



DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ
LES HÔPITAUX DE SUISSE
GLI OSPEDALI SVIZZERI

Raccomandazioni per la registrazione dei dati inITAR_K® V 14.0

Queste raccomandazioni sono state redatte in collaborazione con l'associazione SpitalBenchmark (SBM), l'associazione degli ospedali di Zurigo (VZK) e alcuni membri attivi di H+. Lo scopo di queste raccomandazioni è quello di facilitare la registrazione dei dati in ITAR_K® e di ottimizzare la procedura di plausibilizzazione.

1. Valutazioni di casi amministrativi ambulatoriali a livello di ITAR_K®

Per principio nel settore ambulatoriale i casi amministrativi ambulatoriali vengono raggruppati in determinati tariffari. Se un paziente ottiene prestazioni ambulatoriali da ambiti di prestazioni differenti, finanziati con una tariffa differente (ad es. TARMED e fisioterapia), le prestazioni specifiche mediche e di fisioterapia di questo caso amministrativo in ITAR_K® devono essere attribuite ai tariffari specifici. Le rimanenti posizioni relative ai costi del caso amministrativo, quali materiale > CHF 3¹, medicinali, sangue, dialisi, laboratorio e altri settori di attività o tariffari ambulatoriali vengono pure raffigurati in modo specifico in una colonna adeguata e non vanno tenute quali «costi TARMED».

Parimenti i costi e le prestazioni per pazienti che pagano di tasca propria, prestazioni obbligatorie non AOMS o prestazioni con una fatturazione forfettaria non vengono rilevati nella colonna «caso LAMal TARMED in senso stretto».

Occorre inoltre garantire che anche nei casi di trattamenti di pazienti in cui sono coinvolti due (o più) tariffari (ad es. TARMED e fisioterapia), su entrambi i tariffari ambulatoriali corrispondenti sia registrata la quota parte corretta dei costi derivanti dall'amministrazione pazienti e dai costi di utilizzo delle immobilizzazioni (CUI) (splitting dei costi comuni).

I CUI e l'amministrazione pazienti seguono proporzionalmente (percentuale) i costi delle prestazioni (mediche e terapeutiche) fornite sulle attività/tariffe corrispondenti. Dalla versione 12.0 di ITAR_K® è possibile scegliere se ripartire tali costi manualmente o in modo automatico. Tale scelta avviene nelle «Info supplementari» della piattaforma online di ITAR_K®.

- Determinati ospedali nei propri sistemi di contabilità analitica (procedura diretta di attribuzione) possono già parametrizzare lo «splitting automatico dei costi comuni» esposto poc'anzi dei costi dell'amministrazione pazienti e dei CUI, garantendo così infine la ripartizione di tali tipi di costi comuni già durante il consolidamento/rilevamento dei casi amministrativi ambulatoriali nell'ITAR_K®. Tale «splitting dei costi comuni» avviene poi pure in modo proporzionale rispetto alle prestazioni tariffali di cui hanno beneficiato i pazienti ambulatoriali.

¹ Il regolamento relativo al materiale > 3 franchi svizzeri si applica solo ai casi fatturati con la TARMED (tariffa 001), ma non alle tariffe forfettarie TARMED o ad altre tariffe.



DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ
LES HÔPITAUX DE SUISSE
GLI OSPEDALI SVIZZERI

Nell'ITAR_K® tali ospedali compilano dunque la riga 43 sul foglio Excel «Rilevamento CUFI presentazione globale».

- Se un'istituzione decide a favore di una ripartizione automatica, nel modulo di registrazione di ITAR_K® appare la nuova colonna EO «amministrazione pazienti ambulatoriale», in cui devono essere registrati tutti i costi dell'amministrazione pazienti ambulatoriale. Tali costi nell'estratto dati definitivo vengono poi ripartiti su tutte le attività ambulatoriali in modo automatico e proporzionale ai costi complessivi.

Infine, i punti TARMED addebitati per tutte le prestazioni TARMED devono essere sommati e inseriti in ITAR_K® (Presentazione globale, riga 33). Importante in questo caso è che i costi corrispondano alle prestazioni, vale a dire sia nei costi sia nel numero di punti vengano considerati i medesimi casi ambulatoriali (concordanza). Solamente in questo modo è infine possibile determinare i valori del punto, basati sui costi, dei diversi tariffari (costi totali riferiti ai tariffari / prestazioni totali riferite ai tariffari).

L'allegato 1 illustra un esempio concreto per l'attribuzione di componenti dei costi all'unità finale d'imputazione (tariffario/attività) ai sensi di ITAR_K®.

2. Nella scheda «rilevamento CUFI presentazione globale», d'ora in avanti non è più possibile registrare dei valori per le righe 17 (66 Ricavi finanziari) e 19 (68 Ricavi da prestazioni fornite al personale e a terzi), eccezion fatta per le colonne DA (Ricerca e insegnamento universitario), DB (PEIG) e DC (Altri mandati di terzi).
3. Nelle colonne I-R del «rilevamento CUFI presentazione globale» devono figurare tutti i casi acui è attribuito un Case Mix e non solamente i casi fatturati secondo SwissDRG. La colonna CI (altre tariffe staz.) può contenere unicamente casi a cui non è attribuito alcun Case Mix (ad es. contratto SVK).
4. Dalla versione 10.0 di ITAR_K® la presentazione dei costi nel settore ambulatoriale (fuori tariffa definita dall'ospedale) è stata dettagliata seguendo le raccomandazioni del Tribunale amministrativo federale (TAF) e determinate tariffe presentano una distinzione tra le seguenti:
 - «Caso LAMal in senso stretto»
 - «CTM»
 - «Altri garanti (incl. parte AOMS per le prestazioni di assicurazione complementare)».
 -

Al fine di armonizzare a livello nazionale i raggruppamenti di costi AOMS nel settore ambulatoriale LAMal, raccomandiamo di applicare la seguente regola: nelle colonne «Caso LAMal in senso stretto» possono figurare solo i costi delle prestazioni AOMS in ambito LAMal fatturate per mezzo del punto di imposta AOMS negoziati. I costi delle prestazioni CTM figureranno tutte nella colonna «CTM». Gli altri pazienti che pagano di tasca propria (ad esempio i pazienti che beneficiano di prestazioni assicurative complementari) sono raggruppati in una colonna distinta. Importante: pure la parte AOMS dei pazienti che beneficiano di un'assicurazione complementare è registrata in tale colonna.



DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ
LES HÔPITAUX DE SUISSE
GLI OSPEDALI SVIZZERI

5. Nella scheda «Rilevamento CUFI presentazione globale» figurano i centri di costo «21 Laboratorio di cateterismo cardiaco» e «40 Psicologia». A partire dal 01.01.2020, questi centri di costo sono obbligatori ai sensi di REKOLE®.
6. Promemoria relativo al processo ITAR_K®: al fine di realizzare il **processo di** plausibilizzazione dei dati, la versione **«Progetto»** di ITAR_K® deve essere trasmessa a SBM. Questo documento può essere generato qui:

A seguito del processo di plausibilizzazione dei dati realizzato da SBM, i dati devono essere adattati, se necessario, sul file di ingresso ITAR_K®, per poi essere caricati nuovamente sulla piattaforma ai fini della chiusura definitiva. La chiusura definitiva di ITAR_K® genera **l'esportazione ufficiale firmata di ITAR_K®** («ITAR_K incl. benchmarking»), che deve essere inviata a SBM in vista **dell'elaborazione del benchmarking nazionale**.



DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ
LES HÔPITAUX DE SUISSE
GLI OSPEDALI SVIZZERI

Quadro generale Associazione SpitalBenchmark Rilascio wizard Amministrazione ▾

Upload modello Excel

Progetto Scaricare estratti dati

Carica modello Excel ✓ Scostamenti ✓ Allineamento con la statistica ospedaliera ✓ Chiusura ⚠

Chiusura definitiva

Con questa funzione viene generato definitivamente l'estratto dati ITAR_K. Modifiche successive non sono più possibili o devono essere autorizzate da H+.

Progetto Scaricare estratti dati

Chiusura definitiva

Con questa procedura, gli ospedali non hanno più bisogno di rivolgersi a H+ per modificare eventualmente una voce Excel dopo la plausibilizzazione. Inoltre, tale procedura garantisce che il benchmarking nazionale si riferisca a dati ITAR_K® ufficiali e plausibilizzati. In tal modo gli ospedali gettano le basi per soddisfare la trasparenza dei dati richiesta.

7. I ricavi 60-69 devono essere registrati correttamente (Rilevamento CUF Pres. globale, righe 13-20).
8. I giustificativi ufficiali provenienti dalle schede «Scostamenti» e «Allineamento con la statistica ospedaliera» della piattaforma ITAR_K® devono essere trasmessi a SBM per effettuare la plausibilizzazione dei dati.

Carica modello Excel ✓ Domande generali ✓ Scostamenti ✓ Allineamento con la statistica ospedaliera ✓ Chiusura ✓

Scostamenti PDF

Qui plausibilizziamo tutta una serie di dati immessi. Questi dovrebbero fornire indicazioni in merito alle immissioni di dati non plausibili o erronei. In tal modo si possono evitare fin dall'inizio molte richieste di chiarimenti. Potete visualizzarli tutti oppure potete visualizzarne solo gli scostamenti. Vi preghiamo di commentare gli scostamenti. Sussiste la possibilità di generare questo foglio come PDF e di salvarlo sul vostro PC.

Carica modello Excel ✓ Domande generali ✓ Scostamenti ✓ Allineamento con la statistica ospedaliera ✓ Chiusura ✓

Allineamento con la statistica ospedaliera PDF

Attenzione: Possono però risultare delle differenze, se la statistica ospedaliera contiene i dati del calcolo periodico per unità finale d'imputazione e non i dati del calcolo unitario per unità finale d'imputazione. A seconda del rilevamento nella statistica ospedaliera, i servizi annessi possono comportare una differenza.



DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ
LES HÔPITAUX DE SUISSE
GLI OSPEDALI SVIZZERI

9. Assicuratevi che i dati dell'anno precedente siano completi (Presentazione globale, righe 56, 57 e 59 + Rilevamento CUFI Pres. globale, righe 103, 106, 109, 112, 115, 118, 121).
10. I costi di utilizzo delle immobilizzazioni (CUI) devono essere applicati secondo le direttive REKOLE® e le direttive OCPre (Rilevamento CUFI Pres. globale, righe 78 e 85).
11. Assicuratevi che i CUI calcolati secondo REKOLE (Rilevamento CUFI Pres. globale, riga 90) siano maggiori dei CUI calcolati secondo OCPre (Rilevamento CUFI Pres. globale, riga 98). In caso contrario, è necessario trasmettere a SBM un giustificativo per la plausibilizzazione dei dati.
12. I costi di utilizzo delle immobilizzazioni devono essere inseriti per tutti i centri di costo, comprese la formazione e ricerca universitaria e le PEIG (Rilevamento CUFI Pres. globale, righe 78 e 85).
13. Assicuratevi che le correzioni dei soggiorni a cavallo dell'anno in corso per il 2022 (ITAR_K® 2022, Presentazione globale, colonna H) corrispondano alle correzioni dei soggiorni a cavallo dell'anno precedente per il 2023 (ITAR_K® 2023, Presentazione globale, colonna G).
14. La parte AOMS degli onorari dei medici curanti per i pazienti con assicurazione complementare deve essere registrata nella riga 65 (Presentazione globale). Se è indicato 0% o non è presente alcun valore, per il calcolo tariffario è dedotto l'importo totale degli onorari, vale a dire che i costi dell'assicurazione di base non comprendono gli onorari dei medici. In questo caso, oltre al giustificativo ufficiale ITAR_K® deve essere inviato un giustificativo a SBM per la plausibilizzazione.
15. Costi aggiuntivi relativi all'assicurazione complementare:
 - a. i costi aggiuntivi relativi al servizio alberghiero devono essere inseriti chiaramente nella tabella 1 del foglio «Info supplementari». Le percentuali <1% sono considerate molto basse. Le percentuali <0% non sono possibili.
 - b. Gli altri costi supplementari relativi all'assicurazione complementare devono essere inseriti nella tabella 1a del foglio «Info supplementari».
16. I ricavi e i costi della formazione e ricerca universitaria devono essere registrati nella colonna DA del foglio «Rilevamento CUFI Pres. globale» sulla base dei costi effettivi.
17. I costi relativi ai ricavi del gruppo di conto 65 devono essere trattati nel foglio «Info supplementari» (tabella 2).
18. I commenti e gli importi relativi alla contabilizzazione delle delimitazioni devono essere correttamente inseriti nella tabella 6 del foglio «Info supplementari».
19. I costi e le prestazioni, per i quali sono stati impiegati forfait ambulatoriali per la fatturazione, non vanno inseriti nella colonna TARMED, ma in quella «Ulteriori tariffe ambul. indiv. dell'azienda».



- | | Persona da contattare | Cognome e nome | N. telefono | E-mail | Tariffa staz. solo
LAM | Tariffa staz. LAMal
Ass. | Totale tariffa staz. | Tariffa |
|------------|---|--|--|------------------------|--|-----------------------------|----------------------|---------|
| e | Righe 9, 10,11, 18:
+ Costi dei pazienti a cavallo tra due anni, tra l'anno precedente e l'anno in corso | Michael Rolle | 031 335 11 32 | michael.rolle@hplus.ch | Righe 9, 10,11, 18:
- Costi dei pazienti a cavallo, tra l'anno in corso e l'anno seguente | | | |
| ari | | Correzione pazienti stazionari a cavallo anno precedente | Correzione pazienti stazionari a cavallo anno in corso | | | | | |
| | | 0'000 | | | | | | |
| | | 0'000 | 50'000 | -53'000 | | | | |
| | | 0'000 | 314'000 | -313'700 | | | | |
| | | 0'000 | 24'000 | -24'526 | 586'200 | 174'880 | 761'080 | |
| 21'835'660 | 51'982'060 | 1'300'000 | | | | | | |
| 1'800'000 | 1'874'500 | 15'000 | | | | | | |
| -151'200 | 0 | 20'000 | | | | | | |
| 23'484'460 | 474'528'560 | 14'335'000 | 388'000 | -391'226 | 17'824'500 | 8'049'180 | 25'873'680 | |
| | -8'000'000 | | | | | | | |
| 23'484'460 | Poiché nelle righe 20 e 21 si tratta di deduzioni: dedurre i costi dei paz. a cavallo tra l'anno precedente e l'anno corrente | 35'000 | 388'000 | -391'226 | 17'824'500 | 8'049'180 | 25'873'680 | |
| | | 50'000 | 2'500'000 | -2'553'000 | 80'680'000 | 16'701'000 | 97'381'000 | |
| | | 85'000 | 2'888'000 | -2'944'226 | 98'504'500 | 24'750'180 | 123'254'680 | |
| | | | -64'000 | 55'000 | | | | |
| | | 05'000 | -243'440 | 246'000 | | 3'369'300 | 3'369'300 | |
| | | -5'350'000 | | | | | | |
| | 2'825'341 | 2'175'000 | | | | | | |
| | | 8'605'000 | 2'590'560 | -2'643'226 | 87'934'600 | 18'398'387 | 106'333'187 | |



DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ
LES HÔPITAUX DE SUISSE
GLI OSPEDALI SVIZZERI

22. Gestione dei ricavi 68

Presentazione globale dei dati di costi e prestazioni per ITAR K CH V9.0									
H+ Die Spitäler der Schweiz									
Base dei costi - contabilità analitica per unità finale d'imputazione secondo REKOLE® per costi completi									
Modello di contabilità analitica per unità finale d'imputazione									
Anno di riferimento 2019									
Persona da contattare									
Cognome e nome, telefono, e-mail									
Michael Risse, 031 335 11 10, michael.risse@hplus.ch									
Correzione pazienti stazionari a cavallo anno precedente									
Correzione pazienti stazionari a cavallo anno in corso									
Totale cura/trattamento ambulatoriale									
Totale									
Colonna di controllo									
Totale spese conf. finanziaria COFI									
Delimitazioni per materia									
Totale COAZ									
Servizi annessi									
Costi del personale, esclusi i costi degli onorari medici (soggetti ai contributi degli oneri sociali)									
Costo degli onorari medici (soggetti ai contributi degli oneri sociali)									
Fabbisogno medico									
Costi d'esercizio, esclusi i costi di utilizzo delle immobilizzazioni									
Costi di utilizzo delle immobilizzazioni (esclusi inv. < CHF 10'000)									
Oneri finanziari									
Costi straordinari ed estranei all'esercizio									
Costi secondo chiusura annuale									
Ricavi 68-69 gestiti come riduzione di costi									
Costi diretti									
Imputazioni interne delle prestazioni									
Totale dei costi secondo COAZ									
Onorari medici dei pazienti con assicurazione complementare									
Costi di utilizzo delle immobilizzazioni (CUI - interessi calcolati, ammortamenti calcolati, Canoni di locazione - CHF 10'000) secondo REKOLE									
Ricavi del gruppo dei conti 65, escluso il margine									
Ricavi del gruppo dei conti 65 (se gestiti come riduzione di costi nella contabilità p/ CC)									
Costi d'esercizio netti I (CEN I)									
Deduzioni secondarie costi di formazione - ricerca universitaria									
Deduzioni secondarie costi per le prestazioni di economia generale (PIG)									
Costi d'esercizio netti II (CEN II)									
Deduzione dei costi supplementari per prestazioni a pazienti con assicurazione complementari									
Deduzioni da remunerazioni supplementari a Swissdoc (salute e non salute)									
Compensazione dei contributi cantionali per a condizione che siano stati contabilizzati come riduzione									
Costi di tariffe non separate, parte per ogni tariffa									
Ripartizione delle deduzioni cumulate sulle tariffe amb.									
Deduzioni degli interessi sull'attivo circolante, se non calcolati secondo Sorvegliante dei prezzi									
Supplementi per gli interessi sull'attivo circolante non considerati									
Costi d'esercizio specifici per il Benchmarking (CEB)									

Il valore 0 deve comparire nella colonna di controllo DF (Presentazione globale). Ciò garantisce che la presentazione netta totale della COAZ dal punto di vista della contabilità per voci di costo (contabilità periodica, cella E17) corrisponda a quella dal punto di vista della contabilità per unità finale d'imputazione (contabilità unitaria, cella DE19) dopo l'adeguamento dei soggiorni cavallo dei due anni. Tale adeguamento è effettuato attraverso le celle G19 e H19 (cfr. punto precedente). L'eventuale deduzione effettuata nella cella E16 consente di collegare la contabilità per voci di costo (visione lorda dei costi) con la contabilità per unità finale d'imputazione, se quest'ultima si basa su una visione netta dei costi dovuta alla deduzione delle entrate 68 a livello di centri di costo.

Gestione delle attività che generano i ricavi 68

Caso 1: se le attività che generano i ricavi 68 sono gestite come mandati, allora la cella DE19 indica al lordo le attività che generano i ricavi 68. I ricavi 68 figureranno nella riga 19 del foglio «Rilevamento CUF Pres. globale».

Esempio: Messa a disposizione di personale a terzi gestito come mandato. In questo caso, le entrate derivanti da questo affitto del personale sono registrate come ricavi in una specifica UFI «Mandato XY» e i costi relativi a questo «affitto del personale» sono presentati al lordo nella stessa UFI (colonna DC, Rilevamento CUF Pres. globale).

Caso 2: le attività che generano i ricavi 68 non sono gestite come mandati. In questo caso, i ricavi sono contabilizzati come riduzione dei costi dei centri di costo. Di conseguenza, la cella DE19 indica i **costi netti** dell'UFI¹. Poiché la contabilità per voci di costo (in base alla contabilità finanziaria, colonna E del foglio «Presentazione globale») rappresenta i **costi lordi**, occorre effettuare una correzione nella cella E16 per confrontare i risultati della contabilità per voci di costo (cella E17, Presentazione globale) con quelli della contabilità



DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ
LES HÔPITAUX DE SUISSE
GLI OSPEDALI SVIZZERI

per unità finale d'imputazione (cella DE19, Presentazione globale).

Esempio: Messa a disposizione di personale a terzi non gestita come mandato. I ricavi percepiti dall'ospedale sono inseriti come riduzione dei costi del personale nei centri di costo in cui il dipendente è impiegato. In questo caso, i costi ripartiti all'UFI sono inferiori in quanto netti. È necessaria una correzione nella cella E16 per dimostrare che il passaggio tra la contabilità per voci di costo (visione lorda) e la contabilità per unità finale d'imputazione (in questo caso, visione netta) è corretto.

Nota: in base alle Direttive di contabilizzazione di H+ (versione 1.0, 2014), il metodo netto può essere utilizzato esclusivamente per la messa a disposizione di personale a terzi (compresi gli oneri sociali), a condizione che i costi corrispondano alle entrate.

Versione 6.0 / 24.11.2023



Generelle Referenzdaten (nicht abschliessend)		Haupt- und Nebendiagnosen	
Administrative Fallnummer/ Auftragsnummer		Haupt- und Nebendiagnosen	
Behandlungsbeginn/-ende (bzw. Ein-/ Austritt/ Auftragsbeginn/-ende)		DRG-Nummer	
Verantwortliche Organisationseinheit (Abteilung)		Übrige Klassifikationskriterien	
Versicherungsklasse (Grund-/Zusatzversicherung)		Hauptbehandlung	
Garant (UV, IV, MV, KV, Selbstzahler)		Geburtsdatum	
Behandlungsart (stationär, ambulant)		Geschlecht, Alter, Wohnort	

Erlös	Nr.	Bezeichnung	CHF
60		Erlöse aus medizinischen, pflegerischen und therapeutischen Leistungen für Patienten	
61		Ärztliche Einzelleistungen	-262.33
62		Übrige Spitzaleinzelleistungen	-200.16
65		Übrige Erlöse aus Leistungen an Patienten	
66		Finanzerlös	
67		Bestandesänderungen an unfertigen und fertigen Erzeugnissen sowie an unverrechneten Lieferungen und Leistungen	
68		Erlöse aus Leistungen an Personal und Dritte	
Total Erlös			-462.51

Einzelkosten, gemäss Buchungsrichtlinien	Bezugsgrösse	Kosten-Charakter					
		CHF			Gemeinkostenzuschlag-Satz		Menge
		Kalk. Einstandspreis	GK-Zuschlag, exkl. ANK	ANK-Zuschlag	exkl ANK	ANK	
Medizinischer Bedarf							
400 Arzneimittel (exkl. Blut und Blutprodukte)	Kalk. Einstandspreis (A- und B-Kategorie)						
Blut und Blutprodukte							
401 Material (exkl. Implantate), Instrumente, Utensilien, Textilien							
Implantate	Faktura						
405 Medizinische, diagnostische und therapeutische Fremdleistungen (exkl. Arzthonorare)			---	---			
Arzthonorare (nicht sozialversicherungspflichtig)							
Arztchonorkosten (sozialversicherungspflichtig)							
380 Arztchonorar, Spitalärzte	CHF gemäss Vertrag		---	---			
381 Arztchonorar, Belegärzte							
Übrige Einzelkosten							
480 Patiententransporte durch Dritte	Faktura		---	---			
485 Übrige patientenbezogene Fremdleistungen	Faktura		---	---			
486 Übrige Auslagen für Patienten	Faktura						
Einzelkosten, GK-Zuschläge, ANK							
		A	B	C	Übertrag ins Total Kostenräumer-Kosten		

¹A- und B-Kategorien beziehen sich auf die ABC-Methode der Einsatzgüterklassifikation der Kostenarten 400 und 401.

Gemeinkosten (GK), gemäss Verrechnungsmethodik	Bezugsgrösse	CHF		Kostensatz		Menge
		GK, exkl ANK	ANK	GK, exkl ANK	ANK	
Kostenstellen						
10 Patientenadministration	administrativer Fall, gewichtet	6.61	0.38	6.61	0.38	1
20 OP-Saal	Ist-Min.					
21 Herzkatheter-Labor	Ist-Min.					
23 Anästhesie	Ist-Min., TP und Min ²					
24 Intensivpflege (IPS)	NEMS-Punkte oder Min ³					
25 Notfall	TP und Min ⁴					
26 Bildgebende Verfahren	TP und Min ⁴					
27 Gebärsaal	TP und Min ⁴					
28 Nuklearmedizin und Radioonkologie	TP und Min ⁴					
29 Labor	TP und Min ⁴					
30 Dialyse	Anzahl Dialysen					
	TP und Min ⁴	434.78	8.56	1.38	0.03	316.00
Arzteschaften-Aktivitäten 1 bis 5						
Arzteschaften des OP-Saals - Aktivitäten 6a ₁	Ist-Min ⁴ , gewichtet					
Arzteschaften des Herzkatheter-Labor - Aktivitäten 6a ₂	Ist-Min ⁴ , gewichtet					
Arzteschaften der IPS - Aktivitäten 6b ₁	TP und Min ⁴					
Arzteschaften der IMCU - Aktivitäten 6b ₂	TP und Min ⁴					
Arzteschaften des Notfalls - Aktivitäten 6b ₃	TP und Min ⁴					
Arzteschaften des Gebärsaals - Aktivitäten 6b ₄	TP und Min ⁴					
Arzteschaften der medizinischen und therapeutischen Diagnostik - Aktivitäten 6b ₅	TP und Min ⁴					
32 Physiotherapie	TP					
33 Ergotherapie	TP					
34 Logopädie	TP					
35 Nichtärztliche Therapien und Beratungen	TP					
36 Medizinische und therapeutische Diagnostik	TP und Min ⁴					
38 Intermediate-Care (IMCU)	TP und Min ⁴					
39 Pflege	Min.	39.87	1.36	1.73	0.06	23.00
40 Psychologie	TP					
41 Hotellerie-Zimmer	Pflegezeit (PT), gewichtet					
42 Hotellerie-Küche	PT und Mahlzeit					
43 Hotellerie-Service	PT					
44 Übrige Leistungserbringer	PT					
45 Pathologie	TP und Min ⁴					
47 Forschung und universitäre Lehre (nur bezogen auf Aufträge der F. und u.L.)	% der Besoldungen					
77 Rettungs- bzw Ambulanzdienst (nur Sekundärtransporte)	CHF Betrag					
Total Gemeinkosten, ANK der GK		481.26	10.30			
Total Kostenträger-Kosten (Einzel- und Gemeinkosten, inkl. GK-Zuschlag auf EK), Total ANK (EK- + GK-Anteil)		481.26	10.30			
Total Kostenträger-Kosten		491.56				
Ergebnis (Gewinn/ Verlust)		29.05				

² Die OP-Saal bezogenen Anästhesiekosten werden nur mittels Ist-Minuten verrechnet werden. Die nicht OP-Saal bezogene Anästhesiekosten können mittels Taxpunkte (TP) und/oder Minuten verrechnet werden, folgend Fußnote 4.

³ Die Abkürzung "Min." steht hier für Personaleinsatz-Minuten, Aufenthaltsminuten des Patienten auf der IPS widerspiegeln nicht den Ressourceneinsatz und sind daher als Bezugsgrösse nicht erlaubt.



DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ
LES HÔPITAUX DE SUISSE
GLI OSPEDALI SVIZZERI

Nell'esempio summenzionato («dolori addominali») il caso amministrativo ha ottenuto soltanto prestazioni tariffate e fatturate tramite TARMED. In tal caso, nel confronto, l'attribuzione dei costi per unità finali d'imputazione risulta banale. Concretamente ciò comporta la seguente attribuzione delle componenti dei costi del caso amministrativo alle attività/tariffe ITAR_K®:

Attribuzione delle componenti dei costi sull'unità finale d'imputazione ai sensi di ITAR_K® (caso «dolori addominali»).

VC	Denominazione	Costi	Colonna ITAR_K® nella linguetta Excel «Rilevamento CUFI presentazione globale» (versione 14.0)
10	Amministrazione pazienti	6.61	Colonna DF tariffa TARMED, cella DF42 (procedura diretta di attribuzione)
31	Attività medica da 1 a 5	434.78	Colonna DF tariffa TARMED, cella DF53
39	Cure infermieristiche	39.87	Colonna DF tariffa TARMED, cella DF67
	CUI	10.30	Colonna DF tariffa TARMED, cella DF78 (procedura diretta di attribuzione)



DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ
LES HÔPITAUX DE SUISSE
GLI OSPEDALI SVIZZERI

Linguetta Excel «Rilevamento CUFI presentazione globale», attribuzione delle componenti dei costi sull'unità finale d'imputazione ai sensi di ITAR_K® (caso «dolori addominali»)

8	Musterspital				
9	Kostenträgerausweis nach REKOLE®				
10	Kostenträgerstückrechnung 1.1.-31.12.				
11					
12	Stückerlös				
33	381 Arzthonorar, Belegärzte	Ein- gemäss Vertrag			0
34	Übrige Einzelkosten				
35	480 Patiententransporte durch Dritte	Faktura			0
36	485 Übrige patientenbezogene Fremdleistungen	Faktura			0
37	486 Übrige Auslagen für Patienten	Faktura			0
38	Total Einzelkosten		0	0	0
40	Gemeinkosten	Bezugsgrösse			
41	Kostenstellen				
42	10 Patientenadministration	administrativer Fall			0
43	20 OPS-Säge	Ist-Min.			0
44	21 Herz-Katheter-Labor	Ist-Min.			0
45	23 Anästhesie (inkl. Arzteschaft)	TP und Min.			0
46	24 Intensivpflege (IPS)	TP und Min.			0
47	25 Notfall	TP und Min.			0
48	26 Blidgebende Verfahren (inkl. Arzteschaft)	TP und Min.			0
49	27 Gebärsaal	TP und Min.			0
50	28 Radioonkologie und Radioonkologie (inkl. Arzteschaft)	TP und Min.			0
51	29 Labor (inkl. Arzteschaft)	TP und Min.			0
52	30 Dialyse	Anzahl Dialysen			0
53	31 Arzteschaften-Aktivitäten 1 bis 5	TP und Min.			0
54	31 Arzteschaften des OP-Saals - Aktivitäten 6a1	Ist-Min. gewichtet			0
55	31 Arzteschaften des Herzkatheter-Labors - Aktivitäten 6a2	Ist-Min. gewichtet			0
56	31 Arzteschaften der IPS - Aktivitäten 6b1	TP und Min.4			0
57	31 Arzteschaften der IMCU - Aktivitäten 6b2	TP und Min.4			0
58	31 Arzteschaften des Notfalls - Aktivitäten 6b3	TP und Min.4			0
59	31 Arzteschaften des Gebärsaals - Aktivitäten 6b4	TP und Min.4			0
60	31 Arzteschaften der medizinischen und therapeutischen Diagnostik - Aktivitäten 6b5	TP und Min.4			0
61	32 Physiotherapie	TP			0
62	33 Ergotherapie	TP			0
63	34 Logopädie	TP			0
64	35 Nichtärztliche Therapien und Beratungen	TP			0
65	36 Medizinische und therapeutische Diagnostik	TP und Min.			0
66	38 Intermediate-Care Stellen (IMCU)	TP und Min.			0
67	39 Pflege	Min.			0
68	40 Psychologie	TP			0
69	41 Hotellerie-Zimmer	Pflegetag gewichtet			0
70	42 Hotellerie-Küche	PT und Mahlzeit			0
71	43 Hotellerie-Sanitär	PT			0
72	44 Übrige Leistungserbringer	PT			0
73	45 Pathologie (inkl. Arzteschaft)	TP und Min.			0
74	47 Forschung und universitäre Lehre (nur bezogen auf Aufträge der Forschung und universitären Lehre)	% der Besoldungen			0
75	77 Rettungs- bzw. Ambulanzdienst (nur Sekundärtransporte)	CHF-Betrag			0
76	Nicht patientenbezogene Kosten (können ganze Kost sein)	CHF-Betrag			0
77	Total Gemeinkosten (exkl. Anlagenutzungskosten des Kostenblocks A')		0	0	0
78	Summe der verrechneten Anlagenutzungskosten nach REKOLE				
79	Total E.V. (inkl. Anlagenutzung)		0	0	0
80	Total Kosten (Einzel- und Gemeinkosten) inkl. ANK REKOLE		0	0	0
81	Total Kosten (Einzel- und Gemeinkosten) ohne Anlagenutzung		0	0	0
82	Ergebnis (+ = Gewinn / - = Verlust) nach REKOLE		0	0	0
83					
84					
85	Summe der verrechneten Anlagenutzungskosten nach VKL				
86					
87					

Se un paziente, oltre alle prestazioni TARMED, in aggiunta riceve prestazioni mediche finanziate tramite altri tariffari (ad es. una prestazione di laboratorio → tariffa prestazioni mediche (laboratorio)) e prestazioni terapeutiche (fisioterapia o logopedia) e queste prestazioni sono raffigurate tutte in un unico caso amministrativo, i costi delle prestazioni mediche e terapeutiche vengono attribuiti alle tariffe corrispondenti. Le unità di prestazione (PT) e i ricavi per le prestazioni degli "altri tariffari" vengono pure registrati in queglii "altri tariffari".

Qui di seguito, con l'ausilio di un esempio supplementare «lacerazione del perineo», che illustra tale situazione particolare, viene illustrata l'attribuzione dei costi per le prestazioni terapeutiche da più ambiti di prestazioni. Nell'esempio supplementare menzionato, il caso amministrativo ambulatoriale contiene prestazioni sia del settore TARMED sia del settore fisioterapia:



DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ
LES HÔPITAUX DE SUISSE
GLI OSPEDALI SVIZZERI

Estratto dell'unità finale d'imputazione del caso amministrativo «lacerazione del perineo»

Kostenträger: administrativer Fall und Auftrag "Dammriss" (Physio)

© H+ Die Spitäler der Schweiz

Generelle Referenzdaten (nicht abschliessend)

Administrative Fallnummer/ Auftragsnummer

Haupt- und Nebendiagnosen

Behandlungsbeginn/-ende (bzw. Ein-/ Austritt)/ Auftragsbeginn/-ende

DRG-Nummer

Verantwortliche Organisationseinheit (Abteilung)

Übrige Klassifikationskriterien

Versicherungsklasse (Grund-/Zusatzversicherung)

Hauptbehandlung

Garant (UV, IV, MV, KV, Selbstzahler)

Geburtsdatum

Behandlungsart (stationär, ambulant)

Geschlecht, Alter, Wohnort

Erlös

Nr.

Bezeichnung

CHF

60

Erlöse aus medizinischen, pflegerischen und therapeutischen Leistungen für Patienten

61

Ärztliche Einzelleistungen

-109.35

62

Übrige Spitaleinzelleistungen

-154.18

65

Übrige Erlöse aus Leistungen an Patienten

-429.51

66

Finanzerlös

67

Bestandesänderungen an unfertigen und fertigen Erzeugnissen sowie an unverrechneten Lieferungen und Leistungen

68

Erlös aus Leistungen an Personal und Dritte

Total Erlös

-693.04

Einzelkosten, gemäss Buchungsrichtlinien

Bezugsgrösse

CHF

Kalk. Einstandspreis

GK-Zuschlag, exkl. ANK

ANK-Zuschlag

Gemeinkostenzuschlag-Satz

exkl ANK

ANK

Menge

Medizinischer Bedarf

400

Arzneimittel (exkl. Blut und Blutprodukte)

Kalk. Einstandspreis (A- und B-Kategorie¹)

65.23

401

Material (exkl. Implantate), Instrumente, Utensilien, Textilien

405

Medizinische, diagnostische und therapeutische Fremdleistungen (exkl. Arzthonorare)

Faktura

Arzthonorare (nicht sozialversicherungspflichtig)

Arzthonorarkosten (sozialversicherungspflichtig)

380

Arzthonorar, Spitalärzte

381

Arzthonorar, Belegärzte

CHF gemäss Vertrag

Übrige Einzelkosten

480

Patiententransporte durch Dritte

Faktura

485

Übrige patientenbezogene Fremdleistungen

Faktura

486

Übrige Auslagen für Patienten

Faktura

Einzelkosten, GK-Zuschläge, ANK

65.23

Übertrag in Total Kostenträger-Kosten

¹A- und B-Kategorien beziehen sich auf die ABC-Methode der Einsatzgüterklassifikation der Kostenarten 400 und 401.

Gemeinkosten (GK), gemäss Verrechnungsmethodik

Bezugsgrösse

CHF

GK, exkl ANK

ANK

Kostensatz

GK, exkl ANK

ANK

Menge

Kostenstellen

10

Patientenadministration

administrativer Fall

6.61

0.38

6.61

0.38

1

20

OP-Saal

Ist-Min.

21

Herzkatheter-Labor

Ist-Min.

23

Anästhesie

Ist-Min., TP und Min²

24

Intensivpflege (IPS)

NEMS-Punkte oder Min³

25

Notfall

TP und Min.⁴

26

Bildgebende Verfahren

TP und Min.⁴

27

Gebärsaal

TP und Min.⁴

28

Nuklearmedizin und Radioonkologie

TP und Min.⁴

29

Labor

TP und Min.⁴

30

Dialyse

Anzahl Dialysen

Arzteschaften-Aktivitäten 1 bis 5

Arzteschaften des OP-Saals - Aktivitäten 6a₁

Ist-Min.¹, gewichtet

223.19

4.39

1.69

0.03

131.76

Arzteschaften des Herzkatheter-Labor - Aktivitäten 6a₂

Ist-Min.¹, gewichtet

Arzteschaften der IPS - Aktivitäten 6b₁

TP und Min.⁴

Arzteschaften der IMCU - Aktivitäten 6b₂

TP und Min.⁴

Arzteschaften des Notfalls - Aktivitäten 6b₃

TP und Min.⁴

Arzteschaften des Gebärsaals - Aktivitäten 6b₄

TP und Min.⁴

Arzteschaften der medizinischen und therapeutischen Diagnostik - Aktivitäten 6b₅

TP und Min.⁴

32

Physiotherapie

TP

401.05

63.05

0.90

0.14

445.86

33

Ergotherapie

TP

34

Logopädie

TP

35

Nichtärztliche Therapien und Beratungen

TP

36

Medizinische und therapeutische Diagnostik

TP und Min.⁴

38

Intermediate-Care (IMCU)

TP und Min.⁴

39

Pflege

Min.

40

Psychologie

TP

41

Hotellerie-Zimmer

Pflegetag (PT), gewichtet

42

Hotellerie-Küche

PT und Mahlzeit

43

Hotellerie-Service

PT

44

Übrige Leistungserbringer

PT

45

Pathologie

TP und Min.⁴

47

Forschung und universitäre Lehre (nur bezogen auf Aufträge der F. und u.L.)

% der Besoldungen

77

Rettings- bzw. Ambulanzdienst (nur Sekundärtransporte)

CHF Betrag

Total Gemeinkosten, ANK der GK

630.85

67.82

Total Kostenträger-Kosten (Einzel- und Gemeinkosten, inkl. GK-Zuschlag auf EK), Total ANK (EK- + GK-Anteil)

696.08

67.82

Total Kostenträger-Kosten

763.90

Ergebnis (Gewinn/ Verlust)

70.88

² Die OP-Saal bezogenen Anästhesiekosten werden nur mittels Ist-Minuten verrechnet werden. Die nicht OP-Saal bezogene Anästhesiekosten können mittels Taxpunkte (TP) und/oder Minuten verrechnet werden, folgend Fussnote 4.

³ Die Abkürzung "Min." steht hier für Personaleinsatz-Minuten. Aufenthaltsminuten des Patienten auf der IPS widerspiegeln nicht den Ressourceneinsatz und sind daher als Bezugsgrösse nicht erlaubt.

⁴ TP = Taxpunkt. Die Abkürzung "Min." steht für Ist- und Norm-Minuten. TARMEDE ist ein Normzeitplan. Die Nutzung der TARMEDE-Taxpunkte als Bezugsgrösse ist zulässig. Wird für gewisse Gemeinkosten-komponenten die Bezugsgrösse TARMEDE-Taxpunkt gewählt, so werden entweder nur die TL-Punkte (technische Leistungspunkte) oder die AL- und TL-Punkte (ärztliche und technische Leistungspunkte) berücksichtigt.

⁵ Die Aktivitätsgruppe 6a wird nur mit gewichteten Ist-Minuten (mittels GZF) erfasst und verrechnet.

H+: Schweizer Spitäler, Kliniken und Pflegeinstitutionen
H+: Hôpitaux, cliniques et institutions de soins suisses
H+: Gli Ospedali, le cliniche e gli istituti di cura svizzeri

Geschäftsstelle · Lorrainestrasse 4A · 3013 Bern
T 031 335 11 11 · F 031 335 11 70
geschaeftsstelle@hplus.ch · www.hplus.ch



DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ
LES HÔPITAUX DE SUISSE
GLI OSPEDALI SVIZZERI

Attribuzione delle componenti dei costi sull'unità finale d'imputazione ai sensi di ITAR_K® (caso «lacerazione del perineo»).

VC	Denominazione	Costi	Colonna ITAR_K® nella linguetta Excel «Rilevamento CUI presentazione globale» (versione 14.0)
401	Materiale	65.23	Colonna ER, cella ER27
10	Amministrazione pazienti	6.61	Ripartizione proporzionale dei costi su: <ul style="list-style-type: none">- Colonna DF tariffa TARMED, cella DF42- Colonna DK tariffa fisio, cella DK42 (procedura diretta di attribuzione)
31	Attività medica da 1 a 5	223.19	Colonna DF tariffa TARMED, cella DF53
32	Fisioterapia CUI	401.05	Colonna DK tariffa fisio, cella DK61
		67.82	Ripartizione proporzionale dei costi su: <ul style="list-style-type: none">- Colonna DF tariffa TARMED, cella DF78- Colonna DK tariffa fisio, cella DK78

Linguetta Excel «Rilevamento CUI presentazione globale», attribuzione delle componenti dei costi sull'unità finale d'imputazione ai sensi di ITAR_K® (caso «lacerazione del perineo»)

Musterspital		Kostenträgerausweis nach REKOLE®									
Kostenträgerstückrechnung 1.1.-31.12.		Russ KVG TARMED	MTK TARMED	Selbstzahler (inkl. ZV) TARMED	Total TARMED	Tarif Labor	Russ KVG Physio	MTK Physio	Selbstzahler (inkl. ZV) Physio	Total Physio	Material, Medikamente, Blut
Einzelkosten											
Leistungen											
Medizinische Bedarf											
403 Arzneimittel (exkl. Blut und Blutprodukte)											
Blut und Blutprodukte											
404 Material (exkl. Implantate) Instrumente, Utensilien, Textilien		Kalk. EP, inkl. OK-Zuschläge									
405 Medizinische, diäet. und therap. Fremdleistungen (exkl. Anästhesisten)		Faktura									
Anästhesisten (nicht sozialversicherungspflichtig)											
380 Anästhesie, Spinalanäst.		CHF, gemisch. Vertrag									
381 Anästhesie, Belegärzte											
Übrige Einzelkosten											
480 Patiententransporte durch Dritte		Faktura									
485 Übrige patientenbezogene Fremdleistungen		Faktura									
488 Übrige Ausgaben für Patienten		Faktura									
Total Einzelkosten			0	0	0	0	0	0	0	0	0
Gemeinkosten											
Personalkosten											
11 Personalkosten		administrativer Fall									
20 Krankensch.		ist Min.									
21 Heilatheloter Labor		ist Min.									
22 Anästhesie (inkl. Anästhesist)		TP und Min.									
24 Intensivpflege (BFS)		TP und Min.									
25 Notfall		TP und Min.									
26 Blutgebende Verfahren (inkl. Anästhesist)		TP und Min.									
27 Gebärd.		TP und Min.									
28 Hausarztmedizin und Radiokardiologie (inkl. Anästhesist)		TP und Min.									
29 Labor (inkl. Anästhesist)		TP und Min.									
30 Medizin.		Arztgeb. Leistung									
31 Arztgebühren (Arztgebühren) - bis 9		TP und Min.									
32 Arztgebühren (Arztgebühren) - über 9		ist Min., gemischt									
33 Arztgebühren des Herzchirurgischen Labors - Aktivitäten G2		ist Min., gemischt									
34 Arztgebühren der PS - Aktivitäten G2		TP und Min. i									
35 Arztgebühren der NCU - Aktivitäten G2		TP und Min. i									
36 Arztgebühren des Notfall - Aktivitäten G2		TP und Min. i									
37 Arztgebühren des Geburtshilfs - Aktivitäten G2		TP und Min. i									
38 Arztgebühren der mediz. und therapeutischen Diagnostik - Aktivitäten G2		TP und Min. i									
39 Psychiatrie		TP									
40 Logopädie		TP									
41 Heilatheloter und Beratern		TP									
42 Medizinische und therapeutische Diagnostik		TP und Min.									
43 Internistische Care Stellen (ICU)		TP und Min.									
44 Pflege		Min.									
45 Psychologie		TP									
46 Heilatheloter-Zimmer		Pflegegeb. gemischt									
47 Heilatheloter-Küche		PT und Material									
48 Heilatheloter-Sanitär		PT									
49 Übrige Leistungserbringer		PT									
50 Pathologie (inkl. Anästhesist)		TP und Min.									
51 Forschung und universitäre Lehre (nur bezogen auf Aufträge der Forschung und universitäre Lehre)		% der Bezahlungen									
52 Sonstige, keine Arztgebühren (nur Sozialdienstleistungen)		CHF-Betrag									
Total Gemeinkosten (inkl. Arztgebührenkosten des Kostenblocks A)			0	0	0	0	0	0	0	0	0
Summe der verrechneten Angebotspreiskosten nach REKOLE			0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total Kosten (Einzel- und Gemeinkosten) inkl. ANK REKOLE			0	0	0	0	0	0	0	0	0



DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ
LES HÔPITAUX DE SUISSE
GLI OSPEDALI SVIZZERI

I due esempi illustrano nel dettaglio come le singole componenti dei costi vengono attribuite alle differenti unità finali d'imputazione (tariffari/attività), ai sensi di ITAR_K®.

I CUI e l'amministrazione pazienti seguono proporzionalmente (percentuale) i costi delle prestazioni (mediche e terapeutiche) fornite sulle attività/tariffe corrispondenti. L'attribuzione dei costi per l'amministrazione pazienti può avvenire direttamente (come nell'esempio summenzionato) oppure tramite la colonna "amministrazione pazienti ambulatoriale" (colonna EO, file di immissione) (distribuzione automatica).