722	75.64	20'883	47.98	1.017	33.70	277	19.90	1	100.00	1.00	100.00	0.88	84.11	461.32	2 ZV/Endversorger (K112)	
S29 K231 10'664	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	Nicht im Clustering
S30 K112 10'628	742	77.75	23'010	52.90	1.069	36.35	310	22.27	0	-	1.00	100.00	0.88	84.22	373.49	4 ZV ohne Endvers. (K112)	
S31 K111 10'625	952	100.00	43'380	100.00	1.436	55.12	1'070	76.87	1	100.00	1.00	100.00	0.99	98.80	630.78	1 ZV/Endversorger (K111)	
S32 K121 10'624	421	43.75	5'480	12.36	0.779	21.47	37	2.66	0	-	1.00	100.00	0.68	57.05	237.29	5 Grundversorger (K121)	
S33 K233 10'612	379	39.30	5'492	12.39	0.876	26.47	199	14.30	1	100.00	1.00	100.00	0.89	85.65	378.11	3 Kinderspitäler (K233)	
S34 K231 10'608	200	20.34	6'114	13.83	1.046	35.14	-	-	0	-	-	-	0.74	65.89	135.21	6 Kliniken/Spz.Kliniken o/Notfall (K231)	
S35 K112 10'605	549	57.31	13'658	31.27	0.962	30.88	-	-	0	-	1.00	100.00	0.64	51.97	271.44	4 ZV ohne Endvers. (K112)	
S36 K231 10'561	139	13.88	1'820	3.90	1.040	34.87	-	-	0	-	-	-	0.73	64.24	116.88	6 Kliniken/Spz.Kliniken o/Notfall (K231)	
S37 K122 10'553	250	25.64	3'317	7.36	0.661	15.44	12	0.86	0	-	-	-	0.73	64.24	113.54	6 Kliniken/Spz.Kliniken o/Notfall (K122)	
S38 K112 10'460	502	52.33	9'297	21.19	0.915	28.45	65	4.67	0	-	1.00	100.00	0.87	82.12	288.76	4 ZV ohne Endvers. (K112)	
S39 K123 10'456	254	26.06	1'595	3.38	0.690	16.95	19	1.36	0	-	1.00	100.00	0.32	9.93	157.68	5 Grundversorger (K123)	
S40 K231 10'454	67	6.25	1'086	2.20	0.863	25.81	-	-	0	-	-	-	0.65	53.64	87.91	6 Kliniken/Spz.Kliniken o/Notfall (K231)	
S41 K122 10'445	253	25.95	6'745	15.29	0.725	18.72	29	2.08	0	-	-	-	0.84	78.81	140.85	6 Kliniken/Spz.Kliniken o/Notfall (K122)	
S42 K231 10'420	178	18.01	3'926	8.77	1.463	56.52	77	5.53	0	-	-	-	0.92	88.96	177.79	6 Kliniken/Spz.Kliniken o/Notfall (K231)	
S43 K231 10'401	65	6.04	640	1.17	0.826	23.87	11	0.79	0	-	-	-	0.88	84.11	115.98	6 Kliniken/Spz.Kliniken o/Notfall (K231)	
S44 K121 10'356	444	46.19	7'673	17.43	0.758	20.43	191	13.72	0	-	1.00	100.00	0.65	54.17	251.95	5 Grundversorger (K121)	
S45 K112 10'335	467	48.62	10'571	24.14	1.055	35.63	61	4.38	0	-	1.00	100.00	0.93	90.29	303.06	4 ZV ohne Endvers. (K112)	
S46 K112 10'247	870	91.31	27'002	62.13	1.116	38.74	429	30.82	1	100.00	1.00	100.00	0.97	96.03	519.03	2 ZV/Endversorger (K112)	
S47 K112 10'225	548	57.20	10'913	24.93	0.826	23.92	154	11.06	0	-	1.00	100.00	0.64	51.92	269.03	4 ZV ohne Endvers. (K112)	
S48 K121 10'213	518	54.03	7'308	16.59	0.968	31.15	58	4.17	0	-	1.00	100.00	0.87	82.65	288.58	5 Grundversorger (K121)	
S49 K121 10'190	508	52.97	7'875	17.90	0.818	23.48	86	6.18	0	-	1.00	100.00	0.59	46.19	246.72	5 Grundversorger (K121)	
S50 K122 10'175	353	36.55	2'500	5.47	0.729	18.92	32	2.30	0	-	1.00	100.00	0.25	-	163.24	5 Grundversorger (K122)	
S51 K112 10'163	846	88.77	34'792	80.14	1.237	44.95	521	37.43	1	100.00	1.00	100.00	0.96	95.30	546.59	2 ZV/Endversorger (K112)	
S52 K112 10'162	546	56.99	9'902	22.59	0.876	26.48	78	5.60	0	-	1.00	100.00	0.91	88.41	300.07	4 ZV ohne Endvers. (K112)	
S53 K122 10'162	321	33.16	3'294	7.31	0.918	28.61	30	2.16	0	-	1.00	100.00	0.60	46.69	217.92	5 Grundversorger (K122)	
S54 K112 10'145	538	56.14	10'496	23.96	0.885	26.93	104	7.47	0	-	1.00	100.00	0.86	81.76	296.27	4 ZV ohne Endvers. (K112)	
S55 K122 10'137	276	28.39	2'190	4.76	0.710	17.97	20	1.44	0	-	1.00	100.00	0.55	40.07	192.62	5 Grundversorger (K122)	
S56 K221 10'134	49	4.34	507	0.86	0.640	14.38	30	2.16	0	-	1.00	100.00	0.30	7.28	129.03	5 Grundversorger (K221)	
S57 K123 10'131	146	14.62	546	0.95	0.676	16.21	-	-	0	-	1.00	100.00	1.00	100.00	231.78	5 Grundversorger (K123)	
S58 K235 10'124	30	2.33	207	0.17	1.839	75.80	7	0.50	0	-	-	-	1.00	100.00	178.81	6 Kliniken/Spz.Kliniken o/Notfall (K235)	
S59 K112 10'110	697	72.99	16'886	38.74	1.458	56.29	53	3.81	0	-	1.00	100.00	0.93	91.17	362.99	4 ZV ohne Endvers. (K112)	
S60 K232 10'105	90	8.69	1'616	3.43	0.646	14.67	-	-	0	-	-	-	0.55	40.07	66.85	6 Kliniken/Spz.Kliniken o/Notfall (K232)	
S61 K234 10'083	131	13.03	1'435	3.01	1.620	64.57	19	1.36	0	-	-	-	0.40	20.53	102.51	6 Kliniken/Spz.Kliniken o/Notfall (K234)	
S62 K112 10'069	700	73.31	16'263	37.30	0.891	27.23	267	19.18	1	100.00	1.00	100.00	0.85	79.99	437.00	2 ZV/Endversorger (K112)	
S63 K121 10'060	443	46.08	7'085	16.08	0.848	25.00	67	4.81	0	-	1.00	100.00	0.67	56.29	248.26	5 Grundversorger (K121)	
S64 K112 10'059	542	56.57	9'421	21.48	0.870	26.17	108	7.76	0	-	1.00	100.00	0.77	69.73	281.70	4 ZV ohne Endvers. (K112)	
S65 K112 10'017	680	71.19	26'510	60.99	0.972	31.36	74	5.32	0	-	1.00	100.00	0.88	84.36	353.22	4 ZV ohne Endvers. (K112)	
S66 K231 9'987	130	12.92	1'126	2.30	1.179	41.99	14	1.01	0	-	-	-	0.90	86.75	144.97	6 Kliniken/Spz.Kliniken o/Notfall (K231)	
S67 K231 9'987	107	10.49	1'126	2.30	1.179	41.99	1	0.07	0	-	-	-	0.80	73.51	128.36	6 Kliniken/Spz.Kliniken o/Notfall (K231)	
S68 K122 9'980	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	Nicht im Clustering
S69 K112 9'978	720	75.42	27'947	64.31	0.975	31.52	317	22.77	1	100.00	1.00	100.00	0.81	74.95	468.98	2 ZV/Endversorger (K112)	
S70 K121 9'915	476	49.58	6'146	13.90													



Spital	BIS	BR HSK inkl. ANK	Manhattan-Distanz													Cluster Nr. Bezeichnung			
			1		2		3		4		5		6		7		Total Punkte		
			952 Max. 8 Min.	43380 Max. 133 Min	2.312 Max. 0.359 Min.	1392 Max. 0 Min.	1 Ja 0 Nein	1 Ja 0 Nein	1 Ja 0 Nein	1 Ja 0 Nein									
			Ange- steuerte DRG	Punkte	Fälle	Punkte	CMI	Punkte	AA- Stellen	Punkte	Endvers- sorgungss- spital	Punkte	Notfall	Punkte	Erreichung Mindestfall- zahlen			Punkte	
S76	K112	9861	708	74.15	19306	44.33	0.980	31.79	256	18.39	0	-	1.00	100.00	0.87	82.12	350.78	4 ZV ohne Endvers. (K112)	
S77	K122	9852	308	31.78	3979	8.89	0.921	28.74	1	0.07	0	-	-	-	0.72	62.91	132.40	6 Kliniken/Spz.Kliniken o/Notfall (K122)	
S78	K231	9830	104	10.17	1843	3.95	1.636	65.39	14	1.01	0	-	1.00	100.00	1.00	100.00	280.52	5 Grundversorger (K231)	
S79	K122	9829	452	47.03	3888	8.68	0.865	25.90	34	2.44	0	-	1.00	100.00	0.55	40.66	224.72	5 Grundversorger (K122)	
S80	K112	9795	656	68.64	17699	40.62	0.883	26.80	197	14.15	0	-	1.00	100.00	0.79	72.68	322.90	4 ZV ohne Endvers. (K112)	
S81	K112	9775	813	85.28	25536	58.74	1.029	34.28	304	21.84	0	-	1.00	100.00	0.91	87.81	387.94	4 ZV ohne Endvers. (K112)	
S82	K112	9770	907	95.23	37687	86.84	1.115	38.69	539	38.72	1	100.00	1.00	100.00	0.95	93.15	552.63	2 ZV/Endversorger (K112)	
S83	K112	9751	753	78.92	25966	59.73	0.937	29.58	284	20.40	1	100.00	1.00	100.00	0.91	87.86	476.49	2 ZV/Endversorger (K112)	
S84	K121	9749	466	48.52	7065	16.03	0.735	19.25	74	5.32	0	-	1.00	100.00	0.61	48.39	237.50	5 Grundversorger (K121)	
S85	K112	9747	632	66.10	17383	39.89	1.165	41.25	58	4.17	0	-	1.00	100.00	0.95	93.98	345.39	4 ZV ohne Endvers. (K112)	
S86	K123	9746	240	24.58	2148	4.66	0.719	18.39	4	0.29	0	-	1.00	100.00	0.31	9.14	157.06	5 Grundversorger (K123)	
S87	K121	9738	454	47.25	7167	16.26	0.787	21.90	50	3.59	0	-	1.00	100.00	0.86	80.96	269.96	5 Grundversorger (K121)	
S88	K112	9737	528	55.08	9835	22.43	0.902	27.80	111	7.97	0	-	1.00	100.00	0.74	65.78	279.08	4 ZV ohne Endvers. (K112)	
S89	K112	9718	532	55.51	8782	20.00	0.906	28.00	87	6.25	0	-	1.00	100.00	0.72	62.71	272.47	5 Grundversorger (K112)	
S90	K112	9717	758	79.45	15766	36.15	1.047	35.20	216	15.52	1	100.00	1.00	100.00	0.87	82.72	449.04	2 ZV/Endversorger (K112)	
S91	K231	9715	205	20.87	2384	5.20	1.241	45.16	29	2.08	0	-	-	-	0.84	78.81	152.13	6 Kliniken/Spz.Kliniken o/Notfall (K231)	
S92	K112	9695	494	51.48	10319	23.55	0.842	24.71	82	5.89	0	-	1.00	100.00	0.76	68.36	273.99	4 ZV ohne Endvers. (K112)	
S93	K112	9681	518	54.03	9578	21.84	0.876	26.45	85	6.11	0	-	1.00	100.00	0.74	65.56	273.98	4 ZV ohne Endvers. (K112)	
S94	K122	9649	328	33.90	2325	5.07	0.839	24.59	17	1.22	0	-	1.00	100.00	0.36	14.85	179.63	5 Grundversorger (K122)	
S95	K122	9637	511	53.28	4577	10.28	0.965	30.99	41	2.95	0	-	1.00	100.00	0.51	35.29	232.79	5 Grundversorger (K122)	
S96	K122	9628	466	48.52	5164	11.63	0.804	22.78	80	5.75	0	-	1.00	100.00	0.69	59.16	247.84	5 Grundversorger (K122)	
S97	K232	9614	8	-	348	0.50	0.359	-	-	-	0	-	-	-	1.00	100.00	100.50	7 Geburtshäuser (K232)	
S98	K234	9612	91	8.79	804	1.55	1.540	60.47	39	2.80	0	-	-	-	1.00	100.00	173.61	6 Kliniken/Spz.Kliniken o/Notfall (K234)	
S99	K235	9605	90	8.69	676	1.26	0.689	16.90	-	-	0	-	-	-	0.30	7.28	34.13	6 Kliniken/Spz.Kliniken o/Notfall (K235)	
S100	K121	9580	516	53.81	7675	17.44	1.216	43.89	-	-	0	-	1.00	100.00	0.84	78.97	294.12	5 Grundversorger (K121)	
S101	K122	9560	379	39.30	4286	9.60	0.943	29.88	49	3.52	0	-	1.00	100.00	0.56	41.28	223.58	5 Grundversorger (K122)	
S102	K121	9555	507	52.86	7853	17.85	0.897	27.54	67	4.81	0	-	1.00	100.00	0.56	41.06	244.12	5 Grundversorger (K121)	
S103	K122	9550	499	52.01	5968	13.49	0.874	26.36	58	4.17	0	-	1.00	100.00	0.72	62.52	258.55	5 Grundversorger (K122)	
S104	K112	9535	791	82.94	34698	79.92	1.048	35.28	415	29.81	1	100.00	1.00	100.00	0.93	90.54	518.51	2 ZV/Endversorger (K112)	
S105	K121	9530	481	50.11	6724	15.24	0.871	26.20	99	7.11	0	-	1.00	100.00	0.62	50.03	248.68	5 Grundversorger (K121)	
S106	K112	9520	558	58.26	9486	21.63	0.841	24.67	73	5.24	0	-	1.00	100.00	0.74	65.86	275.66	4 ZV ohne Endvers. (K112)	
S107	K231	9485	23	1.59	389	0.59	0.664	15.60	-	-	0	-	-	-	1.00	100.00	117.78	6 Kliniken/Spz.Kliniken o/Notfall (K231)	
S108	K231	9460	93	9.00	1820	3.90	1.110	38.43	10	0.72	0	-	1.00	100.00	1.00	100.00	252.05	5 Grundversorger (K231)	
S109	K231	9429	95	9.22	1375	2.87	0.793	22.21	-	-	0	-	-	-	1.00	100.00	134.30	6 Kliniken/Spz.Kliniken o/Notfall (K231)	
S110	K231	9381	167	16.84	2215	4.81	1.210	43.55	-	-	0	-	1.00	100.00	0.64	51.75	216.96	5 Grundversorger (K231)	
S111	K112	9300	807	84.64	31598	72.76	1.002	32.90	386	27.73	1	100.00	1.00	100.00	0.85	79.58	497.60	2 ZV/Endversorger (K112)	
S112	K232	9250	10	0.21	896	1.76	0.384	1.27	-	-	0	-	-	-	1.00	100.00	103.25	7 Geburtshäuser (K232)	
S113	K112	9225	605	63.24	15261	34.98	0.950	30.24	129	9.27	0	-	1.00	100.00	0.76	68.46	306.19	4 ZV ohne Endvers. (K112)	
S114	K123	9142	235	24.05	1189	2.44	0.796	22.38	22	1.58	0	-	1.00	100.00	0.37	16.56	167.00	5 Grundversorger (K123)	
S115	K231	9138	82	7.84	1050	2.12	1.397	53.15	-	-	0	-	-	-	0.65	54.21	117.32	6 Kliniken/Spz.Kliniken o/Notfall (K231)	
S116	K231	9129	149	14.94	1940	4.18	1.139	39.93	-	-	0	-	1.00	100.00	0.77	69.09	228.14	5 Grundversorger (K231)	
S117	K231	9090	76	7.20	1281	2.65	0.849	25.09	2	0.14	0	-	-	-	1.00	100.00	135.09	6 Kliniken/Spz.Kliniken o/Notfall (K231)	
S118	K231	9081	63	5.83	970	1.94	0.640	14.36	-	-	0	-	-	-	0.44	25.83	47.95	6 Kliniken/Spz.Kliniken o/Notfall (K231)	
S119	K234	9068	164	16.53	2415	5.28	1.418	54.20	54	3.88	0	-	-	-	1.00	100.00	179.89	6 Kliniken/Spz.Kliniken o/Notfall (K234)	
S120	K232	9028	10	0.21	852	1.66	0.399	2.01	-	-	0	-	-	-	1.00	100.00	103.89	7 Geburtshäuser (K232)	
S121	K232	8989	10	0.21	498	0.84	0.389	1.54	-	-	0	-	-	-	1.00	100.00	102.60	7 Geburtshäuser (K232)	
S122	K112	8925	622	65.04	13027	29.81	1.053	35.50	29	2.08	0	-	1.00	100.00	0.87	82.34	314.78	4 ZV ohne Endvers. (K112)	
S123	K122	8917	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	Nicht im Clustering
S124	K122	8886	221	22.56	6485	14.69	0.680	16.41	-	-	0	-	-	-	0.89	85.10	138.76	6 Kliniken/Spz.Kliniken o/Notfall (K122)	
S125	K122	8849	367	38.03	6714	15.22	0.695	17.19	28	2.01	0	-	1.00	100.00	0.55	40.78	213.22	5 Grundversorger (K122)	
S126	K112	8833	594	62.08	9690	22.10	1.294	47.84	18	1.29	0	-	1.00	100.00	0.84	78.94	312.25	4 ZV ohne Endvers. (K112)	
S127	K231	8805	152	15.25	2797	6.16	1.085	37.18	-	-	0	-	-	-	0.74	65.00	123.59	6 Kliniken/Spz.Kliniken o/Notfall (K231)	
S128	K235	8762	11	0.32	525	0.91	0.750	20.03	6	0.43	0	-	-	-	1.00	100.00	121.68	6 Kliniken/Spz.Kliniken o/Notfall (K235)	
S129	K123	8738	140	13.98	1700	3.62	1.058	35.77	-	-	0	-	-	-	0.95	93.38	146.75	6 Kliniken/Spz.Kliniken o/Notfall (K123)	
S130	K231	8712	91	8.79	2315	5.05	1.262	46.23	-	-	0	-	1.00	100.00	0.99	98.68	258.74	5 Grundversorger (K231)	
S131	K231	8509	82	7.84	1036	2.09	1.361	51.29	-	-	0	-	-	-	0.90	86.75	147.97	6 Kliniken/Spz.Kliniken o/Notfall (K231)	
S132	K231	8235	39	3.28	772	1.48	0.849	25.07	7	0.50	0	-	-	-	0.36	15.23	45.56	6 Kliniken/Spz.Kliniken o/Notfall (K231)	

Per motivi di protezione dei dati non è possibile indicare il nome degli ospedali considerati per il BM.

Le autorità di approvazione, in caso di necessità, possono rivolgersi per le plausibilizzazioni ai manager tariffali SwissDRG (r.zeramardini@ecc-hsk.info; d.wettstein@ecc-hsk.info) oppure all'analista dati (a.bischof@ecc-hsk.info).

Elenco delle abbreviazioni

UFSP	Ufficio federale della sanità pubblica
UST	Ufficio federale di statistica
BM	Benchmark
BR	Baserte
TAF	Tribunale amministrativo federale
CM	Casemix
CMI	Casemix index
DRG	Diagnosis related groups
CDS	Conferenza dei direttori cantonali della sanità
ITAR_K [®]	Modello tariffale integrato sulla base della contabilità per unità di costo
AM	Assicurazione malattia
LAMal	Legge federale sull'assicurazione malattie
DM	Distanza di Manhattan
PCA	Principal Component Analysis
REKOLE [®]	Revisione del calcolo dei costi e della registrazione delle prestazioni
GPPO	Gruppi di prestazioni di pianificazione ospedaliera (grouper GPPO)
OCPre	Ordinanza sul calcolo dei costi e la registrazione delle prestazioni da parte degli ospedali e delle case di cura nell'assicurazione malattie
LCA	Legge federale sul contratto d'assicurazione (assicurazione integrativa)