

## Decisione sulla proposta n° 14\_006

Svolgimento della proposta	Data	Stato
Inoltrata	21.8.2014	
1. Trattamento	4.12.2014	
2. Trattamento	gennaio-aprile 2015	fatto
Data di validazione	<b>1.1. 2018</b>	
Sostituisce la proposta n°		
Sottoposta al Comitato di H+ quale informazione in data:	maggio 2015	
Sottoposta al Comitato di H+ quale proposta di modifica in data:		
Ripresa nell'edizione n°4, 2013 di REKOLE®		
Decisione REK	<b>approvata</b>	
Termine per l'attuazione	<b>un anno dalla data di validazione</b>	

### Indicazione di riferimento relativa al Manuale REKOLE® 4a edizione 2013 e proponente

N° del capitolo & denominazione	8.6.2 / 8.8 / 9.8 / 10.4 / 10.7
Proponente	SwissDRG AG / H+ / Ospedale Turgovia SA / USZ / Ospedale cantonale di Winterthur

#### 1. Situazione di partenza / problematica

Dal workshop sui dati SwissDRG del 26 giugno 2014 è risultato tra gli altri che dal punto di vista del Casemix Office (CMO) sussistono grossi problemi nella registrazione dei costi della sala operatoria.

Il CMO desidera una maggiore precisione per il calcolo dei costi della sala operatoria (ad esempio unicamente l'impiego del tempo effettivo di incisione/sutura). Occorre inoltre verificare se per le condizioni svizzere è utile tener conto del cosiddetto tempo di cambiamento/preparazione (ted.: Rüstzeit) e del fattore di contemporaneità (testualmente InEK).

Nell'ambito di gruppi di lavoro il segretariato centrale di H+ ha ripreso l'argomento e lo ha analizzato in collaborazione con i rappresentanti degli ospedali (ospedale Turgovia SA e USZ). È stata verificata la necessità di precisare la procedura di calcolo dei costi generati nella sala operatoria come pure quelli dei medici attivi in sala operatoria.

In particolare occorre verificare quanto segue:

1. in che misura già oggi si tiene conto del fattore di contemporaneità (= lasso di tempo della prestazione in cui più medici risp. personale di sala operatoria sono presenti in quest'ultima) e come tale aspetto possa essere eventualmente precisato.
2. Se il tempo di taglio-sutura (TTS) sia sufficiente quale lasso di tempo per il centro di costo obbligatorio sala operatoria e se non sarebbe più adeguato impiegare un altro lasso di tempo.
3. Se il lasso di tempo dell'anestesia "Tempo dall'inizio dell'induzione al termine dell'anestesia, compreso il tempo di risveglio" sia sufficiente per garantire che il lasso di tempo sia comprensibile a livello nazionale e assicurare dunque un calcolo unitario dei costi di anestesia riferiti alla sala operatoria.

#### Proposta di soluzione

Dal gruppo di lavoro emerge che sussiste una necessità di agire, sia per quanto riguarda la fatturazione delle prestazioni mediche fornite in sala operatoria e raffigurate nel tipo di attività 6 del foglio di registrazione delle prestazioni (cfr. tabella a pagina 269) sia pure nella fatturazione del CC obbligatorio sala operatoria.

Nella procedura di calcolo occorre tener conto dei seguenti valori di riferimento:

### **Variante minima ai sensi di un obbligo (rilevante per la certificazione)**

Fatturazione della prestazione medica chirurgica in sala operatoria:

- a. Il tempo di prestazione medica chirurgica (TPch) fornita al paziente rappresenta il nuovo lasso di tempo determinante per la fatturazione di prestazioni mediche chirurgiche fornite al paziente in sala operatoria. Esso rispecchia l'attività del medico in sala operatoria. Il TPch non corrisponde né al tempo di taglio/sutura (TTS) né al "tempo di prestazione in senso stretto" come da norma TARMED. Non è neppure da parificare al tempo di cambiamento/preparazione definito in Germania.  
Esso inizia con la presenza fisica in sala operatoria del primo medico (= inizio dei preparativi per l'operazione) e termina al momento che l'ultimo medico lascia la sala operatoria, esclusi i medici che già vengono tenuti in considerazione in altri CC obbligatori, come ad esempio l'anestesista (= fine dei lavori successivi all'operazione).
- b. Occorre registrare il numero di medici presenti durante il TPch (esclusi quelli già tenuti in considerazione in altri CC obbl., come ad esempio l'anestesista). Tale numero serve quale ponderazione del TPch medico in sala operatoria (fattore di contemporaneità [FC]). Non viene tenuto conto del fatto che un medico arrivi più tardi o lasci prima la sala operatoria.
- c. Il TPch totale (cumulato) (riferito a un caso) corrisponde al TPch moltiplicato per il numero di medici presenti durante tale lasso di tempo.
- d. Il tipo di attività 6<sup>1</sup> viene suddiviso in 6a (attività medica in sala operatoria) e 6b.
- e. La grandezza di riferimento del tipo di attività 6a è il minuto effettivo ponderato. La ponderazione viene effettuata mediante la quantità registrata di medici presenti.
- f. Nel CC obbl. 31 medici vengono formati due blocchi di costi 6a e 6b, in cui vengono tenute le quote dei corrispondenti costi salariali dei medici.
- g. Coefficiente d'imputazione per il blocco di costi 6a =  $\Sigma$  blocco di costi 6a /  $\Sigma$  TPch ponderato (ponderazione: numero di medici).
- h. Nell'estratto dell'unità finale d'imputazione i costi comuni 6a e 6b vengono rappresentati come finora in modo consolidato.
- i. Imputazione dei costi del CC obbl. 20 sala operatoria: quale tempo di prestazione (TP) al paziente è determinante il lasso di tempo "tempo di sala operatoria". Vengono così tenute in considerazione le attività quali la preparazione / il posizionamento del paziente come pure l'assistenza post-operatoria del paziente in sala operatoria.
- j. Definizione del tempo di sala operatoria = inizia con il posizionamento del paziente da parte del personale tecnico di sala operatoria o al momento in cui il paziente viene fisicamente introdotto in sala operatoria dal personale di sala, se l'inizio dell'induzione avviene solamente in sala operatoria. Esso termina con l'uscita fisica del paziente dalla sala operatoria.
- k. Il lasso di tempo "tempo di sala operatoria" viene registrato in minuti effettivi.
- l. La ponderazione del tempo di sala operatoria mediante il personale tecnico (non medico) di sala operatoria è formulata quale soluzione facoltativa. Motivo: non è essenziale per il calcolo del caso. (non è dato il rapporto tra carattere essenziale e costi)
- m. La ponderazione mediante costi salariali (PCS) va applicata per principio quale soluzione facoltativa. Motivo: non è essenziale per il calcolo del caso (non è dato il rapporto tra carattere essenziale e costi).
- n. Quale lasso di tempo per l'anestesia è considerato il tempo di assistenza in anestesia (lasso di tempo dall'inizio di assistenza anestesiologicala - alla fine dell'assistenza anestesiologicala). Durante questo lasso di tempo il paziente viene sorvegliato e assistito continuamente da un anestesista con conoscenze specializzate. L'inizio dell'assistenza da parte dell'anestesista è l'inizio dell'assistenza anestesiologicala ininterrotta (momento a partire da cui il paziente è sotto la responsabilità del personale di anestesia). La fine dell'assistenza anestesiologicala è la fine dell'assistenza anestesiologicala ininterrotta (il paziente passa sotto la responsabilità del reparto per le cure successive) (cfr. A-QUA, SSAR). Il tempo di assistenza anestesiologicala riferito alla sala operatoria viene rilevato in minuti effettivi.

I seguenti lassi di tempo vanno definiti e raffigurati in modo inequivocabile a livello nazionale.

- il tempo di prestazione medica chirurgica (TPch),

---

<sup>1</sup> Cfr. tabella nel manuale REKOLE 4<sup>a</sup> edizione 2013, pag. 269

- il tempo di prestazione medica anestesiologicala riferito alla sala operatoria
- il tempo di sala operatoria.

Le definizioni già stabilite vanno tenute in considerazione per l'armonizzazione.

**Variante massima (ai sensi di uno sviluppo possibile. Non rilevante per la certificazione)**

- o. Nel rilevamento del fattore di contemporaneità (FC) si tiene conto del fatto che determinati medici arrivano più tardi o lasciano prima la sala operatoria. Viene registrato il tempo effettivo di presenza dei medici. In questo contesto è possibile applicare delle fasce orarie (ted. Zeitspanne) predefinite.
- p. Nella ponderazione del tempo di prestazione medico è inoltre possibile tenere in considerazione una ponderazione dei costi salariali (PCS) dei medici coinvolti. In tal modo la ponderazione risulta ancora più precisa (FC x PCS).
- q. Nel CC obbl. 31 Medici il coefficiente d'imputazione per il blocco di costi 6a corrisponde a:  $\Sigma$  blocco di costi 6a /  $\Sigma$  TPch ponderato, ponderazione mediante FC e PCS.
- r. Fatturazione del CC obbl. 20 Sala operatoria: l'intero tempo di prestazione del personale di sala operatoria (riferito a un caso) corrisponde al tempo di sala moltiplicato con la quantità di personale di sala operatoria presente durante l'operazione (medici esclusi) (= tempo di sala operatoria x quantità di personale di sala operatoria presente).  
Secondo la REK una ponderazione dei costi salariali (PCS) del personale di sala operatoria è inadeguata pure quale variante massima.

## 2. Decisione REK

La proposta REK e la relativa proposta di soluzione sviluppata è accettata.  
Risultato della votazione: approvazione unanime.

Sotto molti punti di vista la proposta di soluzione è legata a componenti visionarie, ma che tuttavia sono necessarie. Affinché il settore ospedaliero si allinei in tal senso, la REK elaborerà in via eccezionale una soluzione obbligatoria corrispondente alle circostanze attuali e che dovrà essere attuata a medio termine.

La presente decisione REK è valida a partire dall' 1.1.2018 e dall'1.1.2019 sarà rilevante per la certificazione.

### 3. Ripercussioni sul manuale REKOLE®, 4ª edizione 2013

(Le ripercussioni sono evidenziate in rosso)

#### Capitolo 8.6.2 I centri di costo fornitori di prestazioni

...

Sala operatoria		(20)		
© H+ Gli Ospedali Svizzeri				
Centri di costo facoltativi	-	Tutte le sale operatorie		
Contenuto (costi primari)	-	Tutti i costi (costi del personale e costi dei materiali) compreso costo di personale degli strumentisti e materiale C - Escl. i costi dei medici - I costi concernenti l'anestesia sono esclusi. - Compr. tessili - I costi di personale ed i costi generali della ricerca e insegnamento universitario devono essere caricati al cc obbligatorio 47 Ricerca e insegnamento universitario; se una parte di questi costi fosse stata addebitata al cc 20 Sala operatoria, deve essere effettuato un trasferimento di questi costi dal cc 20 al cc 47.		
Numero di blocchi di costo	A	Costi del personale e costi dei materiali (costi primari e secondari), escl. i costi del blocco di costi A'		
	A'	Costi per l'utilizzo delle immobilizzazioni (compr. costi secondari). Voci di costo interessate: 442, 444, 448		
Numero di blocchi di prestazioni	A	Tutte le prestazioni vengono valutate in minuti effettivi. Il lasso di tempo determinante è il tempo di sala operatoria.		
	A'			
Imputazione	Unità di riferimento		Coefficiente d'imputazione	
	Variante minima	A	Min.effettivi	Blocco di costi A/ $\sum$ min. effettivi
Variante massima	A'	Min. ponderato secondo sala op. I, II, III	Blocco di costi A/ $\sum$ Min., ponderati	CHF/Min., ponderati
Destinatario dell'imputazione	A	Caso amministrativo		
	A'			

#### Informazioni supplementari sulla procedura di imputazione del blocco di costi A (REK 14\_006)

Il tempo di sala operatoria è il lasso di tempo determinante per misurare la prestazione del personale tecnico (non medico) in sala operatoria al/per il paziente, così come l'utilizzo dell'infrastruttura necessaria della sala operatoria.

Il lasso di tempo "tempo di sala operatoria" viene registrato in minuti effettivi.

Esso inizia con il posizionamento del paziente da parte del personale tecnico di sala operatoria o al momento in cui il paziente viene fisicamente introdotto in sala operatoria dal personale di sala, se l'inizio dell'induzione avviene solamente in sala operatoria, e termina con l'uscita fisica del paziente dalla sala operatoria.

Per ulteriori informazioni riguardanti il lasso di tempo e la registrazione delle prestazioni rinviamo al Capitolo 10.7 Settori medico-tecnici e terapeutici.

...

# Anestesia

(23)

© H+ Gli Ospedali Svizzeri

<b>Centri di costo facoltativi</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ubicazioni diverse</li> <li>- Terapia medica del dolore</li> <li>- Reparto di rianimazione</li> <li>- ss.</li> </ul>		
<b>Contenuto (costi primari)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tutti i costi di anestesia relativi e quelli non relativi alla sala operatoria (costi del personale e costi dei materiali), incluso personale infermieristico e materiale C.</li> <li>- incluso i costi dei medici</li> <li>- I costi di personale e generali della ricerca e insegnamento universitario devono essere caricati al cc obbligatorio 47 Ricerca e insegnamento universitario; se una parte di questi costi fosse stata addebitata al cc 23 Anestesia, deve essere effettuato un trasferimento di questi costi dal cc 23 al cc 47.</li> </ul>		
<b>Numero di blocchi di costo</b>	A	<b>Costi di anestesia riferiti alla sala operatoria:</b> costi del personale e costi dei materiali (costi primari e secondari), escl. i costi dei blocchi di costo A' e B.	
	A'	Costi per l'utilizzo delle immobilizzazioni (compr. costi secondari). Voci di costo interessate: 442, 444, 448	
	B	<b>Costi di anestesia non riferiti alla sala operatoria:</b> costi del personale e costi dei materiali (costi primari e secondari), escl. i costi del blocco di costi A e A'.	
<b>Numero di blocchi di prestazioni</b>	A A' B	<b>Tutte le prestazioni mediche di anestesia riferite alla sala operatoria vengono valutate in minuti effettivi. Il lasso di tempo determinante viene definito tramite il tempo di assistenza anestesiológica riferito alla sala operatoria.</b>	
<b>Imputazione</b>	<b>Unità di riferimento</b>		<b>Coefficiente d'imputazione</b>
	Variante minima	A A'	Min. effettivi
B		PT e min.	$\frac{\text{Blocco di costi A}}{\sum \text{PT e min.}}$ CHF/ PT e min.
Variante massima	A A' B	Min. ponderati secondo classi di rischio	$\frac{\text{Blocco di costi A}}{\sum \text{Min., ponderati}}$ CHF/ Min., ponderati
<b>Destinatario dell'imputazione</b>	A A' B	Caso amministrativo	

## Informazioni supplementari sulla procedura di imputazione del blocco di costi A (REK 14\_006)

Il tempo di assistenza anestesiológica riferito alla sala operatoria (TPanOP) è il lasso di tempo determinante per misurare la prestazione medica anestesiológica al paziente in relazione con un trattamento chirurgico in sala operatoria. Durante quel lasso di tempo il paziente viene sorvegliato e assistito continuamente da un medico anestesista.

Il TPanOP viene rilevato in minuti effettivi.

Esso inizia nel momento in cui il paziente rientra nella responsabilità del personale di anestesia e comprende l'assistenza anestesiológica ininterrotta, e termina quando il paziente passa sotto la responsabilità del successivo reparto di cure.

Per ulteriori informazioni riguardanti l'argomento lasso di tempo e registrazione delle prestazioni rinviamo al Capitolo 10.4 Medici.

...

Numero di proposta: 14\_006

# Medici

(31)

© H+ Gli Ospedali Svizzeri

<b>Centri di costo facoltativi</b>	- Suddivisione secondo settori medico-sanitari (medicina interna, chirurgia, oncologia, pediatria, ecc.)			
<b>Contenuto (costi primari)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tutti i costi (costi del personale e costi dei materiali) compr. materiale C</li> <li>- Escl. i costi degli studi medici (cfr. CCobbligatorio 80 Studi medici)</li> <li>- Escl. il personale infermieristico (cfr. CCobbligatorio 39 Cure)</li> <li>- Escl. i costi per la direzione medica (cfr. CCobbligatorio 2 Direzione)</li> <li>- Escl. i servizi medici dei centri di costo obbligatori anestesia, radiologia, laboratorio, medicina nucleare e radiooncologia, patologia e dialisi.</li> <li>- I costi di personale e generali della ricerca e insegnamento universitario devono essere caricati al ccobbligatorio 47 Ricerca e insegnamento universitario; se una parte di questi costi fosse stata addebitata al cc 31 Medici, deve essere effettuato un trasferimento di questi costi dal cc31 al cc 47.</li> </ul>			
<b>Numero di blocchi di costo</b>	A	Costi del personale e costi dei materiali (costi primari e secondari) per i seguenti tipi di attività medica 1-5 (cfr. tabella in capitolo 10.4 Medici): - compiti dirigenziali, amministrazione, pubbliche relazioni - ammissione, consulti/terapia e dimissione - visite a pazienti - consulti ambulatoriali Escl. costi del blocco di costi A' e B.		
	A'	Costi per l'utilizzo delle immobilizzazioni (compr. costi secondari). Voci di costo interessate: 442, 444, 448		
	B	<b>Σ delle quote dei costi salariali delle attività mediche 6a in sala operatoria (cfr. tabella in capitolo 10.4 Medici)</b>		
	C	Σ delle quote dei costi salariali delle attività mediche nelle cure intensive (UCI) -6b <sub>1</sub>		
	D	Σ delle quote dei costi salariali delle attività mediche nell'Intermediate-Care Unit (IMCU) -6b <sub>2</sub>		
	E	Σ delle quote dei costi salariali delle attività mediche nelle cure urgenti -6b <sub>3</sub>		
	F	Σ delle quote dei costi salariali delle attività mediche in sala parto -6b <sub>4</sub>		
<b>Numero di blocchi di prestazioni</b>	A A'	Tutte le prestazioni vengono valutate mediante il punto tariffale (PT), minuti effettivi o normati (min.). Se la grandezza di riferimento scelta è il punto tariffale TARMED, si dovrà tenere conto dei punti PM e PT.		
	B	<b>Tutte le prestazioni vengono valutate in minuti effettivi. Il lasso di tempo determinante corrisponde al tempo di prestazione medica chirurgica (TPch). La ponderazione (il fattore di contemporaneità (FC)) avviene mediante la quantità di medici presenti durante il TPch (esclusi quei medici già considerati in altri CC obbligatori, come ad esempio l'anestesista).</b>		
	C a G	Tutte le prestazioni vengono valutate mediante il punto tariffale (PT), minuti effettivi o normati (min.). Se la grandezza di riferimento scelta è il punto tariffale TARMED, si dovrà tenere conto dei punti PM.		
<b>Imputazione</b>	<b>Unità di riferimento</b>		<b>Coefficiente d'imputazione</b>	
	<b>Variante minima</b>	A A'	PT e Min.	Blocco di costi A/ Σ PT e Min. CHF/PT e Min.
		B	<b>Min. effettivi, ponderati (FC)</b>	<b>Blocco di costi B/ Σ min. effettivi, pond. (FC)</b> CHF/min. effettivi, ponderati (FC)
		C a G	PT e min.	Blocco di costi C/ Σ PT e min. CHF/PT e min.
<b>Variante massima</b>	A A' B C a G	Min. ponderati	Blocco di costi A/ Σ Min., ponderati CHF/Min. ponderati	
<b>Destinatario dell'imputazione</b>	A A' B C a G	Caso amministrativo e mandato		

Numero di proposta: 14\_006

## Informazioni supplementari riguardo alla procedura di imputazione del blocco di costi B (REK 14\_006)

Il tempo di prestazione medica chirurgica (TPch) è il lasso di tempo determinante per misurare la prestazione medico-chirurgica al paziente in sala operatoria.

Il TPch viene registrato in minuti effettivi.

Esso inizia con la presenza fisica del primo medico (determinante è l'inizio dei preparativi per l'operazione: posizionamento, rasatura ecc., e non il luogo in cui questi ultimi vengono effettuati: nella sala operatoria o davanti all'entrata alla sala operatoria). Esso termina al momento in cui l'ultimo medico ha lasciato la sala operatoria o non appena esso ha terminato la propria attività sul paziente. Sono esclusi dalla misurazione del TPch i medici che già vengono tenuti in considerazione in altri CC obbligatori, come ad esempio l'anestesista.

Inoltre il TPch viene ponderato con la quantità di medici presenti in sala operatoria in tale lasso di tempo (esclusi quei medici che già vengono considerati in altri centri di costo obbligatori, come ad esempio l'anestesista). Tenendo conto del cosiddetto fattore di contemporaneità (FC) l'intensità della prestazione medica sul paziente viene raffigurata in maniera più precisa. Nella determinazione del fattore di contemporaneità (GZK-Faktor) non si tiene conto del fatto che un medico arrivi dopo l'inizio del TPch e rispettivamente lasci la sala operatoria prima del termine di tale lasso di tempo.

Per ulteriori informazioni riguardanti l'argomento lasso di tempo e registrazione delle prestazioni rinviamo al Capitolo 10.4 Medici.

## Capitolo 8.8 Riassunto della metodica di imputazione

Metodica di imputazione dei centri di costo fornitori di servizi								
n°	Denominazione del centro di costo obbligatorio	Blocchi di costo senza i costi per la formazione e la ricerca (VCO = voce di costo)	Unità di riferimento		Coefficiente d'imputazione (CI)	Destinatario (dal punto di vista dell'ospedale)		
			Variante	Unità di conteggio		Centro di costo	Unità finale di imputazione	
20	Sala operatoria	A costi primari e secondari, escl. VCO del blocco di costi A' (se la valutazione delle prestazioni è effettuata con unità di riferimento il punto TARMED, si devono considerare solo i punti tecnici PT [escluso i PM])	Variante minima	Minuto (min.) effettivo	$\sum \text{costi CC} / \sum \text{min. effettivi}$	-	Caso amministrativo	
			Variante massima	Min., ponderato secondo sala op. I, II, III	$\sum \text{costi CC} / \sum \text{Min., ponderati}$			
		A' VCO: 442/444/448 e rispettivi costi secondari	cfr. blocco di costi A del CC obbligatorio					
23	Anestesia (compr. medici)	A Costi relativi alla sala operatoria (costi primari e secondari), escl. VCO dei blocchi di costo A' e B	Variante minima	Min. effettivo	$\sum \text{costi CC} / \sum \text{min. effettivi}$	-	Caso amministrativo	
			Variante massima	Min., ponderati secondo classi di rischio	$\sum \text{Costi CC} / \sum \text{Min., ponderati}$			
		A' VCO: 442/444/448 e rispettivi costi secondari	cfr. blocco di costi A del CC obbligatorio					
		B Costi non relativi alla sala operatoria (costi primari e secondari), escl. VCO dei blocchi di costo A e A'.	Variante minima	Punto tariffale (PT) e minuto (min.)	$\sum \text{costi CC} / \sum \text{PT e Min.}$			
Variante massima	Min., ponderati secondo classi di rischio		$\sum \text{Costi CC} / \sum \text{Min., ponderati}$					
24	Unità di cura intensiva	A costi primari e secondari, escl. VCO del blocco di costi A' (se la valutazione delle prestazioni è effettuata con unità di riferimento il punto TARMED, si devono considerare solo i punti tecnici PT)	Variante minima	Punto tariffale (PT) e minuto (min.)	$\sum \text{costi CC} / \sum \text{PT e Min.}$	-	Caso amministrativo	
			Variante massima	Min. ponderati	$\sum \text{Costi CC} / \sum \text{Min., ponderati}$			
31	Medici Escl. servizi medici dei centri di costo obbligatori Anestesia, Radiologia, Laboratorio, Medicina nucleare e radiooncologia, Patologia e dialisi.	A pubblici, attività di ammissione, informazione e dimissione, visite a pazienti, Orario di visita ambulatoriale, (se la valutazione delle prestazioni è effettuata con unità di riferimento il punto TARMED, si devono considerare tutti i punti, sia quelli medici PM che quelli tecnici PT). Escl. VCO dei blocchi di costo A' e B	Variante massima	Min., ponderati	$\sum \text{costi CC} / \sum \text{Min., ponderati}$	-	Caso amministrativo e mandato	
			A' VCO: 442/444/448 e rispettivi costi secondari	cfr. blocco di costi A del CC obbligatorio				
		B $\sum$ delle quote dei costi salariali delle attività mediche in sala operatoria	Variante minima	Min. effettivi, ponderati (FC)	$\sum \text{costi CC} / \sum \text{min. effettivi, ponderati (FC)}$			
		C $\sum$ delle quote dei costi salariali delle attività mediche nelle cure intensive (UCI) -0b <sub>1</sub>	Variante massima	Min. effettivi, ponderati	$\sum \text{costi CC} / \sum \text{min. effettivi, ponderati}$			
		D $\sum$ delle quote dei costi salariali delle attività mediche nell'Intermediate Care Unit (MCU) -0b <sub>2</sub>	Variante minima	PT e min.	$\sum \text{costi CC} / \sum \text{PT e min.}$			
		E $\sum$ delle quote dei costi salariali delle attività mediche nelle cure urgenti -0b <sub>3</sub>	Variante massima	Min. ponderati	$\sum \text{costi CC} / \sum \text{Min. ponderati}$			
		F $\sum$ delle quote dei costi salariali delle attività mediche in sala parto -0b <sub>4</sub>	Variante minima	Punto tariffale (PT)	$\sum \text{costi CC} / \sum \text{PT}$			
		G $\sum$ delle quote dei costi salariali delle attività mediche: Attività di diagnostica medica e terapeutica. -0b <sub>5</sub>	Variante massima	Min. ponderati	$\sum \text{costi CC} / \sum \text{Min. ponderati}$			
A	costi primari e secondari, escl. VCO del blocco di costi A'	Variante minima	Punto tariffale (PT)	$\sum \text{costi CC} / \sum \text{PT}$				

Numero di proposta: 14\_006

## Capitolo 9.8 L'estratto/elaborazione dell'unità finale d'imputazione del caso amministrativo

Centri di costo		Caso amministrativo				
10	Amministrazione pazienti	Min. effettivi				
20	Sala operatoria	Min. effettivi, PT e Min. <sup>3</sup>				
23	Anestesia	PT e Min. <sup>4</sup>				
24	Unità di cura intensiva (UCI)	PT e Min. <sup>4</sup>				
25	Urgenze	PT e Min. <sup>4</sup>				
26	Radiologia	PT e Min. <sup>4</sup>				
27	Sala parto	PT e Min. <sup>4</sup>				
28	Medicina nucleare e radiooncologia	PT e Min. <sup>4</sup>				
29	Laboratorio	PT e Min. <sup>4</sup>				
30	Dialisi	Numero di dialisi				
	Medici – attività dalla 1 alla 5	PT e Min. <sup>4</sup>				
	Medici della sala operatoria – attività 6a	Min. effettivi <sup>2</sup> ponderati				
	Medici delle UCI – attività 6b <sub>1</sub>	PT e Min. <sup>4</sup>				
31	Medici delle IMCU – attività 6b <sub>2</sub>	PT e Min. <sup>4</sup>				
	Medici delle Urgenze – attività 6b <sub>3</sub>	PT e Min. <sup>4</sup>				
	Medici della sala parto – attività 6b <sub>4</sub>	PT e Min. <sup>4</sup>				
	Medici della diagnostica medica e terapeutica – attività 6b <sub>5</sub>	PT e Min. <sup>4</sup>				
32	Fisioterapia	PT				
33	Ergoterapia	PT				
34	Logopedia	PT				
35	Consulenze e terapie non mediche	PT				
36	Diagnostica medica e terapeutica	PT e Min. <sup>4</sup>				
38	Intermediate Care Units (IMCU) riconosciuti	PT e Min. <sup>4</sup>				
39	Cure	Min.				
41	Servizio alberghiero- camere	Giornata di cura(GC),				
42	Servizio alberghiero-cucina	GC e pasto				
43	Servizio alberghiero-service	GC				
44	Altri fornitori di prestazioni	GC				
45	Patologia	PT e Min. <sup>4</sup>				
47	Ricerca e insegnamento universitario (solo riferito a mandati della ricerca e	% delle retribuzioni				
77	Servizio di ambulanza risp. di soccorso (solo trasporti secondari)	Importo CHF				
Totale costi comuni, CUI dei COo						
Totale costi COAN (costi diretti e comuni), Totale CUI (parte CD + COo)						
Totale costi COAN						
Risultato (utile/perdita)						

<sup>3</sup> I costi di anestesia riferiti alla sala operatoria saranno computati soltanto tramite minuti effettivi. I costi di anestesia non riferiti alla sala operatoria possono essere computati tramite punti tariffali (PT) e/o minuti, cfr. qui di seguito nota 4 a piè di pagina.

<sup>4</sup> PT = punto di Tassa. L'abbreviazione «min.» sta a indicare i minuti effettivi e normati. TARMED è una tariffa a tempo normato. È ammesso l'uso dei punti tariffali TARMED come grandezza di riferimento. Se per determinate componenti di costo comune si sceglie la grandezza di riferimento rappresentata dal punto tariffale TARMED, si terrà conto solo dei punti PT (punti di prestazione tecnica) oppure dei punti PM e PT (punti di prestazione medica e tecnica).

<sup>5</sup> Il gruppo di attività 6a viene rilevato e imputato solamente con minuti effettivi ponderati (mediante il fattore di contemporaneità (FC)).

## Capitolo 10.4 Medici

La somma dei gradi di occupazione dei diversi tipi di attività per ogni medico ammonta in ogni caso al 100%. I tipi di attività 6a, 6b<sub>1 a 5</sub> e 7, nella misura in cui sono presenti, vanno però tenuti e addebitati in ogni caso separati dagli altri tipi di attività definiti.

...



Nome del medico:		Funzione :		
attività	contenuto	grado di attività (% costi del personale)	grandezza di riferimento dell'imputazione	
1	Rapporti, amministrazione pazienti	<ul style="list-style-type: none"> <li>compiti di gestione</li> <li>relazioni pubbliche</li> </ul>	percentuale	PT e min. <sup>1</sup> (REK 05_060)
2	Ammissione, informazioni, dimissione	<ul style="list-style-type: none"> <li>anamnesi</li> <li>esami fisici (compreso lo studio degli atti)</li> <li>rapporto conclusivo</li> <li>codifica</li> <li>visite ai pazienti</li> </ul>	percentuale	
3	Attività mediche imputate assieme al loro contesto tecnico	Tutti i tipi (per es. quelle che hanno luogo nei diversi locali di indagine e trattamento) Escl. attività 6a e 6b <sub>1 a 5</sub> .	percentuale	
4	Consulto ambulatoriale	cfr. attività 1 e 2 (intervento in sala operatoria → cfr. attività 6a)	percentuale	
5	Attività privata del medico		percentuale	
6	Attività mediche non imputate assieme al loro contesto tecnico, bensì separatamente	6a: Interventi e trattamenti forniti sul centro di costo obbligatorio sala operatoria	percentuale	Min. effettivi, ponderati (FC) (REK 14_006)
		6b: Interventi e trattamenti forniti nei seguenti centri di costo obbligatori: <ul style="list-style-type: none"> <li>b1: Cure intensive (UCI)</li> <li>b2: Intermediate-Care Unit (IMCU)</li> <li>b3: Urgenze</li> <li>b4: Sala parto</li> <li>b5: Diagnostica medica e terapeutica</li> </ul>	percentuale	PT e min. <sup>2</sup> (REK 05_042) (REK 05_060)
7	Ricerca e insegnamento universitario, ai sensi della LAMal (REK 11_002)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Formazione universitaria di base (insegnamento impartito e formazione ricevuta), compresa la parte per il dottorato (MD e PhD)</li> <li>Insegnamento impartito nel perfezionamento professionale</li> <li>Ricerca, compresa la parte per il dottorato (PhD)</li> </ul>	percentuale	Conteggio diretto o trasferimento sul CC obbligatorio 47, basata sull'analisi delle attività.  L'imputazione (e creazione di costi secondari sul CC obbligatorio 47) non è possibile.

<sup>1</sup> L'abbreviazione min. sta a indicare i minuti effettivi e normati. TARMED è una tariffa a tempo normato. È ammesso l'uso dei punti tariffali TARMED come grandezza di riferimento. Se per la componente di costo comune Medici - attività dalla 1 alla 5 la grandezza di riferimento scelta è il punto tariffale TARMED, si dovrà tenere conto dei punti PM e PT.

<sup>2</sup> Se per la componente di costo comune Medici-attività 6b la grandezza di riferimento scelta è il punto tariffale TARMED, si dovrà tenere conto solo dei punti PM.

...

I medici rimanenti vengono imputati alle unità finali d'imputazione mediante il gruppo di centri di costo 31 Medici, separatamente dall'infrastruttura tecnica in cui in parte esercitano la loro attività. **I valori di riferimento per l'imputazione dei medici sono:**

- per i tipi di attività da 1 a 5 e 6b<sub>1 a 5</sub>, il valore del punto e / o il minuto. In tal caso si può trattare di minuti effettivi o normati (REK 05\_042),

Numero di proposta: 14\_006

- per il tipo di attività 6a, il minuto effettivo ponderato, mediante il fattore di contemporaneità (FC). Il tempo di prestazione medica chirurgica (TPch) al paziente in sala operatoria costituisce il lasso di tempo determinante in tale contesto.

La determinazione del grado di occupazione percentuale del gruppo di attività 7 segue a livello svizzero definizioni quadro e regole uniformi, tramite tra gli altri un'analisi dettagliata dell'attività (cfr. Capitolo 9.11 Ricerca e formazione universitaria e i capitoli 10.1. a 10.3).

### **Il tempo di prestazione medica chirurgica (TPch) (REK 14\_006).**

Il tempo di prestazione medica chirurgica (TPch) è il lasso di tempo determinante per misurare la prestazione medica chirurgica al paziente.

Le associazioni tedesche di anesthesiologia, di chirurgia e di gestione di sala operatoria hanno pubblicato il Glossario dei tempi di processi peri-operatori (cfr. Glossario A&I). Per l'inizio e la fine del TPch è possibile fare riferimento a questo glossario e si tratta dei momenti seguenti:

- Inizio TPch: O4a
- Fine TPch: O11

Il TPch viene registrato in minuti effettivi.

Esso inizia con la presenza fisica del primo medico (O4a). Determinante è l'inizio dei preparativi per l'operazione: posizionamento, rasatura ecc., e non il luogo - nella sala operatoria o davanti all'entrata alla sala operatoria - in cui i preparativi per l'operazione vengono effettuati. Esso termina al momento in cui l'ultimo medico ha lasciato la sala operatoria o non appena esso ha terminato la propria attività sul paziente (O11). Sono esclusi dalla misurazione del TPch i medici che già vengono tenuti in considerazione in altri CC obbligatori, come ad esempio l'anestesista.

Il TPch non corrisponde né al tempo di taglio/sutura (TTS) né al "tempo di prestazione in senso stretto" come da norma TARMED. Il motivo è dato dal fatto che in entrambi i lassi di tempo le risorse mediche effettive legate alla prestazione medica vengono espresse solamente in parte. Il TPch non è neppure da parificare al tempo di cambiamento/preparazione definito in Germania. Il motivo risiede nel fatto che i lassi di tempo specifici riferiti alle attività, in parte considerati nel tempo di cambiamento/preparazione, sono irrilevanti per incrementare l'esattezza dell'imputazione dei costi della prestazione medica: o sono circa i medesimi per tutte le operazioni (ciò è il caso per attività quali cambiarsi, disinfezione delle mani, rapporto, documentazione) oppure non rientrano nella fattispecie, dato che tali attività, perlomeno in Svizzera, di regola vengono svolte dal personale tecnico di sala operatoria e non da personale medico (ciò è il caso per attività quali l'assistenza postoperatoria ai pazienti in sala operatoria).

Il TPch medico viene inoltre ponderato con la quantità di medici presenti in sala operatoria in tale lasso di tempo (esclusi quei medici di cui già viene tenuto conto in altri centri di costo obbligatori, come ad esempio l'anestesista). Tenendo conto del cosiddetto fattore di contemporaneità (FC) l'intensità della prestazione medica sul paziente viene raffigurata in maniera più precisa. Nella determinazione del fattore di contemporaneità (GZK-Faktor) non si tiene conto del fatto che un medico arrivi dopo l'inizio del TPch e rispettivamente lasci la sala operatoria prima del termine di tale lasso di tempo. Altri operatori che si danno il cambio durante un'operazione (Job-Sharing, ripartizione dei lavori) vengono conteggiati come un "operatore" e non come due.

Dal punto di vista del paziente, l'insieme del TPch (cumulato) in sala operatoria corrisponde dunque al lasso di tempo denominato "tempo di prestazione medica chirurgica (in minuti effettivi)" moltiplicato con la quantità di medici presenti durante tale lasso di tempo (variante minima).

L'esattezza dell'imputazione al paziente della prestazione medica chirurgica in sala operatoria potreb-

be essere leggermente incrementata effettuando in modo più preciso (ad esempio rilevando il tempo di presenza di ogni singolo medico) la registrazione del fattore di contemporaneità e inoltre tramite una ponderazione dei costi salariali (PCS) dei medici presenti. Questi due procedimenti sono però legati a considerevoli costi supplementari interni all'azienda (infrastruttura IT, organizzazione, mansioni di rilevamento) e servono in primo luogo alla direzione interna dell'azienda per scopi di conduzione. Questo genere di sviluppi non può essere giustificato unicamente con lo scopo di incrementare di poco l'esattezza del calcolo dei costi per caso. Nell'ambito della presente soluzione settoriale essi hanno dunque carattere facoltativo.

#### **Il tempo di assistenza anestesiologicala riferito alla sala operatoria (REK 14\_006)**

Il tempo di assistenza anestesiologicala riferito alla sala operatoria (TPanOP) è il lasso di tempo determinante per misurare la prestazione medica di anestesia al paziente legata a un trattamento chirurgico in sala operatoria. Durante questo lasso di tempo il paziente viene sorvegliato e assistito continuamente da un anestesista.

Le associazioni tedesche di anestesiologicala, di chirurgia e di gestione di sala operatoria hanno pubblicato il Glossario dei tempi di processi peri-operatori (cfr. Glossario A&I). Per l'inizio e la fine della presa a carico anestesiologicala legata alla sala operatoria è possibile fare riferimento a questo glossario e si tratta dei momenti seguenti:

- Inizio della presa a carico: A4
- Fine della presa a carico: A12

Il tempo di assistenza anestesiologicala riferito alla sala operatoria viene rilevato in minuti effettivi.

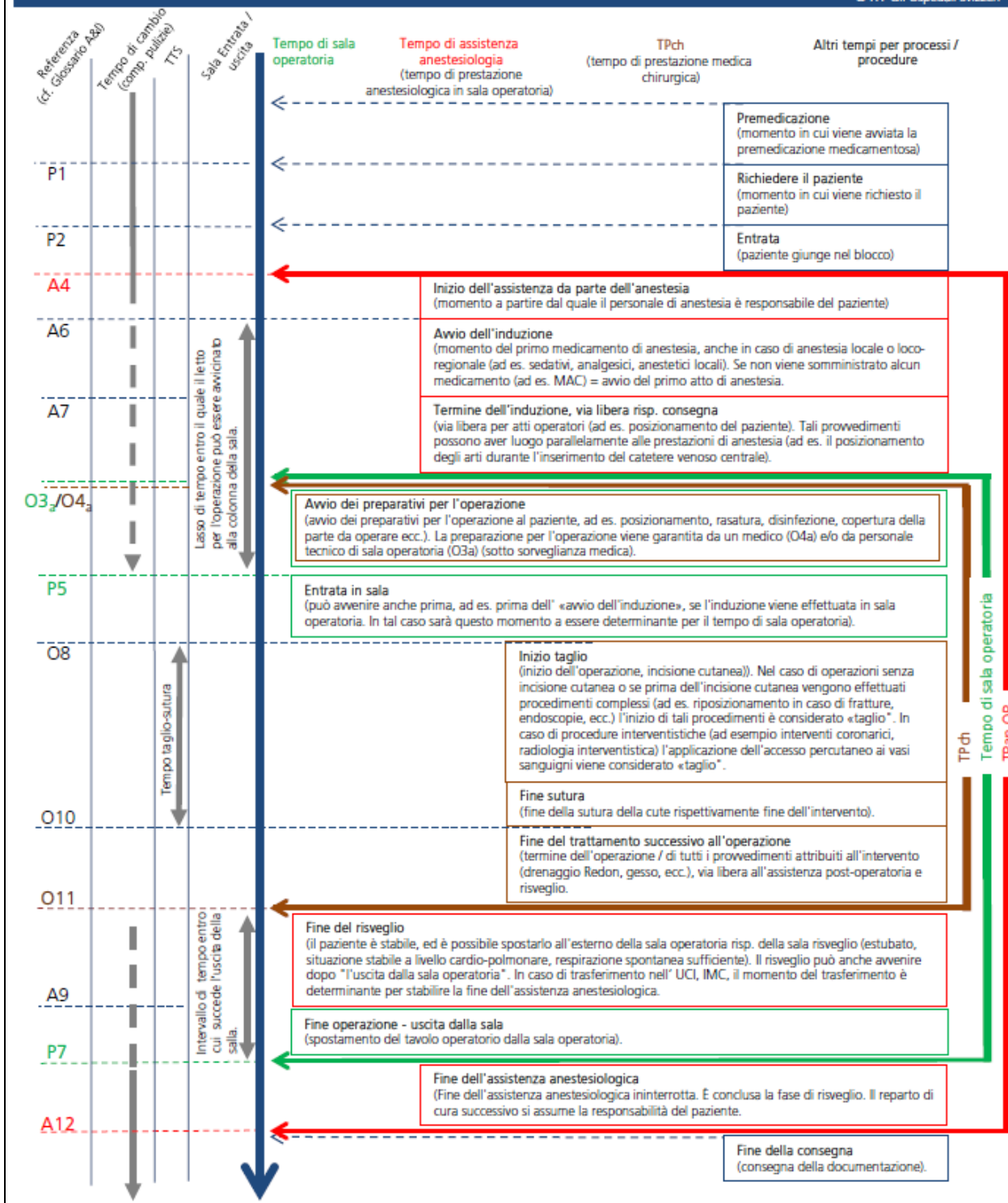
Esso inizia nel momento in cui il paziente rientra nella responsabilità del personale di anestesia (A4) e comprende l'assistenza anestesiologicala ininterrotta, e termina quando il paziente passa sotto la responsabilità del successivo reparto di cure (A12). Ciò permette di esprimere in modo migliore le risorse mediche legate all'effettiva prestazione di anestesia al paziente e in maniera uniforme a livello nazionale.

Il tempo di assistenza anestesiologicala in sala operatoria non corrisponde né al vero e proprio tempo di induzione/termine dell'anestesia né ai "lassi di tempo anestesia" come da norma TARMED.

#### **Rappresentazione grafica dei diversi lassi di tempo (REK 14\_006)**

Nel seguente grafico sono raffigurati i tre lassi di tempo determinanti per la sala operatoria:

- il tempo di prestazione medica chirurgica (TPch) in marrone,
- il tempo di assistenza in anestesia anestesiologicala in alla sala operatoria (TPanOP) in rosso
- il tempo di sala operatoria in verde.



(In fondo alla decisione trovate la raffigurazione in formato A4)

## Capitolo 10.7 Ambito medico-tecnico e terapeutico

Il valore di riferimento per l'imputazione degli ambiti medico-tecnici e terapeutici **corrisponde di regola** al punto tariffale e/o **al** minuto. In tal caso si può trattare di minuti effettivi o normati.

### **Il tempo di sala operatoria (REK 14\_006)**

Il tempo di sala operatoria è il lasso di tempo determinante per misurare la prestazione del personale tecnico (non medico) in sala operatoria al/per il paziente.

Le associazioni tedesche di anesthesiologia, di chirurgia e di gestione di sala operatoria hanno pubblicato il Glossario dei tempi di processi peri-operatori (cfr. Glossario A&I). Per l'inizio e la fine del tempo di sala operatoria è possibile fare riferimento a questo glossario e si tratta dei momenti seguenti:

- Inizio del tempo di sala operatoria: O3a (oppure P5, se i preparativi per l'operazione si svolgono in sala operatoria)
- Fine del tempo di sala operatoria: P7

Il lasso di tempo "tempo di sala operatoria" viene registrato in minuti effettivi.

Esso inizia con i preparativi per l'operazione del paziente effettuati da parte del personale tecnico di sala operatoria (O3a) o al momento in cui il paziente viene fisicamente introdotto in sala operatoria (P5), se l'avvio dei preparativi per l'operazione ha luogo in sala operatoria. Il lasso di tempo se termina con l'uscita fisica del paziente dalla sala operatoria.

Il tempo di sala operatoria non corrisponde né al tempo di taglio/sutura (TTS) né al "tempo di prestazione in senso stretto" come da norma TARMED. Il motivo è dato dal fatto che con questi due lassi di tempo il consumo effettivo di risorse legato alla prestazione del personale tecnico (non medico) di sala operatoria è riprodotto solamente in parte. Vi sono ad esempio le seguenti ulteriori attività tecniche che di regola vengono eseguite dal personale tecnico di sala operatoria e che non sono raffigurate nei lassi di tempo menzionati sopra:

- la preparazione e il posizionamento del paziente in/per la sala operatoria,
- l'assistenza postoperatoria ai pazienti in sala operatoria.

Dato che tali attività possono variare considerevolmente a seconda dell'intervento, tener conto del relativo tempo impiegato nel calcolo del coefficiente d'imputazione comporta un incremento della qualità di imputazione della prestazione del personale tecnico di sala operatoria.

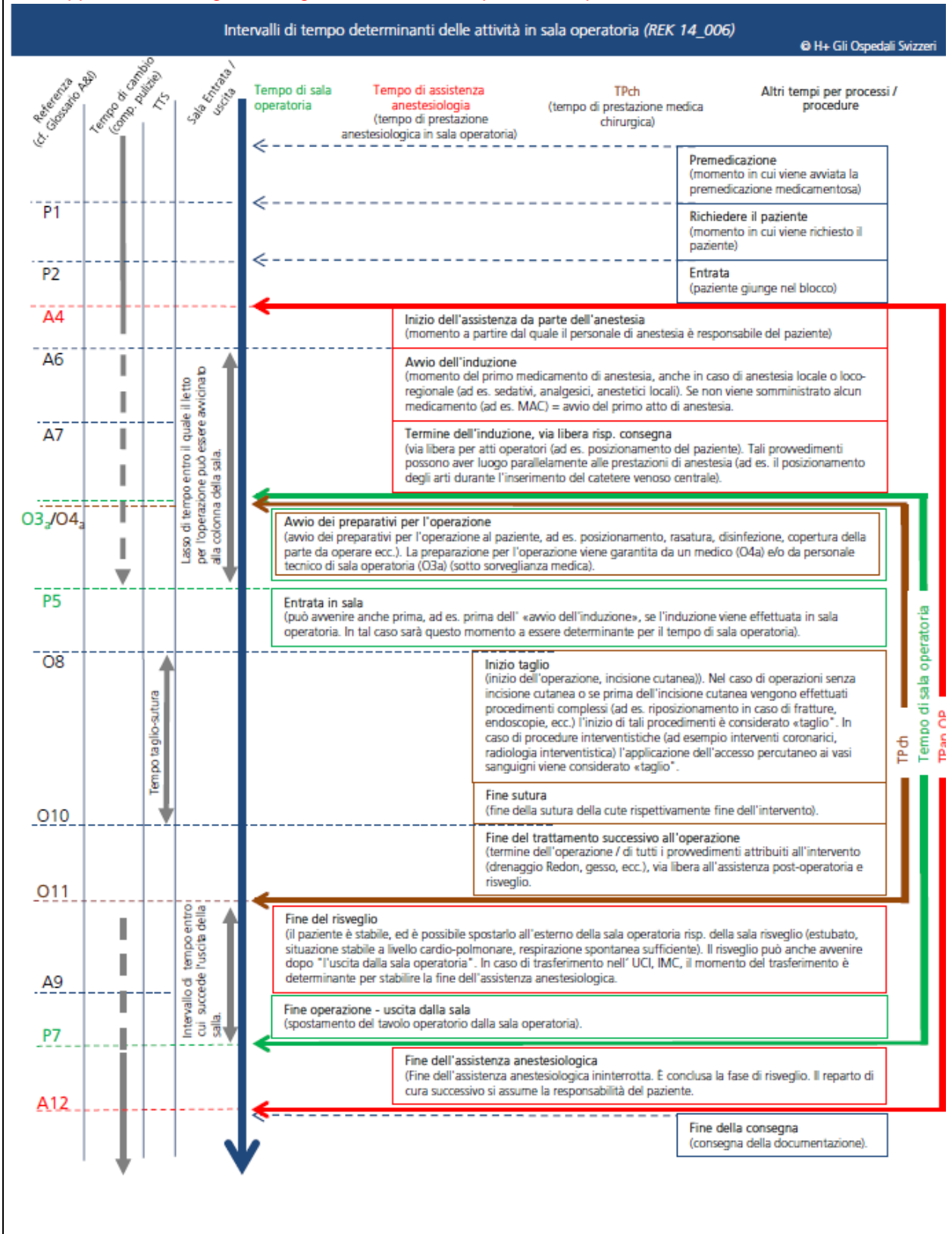
Il lasso di tempo "tempo di sala operatoria" non tiene invece conto delle attività che per ogni operazione necessitano quasi del medesimo tempo, come ad esempio il cambio dei vestiti, la disinfezione delle mani, il rapporto e le attività di documentazione. Di regola pure il ripristino successivo della sala operatoria (cosiddetto tempo di cambio (pulizie incluse)) è irrilevante nell'ottica di un incremento del legame alla prestazione nella procedura di calcolo e dunque per principio non viene tenuto in considerazione. Occorre però registrare eventuali eccezioni e tenerne conto.

Il lasso di tempo "tempo di sala operatoria" (riferito a un paziente) non viene ponderato: non viene rilevato alcun fattore di contemporaneità (ted. FC) mediante la quantità di personale tecnico di sala operatoria presente (variante minima) Il motivo risiede nel fatto che tale quantità di regola non differisce molto tra un intervento e l'altro. Si è inoltre constatato che l'ammontare dei costi salariali dei diversi gruppi di costi salariali del personale tecnico di sala operatoria possono differire gli uni dagli altri. Tali differenze non risultano però essere fondamentali in relazione ad un aumento della precisione dei calcoli. Nel quadro della procedura di imputazione una ponderazione dei costi salariali (PCS) non è giustificata. Questi due sviluppi del calcolo, pur sempre ancora possibili, sono inoltre legati a considerevoli costi supplementari interni all'azienda (infrastruttura IT, organizzazione, mansioni di rilevamen-

to) e servono, in tal caso, in primo luogo alla gestione interna dell'azienda. Nell'ambito della presente soluzione settoriale i fattori di contemporaneità e la ponderazione dei costi salariali per quanto attiene all'imputazione dei costi del CC obbligatorio Sala operatoria hanno carattere facoltativo.

### Rappresentazione grafica del tempo di sala operatoria (REK 14\_006)

La rappresentazione grafica seguente mostra il tempo di sala operatoria in verde.



Numero di proposta: 14\_006


Per ulteriori informazioni rinviamo alla raffigurazione dei diversi intervalli di tempo determinanti nel capitolo 10.4.

## Capitolo 15 bibliografia

Mascari	OCDE. Manuel de Mascari, méthode type proposée pour les enquêtes sur la recherche et le développement expérimental, OECD, 2002
Freidank	Freidank C.-C.: Kostenrechnung, 5. Ausgabe, Verlag Oldenbourg GmbH, 1994
Gebäude- / Fahrhabeversicherung GVZ	Gebäudeversicherung des Kantons Zürich (GVZ): Abgrenzungsrichtlinie Gebäude- / Fahrhabeversicherung, Gebäudeversicherung des Kantons Zürich (GVZ), Inkraftsetzung 1.11.2005
Glossario A&I	La traduzione segue.
Grasshoff	Grasshoff J.: Betriebliches Rechnungswesen und Controlling, Band I und II, 5. Auflage, Verlag Dr. Kovac, 2003
Güntert	Güntert B.: Regressionsanalyse zur Plausibilisierung der Daten für die Ermittlung des klinischen Mehraufwandes für die universitäre Lehre und Forschung am Inselspital Bern, Universität Bielefeld, Auftraggeber Inselspital Bern, Abschlussbericht, Januar 2002

### 4. Ripercussioni sul sistema dei conti H+, 8a edizione rielaborata 2014

Nessuna

<b>Luogo, data</b>	Berna, venerdì 1 maggio 2015	
<b>Nome + firma</b>	H+ Gli Ospedali Svizzeri REK Pascal Besson	

Numero di proposta: 14\_006

