

Comunità di acquisti HSK

Benchmark ST Reha anno tariffale 2025



Dati dell'anno d'esercizio: 2023
Pubblicazione: 29 novembre 2024

Executive Summary

Benchmark ST Reha – anno tariffale 2025

Per il calcolo del suo benchmark ST Reha, la Comunità di acquisti HSK ha ricevuto i dati ITAR_K® da un totale di 80 cliniche di riabilitazione. Dopo il controllo di plausibilità di questi dati sulle prestazioni e sui costi e l'esclusione delle cliniche con dati tardivi o non consegnati, è stato possibile includere 75 cliniche nel benchmarking.

Il valore di benchmark ST Reha è basato sui costi e si fonda su comparazioni rappresentative dei costi di esercizio a livello svizzero: esso comprende oltre il 93 per cento di tutte le cliniche di riabilitazione.

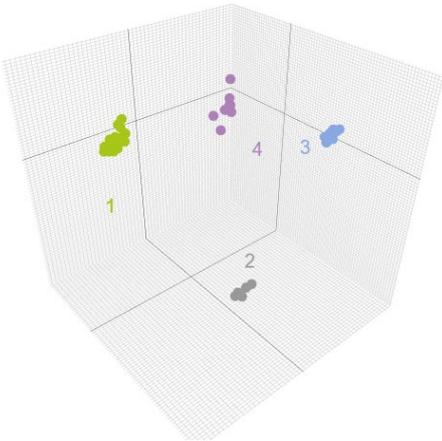
Il valore di benchmark ST Reha di HSK per l'anno tariffale 2025 al 35° percentile con ponderazione in base al numero di cliniche senza rincaro è pari a 712 franchi.

Mentre i valori del 30° e 35° percentile sono aumentati con un tasso superiore alla media rispetto all'anno precedente, i valori del 25° e 40° percentile sono aumentati con un tasso inferiore alla media.

Per la definizione dei prezzi, la Comunità 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
- 2° livello: trattative individuali sui prezzi tenendo conto delle particolarità di ogni ospedale e basate sui dati.

Per differenziare i prezzi, HSK utilizza i seguenti cluster come base per discostarsi dal valore di benchmark.

Cluster	Margine rispetto al BM	Denominazione Cluster
	↑	Riabilitazione neurologica (DM ≥75%)
		Riabilitazione geriatrica (DM ≥75%)
	Valore di benchmark HSK 712 franchi	
	↓	Ampio ventaglio di prestazioni
		Riabilitazione Muscoloscheletrica (DM ≥75%)

Questo approccio metodico consente alla Comunità di acquisti HSK di stabilire, sulla base dei dati, le condizioni per l'attuazione dell'autonomia tariffaria ai sensi della legge sull'assicurazione malattia (LAMal) e di condurre negoziati tariffali orientati alle soluzioni.

Contenuto

Executive Summary Benchmark ST Reha – anno tariffale 2025	2
Contenuto	3
Elenco delle abbreviazioni	4
1. Linee guida TAF per la procedura di benchmarking.....	5
2. Livello 1 determinazione dei prezzi: procedura di benchmarking HSK	6
2.1 Base di dati	6
2.2 Calcolo dei costi d’esercizio rilevanti per il benchmarking (CEB)	6
2.3 Metodologia benchmarking HSK.....	8
2.3.1 Principi metodologici e cliniche incluse.....	8
2.3.2 Copertura regionale	8
2.3.3 Tipo di ponderazione e scelta del percentile.....	9
2.4 Risultati procedura di benchmarking HSK	12
2.4.1 Valore di benchmark.....	12
2.4.2 Benchmarking ponderato (per numero di casi o per Day Mix).....	12
3. Livello 2 determinazione prezzi: differenziazione dei prezzi basata sul clustering	13
3.1 Linee guida legali	13
3.2 Base di dati e metodologia di clustering	14
3.3 Risultati del clustering.....	15
3.4 Determinazione della fascia di prezzo	16
4. Conclusione	17
Elenco delle figure	18
Elenco delle tabelle	18
Bibliografia	19
Allegato.....	20
Informazioni.....	21

Elenco delle abbreviazioni

AC	Assicurato/i complementare/i
AOMS	Assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie
BM	Benchmark valore di benchmark
BR	Baserate
CDS	Conferenza delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità
CEB	Costi d'esercizio rilevanti per il benchmarking
CEN	Costi d'esercizio netti
COAZ	Contabilità aziendale
CUI	Costi di utilizzazione delle immobilizzazioni
DM	Day Mix
DMI	Day Mix Index
ITAR_K®	Modello tariffale integrato sulla base della contabilità analitica per unità finale d'imputazione
LAMal	Legge federale sull'assicurazione malattie
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
RCG	Rehabilitation Cost Groups
REKOLE®	Standard della «Contabilità analitica nell'ospedale»
SPr	Sorveglianza dei prezzi
TAF	Tribunale amministrativo federale
UFSP	Ufficio federale della sanità pubblica
UST	Ufficio federale di statistica
WIG	Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie
ZHAW	Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften

1. Linee guida TAF per la 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 = negoziazioni individuali sui prezzi. Il valore di benchmark deve essere quindi considerato un valore orientativo per le trattative condotte individualmente con le cliniche.
- In linea di principio, la procedura di benchmarking deve essere **basata sui costi** (costi d'esercizio delle cliniche rilevanti per il benchmark). 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**, idealmente con un valore di riferimento 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 benchmarking. Non è ammessa una procedura di benchmarking nella quale vengono preselezionati determinati ospedali o gruppi ospedalieri.
- Il benchmarking deve basarsi il più possibile su cifre effettive invece che su valori normativi.
- Più il numero di ospedali nel benchmark è piccolo, più sono elevati i requisiti posti a una determinazione corretta dei costi d'esercizio rilevanti per il benchmarking.
- Non è ammissibile se il valore di benchmark viene impostato su un ospedale i cui costi d'esercizio rilevanti per il benchmarking non sono stati rilevati conformemente alla LAMal.
- Secondo una sentenza del Tribunale amministrativo federale (TAF) per la determinazione del valore di percentile (C-5102 | 2019 del 17 agosto 2022)¹ è compito primario del legislatore emanare le rispettive disposizioni. Fino ad allora, spetta ai partner tariffari nonché alle autorità garantire un ulteriore margine di discrezionalità per la definizione di un parametro di efficienza. Il TAF afferma che, con il cambio di sistema, un parametro di efficienza troppo rigido nella fase introduttiva metterebbe a rischio il finanziamento degli ospedali necessari al sistema e quindi la sicurezza delle cure. Al contrario, un benchmark di efficienza troppo generoso comporterebbe un margine di profitto irragionevole per gli ospedali più economici. In una precedente sentenza del TAF si afferma che lo standard deve essere applicato in modo rigoroso, poiché le tariffe negoziate non sono il risultato di una concorrenza effettiva (TAF 2014 | 36 E 10.2.3).²

Secondo una decisione del TAF del 15 maggio 2019 (C-4374 | 2017, C-4461 | 2017)³, la fase di introduzione prosegue fintanto che il Consiglio federale non ha pubblicato comparazioni a livello svizzero (art. 49 cpv. 8 LAMal).

¹ (TAF, Tribunale amministrativo federale, 2022 (C-5102 | 2019))

² (TAF, Tribunale amministrativo federale, 2014)

³ (TAF, Tribunale amministrativo federale, 2019)

2. Livello 1 determinazione dei prezzi: procedura di benchmarking HSK

2.1 Base di dati

Nel 1° livello della definizione dei prezzi, per il calcolo dei prezzi base calcolatori rettificati per Day Mix, la Comunità di acquisti HSK si basa sui dati forniti dalle cliniche ST Reha (versione integrale ITAR_K®), ma esegue calcoli tariffari propri basati sul modello tariffale HSK (v.2.2). A questo livello vengono incluse tutte le cliniche ST Reha a prescindere dalla loro categoria, dimensione e ubicazione. Le cliniche con dati non plausibili o non forniti entro il termine vengono escluse.

2.2 Calcolo dei costi d'esercizio rilevanti per il benchmarking (CEB)

Per un rilevamento uniforme di costi e prestazioni, le cliniche applicano REKOLE® «Contabilità analitica nell'ospedale» (Revisione del calcolo dei costi e della registrazione delle prestazioni). Un'applicazione sistematica degli standard REKOLE® incrementa la trasparenza e la confrontabilità dei costi d'esercizio delle cliniche ST Reha. I costi d'esercizio pervenuti delle cliniche ST Reha vengono rettificati dalla Comunità di acquisti HSK affinché soddisfino le disposizioni della OAMal, la giurisprudenza e la prassi usuale del calcolo delle tariffe nell'ambito dell'Assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie.

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

Schema di calcolo	Osservazioni								
Totale costi secondo la contabilità aziendale COAZ (calcolo unitario)									
./. Costi utilizzazione delle immobilizzazioni (CUI)	Dati forniti dagli ospedali (OCPre)								
./. Ricavi dal gruppo di conto 65	Dati forniti dalle cliniche ST Reha, secondo le istruzioni ITAR_K® ciò avviene ai sensi delle prescrizioni del TAF								
+ Compensazione ricavi dal gruppo di conto 66	Se registrati come riduzione dei costi nei centri di costo, dati forniti dalle cliniche ST Reha								
./. Onorari medici per clienti delle assicurazioni integrative	Dati forniti dalle cliniche ST Reha								
= Costi d'esercizio netti I (CEN)									
./. Deduzione sussidiaria per ricerca universitaria e formazione	Deduzione effettiva, ma almeno normativa Valori normativi <table data-bbox="938 1579 1316 1736"> <tr> <td><75 letti:</td> <td>0.8%</td> </tr> <tr> <td>>75 letti:</td> <td>1.5%</td> </tr> <tr> <td>>125 letti:</td> <td>3.5%</td> </tr> <tr> <td>Ospedali universitari:</td> <td>effettivo</td> </tr> </table>	<75 letti:	0.8%	>75 letti:	1.5%	>125 letti:	3.5%	Ospedali universitari:	effettivo
<75 letti:	0.8%								
>75 letti:	1.5%								
>125 letti:	3.5%								
Ospedali universitari:	effettivo								
./. Prestazioni economicamente di interesse generale	Secondo i dati forniti dalle cliniche ST Reha HSK non può verificare se tutte le prestazioni economicamente di interesse generale sono state dichiarate.								
= Costi d'esercizio netti II (CEN)									
./. Detrazione per costi aggiuntivi derivati da prestazioni per pazienti con assicurazione complementare	Deduzione effettiva, ma almeno valori normativi secondo l'approccio CDS ⁴ :								

⁴ (CDS, Conferenza delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità, 2019)

Schema di calcolo	Osservazioni
	<ul style="list-style-type: none"> Detrazione del 9,8% sui costi operativi rilevanti ai fini tariffari dei pazienti con assicurazione complementare (incl. CUI secondo OCPRe).
./ Costi non inclusi nella tariffa base (BR) (costi aggiuntivi non valutati secondo lo SwissDRG, servizi tariffati separatamente)	Dati forniti dalle cliniche ST Reha
Interessi attivo circolante	Secondo il metodo SPPr
Rincaro	Non compresi nel benchmark
Costi di proiezione	Non compresi nel benchmark
Deduzioni per mancanza di trasparenza	Non compresi nel benchmark
Costi di utilizzazione delle immobilizzazioni (CUI)	Solo i CUI secondo l'OCPre sono presi in considerazione nel BM. Viene inoltre valutato se trova applicazione la nuova deduzione per CUI introdotta nella versione ITAR_K® 14.0 per le prestazioni (alberghiere) LCA (v. l'exkursus più avanti). I CUI indicati vengono controllati per verificarne la plausibilità da HSK con la contabilità patrimoniale (dati forniti dall'Ufficio federale di statistica UST).
= costi d'esercizio rilevanti per il BM HSK	
./ Deduzione per compensi supplementari SwissDRG, ST Reha valutati versione 1.0	Dati forniti dalla clinica
: Day Mix ST Reha versione 1.0	Dati forniti dalla clinica
= Prezzo base calcolato HSK	

Tabella 1: Calcolo dei costi di esercizio rilevanti per il benchmarking

Excursus:

Ponderazione dei costi di utilizzazione delle immobilizzazioni (CUI) per le prestazioni alberghiere

Come indicato nel documento **«Riassunto delle modifiche principali per la versione ITAR_K® 14.0⁵»**, nella versione ITAR_K® 13.0 *«il calcolo della deduzione dei costi del servizio alberghiero AC ha tenuto conto unicamente dei CUI ai sensi di REKOLE®. La parte dei CUI dell'AC per il servizio alberghiero nella riga 26 è stata dedotta, ciò che non era corretto.*

Nella versione 14.0 di ITAR_K® il calcolo è stato adattato per tener conto dei CUI ai sensi di REKOLE® ai sensi dell'OCPre, affinché la deduzione venga effettuata in modo corretto. La parte dei CUI dell'assicurazione complementare per il servizio alberghiero viene inoltre ora dedotta alla riga 38 per REKOLE® e alla riga 42 per l'OCPre».

In generale si rileva che la deduzione per le prestazioni supplementari dei pazienti con assicurazione complementare nel modello ITAR_K® è troppo bassa. Per questo motivo, HSK verifica se i costi effettivamente dichiarati dalla clinica nel modello ITAR_K®-per i pazienti con assicurazione complementare sono maggiori dei costi calcolati con l'approccio normativo. Per calcolare la deduzione normativa, HSK si basa sulle raccomandazioni della CDS. In tale deduzione normativa sono già presi in considerazione i CUI per le prestazioni alberghiere.

HSK ha rilevato che quasi la metà di tutte le cliniche ha dichiarato erroneamente i CUI per le prestazioni alberghiere nei primi modelli ITAR_K® ricevuti. Su richiesta di HSK, la maggior parte delle cliniche ha corretto questo calcolo.

⁵ (H+, Gli ospedali svizzeri, 2024)

2.3 Metodologia benchmarking HSK

2.3.1 Principi metodologici e cliniche incluse

Dall'introduzione della struttura tariffaria nazionale ST Reha il 10 gennaio 2022, la Comunità di acquisti HSK esegue ogni anno una procedura di benchmarking nazionale che è stata pubblicata la prima volta per l'anno tariffale 2024 con i dati dell'anno 2022 sulla base dei dati relativi a costi e prestazioni effettivamente conteggiati e sostenuti.

Per la determinazione del valore di benchmark la Comunità di acquisti HSK ha richiesto i dati di 80 cliniche ST Reha. Dopo un controllo della plausibilità dei dati sono stati selezionati 75 dati per il benchmarking.

Non sono state incluse nel benchmarking complessivamente 5 cliniche ST Reha per i seguenti motivi:

Criteri d'esclusione	N° di cliniche
Dati ITAR_K® mancanti	1
Qualità carente dati ITAR_K®- (ad es. Day Mix non disponibile)	3
Casi speciali	1
Totale	5

Tabella 2: Criteri di esclusione per la non inclusione nella procedura di benchmarking

2.3.2 Copertura regionale

Nel benchmark sono inclusi tutti i Cantoni, purché i dati siano stati forniti in modo puntuale e plausibile. Il grado di copertura sul territorio svizzero è superiore al 93 per cento e in 18 Cantoni raggiunge il 100 per cento.

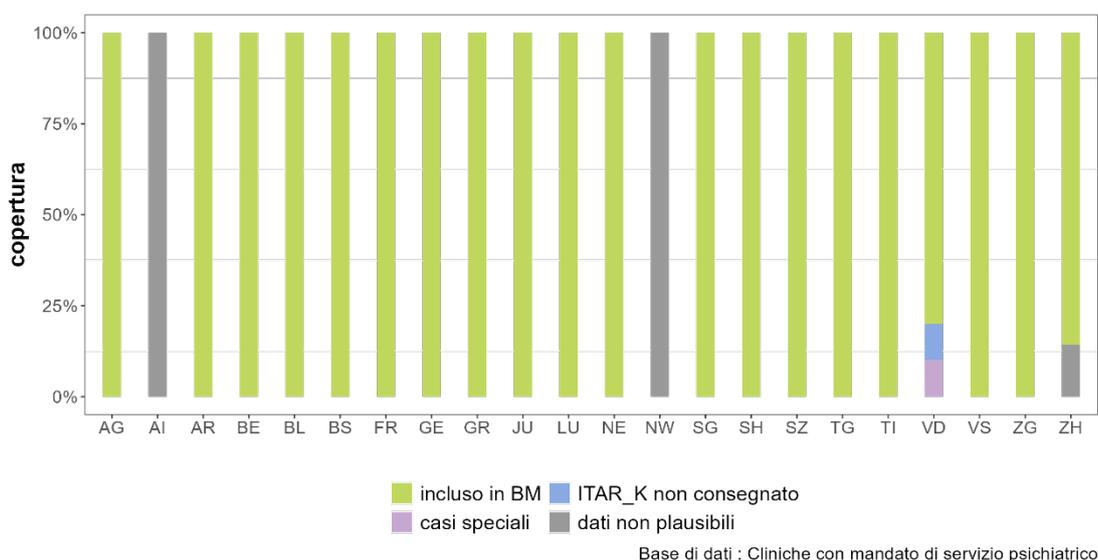


Figura 1: Copertura regionale

Valutazione

Il benchmark HSK è rappresentativo e valido perché:

- il valore di benchmark si basa sui dati relativi a costi e prestazioni effettivamente sostenuti e/o conteggiati;
- il grado di copertura di tutte le cliniche ST Reha sul territorio svizzero è superiore al 93 per cento;
- sono stati inclusi tutti i Cantoni della Svizzera;
- è stato selezionato un metodo unitario in tutto il territorio svizzero per la procedura di benchmarking.

2.3.3 Tipo di ponderazione e scelta del percentile

a. Tipo di Ponderazione

Per chiarire la questione della ponderazione all'interno del benchmark, a dicembre 2019 la Comunità di acquisti HSK ha commissionato al Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie (Istituto di Winterthur per l'economia della salute, WIG della ZHAW) uno studio scientifico⁶.

Lo studio, conclusosi il 1° aprile 2020, esamina le ragioni di una ponderazione nel benchmarking e la sua opportunità. Secondo lo studio, in generale per «ponderazione nella statistica applicata si intende il tentativo di incrementare la rappresentatività di un campione [...]». Nel benchmarking ospedaliero, questo significa che una ponderazione per Day Mix (DM) o numero di casi è utile se il numero di ospedali nel benchmark è troppo piccolo e non sufficientemente rappresentativo. Anche la Conferenza dei direttori della sanità (CDS) indica espressamente nelle sue raccomandazioni per il controllo dell'economicità: «Il tipo di ponderazione acquisisce una maggiore importanza quanto è minore il numero di ospedali inclusi nella comparazione» (27 giugno 2019)⁷.

Il numero di cliniche ST Reha nel benchmark HSK (75) è alto. Con un Day Mix di 2 089 021 (oltre il 99 per cento del volume svizzero complessivo AOMS), costituisce un campione rappresentativo con una copertura quasi completa della popolazione statistica. Di conseguenza, non serve una ponderazione per ovviare alla carenza di rappresentatività. Ogni clinica va quindi inclusa nel calcolo del percentile con la stessa ponderazione.

Inoltre, con la ponderazione in base al numero di casi, non è possibile una suddivisione in cliniche efficienti e inefficienti, perché la ponderazione delle cliniche non modifica i costi dei casi e quindi la sequenza delle cliniche. Questo contraddice l'idea di base di un vero confronto di efficienza. Anche nelle ultime prese di posizione dinanzi al Tribunale amministrativo federale, l'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP) spiega che l'attuazione di un benchmarking con ponderazione per «numero di fornitori di prestazioni» è opportuna. Anche secondo il sorvegliante dei prezzi, ogni ospedale deve essere preso in considerazione con la stessa ponderazione nel confronto operativo, indipendentemente dalle dimensioni e dalla categoria dell'ospedale.

⁶ (WIG, Istituto di Winterthur per l'economia della sanità (Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie), 2020)

⁷ (CDS, Conferenza delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità, 2019)

Non si capisce perché le grandi cliniche dovrebbero avere maggior peso di quelle più piccole in una procedura di comparazione tra aziende. Dimensioni e livello di specializzazione di una clinica non devono essere un criterio per le comparazioni dei costi. Il benchmarking mira a una comparazione dell'efficienza a livello aziendale tra tutte le cliniche, per capire quindi in che modo sono organizzati i processi nella struttura e quanto risulta ottimale l'allocazione delle risorse. Se una clinica è troppo piccola per beneficiare adeguatamente ad es. delle economie di scala, ciò deve riflettersi nelle comparazioni tra aziende. Una ponderazione inferiore per le cliniche piccole porterebbe a sottovalutare o «annacquare»⁸ le sue possibili efficienze, che potrebbero così diventare invisibili. La ponderazione per numero di casi o Day Mix, quindi, annacqua l'efficienza di queste cliniche. A seconda della situazione specifica di una clinica, le sue caratteristiche, come ad es. valore del Day Mix, Day Mix Index (DMI) o numero di casi, possono essere considerate nelle trattative individuali sui prezzi.

Lo studio «Gewichtung im Rahmen des Spital Benchmarkings» (Ponderazione nel benchmarking ospedaliero) del WIG rivela che ci sono imprecisioni e incertezze nella struttura tariffaria che risultano poi in distorsioni dei costi al netto del grado di gravità dei fornitori di prestazioni. Analogamente alla valutazione dell'UFSP, lo studio giunge a una conclusione chiara: *«Il ricorso a ponderazioni nel benchmarking ospedaliero **non è assolutamente opportuno**»*. Secondo lo studio, *«una ripartizione tra ospedali efficienti e inefficienti [...] risulta tuttavia impossibile poiché la ponderazione degli ospedali non modifica i costi standard per caso e quindi l'ordine degli ospedali.»*

Lo studio lo illustra in dettaglio a pagina 20 con un esempio fittizio: la ponderazione **non** modifica l'ordine degli ospedali, perciò gli ospedali considerati inefficienti senza ponderazione (magari anche erroneamente) sono considerati inefficienti anche dopo la ponderazione. L'unico effetto è un innalzamento del valore di benchmark risultante. Una ponderazione, quindi, non è in grado di risolvere nemmeno imprecisioni e incertezze della struttura tariffaria. Per tenere conto di queste criticità e non punire le cliniche erroneamente considerate inefficienti, sono necessarie baserate differenziate.

Conclusioni: una ponderazione non è assolutamente opportuna. Il numero di cliniche ST Reha rappresentate nel benchmark HSK è molto elevato. Inoltre, una ponderazione annacqua la valutazione dell'efficienza. Infatti, bisogna guardare al fornitore di prestazioni nel suo complesso, a prescindere dalle sue dimensioni.

Una ponderazione distorcerebbe artificialmente il benchmark a vantaggio delle cliniche più grandi, senza alcuna giustificazione pertinente della maggiore ponderazione attribuita alle grandi cliniche. Anche le imprecisioni e le incertezze nella struttura tariffaria non vengono risolte dalla ponderazione.

⁸ (WIG, Istituto di Winterthur per l'economia della sanità (Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie), 2020)

b. Scelta del percentile

Secondo l'art. 49, cpv. 1 LAMal i prezzi base si rifanno 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 o percentile «corretto» con il quale questo valore orientativo deve essere definito per la fissazione delle tariffe. La revisione della OAMal, che dovrebbe entrare in vigore in futuro, stabilisce che venga selezionato al massimo il 30° percentile per mezzo dei costi giornalieri corretti al netto del grado di gravità per il valore di benchmark, in base al numero di fornitori di prestazioni.



Figura 2: Metodologia della scelta del percentile

- Nel quadro della fase introduttiva, per il valore di benchmark dell'anno tariffale 2025 la Comunità di acquisti HSK applicherà ancora il 35° percentile e punta sulla differenziazione dei prezzi nelle trattative individuali al di sopra e al di sotto del valore di benchmark (ad es. in virtù di particolarità, sistematiche nei pazienti o nelle strutture basate sui dati e motivate).
- La giurisprudenza, lo sviluppo avanzato della qualità del sistema della struttura tariffaria ST Reha e l'imminente revisione della OAMal mirano ad applicare il valore percentile in modo più rigoroso in futuro.
- In mancanza di una concorrenza efficace tra le cliniche, un parametro di efficienza basso genera un incentivo elevato a fornire le prestazioni in modo più efficiente. Ciò vale in particolare per le cliniche che, nonostante la nuova legge sul finanziamento ospedaliero, ricevono una copertura del deficit di bilancio o sovvenzioni pubbliche. Il regime di concorrenza viene quindi spesso distorto e mancano gli incentivi a rendere la produzione più efficiente.
- Un valore percentile basso consente alle cliniche con costi inferiori al benchmark di generare aumenti di efficienza adeguati a carico dell'AOMS.

2.4 Risultati procedura di benchmarking HSK

2.4.1 Valore di benchmark

Il valore del benchmark – inclusi i costi di utilizzazione delle immobilizzazioni in base all’OCPre (CUI), senza ponderazione ed escluso il rincaro – per l’anno tariffale 2025 è fissato al 35° percentile ovvero a **712 franchi**. Tale valore è stato calcolato sulla base di 75 cliniche con dati dell’anno 2023.

Mentre i valori del 30° e del 35° percentile hanno registrato una crescita superiore alla media rispetto all’anno scorso, i valori del 25° e del 40° percentile sono cresciuti meno della media.

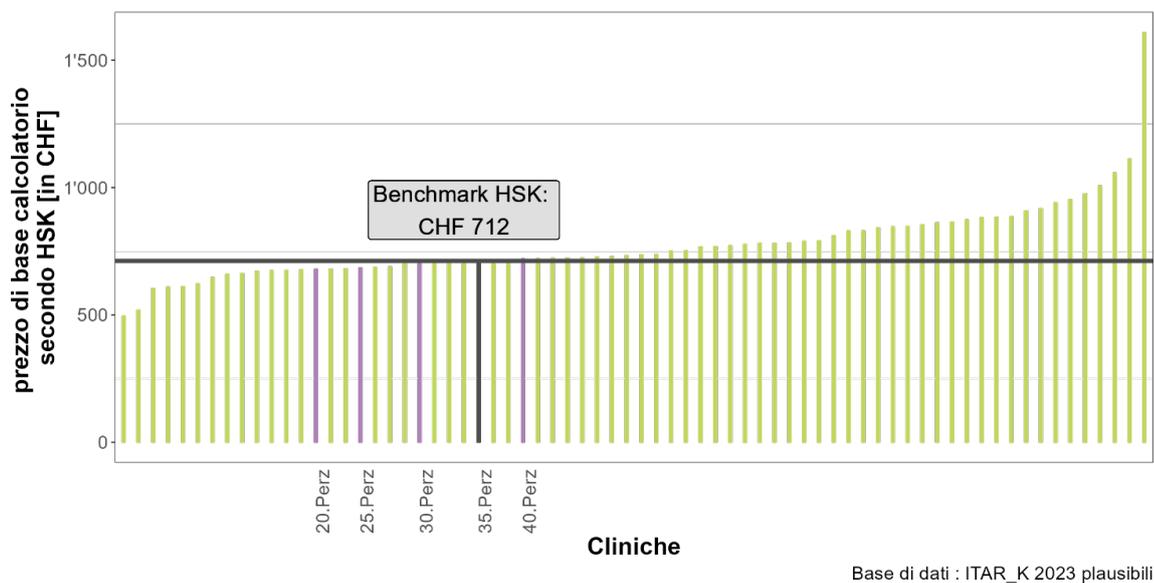


Figura 3: Valore di benchmark HSK

2.4.2 Benchmarking ponderato (per numero di casi o per Day Mix)

I percentili in un benchmarking in base al numero di casi o al Day Mix si discostano solo di pochi franchi rispetto a un benchmarking – previsto dall’UFSP e dalla nuova revisione dell’OAMal – con una classifica in base al numero di fornitori di prestazioni. Ciò indica che ci sono già abbastanza fornitori di prestazioni con grandi volumi (casi o Day Mix) al di sotto del valore di benchmark, e quindi la scelta del 35° percentile rappresenta già un parametro di efficienza in cui i fornitori di prestazioni sono rappresentati su vasta scala.

3. Livello 2 determinazione prezzi: differenziazione dei prezzi basata sul clustering

3.1 Linee guida legali

Nella sua sentenza del 15 maggio 2019 (C-4374 | 2017, C-4461 | 2017)⁹, 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.»

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

Per implementare questo livello (trattativa individuale sui prezzi), la Comunità di acquisti HSK forma cluster omogenei sulla base di variabili relative ai pazienti e alle strutture delle cliniche. I gruppi omogenei non consentono di calcolare supplementi e sconti in base al valore di benchmark. Tuttavia, i cluster aiutano HSK ad elaborare soluzioni con l'obiettivo di negoziare prezzi oggettivi ed equi, sulla base di fasce di prezzo per cluster.

⁹ (TAF, Tribunale amministrativo federale, 2019)

3.2 Base di dati e metodologia di clustering

La Comunità di acquisti HSK applica vari fattori e il clustering gerarchico come procedura statistica per la formazione di cluster omogenei. I cluster vengono aggiornati annualmente da HSK sulla base dei dati ITAR_K®, della statistica medica dell'UST e delle informazioni dichiarate dalle cliniche nella scheda aggiuntiva. Il clustering si basa sui seguenti fattori:

DMI ¹⁰	Valutazione
<ul style="list-style-type: none"> Dati 2023 	<ul style="list-style-type: none"> Clinica con il DMI più alto Clinica con il DMI più basso
Specializzazione HSK ¹¹	Valutazione
<ul style="list-style-type: none"> La definizione della specializzazione della clinica è stabilita da HSK: «Riabilitazione muscolo-scheletrica», ≥75% del Day Mix raggruppato nell'RCG TR16 «Riabilitazione geriatrica», ≥75% del Day Mix raggruppato nell'RCG TR15 «Riabilitazione neurologica», ≥75% del Day Mix raggruppato nell'RCG TR13 «Ampio ventaglio di prestazioni» ovvero senza specializzazione, ≥75% del Day Mix, e «Altre», qualora la specializzazione sia raggruppata negli altri RCG 	<ul style="list-style-type: none"> Clinica con specializzazione Riabilitazione muscolo-scheletrica Clinica con specializzazione Riabilitazione geriatrica Clinica con specializzazione Riabilitazione neurologica Clinica senza specializzazione ovvero Ampio ventaglio di prestazioni, nonché «Altre»
Quota per età ¹²	Valutazione
<ul style="list-style-type: none"> Quota di pazienti ≥83 anni nella clinica. 	<ul style="list-style-type: none"> Clinica con la quota più alta di pazienti ≥83 anni Clinica con la quota più bassa di pazienti ≥83 anni

Tabella 3: Fattori del clustering

Il clustering è stato convalidato mediante un cosiddetto «grafico di silhouette», il quale determina in che misura una clinica rientra effettivamente in un cluster. Il coefficiente di silhouette medio ammonta a 0,75 ed è pertanto elevato. Ciò significa che l'affidabilità del clustering è buona.

¹⁰ (ITAR_K® - Modello integrato di allestimento delle tariffe sulla base della contabilità analitica per unità finali d'imputazione,)

¹¹ (UST, Ufficio federale di statistica,)

¹² (UST, Ufficio federale di statistica,)

3.3 Risultati del clustering

I cluster risultanti sono riportati nella tabella seguente. Si tratta di 4 cluster in tutto.

Cluster	Numero di cliniche per cluster
1. Riabilitazione neurologica	10
2. Riabilitazione geriatrica	6
3. Ampio ventaglio di prestazioni (nessuna specializzazione con DM $\geq 75\%$)	46
4. Riabilitazione muscoloscheletrica	8

Tabella 4: Risultati del clustering

I cluster evidenziano specificità che giustificano le differenze di costo tra le cliniche. Si nota che le cliniche nel cluster «Riabilitazione neurologica» vanno considerate separatamente, mentre le cliniche nel cluster «Riabilitazione geriatrica» presentano uno scostamento relativamente ridotto dal valore del benchmark e le cliniche nel cluster «Riabilitazione muscolo-scheletrica» si posizionano al di sotto del valore del benchmark. Inoltre, cinque cliniche sono state escluse dalla procedura di benchmarking e non sono state prese in considerazione nel clustering in ragione della loro offerta unica.

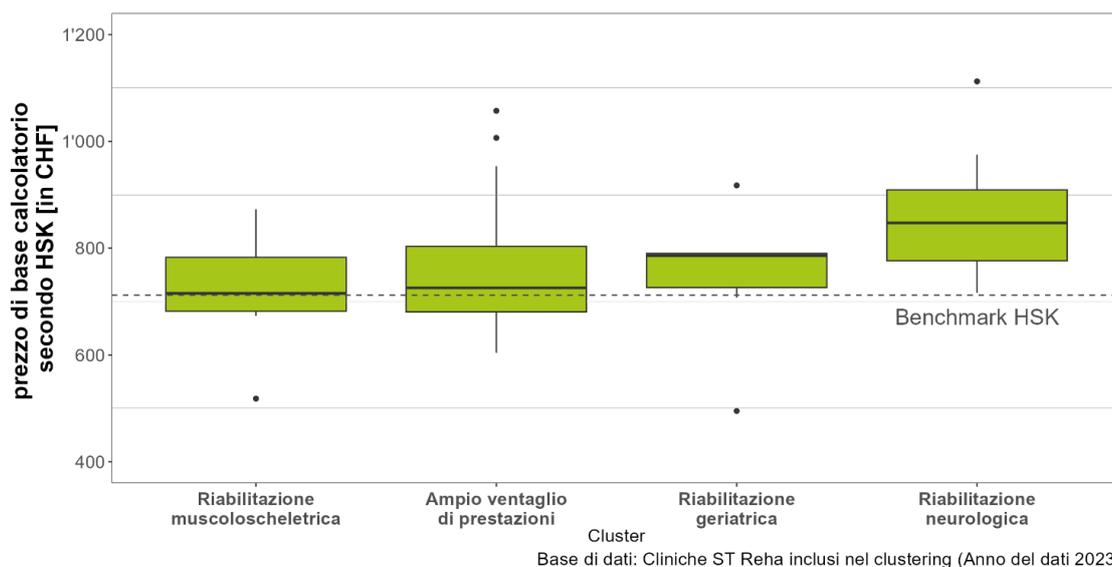


Figura 4: Prezzi di base calcolatori in base al cluster HSK

3.4 Determinazione della fascia di prezzo

Dopo aver formato cluster omogenei, vengono definite le 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.
- Le tariffe devono essere correlate ai cluster. In altre parole, le cliniche con specializzazione HSK «Riabilitazione neurologica» hanno le tariffe negoziate più alte. Le cliniche con specializzazione HSK «Riabilitazione muscolo-scheletrica» hanno le tariffe più basse.
- Trattandosi di gruppi omogenei, la differenza di prezzo all'interno degli stessi cluster non può essere elevata.
- Anche altre particolarità o caratteristiche delle cliniche di cui il clustering non tiene conto possono essere incluse nella definizione dei prezzi.
- Gli aumenti di efficienza sono riconosciuti dalla Comunità di acquisti HSK se la clinica fornisce le sue prestazioni a costi contenuti. Le cliniche che presentano costi contenuti a causa della selezione dei pazienti o perché si concentrano su Rehabilitation Cost Groups (RCG) redditizi non vengono considerate da HSK come fornitori di prestazioni efficienti, bensì praticano il «cherry picking».

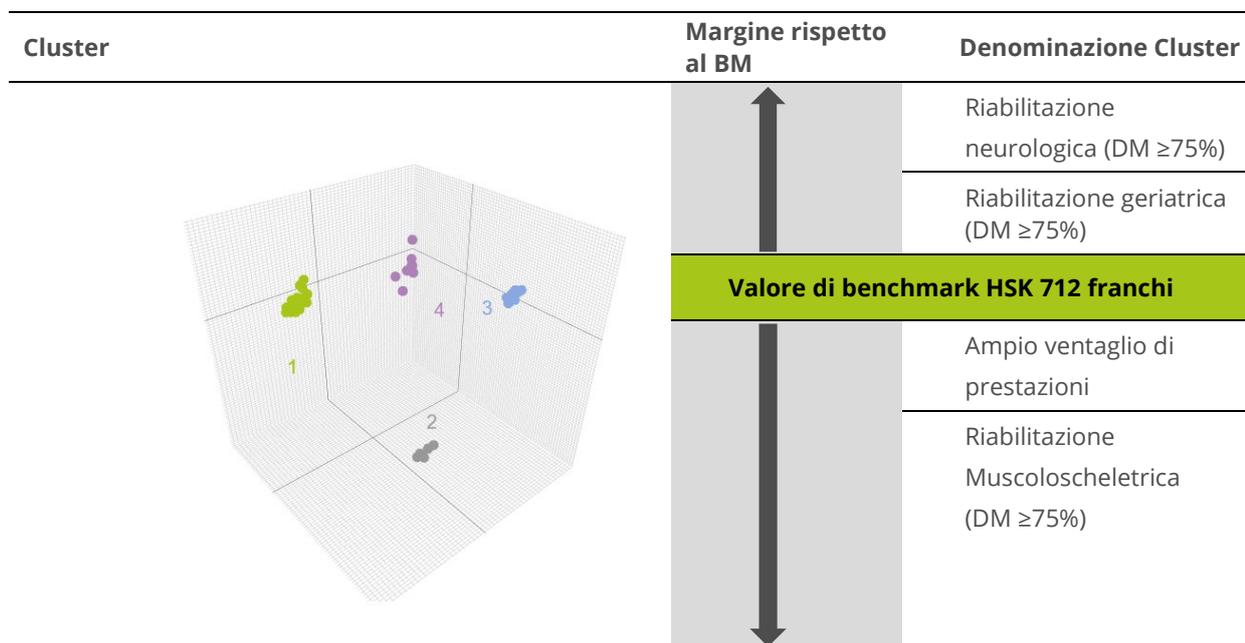


Figura 5: Cluster come base per la differenziazione dei prezzi, a partire dal valore di benchmark

4. Conclusione

Percentile e valore di benchmark

- Il valore di benchmark HSK è stabilito sulla base del 35° percentile.
- Esso ammonta a **712 franchi**.

Benchmark valido e rappresentativo

- Il benchmark HSK è rappresentativo perché copre tutte le regioni.
- Il benchmark HSK è valido poiché include più del 93 per cento del Day Mix AOMS.
- Il valore di benchmark stabilito sulla base del 35° 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 di benchmark HSK rappresenta il primo livello di definizione dei prezzi. Per le negoziazioni delle tariffe individuali (secondo livello di determinazione dei prezzi) servono come base i cluster formati.

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 delle cliniche, in particolare per quanto riguarda i costi per pazienti con assicurazione complementare, gli onorari dei medici non distinti per pazienti con assicurazione complementare che vengono a loro volta fatturati alle assicurazioni, l'insegnamento e la ricerca e le prestazioni economicamente di interesse generale.
- L'82 per cento delle cliniche ha fornito i propri dati dopo il 31 maggio 2024. Per un lavoro di plausibilizzazione efficace, la Comunità di acquisti HSK chiede i dati entro la fine di maggio. L'OCPre impone la contabilità analitica al 30 aprile.
- Nel valore di benchmark i CUI sono compresi esclusivamente ai sensi dell'OCPre. HSK non può escludere che il benchmark possa essere «falsato» da elementi distorsivi della concorrenza come le sovvenzioni alle cliniche 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 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.
- La deduzione per pazienti con assicurazione integrativa è avvenuta nella maggior parte dei casi sulla base delle raccomandazioni CDS.

Zurigo, novembre 2024

Elenco delle figure

Figura 1: Copertura regionale	8
Figura 2: Metodologia della scelta del percentile	11
Figura 3: Valore di benchmark HSK	12
Figura 4: Prezzi di base calcolatori in base al cluster HSK	15
Figura 5: Cluster come base per la differenziazione dei prezzi, a partire dal valore di benchmark	16

Elenco delle tabelle

Tabella 1: Calcolo dei costi di esercizio rilevanti per il benchmarking	7
Tabella 2: Criteri di esclusione per la non inclusione nella procedura di benchmarking	8
Tabella 3: Fattori del clustering	14
Tabella 4: Risultati del clustering	15
Tabella 5: Prezzi base calcolatori rettificati delle cliniche riabilitazione	21

Bibliografia

- CDS, Conferenza delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità. (27.06.2019). *Controllo di economicità*. <https://www.gdk-cds.ch/de/gesundheitsversorgung/spitaeler/finanzierung/wirtschaftlichkeitspruefung>
- H+, Gli ospedali svizzeri. (25.10.2024). *Riassunto delle modifiche principali per la versione ITAR_K® 14.0*. https://www.hplus.ch/fileadmin/hplus.ch/public/Rechnungswesen/ITAR_K/2024/Anpassungen_V13-V14_it_V2.pdf
- ITAR_K® - Modello integrato di allestimento delle tariffe sulla base della contabilità analitica per unità finali d'imputazione. Modello integrato di allestimento delle tariffe sulla base della contabilità analitica per unità finali d'imputazione.
- TAF, Tribunale amministrativo federale. (11.09.2014). *Sentenze banca dati TAF*.
TAF 2014 | 2014 E 10.2.3: <https://bvger.weblaw.ch/dashboard>
- TAF, Tribunale amministrativo federale. (15.05.2019). *Sentenze banca dati TAF*. Von TAF C-4374 | 201, C-4461 | 2017: <https://bvger.weblaw.ch/dashboard>
- TAF, Tribunale amministrativo federale. (17.08.2022 (C-5102 | 2019)). *Sentenze banca dati TAF*.
TAF C-5102 | 2019 - 17.08.2022: <https://bvger.weblaw.ch/dashboard>
- UST, Ufficio federale di statistica. (). *Statistica medica ospedaliera*.
<https://www.bfs.admin.ch/bfs/it/home/statistiche/salute/rilevazioni/ms.html>
- WIG, Istituto di Winterthur per l'economia della sanità (Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie). (01. 04. 2020). *Ponderazione nell'ambito del benchmarking ospedaliero (Studio in tedesco: Gewichtung im Rahmen des Spital Benchmarkings)*.
https://ecc-hsk.info/application/files/1416/0024/6582/ZHAW-WIG_Wissenschaftliche_Studie_Gewichtung_im_Spital_Benchmarking.pdf

Allegato

Il benchmark HSK ST Reha include 75 cliniche di riabilitazione con i seguenti prezzi base rettificati per Day Mix (DM) secondo lo schema di calcolo HSK (inclusi CUI secondo OCPre) che Riabilitazione sono state assegnate al cluster in base alla descrizione¹³.

ID clinica	Prezzo base HSK	Descrizione del cluster	contenuta nel BM
K1	1'609	Riabilitazione neurologica (DM ≥75%)	sì
K2	975	Riabilitazione neurologica (DM ≥75%)	sì
K3	865	Riabilitazione neurologica (DM ≥75%)	sì
K4	776	Riabilitazione neurologica (DM ≥75%)	sì
K5	909	Riabilitazione neurologica (DM ≥75%)	sì
K6	716	Riabilitazione neurologica (DM ≥75%)	sì
K7	1'112	Riabilitazione neurologica (DM ≥75%)	sì
K8	720	Riabilitazione neurologica (DM ≥75%)	sì
K9	847	Riabilitazione neurologica (DM ≥75%)	sì
K10	842	Riabilitazione neurologica (DM ≥75%)	sì
K11	495	Riabilitazione geriatrica (DM ≥75%)	sì
K12	783	Riabilitazione geriatrica (DM ≥75%)	sì
K13	918	Riabilitazione geriatrica (DM ≥75%)	sì
K14	707	Riabilitazione geriatrica (DM ≥75%)	sì
K15	789	Riabilitazione geriatrica (DM ≥75%)	sì
K16	791	Riabilitazione geriatrica (DM ≥75%)	sì
K17	611	Ampio ventaglio di prestazioni (nessuna specializzazione con DM ≥75%)	sì
K18	604	Ampio ventaglio di prestazioni (nessuna specializzazione con DM ≥75%)	sì
K19	954	Ampio ventaglio di prestazioni (nessuna specializzazione con DM ≥75%)	sì
K20	609	Ampio ventaglio di prestazioni (nessuna specializzazione con DM ≥75%)	sì
K21	733	Ampio ventaglio di prestazioni (nessuna specializzazione con DM ≥75%)	sì
K22	702	Ampio ventaglio di prestazioni (nessuna specializzazione con DM ≥75%)	sì
K23	736	Ampio ventaglio di prestazioni (nessuna specializzazione con DM ≥75%)	sì
K24	675	Ampio ventaglio di prestazioni (nessuna specializzazione con DM ≥75%)	sì
K25	660	Ampio ventaglio di prestazioni (nessuna specializzazione con DM ≥75%)	sì
K26	845	Ampio ventaglio di prestazioni (nessuna specializzazione con DM ≥75%)	sì
K27	680	Ampio ventaglio di prestazioni (nessuna specializzazione con DM ≥75%)	sì
K28	646	Ampio ventaglio di prestazioni (nessuna specializzazione con DM ≥75%)	sì
K29	882	Ampio ventaglio di prestazioni (nessuna specializzazione con DM ≥75%)	sì
K30	720	Ampio ventaglio di prestazioni (nessuna specializzazione con DM ≥75%)	sì
K31	829	Ampio ventaglio di prestazioni (nessuna specializzazione con DM ≥75%)	sì
K32	689	Ampio ventaglio di prestazioni (nessuna specializzazione con DM ≥75%)	sì
K33	887	Ampio ventaglio di prestazioni (nessuna specializzazione con DM ≥75%)	sì
K34	672	Ampio ventaglio di prestazioni (nessuna specializzazione con DM ≥75%)	sì
K35	771	Ampio ventaglio di prestazioni (nessuna specializzazione con DM ≥75%)	sì
K36	727	Ampio ventaglio di prestazioni (nessuna specializzazione con DM ≥75%)	sì
K37	884	Ampio ventaglio di prestazioni (nessuna specializzazione con DM ≥75%)	sì
K38	623	Ampio ventaglio di prestazioni (nessuna specializzazione con DM ≥75%)	sì
K39	678	Ampio ventaglio di prestazioni (nessuna specializzazione con DM ≥75%)	sì
K40	708	Ampio ventaglio di prestazioni (nessuna specializzazione con DM ≥75%)	sì

¹³ Per motivi di protezione dei dati le cliniche non sono elencate nominativamente, bensì con un numero identificativo interno.

ID clinica	Prezzo base HSK	Descrizione del cluster	contenuta nel BM
K41	768	Ampio ventaglio di prestazioni (nessuna specializzazione con DM ≥75%)	sì
K42	811	Ampio ventaglio di prestazioni (nessuna specializzazione con DM ≥75%)	sì
K43	716	Ampio ventaglio di prestazioni (nessuna specializzazione con DM ≥75%)	sì
K44	712	Ampio ventaglio di prestazioni (nessuna specializzazione con DM ≥75%)	sì
K45	682	Ampio ventaglio di prestazioni (nessuna specializzazione con DM ≥75%)	sì
K46	663	Ampio ventaglio di prestazioni (nessuna specializzazione con DM ≥75%)	sì
K47	781	Ampio ventaglio di prestazioni (nessuna specializzazione con DM ≥75%)	sì
K48	712	Ampio ventaglio di prestazioni (nessuna specializzazione con DM ≥75%)	sì
K49	1057	Ampio ventaglio di prestazioni (nessuna specializzazione con DM ≥75%)	sì
K50	781	Ampio ventaglio di prestazioni (nessuna specializzazione con DM ≥75%)	sì
K51	753	Ampio ventaglio di prestazioni (nessuna specializzazione con DM ≥75%)	sì
K52	724	Ampio ventaglio di prestazioni (nessuna specializzazione con DM ≥75%)	sì
K53	729	Ampio ventaglio di prestazioni (nessuna specializzazione con DM ≥75%)	sì
K54	737	Ampio ventaglio di prestazioni (nessuna specializzazione con DM ≥75%)	sì
K55	854	Ampio ventaglio di prestazioni (nessuna specializzazione con DM ≥75%)	sì
K56	940	Ampio ventaglio di prestazioni (nessuna specializzazione con DM ≥75%)	sì
K57	751	Ampio ventaglio di prestazioni (nessuna specializzazione con DM ≥75%)	sì
K58	680	Ampio ventaglio di prestazioni (nessuna specializzazione con DM ≥75%)	sì
K59	723	Ampio ventaglio di prestazioni (nessuna specializzazione con DM ≥75%)	sì
K60	687	Ampio ventaglio di prestazioni (nessuna specializzazione con DM ≥75%)	sì
K61	861	Ampio ventaglio di prestazioni (nessuna specializzazione con DM ≥75%)	sì
K62	1007	Ampio ventaglio di prestazioni (nessuna specializzazione con DM ≥75%)	sì
K63	1077	Altre	sì
K64	902	Altre	sì
K65	685	Altre	sì
K66	640	Altre	sì
K67	791	Altre	sì
K68	518	Riabilitazione Muscoloscheletrica (DM ≥75%)	sì
K69	830	Riabilitazione Muscoloscheletrica (DM ≥75%)	sì
K70	706	Riabilitazione Muscoloscheletrica (DM ≥75%)	sì
K71	673	Riabilitazione Muscoloscheletrica (DM ≥75%)	sì
K72	685	Riabilitazione Muscoloscheletrica (DM ≥75%)	sì
K73	767	Riabilitazione Muscoloscheletrica (DM ≥75%)	sì
K74	725	Riabilitazione Muscoloscheletrica (DM ≥75%)	sì
K75	873	Riabilitazione Muscoloscheletrica (DM ≥75%)	sì

Tabella 5: Prezzi base calcolatori rettificati delle cliniche riabilitazione

Informazioni

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

- Alex Graf, T+41 58 340 62 90, alex.graf@ecc-hsk.info
- Alexandra Saliji, T+41 58 340 63 56, alexandra.saliji@ecc-hsk.info