Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Bundesamt für Gesundheit BAG
Office fédéral de la santé publique OFSP
Ufficio federale della sanità pubblica UFSP

Statistiche sull'assicurazione malattia

Cifre chiave degli ospedali svizzeri

2024

5/2026



Impressum

© Editore
Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP), Divisione Tariffe e basi

Contatto
Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP)
Casella postale
CH-3003 Berna
KUV-DMS@bag.admin.ch / https://www.bag.admin.ch

Contatto stampa e media
+41 58 462 95 05
Media@bag.admin.ch

Data di pubblicazione
05.2026

Versioni linguistiche und digitale
Questa pubblicazione è scritta in francese, italiano e tedesco.

Riproduzione
Riproduzione di estratti autorizzata con citazione della fonte.

Statistiche sull'assicurazione malattia

Cifre chiave degli ospedali svizzeri

2024

Ufficio federale della sanità pubblica
Divisione Tariffe e basi
Sezione gestione dei dati e statistica

Pubblicazione: 05. 2026

Abbreviazioni

AMal	Assicurazione malattie
AP-DRG	All Patient Diagnosis Related Groups
AOMS	Assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie
BGs	Professioni nel settore sanitario
CC	Gamma camera (inclusi scintigrafia e SPECT)
CMI	Casemix Index
CT	Tomografia computerizzata
DMI	DMI Day Mix Index
ETP	Equivalenti a tempo pieno
FMH	Federazione dei medici svizzeri
H+	Gli ospedali svizzeri
IPS	Reparto di cure intense
KS	Statistica ospedaliera
LAMal	Legge federale sull'assicurazione malattie
LB	Acceleratore lineare (radioterapie)
LITO	Litotritore
MRI	Tomografo a risonanza magnetica
MS	statistica medica ospedaliera
MSt	Studenti di medicina
NF	Servizio di pronto soccorso
OAMal	Ordinanza sull'assicurazione malattie
PET	Tomografo a emissione di positroni
UFSP	Ufficio federale della sanità pubblica, Berna
UST	Ufficio federale di statistica, Neuchâtel

Simboli utilizzati in assenza di cifre

... dato non noto (non [ancora] rilevato o non [ancora] calcolato)

* dato omesso perché evidente o non pertinente
(eccezione per i costi derivanti dall' insegnamento universitario e la ricerca: dato non noto (non [ancora] rilevato))

– utilizzato per le cifre arrotondate con valore di zero assoluto

Sommario

1	Introduzione	1
2	Contenuto delle rilevazioni e osservazioni sulla pubblicazione	2 – 5
3	Il settore stazionario in breve	6 – 15
4	Descrizione delle cifre chiave	16 – 40
5	Osservazioni e commenti degli ospedali	41 – 43
6	Cifre chiave degli ospedali svizzeri	–
7	Indice degli ospedali per Cantone	–
8	Indice degli ospedali per tipologia	–

1 Introduzione

Questa ventesima edizione delle «Cifre chiave degli ospedali svizzeri», pubblicata dall'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP), contiene informazioni relative a 270 stabilimenti. Le informazioni si basano sui dati rilevati dall'Ufficio federale di statistica (UST), provenienti dalla statistica ospedaliera (KS) e da SpiGes per l'anno di riferimento 2024 rilevati. Queste informazioni forniscono una panoramica su struttura, pazienti, prestazioni, offerta, personale e situazione finanziaria degli ospedali, nonché sulla gravità media delle degenze di pazienti per cure acute. A trasmettere all'UST i loro dati relativi al 2024 attraverso gli uffici cantonali preposti sono stati 269 stabilimenti, cioè 255 ospedali e 14 case nascita. Una casa nascita non ha trasmesso i dati relativi alla KS. Questo stabilimento, insieme ad altri due, non ha trasmesso nemmeno i dati SpiGes.

L'articolo 59*a* dalla legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal) costituisce, in combinato disposto con l'articolo 31 dell'ordinanza sull'assicurazione malattie (OAMal), la base legale della presente pubblicazione.

2 Contenuto delle rilevazioni e osservazioni sulla pubblicazione

Disclaimer per l'anno di riferimento 2024

Questa edizione è particolare in quanto non riporta, come di consueto, tutte le cifre chiave. In effetti, l'introduzione del rilevamento SpiGes ha comportato difficoltà sia nella trasmissione di certi dati che nella definizione concettuale di alcune cifre chiave. Durante l'elaborazione della pubblicazione, l'UFSP è stato informato dall'Ufficio federale di statistica (UST) che non tutti gli stabilimenti hanno potuto trasmettere l'insieme dei dati utilizzando le nuove parti del questionario SpiGes. I dati relativi ai costi e ai ricavi a livello Sede e Impresa non sono stati forniti da tutti gli ospedali e, anche da parte di quelli che sono stati in grado di fornire tali dati, questi non erano sempre completi. Dopo aver eseguito il calcolo delle cifre chiave e verificato il risultato, l'UFSP ha effettivamente constatato che, nel caso di molti stabilimenti, le cifre chiave 2024 non erano coerenti rispetto a quelle del 2023.

La qualità dei dati ricevuti per l'anno di riferimento 2024, nonché i vari adeguamenti concettuali relativi ai rilevamenti SpiGes e KS, che non è stato ancora possibile attuare in tempo, non hanno consentito di elaborare in modo soddisfacente l'insieme degli indicatori chiave degli ospedali svizzeri. Anche il confronto con le cifre chiave dell'anno precedente non è pertinente. Per questo motivo, l'UFSP ha deciso di produrre una pubblicazione «Cifre chiave degli ospedali svizzeri 2024» ridotta (pubblicazione ridotta 2024) che si concentra su una selezione di cifre chiave, esclusivamente in formato Excel e senza confronto con le cifre chiave 2023. L'elenco delle cifre chiave pubblicate nella presente pubblicazione ridotta 2024 è riportato nel capitolo Descrizione delle cifre chiave».

Dati

Ogni anno l'UFS procede al rilevamento della statistica ospedaliera e al rilevamento SpiGes. Questi dati costituiscono la base per le Cifre chiave degli ospedali svizzeri. I dati necessari al calcolo delle cifre chiave degli ospedali svizzeri vengono messi a disposizione dell'UFSP conformemente all'articolo 59*a* della LAMal. I dati trasmessi all'UFS da ospedali e cliniche che non soddisfano le specifiche richieste per il rilevamento non vengono importati dall'UFS e quindi non vengono trasmessi all'UFSP per il calcolo degli indicatori chiave. Spetta allo stabilimento ospedaliero assicurarsi che i dati trasmessi soddisfino le specifiche richieste per il rilevamento.

Tipologia degli ospedali per la formazione di gruppi di riferimento

Nel quadro delle analisi standard relative alle statistiche di ospedali e istituti medico-sociali, l'UST ha sviluppato una tipologia degli stabilimenti basata prevalentemente sul campo d'attività (numero di reparti specializzati) e sui giorni di cura per reparto specializzato. L'attività di perfezionamento operata dal reparto specializzato (le cosiddette categorie di perfezionamento FMH) è un altro aspetto di cui si è tenuto conto. Ne consegue una classificazione degli stabilimenti ospedalieri in base al tipo di ospedale, distinguendo tra «ospedali per cure generali» (K1) e «cliniche specializzate» (K2). Gli stabilimenti ospedalieri della categoria «ospedali per cure generali» sono a loro volta suddivisi in «ospedali con presa a carico centralizzata» (K11) e «ospedali di cure di base» (K12). Gli «ospedali con presa a carico centralizzata» sono i ospedali universitari (livello 1, K111) e altri grandi stabilimenti (livello 2, K112), di norma ospedali cantonali. Gli «ospedali di cure di base» sono essenzialmente suddivisi, a seconda del numero di casi, in tre livelli di assistenza (livello 3 (K121), 4 (K122) e 5(K123)).

Nel 2024, si contano i cinque ospedali universitari (livello 1, ospedali con presa a carico centralizzata) e altri 38 grandi stabilimenti di livello 2.

Le cliniche specializzate comprendono quelle psichiatriche (K21), quelle di riabilitazione(K22) e altre cliniche specializzate(K23). Queste ultime vengono suddivise secondo la loro specializzazione specializzazione[1]. Le case nascita integrate sono comprese nelle cliniche specializzate in ginecologia/neonatologia.

Gli ospedali per cure acute comprendono tutti gli ospedali per cure generali e le cliniche specializzate di chirurgia, di ginecologia/neonatologia e di pediatria. Gli stabilimenti specializzati in psichiatria, riabilitazione, geriatria e cure palliative nonché gli stabilimenti specializzati in terapia delle dipendenze non fanno quindi parte degli ospedali per cure acute.

Il vantaggio di questa suddivisione tipologica degli ospedali consiste nella possibilità di formare gruppi di riferimento a livello svizzero (tabella 1). Pertanto, la mediana e la distribuzione delle cifre chiave (capitolo «Tabelle») vengono calcolate per il tipo di ospedale in questione. Tuttavia, tra gli ospedali della stessa tipologia possono esserci differenze sostanziali in termini di organizzazione, mandato di prestazioni, mix dell'offerta di strutture e di numero di pazienti assistiti. Inoltre, nel corso delle ristrutturazioni del settore ospedaliero operate dai Cantoni ven-

1 criteri dettagliati per l'attribuzione degli stabilimenti alle varie categorie sono descritti nel progetto di tipologia degli stabilimenti ospedalieri dell'UST: Typologie des hôpitaux, Version 5.3, 2022 o Krankenhaustypologie, Version 5.3, 2022,

gono create unità statistiche (regioni e gruppi ospedalieri) che in parte raggruppano più stabilimenti. Le differenze tra stabilimenti dello stesso gruppo e i raggruppamenti in unità statistiche rendono difficile il confronto tra stabilimenti di uno stesso gruppo. Si raccomanda prudenza prima di eseguire confronti all'interno dei gruppi tipologici. Inoltre, con lo scioglimento o la riorganizzazione dei gruppi, si corre inoltre il rischio di non poter più formare serie temporali di dati.
Nel 2024, negli ospedali per cure generali è stato trattato l' 82,7 per cento di tutti i casi ospedalieri, nelle cliniche specializzate di psichiatria il 4,3 per cento e nelle cliniche di riabilitazione il 4,2 per cento dei casi.

Forma giuridica degli ospedali

Dall'introduzione del nuovo finanziamento degli ospedali per la rimunerazione delle prestazioni ospedaliere di medicina somatica acuta nel 2012, si utilizza la forma giuridica indicata nel Registro delle imprese e degli stabilimenti (RIS) per l'indicazione dell'orientamento giuridico-economico delle imprese .
Le forme giuridiche sono suddivise in quattro gruppi: «SA / Sagl», «Associazione / fondazione», «Ditta individuale / società» «Impresa pubblica». Il gruppo «SA / Sagl» comprende la società in nome collettivo, la società in accomandita, la società in accomandita per azioni, la società anonima e la società a garanzia limitata (Sagl). Il gruppo «Associazione / fondazione» comprende la società cooperativa, l'associazione e la fondazione. Il gruppo «Ditta individuale / società» comprende la ditta individuale e la società semplice. Il gruppo «Impresa pubblica» comprende l'amministrazione federale / cantonale / distrettuale / comunale o altre corporazioni di diritto pubblico, nonché l'impresa pubblica federale / cantonale / distrettuale / comunale o di un'altra corporazione.
Nel 2024, su un totale di 270 ospedali, 40 erano imprese pubbliche nelle quali è stato trattato il 39 per cento di tutti i casi ospedalieri (tabella 1).

Cost-weight medi: Case Mix Index e Day Mix Index

A partire dall'edizione dei dati 2021, l'UST calcola i cost-weight medi Case Mix Index lordo (CMIb), Case Mix Index netto (CMIn) per la rimunerazione delle prestazioni ospedaliere di medicina somatica acuta nonché il Day MIX Index (DMI) per la psichiatria ospedaliera e la riabilitazione ospedaliera sulla base delle informazioni sulle tariffe per la fatturazione riportate in SpiGes (variabile: tarif). Questo metodo di calcolo consente di suddividere queste cifre chiave per tipo di attività alla rubrica «Prestazioni e cure per tipo di attività A/P/R/B». Nell'edizione dei dati 2022 sono presentati per la prima volta i valori di DMI per la psichiatria e per la riabilitazione ospedaliera. Tuttavia, poiché la struttura tariffaria per la riabilitazione ospedaliera ST Reha è in vigore soltanto dal 1° gennaio 2022, non vengono riportati i valori DMI del 2021 per la riabilitazione ospedaliera. Fino ai dati del 2023, la tariffa per la fatturazione proveniva dalla statistica medica ospedaliera (variabile 4.8.V01). A partire dall'edizione dei dati del 2024, la tariffa per la fatturazione è disponibile in SpiGes (variabile *tarif*).
I Case Mix Index (CMI) e i Day MIX Index (DMI) presentati nella pubblicazione delle cifre chiave degli ospedali svizzeri sono calcolati dall'UST. La base dati utilizzata dall'UST per il raggruppamento dei dati di casi non è la stessa utilizzata da SwissDRG SA per la determinazione dei cost-weight e per il calcolo dei CMI o dei DMI in vista della fatturazione ospedaliera. Pertanto,

> i cost-weight medi presentati nella pubblicazione «Cifre chiave degli ospedali svizzeri» costituiscono solo un ordine di grandezza indicativo del grado di gravità medio dei casi trattati in uno stabilimento ospedaliero e, in questo senso, il loro valore non è usato per negoziare le tariffe ospedaliere.

A partire dall'edizione dei dati 2018, l'UST utilizza il Grouper SwissDRG. I casi 2024 raggruppati con la versione di tariffazione SwissDRG v13.0/2024.

Nota

Per i dati del 2024, l'UST osserva che per alcuni stabilimenti ospedalieri, non è possibile raggruppare tutti i casi, poiché i dati non sono completi. Di conseguenza, alcuni ospedali presentano un numero di casi raggruppati inferiore al numero di casi trasmessi. Per questi casi, non è possibile generare alcun output del Grouper. Ciò ha quindi un impatto negativo sui cost-weight medi calcolati per lo stabilimento, poiché questi sono prodotti su una base incompleta in cui per il calcolo sono stati presi in considerazione solo i casi che è stato possibile raggruppare.

Cifre chiave calcolate dall'UST e messe a disposizione dell'UFSP

Da alcuni anni, l'UFS calcola direttamente un certo numero di cifre chiave sulla base dei dati disponibili e li mette a disposizione dell'UFSP. Per garantire la continuità con le pubblicazioni precedenti, l'UFSP ha auspicato che l'UFS continuasse a fornire tali dati. Attualmente si tratta delle seguenti cifre chiave:

- Contatti-pazienti, ambulatoriale, *AmbPatKont*
- Giorni di cura (cura ospedaliera, senza giorno di dimissione) – *PflegetageT e PflegetageA/P/R/B*
- Giorni di cura (pazienti lungodegenti) – *PTageLangT*
- Pazienti dimessi durante l'anno (cura ospedaliera) – *AustritteT e Austritte A/P/R/B*
- Pazienti dimessi durante l'anno (cura per pazienti lungodegenti) – *AustLang*T
- Numero di neonati sani – *NeugT*
- Percentuale di pazienti con domicilio all'estero (%,cura ospedaliera) – *pPatWAU*
- Percentuale di pazienti di altri Cantoni (%,cura ospedaliera) – *pPatWAK*
- Percentuale di pazienti nei reparti privati e semiprivati (%,cura ospedaliera) – *pPatLKP*
- Percentuale di pazienti con AMal obbligatoria come garante principale (%,cura ospedaliera) – *pPatHOK*
- Casemix Index (CMI) lordo per gli stabilimenti ospedalieri di tipo di attività A e B – *CMIbA/B*
- Casemix Index (CMI) netto per gli stabilimenti ospedalieri di tipo di attività A e B – *CMInA/B*
- Day Mix Index (DMI)_ per gli stabilimenti ospedalieri di tipo di attività P e R – *DMI_P e DMI_R*

A partire dai dati del 2024, i costi e i ricavi dalle prestazioni ospedaliere non vengono più rilevati nella statistica ospedaliera, ma sono rilevati in SpiGes a livello di caso. L'UST mette a disposizione dell'UFSP i dati aggregati relativi ai costi e ai ricavi a livello dell'ospedale (numero BUR_GESV) in modo da consentire il calcolo delle cifre chiave per la pubblicazione come nelle edizioni precedenti.

Nota

I giorni di cura vengono calcolati dall'UFS sulla base dei valori della durata di degenza (LOS) ricavati dal raggruppamento dei casi (output del Grouper SwissDRG). Se il raggruppamento dei casi non può essere effettuato, ad esempio quando i dati contengono errori, non viene generato alcun output del Grouper per i casi affetti da errori. Di conseguenza, la durata di degenza (LOS) non è disponibile. Tuttavia, per consentire il calcolo dei giorni di cura e delle cifre chiave basate sui giorni di cura, l'UST effettua una stima della durata di degenza considerando la differenza tra la data di dimissione e la data d'ingresso, senza sottrarre le dimissioni intermedie, le riammissioni e i congedi. Questa stima porta quindi a una durata di degenza superiore a quella effettiva ottenuta con l'insieme dei casi raggruppati.

Osservazioni e commenti degli ospedali

In occasione di ogni edizione della pubblicazione «Dati chiave degli ospedali svizzeri», gli ospedali e le cliniche hanno la possibilità di fornire un commento relativo alle loro cifre chiave. I commenti devono descrivere le peculiarità delle cifre chiave. In alcuni casi è possibile che le cifre chiave forniscano un'immagine distorta della realtà a causa di codici e definizioni lacunosi o non uniformi. Gli eventuali commenti espressi al riguardo saranno presi in considerazione per la pubblicazione. Le differenze nei valori delle cifre chiave dovute all'applicazione di un metodo di calcolo diverso da quello dell'UFSP non sono oggetto di commento. Allo stesso modo, i commenti sulle cifre chiave in generale, sull'introduzione die SpiGes, sui processi o su quelle concernenti più ospedali non spiegano le particolarità di una cifra chiave o di un ospedale specifico. Tali indicazioni non corrispondono allo scopo dei commenti e non saranno perciò riprese nella pubblicazione. Nella misura in cui i commenti inviati rispettano i criteri stabiliti, essi vengono ripresi tali e quali – vengono corretti solo gli errori ortografici e tipografici – e pubblicati nel capitolo «Osservazioni».

Novità di questa edizione

Le modifiche apportate alle cifre chiave in questa edizione sono dettagliate nel capitolo «Descrizione delle cifre chiave».

Tabella 1: Tipologia e forma giuridica degli ospedali nel 2024[2]

Tipologia		SA / Sagl	Associazione / fondazione	individuale / società	Impresa pubblica	Totale
Ospedali per cure generali, presa a carico centralizzata (livello 1, ospedale universitario)	Stabilimenti	1	-	-	4	**5**
	Casi stazionari	49'394	-	-	193'791	**243'185**
Ospedali per cure generali, presa a carico centralizzata (livello 2)	Stabilimenti	21	5	-	12	**38**
	Casi stazionari	384'244	69'756	-	305'642	**759'642**
Ospedali per cure generali, cure di base (livello 3)	Stabilimenti	11	2	-	5	**18**
	Casi stazionari	86'414	14'670	-	34'262	**135'346**
Ospedali per cure generali, cure di base (livello 4)	Stabilimenti	16	4	-	2	**22**
	Casi stazionari	65'820	16'293	-	10'224	**92'337**
Ospedali per cure generali, cure di base (livello 5)	Stabilimenti	5	7	-	3	**15**
	Casi stazionari	8'072	3'759	-	2'032	**13'863**
Cliniche psichiatriche (livello 1)	Stabilimenti	9	-	-	7	**16**
	Casi stazionari	25'402	-	-	22'122	**47'524**
Cliniche psichiatriche (livello 2)	Stabilimenti	17	12	-	3	**32**
	Casi stazionari	10'019	3'574	-	3'345	**16'938**
Cliniche di riabilitazione	Stabilimenti	35	12	-	2	**49**
	Casi stazionari	41'896	18'383	-	2'793	**63'072**
Cliniche specializzate: chirurgia	Stabilimenti	35	2	-	-	**37**
	Casi stazionari	67'530	16'477	-	-	**84'007**
Cliniche specializzate: ginecologia/ neonatologia	Stabilimenti	12	3	-	-	**15**
	Casi stazionari	6'117	933	-	-	**7'050**
Cliniche specializzate: pediatria	Stabilimenti	-	2	-	1	**3**
	Casi stazionari	-	13'933	-	6'256	**20'189**
Cliniche specializzate: geriatria	Stabilimenti	2	1	-	1	**4**
	Casi stazionari	3'988	2'739	-	5'854	**12'581**
Cliniche specializzate: altre	Stabilimenti	10	5	1	-	**16**
	Casi stazionari	6'411	2'041	-	-	**8'452**
Totale	**Stabilimenti**	**174**	**55**	**1**	**40**	**270**
	Casi stazionari	**755'307**	**162'558**	**-**	**586'321**	**1'504'186**

2 Casi stazionari: numero delle dimissioni nel corso dell'anno sulla base dei dati SpiGes (cifra chiave AustritteT raggruppata per tipologia e forma giuridica)

3 Il settore ospedaliero in breve

Costi del settore ospedaliero

I costi del sistema sanitario sono passati da 91,8 miliardi di franchi nel 2022 a 94 miliardi di franchi nel 2023, il che corrisponde a un aumento del 2,4 per cento. Nel 2023 le cure stazionarie, con 34,1 miliardi di franchi, hanno generato il 36,3 per cento dei costi del sistema sanitario[3].
Nel 2024, i costi del personale costituiscono in media il 62 per cento dei costi d'esercizio e rappresentano quindi la quota maggiore di spesa ospedaliera.

I dati relativi al 2024 sui costi e sui ricavi dei settori ambulatoriale, ospedaliero e di cura di pazienti lungodegenti forniti dagli stabilimenti ospedalieri all'UFS non sono affidabili. Per questo motivo, gli investimenti, i ricavi dei tre settori non possono essere indicati qui con certezza.

Stabilimenti, posti letto e casi

Nel 1997, un anno dopo l'entrata in vigore della legge federale sull'assicurazione malattie obbligatoria, la statistica ospedaliera contava 406 stabilimenti. Da allora, il numero di ospedali è diminuito costantemente. Nel 2024, il numero di ospedali e delle case per partorienti era sceso rispettivamente a 255 e 15, per un totale di 270 (tabella 3). Rispetto all'anno precedente, nove stabilimenti non fanno più parte dell'elenco degli stabilimenti che trasmettono dati per la statistica ospedaliera e per SpiGes (chiusura, fusione, acquisizione, modifica della forma giuridica, separazione in più questionari o cessazione delle prestazioni stazionarie) e quattro sono presenti nuovamente. Le variazioni osservate tra il 2023 e il 2024 sono indicate nella tabella 2.
Ospedali per cure generali e cliniche specializzate insieme, il numero di posti letto è diminuito dello 0,7 per cento rispetto al 2018 (tabella 4). Nel 2024, circa 1,5 milioni di pazienti stazionari sono stati trattati negli ospedali svizzeri. Rispetto all'anno precedente si è assistito ad un aumento del numero dei casi stazionari (dimissione secondo SpiGes) dell'1,7 per cento (tabella 5).

Personale

Le indicazioni sul personale si riferiscono all'intero organico, senza ulteriori suddivisioni secondo l'occupazione nel settore ambulatoriale, della ricerca o dell'insegnamento, nell'istruzione o nel perfezionamento oppure in altre mansioni pubbliche.
Nel 2024, il numero di occupati in equivalenti a tempo pieno negli ospedali svizzeri è aumentato dell'1,7 per cento tra il 2023 e il 2024. Nel 2024 raggiunge la cifra di 189'008 persone (tabella 6). Il 39 per cento degli equivalenti a tempo pieno era costituito da personale sanitario addetto alle cure, il 14 per cento da personale di altri settori specialistici di medicina e il 15 per cento da medici. Di questi, il 7 per cento era in formazione.

3 UST, Swiss Stats Explorer – tabelle interattive: Costi del sistema sanitario, 2022 e 2023

Tabella 2: Variazioni 2023 – 2024

Stabilimenti	Variazioni 2023 – 2024
Spital Walenstadt	Acquisizione da parte di SMN
Gruppo ospedaliero Moncucco Clinica Santa Chiara	Acquisizione da parte di SMN
ZURZACH Care Klinik für Schlafmedizin	Fusione con Stadtspital Triemli
Spital Thurgau AG Klinik St. Katharinental	Modifica della forma giuridica
Spital Thurgau AG Psychiatrische Klinik Münsterlingen	Lo stabilimento non fornisce più prestazioni stazionarie
Spital Wallis - Spitalzentrum Oberwallis (SZO)	Fusione con rimane la stessa azienda, fornisce un unico conto economico.
Zurzach Care Rehaklinik Kilchberg	Stabilimento chiuso
ZURZACH Care Rehaklinik Glarus	Stabilimento chiuso
Bürgenstock Hotels AG Waldhotel Health & Medical Excellence Rehabilitationsklinik	Lo stabilimento non fornisce più prestazioni stazionarie
ZURZACH Care Rehaklinik Baden-Dättwil	Nuovo stabilimento
Zurzach Care Rehaklinik Limmattal	Riapertura
SMN Ambulatory Services SA La Chaux-de-Fonds	Successione aziendale
Rehazentrum Chur	Nuovo stabilimento

Tabella 3: Numero di stabilimenti ospedalieri per forma giuridica

	2021	2022	2023	2024
SA / Sagl	173	177	178	174
Associazione / fondazione	54	56	55	55
individuale / società	2	1	1	1
Impresa pubblica	47	44	41	40
Totale	**276**	**278**	**275**	**270**

Tabella 4: Numero di posti letto (cura ospedaliera, eccetto i neonati sani)[4]

	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Ospedali per cure generali	24'226	24'414	23'948	23'930	23'231	23'232	23'361
Cliniche specializzate	13'825	13'643	13'663	13'915	14'739	14'693	14'431
Total	**38'051**	**38'057**	**37'611**	**37'845**	**37'970**	**37'925**	**37'792**

4 OFS, STAT-TAB – tabelle interattive: cube « Offre des hôpitaux selon la grande région, le canton et le type d'établissement », 2024

Tabella 5: Casi ospedalieri[5]

	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Ospedali per cure generali	1'204'632	1'213'698	1'143'267	1'199'526	1'204'248	1'219'626	1'244'373
Cliniche specializzate	238'994	233'415	227'983	240'447	260'968	259'335	259'813
Total	**1'443'626**	**1'447'113**	**1'371'250**	**1'439'973**	**1'465'216**	**1'478'961**	**1'504'186**

5 A partire dai dati del 2024, l'UST non fornisce più la ripartizione per ospedali e cliniche specializzate a causa del rischio di reidentificazione. I dati sono stati calcolati sulla base di SpiGes 2024

Tabella 6: Occupati in equivalenti a tempo pieno[6]

	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Ospedali per cure generali	130'814	134'179	136'922	139'738	140'117	144'950	147'731
Cliniche specializzate	37'558	36'749	37'671	38'144	40'701	40'825	41'276
Total	**167'873**	**170'928**	**174'593**	**177'882**	**180'818**	**185'775**	**189'008**

6 OFS, STAT-TAB – – tabelle interattive : cube «Employés des hôpitaux selon la fonction, le type d'établissement, la grande région et le canton de l'établissement, le sexe et la nationalité (sélection)», 2024

Tabella 7A: Panoramica sulle cifre chiave di tutta la Svizzera – indicazioni generali

	2023	2024
Prestazioni e cure		
Contatti-pazienti, ambulatoriale	-	24'945'657
Giorni di cura (cura ospedaliera, senza giorno di dimissione)	-	-
Pazienti dimessi durante l'anno (cura ospedaliera)	-	1'504'186
Numero di neonati sani	-	68'057
Numero di sale operatorie	-	1'044
Numero di sale parto	-	357
Percentuale di pazienti con domicilio all'estero (%,cura ospedaliera)	-	3,3%
Percentuale di pazienti di altri Cantoni (%,cura ospedaliera)	-	19,4%
Percentuale di pazienti nei reparti privati e semiprivati (%,cura ospedaliera)	-	20,3%
Percentuale di pazienti con AMal obbligatoria come garante principale (%,cura ospedaliera)	-	93,1%
Cura per pazienti lungodegenti		
Giorni di cura (pazienti lungodegenti)	-	-
Pazienti dimessi durante l'anno (cura per pazienti lungodegenti)	-	-
Totale costi della cura per pazienti lungodegenti, in 1000 fr.	-	-
Ricavi complessivi dalla cura per pazienti lungodegenti, in 1000 fr.	–	–
Infrastruttura medico-tecnica, numero di esami per apparecchio		
MRI, ambulatoriale	-	2'988
MRI, stazionario	-	425
CT, ambulatoriale	-	3'488
CT, stazionario	-	1'765
Angiografie, ambulatoriale	-	403
Angiografie, stazionario	-	438
Dialisi, ambulatoriale	-	306
Dialisi, stazionario	-	26
Personale		
Medici	-	28'945
- di cui medici in perfezionamento	-	12'790
Personale sanitario	-	74'554
Altro personale medico	-	27'312
Totale personale	-	189'008
Medici accreditati (ore)	-	2'242'637
Altro personale accreditato (ore)	-	243'520

Tabella 7A: Panoramica sulle cifre chiave di tutta la Svizzera – indicazioni generali (continua)

	2023	2024
Dati finanziari e d'esercizio, in migliaia di franchi		
Costi del personale	-	22'983'791
Costi d'investimento	-	2'952'527
Altri costi d'esercizio	-	10'864'220
Totale costi	-	36'945'573
Ricavi per degenze e cure	-	31'152'771
Altri ricavi d'esercizio	-	2'423'076
Contributi, sussidi, copertura del disavanzo	-	3'192'976
- di cui Totale copertura del deficit (riserve e fondi privati, contributo pubblico)	-	316'654
Totale ricavi	-	36'598'675
Risultato annuale	-	-346'899
Costi della formazione	-	-
Costi del perfezionamento	-	-
Costi della ricerca	-	-
Costi e ricavi nel settore ambulatoriale, in migliaia di franchi	-	-
Totale costi del settore ambulatoriale	-	-
- di cui Costi del settore ambulatoriale a carico dell'AOMS	-	-
Ricavi complessivi del settore ambulatoriale	-	-
- di cui Ricavi del settore ambulatoriale a carico dell'AOMS		

Tabella 7B: Panoramica sulle cifre chiave di tutta la Svizzera – indicazioni per il tipo di attività A e B

	Cure acute A		Casa nascita B	
	2023	2024	2023	2024
Prestazioni e cure				
Giorni di cura (cura ospedaliera, senza giorno di dimissione)	-	-	-	
Pazienti dimessi durante l'anno (cura ospedaliera)	-	1'312'413	-	7'050
Posti letto (cura ospedaliera)	-	22'090	-	22'090
Durata media di degenza (Giorni, cura ospedaliera)	-		-	
Tasso d'occupazione dei letti (%,cura ospedaliera)	-		-	
Casemix Index (CMI) lordo	-	1,10	-	1,10
Casemix Index (CMI) netto	-	1,13	-	1,13
Dati finanziari e d'esercizio (settore ospedaliero), in migliaia di franchi				
Totale costi del settore ospedaliero	-	-	-	-
- di cui Costi AOMS ospedalieri, pazienti con esclusivamente assicurazione di base LAMal	-	-	-	-
- di cui Costi di utilizzo di immobilizzazioni (OCPre)	-	-	-	-
- di cui Costi AOMS ospedalieri, pazienti che dispongono di un'assicurazione complementare	-	-	-	-
- di cui Costi di utilizzo di immobilizzazioni (OCPre)	-	-	-	-
Ricavi complessivi del settore ospedaliero	-	-	-	-
- di cui ricavi AOMS ospedalieri, pazienti con esclusivamente assicurazione di base LAMal	-	-	-	-
- di cui Percentuale assicurazione (%)	-	-	-	-
- di cui ricavi AOMS ospedalieri, pazienti che dispongono di un'assicurazione complementare	-	-	-	-
- di cui percentuale assicurazione (%)	-	-	-	-

Tableau 7B: Panoramica sulle cifre chiave di tutta la Svizzera – indicazioni per il tipo di attività P e R

	Psichiatria P		Riabilitazione R	
	2023	2024	2023	2024
Prestazioni e cure				
Giorni di cura (cura ospedaliera, senza giorno di dimissione)	-		-	
Pazienti dimessi durante l'anno (cura ospedaliera)	-	86449	-	98273
Posti letto (cura ospedaliera)	-	8809	-	6892
Durata media di degenza (Giorni, cura ospedaliera)	-		-	
Tasso d'occupazione dei letti (%,cura ospedaliera)	-		-	
Day Mix Index (DMI)	-	1,04	-	0,99
Dati finanziari e d'esercizio (settore ospedaliero), in migliaia di franchi				
Totale costi del settore ospedaliero	-	-	-	-
- di cui Costi AOMS ospedalieri, pazienti con esclusivamente assicurazione di base LAMal	-	-	-	-
- di cui Costi di utilizzo di immobilizzazioni (OCPre)	-	-	-	-
- di cui Costi AOMS ospedalieri, pazienti che dispongono di un'assicurazione complementare	-	-	-	-
- di cui Costi di utilizzo di immobilizzazioni (OCPre)	-	-	-	-
Ricavi complessivi del settore ospedaliero	-	-	-	-
- di cui ricavi AOMS ospedalieri, pazienti con esclusivamente assicurazione di base LAMal	-	-	-	-
- di cui Percentuale assicurazione (%)	-	-	-	-
- di cui ricavi AOMS ospedalieri, pazienti che dispongono di un'assicurazione complementare	-	-	-	-
- di cui percentuale assicurazione (%)	-	-	-	-

Sistema di classificazione dei pazienti

Dei sistemi di classificazione dei pazienti (DRG) sono stati sviluppati negli USA già a metà degli anni 1970[7]. In Svizzera il primo lavoro rilevante in questo campo è stato pubblicato 1990[8]. Nel 1998, su iniziativa dell'istituto di medicina sociale e preventiva IMSP di Losanna e dell'istituto di salute e dell'economia ISE Suisse, sono iniziati i lavori preliminari per adattare il sistema americano AP DRG alla Svizzera, comprendenti la rilevazione dei costi, l'adeguamento del meccanismo di formazione dei gruppi di pazienti alla situazione svizzera e la fissazione di regole e definizioni per la fatturazione in base ai DRG. A partire dal 2002, i Cantoni di Vaud, Vallese e Zurigo hanno deciso per primi di adottare l'AP-DRG come strumento per la rimunerazione delle prestazioni ospedaliere e per il calcolo delle sovvenzioni e dei budget globali.

In Svizzera, la rimunerazione delle prestazioni ospedaliere è regolata da tre strutture tariffarie. Il sistema tariffario SwissDRG (*Swiss Diagnosis Related Groups*)[9] per la rimunerazione delle prestazioni ospedaliere di medicina somatica acuta è stato introdotto su scala nazionale il 1° gennaio 2012. È basato sul sistema di classificazione dei pazienti G-DRG, usato in Germania, e regola uniformemente l'indennizzo delle prestazioni ospedaliere mediante l'applicazione di importi forfettari per caso, conformemente all'ultima revisione della legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal). Il sistema SwissDRG è stato inizialmente introdotto per le attività non ambulatoriali degli ospedali e dei reparti somatici acuti e successivamente è stato esteso alle prestazioni stazionarie della psichiatria e della riabilitazione. La struttura tariffaria TARPSY, introdotta il 1° gennaio 2018, copre tutti i campi di prestazioni ospedaliere della psichiatria per adulti, dell'infanzia e dell'adolescenza. Nella psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, l'applicazione della struttura tariffaria è obbligatoria dal 1° gennaio 2019. La struttura tariffaria per la riabilitazione ospedaliera ST Reha è in vigore dal 1° gennaio 2022.

Nel sistema SwissDRG, i casi trattati vengono assegnati a un gruppo specifico chiamato Diagnosis Related Groups (DRG) tramite un algoritmo sulla base delle diagnosi e dei trattamenti. Vengono inoltre prese in considerazione caratteristiche addizionali come età, sesso e aspetti relativi alla durata di degenza. A tale scopo vengono formati gruppi di casi che presentano degenze ospedaliere paragonabili in termini di prestazioni mediche e anche di costi globali. Le strutture tariffarie TARPSY e ST Reha funzionano secondo gli stessi principi. Nel campo della psichiatria, i gruppi di casi sono chiamati Psychiatric Cost Groups (PCG) e nel campo della riabilitazione si parla di Rehabilitation Cost Groups (RCG). A differenza del sistema SwissDRG, i sistemi TARPSY e ST Reha tengono conto della durata di degenza del paziente.

Le strutture tariffarie SwissDRG, TARPSY e ST Reha sono state concepite per le prestazioni ospedaliere. In quanto tali, esse escludono la rimunerazione delle prestazioni per i pazienti trattati nelle case di cura o da un servizio di cure e d'aiuto a domicilio (Spitex) e i pazienti che alla fine di una degenza ospedaliero attendono un posto in una casa di cura o di essere presi a carico da un servizio Spitex.

Calcolo dell'indice di case-mix (CMI) e Day Mix Index (DMI)

Il grado di gravità medio dei casi trattati in un ospedale si misura con un indice che rappresenta una misura sintetica importante per esprimere i costi di trattamento dei casi[10]. Nel sistema SwissDRG si parla di Case Mix Index (CMI) nel sistema SwissDRG mentre nelle strutture tariffarie TARPSY e ST Reha si tratta del Day Mix Index (DMI).

Nel sistema SwissDRG, ai singoli gruppi di casi sono attribuiti costi relativi (cost-weight) in base alla gravità dei rispettivi casi. Il Case Mix (CM) descrive l'intero grado di gravità dei casi di trattamento conteggiati da parte di un ospedale. Esso risulta dalla somma dei costi relativi dei casi (totale dei cost-weight) dei casi di un determinato ospedale. Il Case Mix relativo ad un insieme di n casi nell'ospedale è calcolato quanto segue:

CM = Somma dei costi relativi (cost-weight) dei casi

$$CM = \sum_{i}^{n} CW_i$$

con

i = casi; CW: costi relativi (cost-weight); n: numero totale di casi nell'ospedale

7 Thompson J D, Fetter R B, Mross C D. Case mix and resource use. Inquiry, 1975; 12: 300-12

8 Paccaud F, Schenker L, éds. D.R.G. Diagnosis Related Groups : Gültigkeit, Brauchbarkeit, Anwendungsmöglichkeiten. Berne, Stuttgart, Toronto : éditions Hans Huber ; Aarau : SKI, Schweizerisches Institut für Gesundheits- und Krankenhauswesen, 1990

9 www.swissdrg.org

10 Le gravità in base al tipo di ospedale sono state presentate nella pubblicazione dell'UST BFS Aktuell: Spitalaufen-thalte im Überblick. Ergebnisse aus der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser 2005, 532-0705-05, marzo 2007, Neuchâtel / Actualités OFS : Hospitalisation : principaux résultats. Résultats de la statistique médicale des hôpitaux 2005, 532-0706, mars 2007, Neuchâtel

CM: Intero grado di gravità dei casi ; CW: costi relativi (cost-weight)

$$CMI = \frac{CM}{Numero\ dei\ casi}$$

Il Case Mix Index di un ospedale è la somma dei costi relativi dei casi divisa per il numero dei casi:

$$CMI = \frac{Somma\ dei\ costi\ relativi\ dei\ casi}{Numero\ dei\ casi}$$

Il Case Mix Index relativo ad un insieme di n casi nell'ospedale è calcolato quanto segue:

$$CMI = \frac{\sum_i^n CW_i}{n}$$

con

i = casi; CW: costi relativi (cost-weight); n: numero totale di casi nell'ospedale
CMI=Grado di gravità medio dei casi trattati in un ospedale;

Nelle strutture tariffarie TARPSY e ST Reha, ai singoli gruppi di casi vengono attribuiti diversi valori di costi relativi in base alla durata di degenza (cost-weight giornalieri). I cost-weight giornalieri sono ponderazioni relative, determinate in modo empirico, che descrivono gli oneri medi giornalieri per il trattamento di un determinato gruppo di pazienti. Di norma, essi vengono calcolati annualmente sulla base dei dati aggiornati dei costi per caso degli ospedali. Il valore relativo (DM) di un caso si ottiene moltiplicando i cost-weight giornalieri per la durata della degenza del caso in questione :

DM = Cost-weight giornalieri*durata della degenza

DM = Totale dei cost-weight effettivi di tutti i casi

Il Day Mix relativo ad un insieme di n casi nell'ospedale è calcolato quanto segue:

$$DM = \sum^{n} CWT_i *$$

con
i = casi i; n: numero totale di casi nell'ospedale
DM= cost-weight medio; CWT: cost-weight giornalieri; D: durata della degenza.

Il Day Mix Index corrisponde al cost-weight giornaliero medio e può fornire un punto di riferimento per quanto concerne il grado di gravità medio di un determinato ospedale. L'indice si calcola dividendo il totale dei cost-weight effettivi di tutti i casi di trattamento conteggiati da un ospedale (valori relativi DM) per la somma della durata di degenza dei casi:

$$DMI = \frac{Cost - weight\ medio\ (DM)}{Somma\ della\ durata\ di\ degenza\ dei\ casi}$$

$$DMI = \frac{Totale\ dei\ cost - weight\ effettivi\ di\ tutti\ i\ casi}{Somma\ della\ durata\ di\ degenza\ dei\ casi}$$

$$DMI = \frac{Somma\ dei\ valori\ relativi\ dei\ casi}{Somma\ della\ durata\ di\ degenza\ dei\ casi}$$

Il Day Mix Index relativo ad un insieme di n casi nell'ospedale è calcolato quanto segue:

$$DMI = \frac{\sum_i^n CWT_i * D_i}{\sum_i^n D_i}$$

con
i = casi i; n: numero totale di casi nell'ospedale
CWT: cost-weight giornalieri; D: durata della degenza

Costi di trattamento adeguati al grado di gravità dei casi

In alcuni casi ospedalieri la durata di degenza è fuori dai limiti attesi ed è significativamente inferiore o superiore alla durata prevista per il tipo di cura in questione. Questi casi vengono definiti outlier (valori estremi). Nel calcolo del CMI è possibile tenere conto o meno della distinzione tra casi che rientrano nella durata di degenza attesa (casi normali) e outlier. Per il calcolo del CMI netto[11], i valori estremi inferiori e superiori vengono considerati separatamente: ai casi viene attribuito un coefficiente di ponderazione basato sulla durata effettiva di degenza e per ogni singolo caso si calcola un cost-weight ponderato in base alla degenza effettiva del caso. Il CMI netto consente quindi di esprimere i costi dei trattamenti ospedalieri adeguati alla gravità dei casi. Al contrario, il CMI lordo non fa distinzione tra i casi normali e quelli anomali. Rappresenta quindi il cost weight medio di tutti i casi trattati nell'ospedale senza ponderazione degli outlier.

11 Per una descrizione più approfondita del CMI lordo e netto si rimanda alla pubblicazione dell'UST: UST: Der Case Mix Index – ein Mass für den durchschnittlichen Schweregrad der Krankenhausfälle, StatSanté 3/2004

4 Descrizione delle cifre chiave

Di seguito è riportata è presentata una selezione di cifre chiave per ciascun stabilimento ospedaliero svizzero. I singoli stabilimenti sono riportati nel seguente ordine: alfabetico per Cantone e tipo di ospedale e discendente per numero di giorni di cura nel 2024. Nei «Dati stabilimento», oltre al nome e all'indirizzo dello stabilimento e al Cantone da cui dipende sono indicati anche il tipo di ospedale, il tipo di attività e di prestazioni e altre informazioni sull'infrastruttura dell'istituto e sul mandato di perfezionamento.
Dai dati del 2024, le cifre chiave degli ospedali svizzeri sono calcolate sulla base dei dati provenienti dalla statistica ospedaliera e da SpiGes raccolti dall'Ufficio federale di statistica (UST) presso gli stabilimenti ospedalieri. Ogni anno, questi dati vengono messi a disposizione dell'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP) dall'UST. Di norma, nella pubblicazione «Cifre chiave degli ospedali svizzeri» vengono riportati le cifre chiave basate sui dati statistici relativi all'anno in rassegna e all'anno precedente. A causa di problemi sistemici relativi ai dati e ai concetti di calcolo, il confronto con i dati dell'anno precedente non era rilevante. In questa edizione vengono quindi presentati esclusivamente cifre chiave basate sui dati dell'anno 2024. Nella colonna «Differenza %» è indicata la differenza percentuale dall'anno precedente. Nell'edizione delle cifre chiave 2024, la colonna «Differenza» contiene il simbolo «*», che indica che i dati non sono rilevanti. Resta comunque il fatto che, nel caso di stabilimenti che hanno subito mutazioni quali ristrutturazioni o fusioni (tabella 2), le divergenze nelle serie temporali vanno valutate con prudenza. I valori nelle colonne «Mediana» e «Distribuzione» si riferiscono solo al 2024. La mediana riguarda gli ospedali svizzeri della stessa tipologia. Quindi i valori di uno stabilimento possono essere confrontati con i dati di un gruppo comparabile. Il box-plot nella colonna «Distribuzione» riproduce graficamente il confronto. La legenda si trova nella figura 1.

Figura 1 : Legenda della colonna «Distribuzione»


Nel box plot sono rappresentate le cifre del 2024. I gruppi di riferimento riuniscono gli ospedali svizzeri appartenenti alla stessa tipologia

✳	**Mediana (valore del 50 %):** la mediana divide esattamente a metà un gruppo di riferimento. Il 50 per cento del gruppo presenta valori superiori, il 50 per cento inferiori
○	**Valore zero** : se l'intervallo di valori descritto contiene lo zero, quest'ultimo viene indicato con un cerchio.
●	**Stabilimento**: simbolo che indica la cifra chiave per lo stabilimento descritto.
▶	**Outlier superiore**: Il valore della cifra chiave in questione si colloca al di sopra del limite del 95% dei valori osservati nel gruppo di riferimento. Pertanto, il 95% dei valori osservati nel gruppo di riferimento è inferiore o uguale a tale valore (il 5% è superiore). Il valore è statisticamente significativo e «chiaramente superiore» a quello degli stabilimenti ospedalieri del gruppo di riferimento.
◀	**Outlier inferiore**: Il valore della cifra chiave in questione si colloca al di sotto del limite del 95% dei valori osservati nel gruppo di riferimento. Pertanto, il 95% dei valori osservati nel gruppo di riferimento è superiore a tale valore (il 5% è inferiore o uguale). Il valore è statisticamente significativo e «chiaramente inferiore» a quello degli stabilimenti ospedalieri del gruppo di riferimento.
▬	**Intervallo del 50 %**: comprende il 50 per cento degli stabilimenti del gruppo di riferimento.
▬	**Intervallo del 95 %:** comprende il 95 per cento degli stabilimenti del gruppo di riferimento.

A causa delle difficoltà incontrate dagli ospedali nella trasmissione dei propri dati, nonché dei problematici relativi alla definizione di alcune cifre chiave per l'edizione 2024, l'edizione 2024 della pubblicazione conterrà le seguenti cifre chiave:

Dati stabilimento
Tutti le cifre chiave di questa voce vengono pubblicate.

Dati generali – Prestazioni e cure
Tutti le cifre chiave di questa voce sono pubblicate, ad eccezione della seguente cifra chiave *PflegetageT - Giorni di cura (stazionari, senza giorno di dimissione).*

Dati generali – Cura per pazienti lungodegenti
Non vengono pubblicate le cifre chiave di questa voce.

Dati generali – Infrastruttura medico-tecnica, numero di esami per apparecchio
Tutti le cifre chiave di questa voce vengono pubblicate.

Dati generali – Personale
Tutti le cifre chiave di questa voce vengono pubblicate.

Dati generali – Dati finanziari e d'esercizio
Tutti le cifre chiave di questa voce vengono pubblicate., ad eccezione delle cifre chiave relative ai costi per la ricerca e la formazione, che, a partire dai dati del 2024, sono presentate a livello dell'ospedale (sede):
- *KostABT – Costi della formazione*
- *KostWBT – Costi del perfezionamento*
- *KostForT – Costi della ricerca*

Dati generali – Costi e ricavi nel settore ambulatoriale
Non vengono pubblicate le cifre chiave di questa voce.

Dati per tipo di attività A/P/R/B – Prestazioni e cure
Vengono pubblicati solo le seguente cifre chiave:
- *AustritteA/P/R/B - Pazienti dimessi durante l'anno (cura ospedaliera)*
- *BettenStatA/P/R/B - Posti letto (cura ospedaliera)*
- *CMIbA/B - Casemix Index (CMI) lordo*
- *CMInA/B - Casemix Index (CMI) netto*
- *DMI_P/R - Day Mix Index (DMI)*

Dati per tipo di attività A/P/R/B – Dati finanziari e d'esercizio nel settore ospedaliero
Non vengono pubblicate le cifre chiave di questa voce.

Adattamento delle cifre chiave

L'introduzione di SpiGes ha comportato diversi adattamenti delle cifre chiave degli ospedali svizzeri. L'impatto più evidente di questo cambiamento si osserva per i giorni di cura, le dimissioni e i dati finanziari di esercizio per tipo di attività. Tutti gli adattamenti effettuati in questa edizione sono documentati in modo dettagliato nella tabella descrittiva delle cifre chiave. Di seguito è riportato un riepilogo.

Tipo di attività B «Casa nascita»
In SpiGes, il tipo di attività B «Casa nascita» è un sottoinsieme del tipo di attività A «acuto». Per la pubblicazione delle cifre chiave degli ospedali, l'UST mette a disposizione dell'UFSP variabili ausiliarie nelle esportazioni di dati, che consentono di suddividere le cifre chiave per casa nascita e di presentare il tipo di attività A senza il tipo di attività B e il tipo di attività B separatamente.

Numero di contatti-pazienti , ambulatoriale (AmbPatKont) aanziché de Numero di consulti ambulatoriali (AmbKonsT)
La cifra chiave Numero di consulti ambulatoriali (AmbKons, totale e per tipo di attività) è stata eliminata e sostituita nei dati generali dalla cifra chiave Numero di contatti-pazienti (AmbPatKont). Questa cifra chiave non può essere calcolata a livello di tipi di attività, poiché tale ripartizione non esiste in SpiGes per il settore ambulatoriale.
Il numero di consulti provenienti dalla KS è stato introdotto a partire dalla pubblicazione dei dati del 2016, ma non esiste un consenso sulla definizione di questa cifra chiave. Dopo aver consultato l'UST nell'aprile 2025, si è inoltre constatato che il calcolo del numero di consulti sarebbe più difficile con SpiGes, poiché quest'ultimo non contiene alcuna informazione sui consulti. Per questo motivo, e considerati gli importanti cambiamenti legati al progetto SpiGes per il settore ospedaliero, si è deciso di pubblicare il numero di contatti con i pazienti risultante dalla statistica dei dati dei pazienti ambulatoriali (PSA) anziché il numero di consulti derivante dalla KS.

Cifre chiave il cui nome fa riferimento alla MS

Alcune denominazioni delle cifre chiave facevano riferimento alla MS. Poiché la MS non è più una fonte di dati per le cifre chiave, le denominazioni di queste ultime sono quindi state adattate. Si tratta delle seguenti cifre chiave :

Fino ai dati 2023	Dai dati 2024
PtageStatMST Giorni di cura (stazionari, senza giorno di dimissione)	PflegetageT Giorni di cura (cura ospedaliera, senza giorno di dimissione)
AustStatMST Pazienti dimessi durante l'anno (stazionari)	AustritteT Pazienti dimessi durante l'anno (cura ospedaliera)
NeugStatMST Numero di neonati sani (trattamento stazionario)	NeugT Numero di neonati sani
PtageStatMSA/P/R/B Giorni di cura (stazionari, senza giorno di dimissione)	PflegetageA/P/R/B Giorni di cura (cura ospedaliera, senza giorno di dimissione)
AustStatMSA/P/R/B Pazienti dimessi durante l'anno (stazionari)	AustritteA/P/R/B Pazienti dimessi durante l'anno (cura ospedaliera)
DADStatMSA/P/R/B Durata media di degenza (giorni, stazionaria)	DADA/P/R/B Durata media di degenza (Giorni, cura ospedaliera)

Durata della degenza e Giorni di cura

Per il calcolo dei giorni di cura l'UFS utilizza la durata della degenza LOS), fornita dal Grouper SwissDRG. Se i casi non possono essere raggruppati, questo valore non è disponibile. In tal caso, l'UFS procede a una stima e considera la differenza tra la data di uscita e la data di ammissione, ma al massimo 365 giorni, senza tenere conto delle vacanze e dei soggiorni intermedi: durata della degenza = data di dimissione - data di ammissione.

Durata media di degenza (Giorni, cura ospedaliera) DADA/P/R/B

La durata media di degenza (DADA/P/R/B) si basa sempre sul numero di giorni di cura e di dimissioni. Questi dati provengono ora da SpiGes e non più dalla MS.

Posti letto (cura ospedaliera) BettenStatA/P/R/B

Il calcolo del numero medio dei letti a disposizione per l'esercizio si basa sul numero dei giorni di occupazione dei letti all'anno BETRIEBSBETTENTAGE per tipo di attività. Quest'ultimo proviene sempre dalla KS, ma ora esiste una variabile distinta per ogni tipo di attività:

- *A.21.01 : Giorni di occupazione dei letti all'anno «Somatica Acuta»*
- *A.21.02 : Giorni di occupazione dei letti all'anno «Psichiatria»*
- *A.21.03 :Giorni di occupazione dei letti all'anno «Riabilitazione»*

Tasso d'occupazione dei letti (%,cura ospedaliera) pBettenBelStatA/P/R/B

In seguito al cambiamento della variabile relativa al numero dei giorni di occupazione dei letti all'anno BETRIEBSBETTENTAGE per tipo di attività, è stato modificato anche il calcolo del tasso d'occupazione dei letti.

Dati finanziari e d'esercizio per tipo di attività

Tutti i costi e i ricavi riportati nella precedente voce «Dati finanziari e d'esercizio per tipo di attività A/P/R/B» provenivano dalla KS ed erano rilevati a livello dell'ospedale. Lo stesso vale per la cifra chiave Totale costi di cura di pazienti lungodegenti (KostLangT). Ora sono rilevati in SpiGes a livello del caso. L'UST mette a disposizione dell'UFSP i dati aggregati relativi ai costi e ai ricavi a livello dell'ospedale (numero BUR_GESV) in modo da consentire il calcolo delle cifre chiave per la pubblicazione come nelle edizioni precedenti. La precedente rubrica «Dati finanziari e d'esercizio per tipo di attività A/P/R/B» è stata riorganizzata e rinominata «Dati per tipo di attività A/P/R/B - Dati

finanziari e d'esercizio nel settore ospedaliero», poiché i dati finanziari e d'esercizio relativi ai settori ambulatoriale e di cura per pazienti lungodegenti sono presentati separatamente, nelle rispettive rubriche.

Dati finanziari e d'esercizio nel settore ambulatoriale

In SpiGes, i costi del settore ambulatoriale non possono più essere suddivisi per tipo di attività, poiché tale ripartizione non esiste in SpiGes per l'ambulatorio. A partire dai dati del 2024, tali costi sono presentati come totale sull'insieme dei tipi di attività, al livello ospedale, nella rubrica «Dati generali - Costi e ricavi nel settore ambulatoriale»,

Costi della formazione, del perfezionamento e della ricerca

I costi della formazione, del perfezionamento e della ricerca erano suddivisi per tipo di attività fino ai dati del 2023. A partire dai dati del 2024, tali costi sono inseriti solo a livello dello stabilimento in SpiGes e sono quindi presentati anche a livello dell'ospedale, nella pubblicazione delle cifre chiave degli ospedali svizzeri. Di conseguenza, i codici di queste cifre chiave sono stati adattati: KostABT per la formazione, KostWBT per il perfezionamento e KostForT per la ricerca.

Costi derivanti delle prestazioni a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (AOMS) fornite ai pazienti che dispongono di un'assicurazione complementare

I pazienti che dispongono di un'assicurazione complementare generano da un lato costi a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (AOMS) secondo la LAMal e dall'altro costi a carico dell'assicurazione complementare secondo la legge sul contratto d'assicurazione (LCA). Fino ai dati del 2023, i costi derivanti delle prestazioni a carico dell'AOMS per i pazienti con un'assicurazione complementare venivano registrati direttamente dagli ospedali nella KS. In SpiGes non viene fatta una distinzione tra percentuale AOMS e percentuale LCA, e i costi sono forniti a livello del caso, nella loro totalità. I costi derivanti dalle prestazioni a carico dell'AOMS fornite ai pazienti che dispongono di un'assicurazione complementare devono quindi essere calcolati successivamente. Nella pubblicazione dei costi del caso degli ospedali[12] l'UFSP applica la metodologia della CDS. La CDS calcola i costi secondo un metodo specifico e fornisce i costi del caso all'UFSP. Per la pubblicazione delle cifre chiave degli ospedali svizzeri, è logico utilizzare la stessa metodologia. L'UST calcolerà quindi la percentuale AOMS dei costi o ricavi per l'UFSP per la sua pubblicazione delle cifre chiave utilizzando la metodologia della CDS.

Ricavi derivanti delle prestazioni a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (AOMS) fornite ai pazienti che dispongono di un'assicurazione complementare e percentuale assicurazione

I ricavi derivanti delle prestazioni a carico dell'AOMS fornite ai pazienti con un'assicurazione complementare possono essere calcolati basandosi sulle fatture. Lo stesso vale per la percentuale dell'assicuratore (prestazioni a carico delle diverse assicurazioni LAMal e LCA). Queste informazioni sono infatti disponibili nelle fatture.

Calcolo dei costi a carico dell'AOS, dei ricavi dell'AOS e della percentuale assicurazione

Al momento della pubblicazione delle cifre chiave, l'UFS non aveva ancora calcolato i costi a carico dell'AOS, i ricavi dell'AOS e la percentuale assicurazione, poiché non erano ancora disponibili tutte le informazioni necessarie e la verifica e la plausibilizzazione dei risultati richiedono tempo. Ciò avverrà nel corso dell'anno.

Tabelle di cifre chiave

Le pagine seguenti descrivono nel dettaglio le cifre chiave della pubblicazione «Cifre chiave degli ospedali svizzeri». Nelle tabelle che seguono sono riportati il nome e la denominazione di ciascuna cifra chiave, la sua definizione e la sua descrizione, nonché gli elementi di calcolo.

Indicazioni per tipo di attività

Dai dati del 2024, i tipi di attività sono «cure acute» (A), «psichiatria» (P) e/o «riabilitazione» (R). Bei dati SpiGes, il tipo di attività «case per partorienti» (B) è incluso nel tipo di attività «cure acute» (A). Per la pubblicazione delle cifre chiave degli ospedali svizzeri, questo tipo di attività è riportato sulla base di una variabile ausiliaria. Per ogni tipo di attività attribuito allo stabilimento sono rilevate, in parte separatamente, indicazioni relative a prestazioni e trattamenti, nonché dati finanziari e d'esercizio.

12 Disponibile in francese e tedesco: https://www.bag.admin.ch/fr/publication-des-couts-par-cas-des-hopitaux --> Publication des coûts par cas des hôpitaux (xlsx) / Publikation der Fallkosten der Spitäler Publikation der Fallkosten der Spitäler

Dati stabilimento

Cifra chiave	Definizione e descrizione	Calcolo[13,14]
	Cantone dello stabilimento ospedaliero Cantone sotto la cui giurisdizione amministrativa si trova l'ospedale. Questa cifra chiave è ripresa dalla KS.	KS A.02.10
Inst / Adr / Ort *Stabilimento e indirizzo*	Nome e indirizzo dello stabilimento. Queste cifre chiave sono riprese dalla KS.	KS A.02.01 KS A.02.02 KS A.02.03 KS A.02.04
Typ *Tipo di ospedale secondo la tipologia ospedaliera UST*	Tipo di ospedale secondo la tipologia ospedaliera UST Si distinguono ospedali universitari, stabilimenti con presa a carico centralizzata (ospedali cantonali), stabilimenti per cure di base e cliniche specializzate (psichiatria, riabilitazione, chirurgia, ginecologia/neonatologia, geriatria, pediatria e altre). Questa cifra chiave è ripresa dalla KS.	KS A.02.08
LA *Offerta di prestazioni*	Offerta di prestazioni dello stabilimento ospedaliero Questa cifra chiave è ripresa dalla KS.	« Amb » : KS A.02.15 = 1 « Stat » : KS A.02.16 = 1
RForm *Forma giuridica*	Forma giuridica dello stabilimento ospedaliero La ripartizione avviene conformemente alla nomenclatura delle forme giuridiche dell'UST. Le forme giuridiche sono suddivise in quattro gruppi: «SA / Sagl» con società in nome collettivo, società in accomandita, società in accomandita per azioni, società anonima, società a garanzia limitata (Sagl), «Associazione / fondazione» con società cooperativa, associazione, fondazione, «Ditta individuale / società» con ditta individuale, società semplice nonché «Impresa pubblica» con istituto di diritto pubblico, amministrazione federale / cantonale / distrettuale / comunale o altre corporazioni di diritto pubblico, impresa pubblica federale / cantonale / distrettuale / comunale o di una corporazione. Questa cifra chiave è ripresa dalla KS.	« SA / Sàrl » : KS A.03 = 3 à 7 « Association / fondation » : KS A.03 = 8 à 10 « Entreprises publiques » : KS A.03 = 17, 20 à 34

13 OFS: : Statistica ospedaliera - Progetto dettagliato valido dall'introduzione di SpiGes, versione 2.3, 2025
14 OFS : Typologie des hôpitaux, Version 5.3, 2022 o Krankenhaustypologie, Version 5.3, 2022: (disponibile solo in francese e tedesco)

Dati stabilimento

Cifra chiave	Definizione e descrizione	Calcolo[13,14]
Akt *Tipo di attività*	Tipo di attività dello stabilimento ospedaliero La ripartizione per tipo di attività avviene secondo le prestazioni fornite dagli stabilimenti. Gli ospedali possono operare nei settori di attività «cure acute» (A), «psichiatria» (P) e «riabilitazione» (R); le case per partorienti (B) indipendenti da istituzioni cliniche vengono rilevate nel tipo di attività A. Questa cifra chiave è ripresa dalla KS.	« A »: KS A.01.01 = 1 « P »: KS A.01.02 = 1 « R »: KS A.01.03 = 1 « B »: KS A.01.01 = 1 e AKTIVITA-ET='1001'
SL *Prestazioni specifiche*	Prestazioni specifiche dello stabilimento ospedaliero Questa cifra chiave indica se lo stabilimento ospedaliero dispone di un servizio di pronto soccorso (NF) riconosciuto o di un reparto di cure intensive (IPS).	« NF »: KS A.06.01.01 = 1 « IPS »: KS A.06.01.05 = 1
WB *Formazione e perfezionamento*	Formazione e perfezionamento erogate presso lo stabilimento ospedaliero Questa cifra chiave indica se l'ospedale ospita formazioni e perfezionamenti per studenti di medicina (MSt), medici (Arzt) o altri professionisti della salute (BGs). Questa cifra chiave è ripresa dalla KS.	« MSt »: KS A.06.01.08 = 1 « Arzt »: KS A.06.01.09 = 1 « BGs »: KS A.06.01.10 = 1
AnzStand *Numero di sedi*	Numero di sedi dello stabilimento ospedaliero Questa cifra chiave indica il numero delle sedi geografiche nelle quali un centro ospedaliero distribuito su più sedi organizza le sue attività come unità giuridica unica dotata di una direzione centrale. Questa cifra chiave è ripresa dalla KS.	KS A.11.00
SA *Infrastruttura speciale*	Infrastruttura speciale dello stabilimento ospedaliero Questa cifra chiave indica se l'ospedale possiede apparecchi e infrastrutture speciali. Tra questi si distinguono tomografo a risonanza magnetica (MRI), tomografo computerizzato (CT), tomografo a emissione di positroni (PET), gamma camera inclusi scintigrafia e SPECT (CC), acceleratore lineare (LB) e litotritore (LITO). Questa cifra chiave è ripresa dalla KS.	« MRI »: KS A.13.001 « CT »: KS A.13.002 « PET »: KS A.13.003 « CC »: KS A.13.004 « LB »: KS A.13.005 « LITO »: KS A.13.006

Dati generali – Prestazioni e cure

Cifra chiave	Definizione e descrizione	Calcolo
AmbPatKont *Contatti-pazienti, ambulatoriale*	Numero totale di contatti-pazienti per lo stabilimento ospedaliero nell'anno di riferimento, senza distinzione tra centri di prestazione. Un «contatto con un paziente» viene registrato per paziente, per sede e per giorno di trattamento: ogni persona per la quale è stata fornita almeno una prestazione nella sede in un giorno specifico conta come contatto con i pazienti. Sono considerate tutte le prestazioni, quindi anche quelle fornite in assenza dei pazienti, come la redazione di rapporti. I contatti con i pazienti vengono sommati nell'anno di riferimento. Questa cifra chiave viene calcolata dall'UST sulla base dei dati PSA e trasmessa all'UFSP.	Sulla base dei dati PSA, l'UST calcola il numero di contatti-pazienti considerando il numero di pazienti per ospedale (BURGESV). Le combinazioni vengono effettuate a livello di sede (BURNR) e aggregate a livello di ospedale in base al numero BURGESV. Il trattamento del paziente deve essere avvenuto nel corso dell'anno di riferimento. Viene conteggiata ogni combinazione di BURGESV, UALC (paziente) e data di trattamento per l'anno di riferimento. Un paziente può quindi avere al massimo un trattamento al giorno durante l'anno di riferimento. I pazienti con UALC = 0 sono esclusi. Nessuna prestazione è esclusa.
PflegetageT *Giorni di cura (cura ospedaliera, senza giorno di dimissione)*	Numero totale dei giorni di cura di tutti i casi amministrativi in cure ospedaliere A o C , in tutti i tipi di attività. Casi di tipo A: Casi amministrativi conclusi (dimessi) dal 1° gennaio al 31 dicembre Casi di tipo C: Casi amministrativi aperti prima del 1° gennaio e non ancora conclusi il 31 dicembre. I giorni di cura di casi lungodegenti non vengono conteggiati qui. La durata di degenza non tiene conto del giorno di dimissione e di tutti i giorni di congedo, limitatamente a un massimo di 365 giorni per caso. Questa cifra chiave corrisponde alla somma della durata di degenza LOS di tutti i casi A e C per i quali la tariffa di fatturazione è 0, 1, 2, 3, 4, 5 o 6. Vengono presi in considerazione anche i casi in cui la tariffa di fatturazione non è nota. La durata di degenza LOS deriva dall'output del Grouper. Se non è stato possibile raggruppare i casi, non viene generato alcun output del Grouper. In questo caso, la d durata di degenza LOS non è disponibile. Per le cifre chiave basate su PflegetageT, l'UST effettua una stima della durata di degenza considerando la differenza tra la data di dimissione e la data d'ingresso, senza sottrarre le dimissioni intermedie, le riammissioni e i congedi. Questa cifra chiave viene calcolata dall'UST sulla base dei dati SpiGes e trasmessa all'UFSP.	Dati provenienti da: SpiGes.GROUPER_DRG SUM(min(365,LOS)) iF TARIF in (0,1,2,3,4,5,6) and ABC_FALL in ('A','C') Stima della durata di degenza LOS se non è nota: Durata di degenza LOS = data di dimissione - data di ammissione

Dati generali – Prestazioni e cure

Cifra chiave	Definizione e descrizione	Calcolo
AustritteT *Pazienti dimessi durante l'anno (cura ospedaliera)*	Numero totale dei casi amministrativi stazionari A, in tutti i tipi di attività. Casi di tipo A: Casi amministrativi conclusi (dimessi) dal 1° gennaio al 31 dicembre I giorni di cura di casi lungodegenti non vengono conteggiati qui. Questa cifra chiave corrisponde al numero totale di casi A per i quali la tariffa di fatturazione è 0, 1, 2, 3, 4, 5 o 6. Vengono presi in considerazione i casi in cui la tariffa di fatturazione non è nota. Questa cifra viene calcolata dall'UST sulla base dei dati SpiGes e trasmessa all'UFSP.	Dati provenienti da: SpiGes.ADMINISTRATIVES COUNT(FALL_ID_CH) IF TARIF in (0,1,2,3,4,5,6) and ABC_FALL='A')
NeugT *Numero di neonati sani*	Numero totale dei neonati sani (casi di tipo A) dimessi dal 1° gennaio al 31 dicembre. Casi di tipo A: Casi amministrativi conclusi (dimessi) dal 1° gennaio al 31 dicembre I neonati sani sono definiti secondo SwissDRG. Questa cifra chiave corrisponde al numero totale di casi A per i quali il codice SwissDRG è "P66D" o "P67D". Questa cifra viene calcolata dall'UST sulla base dei dati SpiGes e trasmessa all'UFSP.	Dati provenienti da: SpiGes.ADMINISTRATIVES ; SpiGes.GROUPER_DRG COUNT(FALL_ID_CH) IF DRG in ('P66D','P67D') and ABC_FALL='A' and TARIF=1
Ops *Numero di sale operatorie*	Numero di sale operatorie in funzione nello stabilimento ospedaliero. Questa cifra chiave è ripresa dalla KS.	KS A.13.09
Gebs *Gebs* *Numero di sale parto*	Numero di sale parto in funzione nello stabilimento. Questa cifra chiave è ripresa dalla KS.	KS A.13.11

Dati generali – Prestazioni e cure

Cifra chiave	Definizione e descrizione	Calcolo
pPatWAU *Percentuale di pazienti con domicilio all'estero (%,cura ospedaliera)*	Percentuale di pazienti con domicilio all'estero. Questa cifra chiave corrisponde al numero di casi ospedalieri con domicilio all'estero, diviso per il numero totale di casi ospedalieri. I casi vengono identificati con la variabile FALL_ID_CH: Numero di caso generato dall'UST al fine di mettere a disposizione un identificatore del caso pseudonomizzato. Resta invariato nel tempo (ossia il caso B dell'anno precedente ha lo stesso FALL_ID_CH del caso A dell'anno successivo). Questa cifra viene calcolata dall'UST sulla base dei dati SpiGes e trasmessa all'UFSP.	Dati provenienti da: SpiGes.ADMINISTRATIVES (COUNT(FALL_ID_CH) when (WOHNLAND<>"CHE")/COUNT(FALL_ID_CH))*100
pPatWAK *Percentuale di pazienti di altri Cantoni (%,cura ospedaliera)*	Percentuale di pazienti il cui cantone di residenza non è il Cantone dello stabilimento ospedaliero. Questa cifra chiave corrisponde al numero di casi ospedalieri per i quali il Cantone di domicilio è diverso dal Cantone in cui si trova lo stabilimento ospedaliero, diviso per il numero totale di casi ospedalieri. I casi vengono identificati con la variabile FALL_ID_CH: Numero di caso generato dall'UST al fine di mettere a disposizione un identificatore del caso pseudonomizzato. Resta invariato nel tempo (ossia il caso B dell'anno precedente ha lo stesso FALL_ID_CH del caso A dell'anno successivo). Questa cifra chiave viene calcolata dall'UST sulla base dei dati SpiGes e trasmessa all'UFSP.	Dati provenienti da: Spi-Ges.ADMINISTRATIVES; KS (COUNT(FALL_ID_CH) when WOHNKANTON <> KANTON) /COUNT(FALL_ID_CH))*100
pPatLKP *Percentuale di pazienti nei reparti privati e semiprivati (%,cura ospedaliera)*	Percentuale di pazienti che, durante la degenza in ospedale, occupano un letto nel reparto semiprivato o privato. Questa cifra chiave corrisponde al numero di casi ospedalieri per i quali la classe della camera è 2 (semi-privata) o 3 (privata) diviso per il numero totale di casi ospedalieri. I casi vengono identificati con la variabile FALL_ID_CH: Numero di caso generato dall'UST al fine di mettere a disposizione un identificatore del caso pseudonomizzato. Resta invariato nel tempo (ossia il caso B dell'anno precedente ha lo stesso FALL_ID_CH del caso A dell'anno successivo). Questa cifra chiave viene calcolata dall'UST sulla base dei dati SpiGes e trasmessa all'UFSP.	Dati provenienti da: SpiGes.ADMINISTRATIVES (COUNT(FALL_ID_CH) when (LIEGEKLASSE in ('2','3'))/COUNT(FALL_ID_CH))*100

Dati generali – Prestazioni e cure

Cifra chiave	Definizione e descrizione	Calcolo
pPatHOK *Percentuale di pazienti con AMal obbligatoria come garante principale (%,cura ospedaliera)*	Percentuale di pazienti per i quali l'assicurazione malattie obbligatoria assume essenzialmente i costi delle prestazioni dell'assicurazione di base durante la degenza ospedaliera. Questa cifra chiave corrisponde al numero di casi per i quali l'assicurazione malattie obbligatoria è il garante principale per le prestazioni dell'assicurazione di base, diviso per il numero totale di casi ospedalieri. I casi vengono identificati con la variabile FALL_ID_CH: Numero di caso generato dall'UST al fine di mettere a disposizione un identificatore del caso pseudonomizzato. Resta invariato nel tempo (ossia il caso B dell'anno precedente ha lo stesso FALL_ID_CH del caso A dell'anno successivo). Questa cifra chiave viene calcolata dall'UST sulla base dei dati SpiGes e trasmessa all'UFSP.	Dati provenienti da: SpiGes.ADMINISTRATIVES (COUNT(FALL_ID_CH) when GRUNDVERSICHERUNG="1"/COUNT(FALL_ID_CH))*1100

Dati generali – Cura per pazienti lungodegenti

Cifra chiave	Definizione e descrizione	Calcolo
PTageLangT *Giorni di cura (pazienti lungodegenti)*	Numero totale dei giorni di cura di tutti i casi amministrativi A e C di cura di pazienti lungodegenti. Casi di tipo A: Casi amministrativi conclusi (dimessi) dal 1° gennaio al 31 dicembre Casi di tipo C: Casi amministrativi aperti prima del 1° gennaio e non ancora conclusi il 31 dicembre La durata di degenza non tiene conto del giorno di dimissione e di tutti i giorni di congedo, limitatamente a un massimo di 365 giorni per caso. Questa cifra chiave corrisponde alla somma della durata di degenza LOS di tutti i casi A e C per i quali la tariffa di fatturazione è 7. Vengono presi in considerazione anche i casi in cui la tariffa di fatturazione non è nota. La durata di degenza LOS deriva dall'output del Grouper. Se non è stato possibile raggruppare i casi, non viene generato alcun output del Grouper. In questo caso, la d durata di degenza LOS non è disponibile. Per le cifre chiave basate su PflegetageT, l'UST effettua una stima della durata di degenza considerando la differenza tra la data di dimissione e la data d'ingresso, senza sottrarre le dimissioni intermedie, le riammissioni e i congedi. Questa cifra chiave viene calcolata dall'UST sulla base dei dati SpiGes e trasmessa all'UFSP.	SUM(min(365,LOS)) IF TARIF in (7) and ABC_FALL in ('A','C') Stima della durata di degenza LOS se non è nota: Durata di degenza LOS = data di dimissione - data di ammissione.

Dati generali – Cura per pazienti lungodegenti

Cifra chiave	Definizione e descrizione	Calcolo
AustLangT *Pazienti dimessi durante l'anno (cura per pazienti lungodegenti)*	Numero totale dei casi amministrativi A di cura di pazienti lungodegenti. Casi di tipo A: Casi amministrativi conclusi (dimessi) dal 1° gennaio al 31 dicembre Questa cifra chiave corrisponde al numero totale di casi A per i quali la tariffa di fatturazione è 7. Vengono presi in considerazione i casi in cui la tariffa di fatturazione non è nota. Questa cifra viene calcolata dall'UST sulla base dei dati SpiGes e trasmessa all'UFSP.	Dati provenienti da: SpiGes.ADMINISTRATIVES COUNT(FALL_ID_CH) IF TARIF in (7) and ABC_FALL='A'
KostLangT *Totale costi della cura per pazienti lungodegenti*	Totale costi di cura di pazienti lungodegenti Questa cifra chiave corrisponde ai costi complessivi delle prestazioni fornite ai pazienti lungodegenti di tutte le categorie assicurative (p.es. assicurazione di base, complementare, militare, per l'invalidità ecc.), nonché ai pazienti paganti in proprio e a quelli con una copertura assicurativa estera, per tutti i tipi di attività. Questa cifra chiave viene calcolata sulla base dei costi del caso aggregati dall'UST a livello ospedaliero per l'UFSP.	Questa cifra chiave viene calcolata sulla base dei costi del caso di SpiGes aggregati dall'UST a livello ospedaliero (BUR-GESV) per l'UFSP.
ErlLangT *Ricavi complessivi dalla cura per pazienti lungodegenti*	Ricavi complessivi di cura di pazienti lungodegenti Questa cifra chiave corrisponde ai ricavi complessivi derivanti da prestazioni della lungodegenza erogate ai pazienti di tutte le categorie assicurative (p.es. assicurazione di base, complementare, militare, per l'invalidità ecc.) nonché ai pazienti paganti in proprio le prestazioni e ai pazienti con una copertura assicurativa estera.	Questa cifra chiave viene calcolata sulla base dei costi del caso di SpiGes aggregati dall'UST a livello ospedaliero (BUR-GESV) per l'UFSP.

Dati generali – Infrastruttura medico-tecnica, numero di esami per apparecchio

Cifra chiave	Definizione e descrizione	Calcolo
pMRI_AMB *RMI, ambulatoriale*	Numero di esami MRI per MRI per il settore ambulatoriale. Questa cifra chiave corrisponde al rapporto tra il numero di esami MRI nel settore ambulatoriale e il numero totale di apparecchi RMI. Questa cifra chiave viene calcolata sulla base dei dati della KS.	KS A.13.201 / KS A.13.001
pMRI_STAT *RMI, stazionario*	pMRI_STAT MRI, stazionarioNumero di esami MRI per MRI per il settore ospedaliero. Questa cifra chiave corrisponde al rapporto tra il numero di esami MRI nel settore ospedaliero e il numero totale di apparec-chi RMI. Questa cifra chiave viene calcolata sulla base dei dati della KS.	KS A.13.301 / KS A.13.001
pCT_AMB *CT, ambulatoriale*	Numero di esami CT per apparecchio CT per il settore ambulatoriale. Questa cifra chiave corrisponde al rapporto tra il numero di esami CT nel settore ambulatoriale e il numero totale di apparecchi CT. Questa cifra chiave viene calcolata sulla base dei dati della KS.	KS A.13.202 / KS A.13.002
pCT_STAT *CT, stazionario*	Numero di esami CT per apparecchio CT per il settore stazionario. Questa cifra chiave corrisponde al rapporto tra il numero di esami CT nel settore ospedaliero e il numero totale di apparecchi CT. Questa cifra chiave viene calcolata sulla base dei dati della KS.	KS A.13.302 / KS A.13.002
pANGIO_AMB *Angiografie, ambulatoriale*	Numero di angiografie per angiografo per il settore ambulatoriale. Questa cifra chiave corrisponde al rapporto tra il numero di angiografie nel settore ambulatoriale e il numero totale di angiografi. Questa cifra chiave viene calcolata sulla base dei dati della KS.	KS A.13.207 / KS A.13.007
pANGIO_STAT *Angiografie, stazionario*	Numero di angiografie per angiografo per il settore stazionario. Questa cifra chiave corrisponde al rapporto tra il numero di angiografie nel settore ospedaliero e il numero totale di angiografi. Questa cifra chiave viene calcolata sulla base dei dati della KS.	KS A.13.307 / KS A.13.007
pDIA_AMB *Dialisi, ambulatoriale*	Numero di dialisi per apparecchio per dialisi per il settore ambulatoriale. Questa cifra chiave corrisponde al rapporto tra il numero di dialisi nel settore ambulatoriale e il numero totale di apparecchi per dialisi. Questa cifra chiave viene calcolata sulla base dei dati della KS.	KS A.13.208 / KS A.13.008

Dati generali – Infrastruttura medico-tecnica, numero di esami per apparecchio

Cifra chiave	Definizione e descrizione	Calcolo
pDIA_STAT *Dialisi, stazionario*	Numero di dialisi per apparecchio per dialisi per il settore stazionario. Questa cifra chiave corrisponde al rapporto tra il numero di dialisi nel settore ospedaliero e il numero totale di apparecchi per dialisi. Questa cifra chiave viene calcolata sulla base dei dati della KS.	KS A.13.308 / KS A.13.008

Dati generali - Personale

Cifra chiave	Definizione e descrizione	Calcolo

Le indicazioni sul personale si riferiscono all'intero organico, senza ulteriori suddivisioni secondo il settore di occupazione (ambulatoriale, ricerca o insegnamento, docenza e perfezionamento o altre mansioni pubbliche). Per i collaboratori, la funzione assunta è registrata sulla base delle otto categorie di personale predefinite: medici, personale sanitario, personale medico-tecnico, personale medico-terapeutico, servizi sociali (consulenza e sostegno), personale di servizio, servizi logistici e tecnici e personale amministrativo: in questo ambito non è determinante la formazione ma il lavoro effettivamente svolto. Per le cifre chiave relative al personale vengono riunite diverse categorie di funzione. Il grado di occupazione dei dipendenti viene indicato in equivalenti a tempo pieno (ETP). Per esempio, una persona che lavora all'80 per cento corrisponde a 0,8 ETP. Per quanto riguarda i medici accreditati e l'altro personale accreditato sono indicate espressamente le ore di lavoro

PersA *Medici*	Numero di medici che curano pazienti nelle diverse discipline mediche, espresso in equivalenti a tempo pieno (ETP). Un equivalente a tempo pieno corrisponde a un posto di lavoro occupato al 100 % ETP = numero di ore di lavoro retribuite / numero di ore di lavoro di un posto al 100 % (ad esempio: un impiego al 50 % corrisponde a 0,5 ETP). Questa cifra chiave indica quindi le ore di lavoro prestate in un anno in rapporto a un normale posto di lavoro al 100 per cento. Questa cifra chiave viene calcolata sulla base dei dati della KS.	(KS A.14.05.02) con KS A.14.04=1 a 6

Dati generali - Personale

Cifra chiave	Definizione e descrizione	Calcolo
di cui PersAWB *medici in perfezionamento*	Numero di medici in perfezionamento che curano pazienti nelle diverse discipline mediche, espresso in equivalenti a tempo pieno (ETP). Medici in perfezionamento: da medico assistente a primario Un equivalente a tempo pieno corrisponde a un posto di lavoro occupato al 100 % ETP = numero di ore di lavoro retribuite / numero di ore di lavoro di un posto al 100 % (ad esempio: un impiego al 50 % corrisponde a 0,5 ETP). Questa cifra chiave indica quindi le ore di lavoro prestate in un anno in rapporto a un normale posto di lavoro al 100 per cento. Questa cifra chiave viene calcolata sulla base dei dati della KS.	(KS A.14.05.02) con KS A.14.04 = 1 à 5 e KS A.14.09 = 1
PersP *Personale sanitario*	Numero di addetti del personale sanitario, espresso in equivalenti a tempo pieno (ETP). Un equivalente a tempo pieno corrisponde a un posto di lavoro occupato al 100 % ETP = numero di ore di lavoro retribuite / numero di ore di lavoro di un posto al 100 % (ad esempio: un impiego al 50 % corrisponde a 0,5 ETP). Questa cifra chiave comprende il numero di persone che si occupano della cura dei pazienti, quindi infermieri, levatrici, assistenti di cura, specialisti della salute, specialisti nelle cure, ecc. Questa cifra chiave indica quindi le ore di lavoro prestate in un anno in rapporto a un normale posto di lavoro al 100 per cento. Questa cifra chiave viene calcolata sulla base dei dati della KS.	KS A.14.05.02) con KS A.14.04=7 a 12

Dati generali - Personale

Cifra chiave	Definizione e descrizione	Calcolo
PersMT *Altro personale medico*	Numero di addetti dell'altro personale medico, espresso in equivalenti a tempo pieno (ETP). Un equivalente a tempo pieno corrisponde a un posto di lavoro occupato al 100 % ETP = numero di ore di lavoro retribuite / numero di ore di lavoro di un posto al 100 % (ad esempio: un impiego al 50 % corrisponde a 0,5 ETP). Questa cifra chiave corrisponde al personale medico-tecnico e al medico terapeutico e comprende il personale di sala operatoria, gli specialisti in radiologia, i tecnici di analisi biomediche, i soccorritori, il personale accademico (p.es. farmacisti, biologi, chimici), i fisioterapisti, ergoterapisti e terapisti della riattivazione, i dietisti, i logopedisti, gli psicologi ecc. Questa cifra chiave indica quindi le ore di lavoro prestate in un anno in rapporto a un normale posto di lavoro al 100 per cento. Questa cifra chiave viene calcolata sulla base dei dati della KS.	(KS A.14.05.02)
PersT *Totale personale*	Numero totale di addetti, espresso in equivalenti a tempo pieno (ETP). Un equivalente a tempo pieno corrisponde a un posto di lavoro occupato al 100 % ETP = numero di ore di lavoro retribuite / numero di ore di lavoro di un posto al 100 % (ad esempio: un impiego al 50 % corrisponde a 0,5 ETP). Questa cifra chiave comprende i medici, il personale sanitario, l'altro personale medico nonché il personale dei servizi sociali (consulenza e sostegno), addetti alla manutenzione, il personale dei servizi tecnici e il personale amministrativo. Questa cifra chiave indica quindi le ore di lavoro prestate in un anno in rapporto a un normale posto di lavoro al 100 per cento. Questa cifra chiave viene calcolata sulla base dei dati della KS.	(KS A.14.05.02)
StdBelA *Medici accreditati (ore)*	Ore di lavoro dei medici liberi professionisti che vengono rimunerati dietro emissione di fattura, per il trattamento dei propri pazienti in ospedale. Questa cifra chiave viene calcolata sulla base dei dati della KS.	(KS A.14.05.04) con KS A.14.04=33
StdBelP *Altro personale accreditato (ore)*	Ore di lavoro delle levatrici accreditate e di altre persone che vengono rimunerate dietro emissione di fattura per il trattamento dei propri pazienti in ospedale. Questa cifra chiave viene calcolata sulla base dei dati della KS.	(KS A.14.05.04) con KS A.14.04=34, 35

Dati generali - Dati finanziari e d'esercizio

Cifra chiave	Definizione e descrizione	Calcolo
AwBesold *Costi del personale*	Costi del personale Questa cifra chiave corrisponde all'insieme dei salari del personale addetto all'esercizio, onorari dei medici e altre spese per il personale, incluse le prestazioni sociali, secondo i conti 30 (costi salariali), 37 (costi delle assicurazioni sociali), 38 (costi degli onorari medici [obbligo di assicurazione sociale]) e 39 (altri costi del personale) del piano contabile di H+. Questa cifra chiave è ripresa dalla KS..	KS A.15.01
AwInvest *Costi d'investimento*	Costi d'investimento Questa cifra chiave comprende i costi d'investimento (utilizzo delle installazioni) e interessi di capitale, corrispondenti ai conti 44 e 46 del piano contabile di H+. Questa cifra chiave viene calcolata sulla base dei dati della KS.	KS A.15.06 + KS A.15.08
AwSonst *Altri costi d'esercizio*	Altri costi d'esercizio Questa cifra chiave comprende tutte le spese d'esercizio dell'ospedale meno i costi salariali, di investimento, gli oneri finanziari, le imposte, i costi straordinari e i costi estranei all'esercizio. Questa cifra chiave viene calcolata sulla base dei dati della KS.	KS A.15.02 + KS A.15.03 + KS A.15.04 + KS A.15.05 + KS A.15.07 + KS A.15.09 + KS A.15.10 + KS A.15.11
AwT *Totale costi*	Totale costi Questa cifra chiave corrisponde all'insieme dei costi (inclusi le imposte, i costi straordinari e i costi estranei all'esercizio corrispondenti ai conti 77–79 del piano contabile di H+). Questa cifra chiave è ripresa dalla KS.	KS A.15.20
EtMedL *Ricavi per degenze e cure*	Ricavo totale d'esercizio derivante dall'ospedalizzazione e dalla cura Questa cifra chiave comprende i ricavi da prestazioni mediche, infermieristiche e terapeutiche fornite ai pazienti, prestazioni mediche singole e altre prestazioni singole ospedaliere secondo i conti 60–62 del piano contabile di H+. Sono compresi anche i ricavi del settore ambulatoriale. Questa cifra chiave viene calcolata sulla base dei dati della KS.	KS A.15.30 + KS A.15.31 + KS A.15.32

Dati generali - Dati finanziari e d'esercizio

Cifra chiave	Definizione e descrizione	Calcolo
EtSonst *Altri ricavi d'esercizio*	Altri ricavi d'esercizio Questa cifra chiave comprende l'insieme dei ricavi derivanti da altre prestazioni destinate ai pazienti che non sono già stati contabilizzate tra i ricavi per degenze e cure (conti 60–62 del piano contabile di H+), ricavi da affitti e da interessi direttamente collegati all'esercizio ospedaliero, ricavi da prestazioni fornite al personale e a terzi e variazione nelle rimanenze di prodotti. Questa cifra chiave viene calcolata sulla base dei dati della KS.	KS A.15.33 + KS A.15.34 + KS A.15.35 + KS A.15.42
EtSubv *Contributi, sussidi, copertura del disavanzo*	Contributi, sussidi, copertura del disavanzo Questa cifra chiave comprende l'insieme dei sostegni finanziari da parte della mano pubblica o di organizzazioni di diritto privato sotto forma di contributi, sussidi ed eventuali coperture del disavanzo contabilizzate separatamente. Questa cifra chiave viene calcolata sulla base dei dati della KS.	KS A.15.36 + KS A.16.40
di cui *EtDef* *totale copertura del deficit (riserve e fondi privati; contributo pubblico)*	Totale della copertura del deficit Questa cifra chiave comprende l'insieme dei sostegni finanziari da parte della mano pubblica o di organizzazioni di diritto privato copertura del deficit come riserve, sostegno dalle Comuni, dai Cantoni o dalla Confederazione, nonché fondi privati sotto forma di eventuali coperture del deficit contabilizzate separatamente. Questa cifra chiave viene calcolata sulla base dei dati della KS.	KS A.16.40 (KS A.16.31 + KS A.16.32 + KS A.16.33 + KS A.16.34 + KS A.16.35)
EtT *Totale ricavi*	Totale ricavi Questa cifra chiave comprende l'insieme dei ricavi (ricavi per degenze e cure, altri ricavi d'esercizio, contributi e sussidi, nonché imposte, ricavi straordinari ed estranei all'esercizio). Questa cifra chiave è ripresa dalla KS.	KS 15.50
FiErg *Risultato annuale*	Risultato annuale Questa cifra chiave corrisponde all'utile netto o alla perdita netta con l'esclusione di un'eventuale copertura del deficit. Questa cifra chiave viene calcolata sulla base dei dati della KS.	KS A.16.10 – KS A.16.20

Dati generali - Dati finanziari e d'esercizio

Cifra chiave	Definizione e descrizione	Calcolo
KostABT *Costi della formazione*	Costi della formazione Questa cifra chiave comprende l'insieme dei costi derivanti dall'insegnamento universitario per la formazione; suddivisi per tipo di attività.	Questa cifra chiave viene calcolata sulla base dei costi del caso di SpiGes aggregati dall'UST a livello ospedaliero (BUR-GESV) per l'UFSP.
KostWBT *Costi del perfezionamento*	Costi del perfezionamento Questa cifra chiave comprende l'insieme dei costi derivanti dall'insegnamento universitario per il perfezionamento; suddivisi per tipo di attività.	Questa cifra chiave viene calcolata sulla base dei costi del caso di SpiGes aggregati dall'UST a livello ospedaliero (BUR-GESV) per l'UFSP.
KostForT *Costi della ricerca*	Costi della ricerca Questa cifra chiave comprende l'insieme dei costi derivanti dalla ricerca universitaria; suddivisi per tipo di attività.	Questa cifra chiave viene calcolata sulla base dei costi del caso di SpiGes aggregati dall'UST a livello ospedaliero (BUR-GESV) per l'UFSP.

Dati generali – Costi e ricavi nel settore ambulatoriale

Cifra chiave	Definizione e descrizione	Calcolo
KostAmbT *Totale costi del settore ambulatoriale*	Totale costi del settore ambulatoriale Questa cifra chiave comprende l'insieme dei costi derivanti da prestazioni ambulatoriali fornite ai pazienti di tutte le categorie assicurative (p. es. assicurazione di base, complementare, militare, per l'invalidità ecc.) nonché ai pazienti paganti in proprio le prestazioni e ai pazienti con una copertura assicurativa estera	Questa cifra chiave viene calcolata sulla base dei costi del caso di SpiGes aggregati dall'UST a livello ospedaliero (BUR-GESV) per l'UFSP.
di cui KostOKPAmbT *Costi del settore ambulatoriale a carico dell'AOMS*	Costi del settore ambulatoriale a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (AOMS) Questa cifra chiave rappresenta una parte dei costi complessivi del settore ambulatoriale. Comprende i costi a carico dell'AOMS derivanti da prestazioni ambulatoriali fornite ai pazienti che dispongono esclusivamente dell'assicurazione di base LAMal o di un'assicurazione complementare.	Questa cifra chiave viene calcolata sulla base dei costi del caso di SpiGes aggregati dall'UST a livello ospedaliero (BUR-GESV) per l'UFSP. Attualmente, i dati forniti per calcolare questa cifra chiave comprendono tutti i costi delle prestazioni ai pazienti con che dispongono di un'assicurazione complementare e non solo i costi relativi alle prestazioni a carico dell'AOS.
ErlAmbT *Ricavi complessivi del settore ambulatoriale*	Ricavi complessivi del settore ambulatoriale Questa cifra chiave comprende l'insieme dei ricavi derivanti da prestazioni ambulatoriali erogate ai pazienti di tutte le categorie assicurative (p.es. assicurazione di base, complementare, militare, per l'invalidità ecc.) nonché ai pazienti paganti in proprio le prestazioni e ai pazienti con una copertura assicurativa estera; suddivisi per tipo di attività.	Questa cifra chiave viene calcolata sulla base dei costi del caso di SpiGes aggregati dall'UST a livello ospedaliero (BUR-GESV) per l'UFSP.

Dati generali – Costi e ricavi nel settore ambulatoriale

Cifra chiave	Definizione e descrizione	Calcolo
di cui ErlOKPAmbT *Ricavi del settore ambulatoriale a carico dell'AOMS*	Ricavi del settore ambulatoriale a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (AOMS) Questa cifra chiave rappresenta una parte dei ricavi complessivi derivanti da prestazioni ambulatoriali a carico dell'AOMS erogate ai pazienti esclusivamente con assicurazione di base LAMal o che dispongono di un'assicurazione complementare; suddivisi per tipo di attività.	Questa cifra chiave viene calcolata sulla base dei costi del caso di SpiGes aggregati dall'UST a livello ospedaliero (BUR-GESV) per l'UFSP. Attualmente, i dati forniti per calcolare questa cifra chiave comprendono tutti i ricavi delle prestazioni ai pazienti con che dispongono di un'assicurazione complementare e non solo i ricavi relativi alle prestazioni a carico dell'AOS.

Dati per tipo di attività A/P/R/B - Prestazioni e cure

Cifra chiave	Definizione e descrizione	Calcolo

PflegetageA/P/R/B
Giorni di cura (cura ospedaliera, senza giorno di dimissione)
	Numero totale dei giorni di cura di tutti i casi amministrativi A o C; suddiviso per tipo di attività.
	
	Casi di tipo A: Casi amministrativi conclusi (dimessi) dal 1° gennaio al 31 dicembre
	Casi di tipo C: Casi amministrativi aperti prima del 1° gennaio e non ancora conclusi il 31 dicembre
	
	I giorni di cura di casi lungodegenti non vengono conteggiati qui. La durata di degenza non tiene conto del giorno di dimissione e di tutti i giorni di congedo e è limitata a un massimo di 365 giorni per caso.
	
	Questa cifra chiave corrisponde alla somma della durata di degenza LOS di tutti i casi A e C, limitata a 365 giorni, per il tipo di attività in questione. I tipi di attività sono determinati dalla tariffa per la fatturazione. Se quest'ultima non è nota, si considera il centro di prestazioni principale. Vengono presi in considerazione anche i casi in cui la tariffa di fatturazione non è nota. Per il tipo di attività A, la tariffa di fatturazione è 1 o 2. Se non è nota, si considerano i centri di prestazione principali diversi da «M950» e «M500». Per questo tipo di attività si considerano unicamente gli stabilimenti ospedalieri che non sono case nascita, perché queste ultime sono presentate separatamente. Per il tipo di attività P, la tariffa di fatturazione è 5 o 6. Se non è nota, si considera il centro di prestazioni principale «M500». Per il tipo di attività R, la tariffa di fatturazione è 3 o 4. Se non è nota, si considera il centro di prestazioni principale «M950». Per il tipo di attività B, la tariffa è 1 o 2 e si considerano unicamente gli stabilimenti ospedalieri che sono case nascita, ovvero gli stabilimenti identificati con AKTIVITAET='1001'. Se la tariffa di fatturazione non è nota, si considerano i centri di prestazione diversi da 'M950' e 'M500'.
	
	La durata di degenza LOS deriva dall'output del Grouper. Se non è stato possibile raggruppare i casi, non viene generato alcun output del Grouper. In questo caso, la d durata di degenza LOS non è disponibile. Per le cifre chiave basate su PflegetageA/P/R/B, l'UST effettua una stima della durata di degenza considerando la differenza tra la data di dimissione e la data d'ingresso, senza sottrarre le dimissioni intermedie, le riammissioni e i congedi.
	
	Questa cifra chiave viene calcolata dall'UST sulla base dei dati SpiGes e trasmessa all'UFSP.
		Dati provenienti da: SpiGes.GROUPER_DRG.
		
		Per il tipo di attività A :
		SUM(min(365,LOS))
		IF (TARIF IN (1,2) OR (TARIF=0 AND ID_HAUPTLEISTUNGSSTELLE NOT IN ('M950','M500'))) and BUR NOT IN (SELECT BUR FROM KS.ALLG WHERE AKTIVITAET='1001') and ABC_FALL in ('A','C')
		
		Per il tipo di attività P :
		SUM(min(365,LOS))
		IF (TARIF in (5,6) OR (TARIF=0 AND ID_HAUPTLEISTUNGSSTELLE=') and ABC_FALL in ('A','C')
		
		Per il tipo di attività R :
		SUM(min(365,LOS))
		IF (TARIF in (3,4) OR (TARIF=0 AND ID_HAUPTLEISTUNGSSTELLE='M950')) and ABC_FALL in ('A','C')
		
		Per il tipo di attività B :
		SUM(min(365,LOS))
		IF (TARIF IN (1,2) OR (TARIF=0 AND ID_HAUPTLEISTUNGSSTELLE NOT IN ('M950','M500'))) and ABC_FALL in ('A','C') and BUR IN (SELECT BUR FROM KS.ALLG WHERE AKTIVITAET='1001')
		
		Stima della durata di degenza LOS se non è nota: Durata di degenza LOS = data di dimissione - data di ammissione

Dati per tipo di attività A/P/R/B - Prestazioni e cure

Cifra chiave	Definizione e descrizione	Calcolo

AustritteA/P/R/B
Pazienti dimessi durante l'anno (cura ospedaliera)
	Numero totale dei casi amministrativi stazionari A; suddiviso per tipo di attività.
	
	Casi di tipo A: Casi amministrativi conclusi (dimessi) dal 1° gennaio al 31 dicembre
	
	I giorni di cura di casi lungodegenti non vengono conteggiati qui.
	
	Questa cifra chiave corrisponde al numero totale di casi A per il tipo di attività in questione. I tipi di attività sono determinati dalla tariffa per la fatturazione. Se quest'ultima non è nota, si considera il centro di prestazioni principale. Vengono presi in considerazione i casi in cui la tariffa di fatturazione non è nota. Per il tipo di attività A, la tariffa di fatturazione è 1 o 2. Se non è nota, si considerano i centri di costo principali diversi diversi da «M950» e «M500». Per questo tipo di attività si considerano unicamente gli stabilimenti ospedalieri che non sono case nascita, perché queste ultime sono presentate separatamente. Per il tipo di attività P, la tariffa di fatturazione è 5 o 6. Se non è nota, si considera il centro di prestazioni principale «M500». Per il tipo di attività R, la tariffa di fatturazione è 3 o 4. Se non è nota, si considera il centro di prestazioni principale «M950». Per il tipo di attività B, la tariffa è 1 o 2 e si considerano unicamente gli stabilimenti ospedalieri che sono case nascita, ovvero gli stabilimenti identificati con AKTIVITAET='1001'. Se la tariffa di fatturazione non è nota, si considerano i centri di prestazione diversi da 'M950' e 'M500'.
	
	Questa cifra chiave viene calcolata dall'UST sulla base dei dati SpiGes e trasmessa all'UFSP.
		Dati provenienti da: SpiGes.ADMINISTRATIVES
		
		Per il tipo di attività A:
		
		COUNT(FALL_ID_CH)
		IF (TARIF IN (1,2) OR (TARIF=0 AND HAUPTLEISTUNGSSTELLE NOT IN ('M950','M500'))) and BUR NOT IN (SELECT BUR FROM KS.ALLG WHERE AKTIVITAET='1001') and ABC_FALL='A'
		
		Per il tipo di attività P:
		
		COUNT(FALL_ID_CH)
		IF (TARIF in (5,6) OR (TARIF=0 AND ID_ HAUPTLAISTUNGSSTELLE='M500')) and ABC_FALL='A'
		
		Per il tipo di attività R:
		
		COUNT(FALL_ID_CH)
		IF (TARIF in (3,4) OR (TARIF=0 AND ID_ HAUPTLEISTUNGSSTELLE='M950')) and ABC_FALL='A'
		
		Per il tipo di attività B:
		
		COUNT(FALL_ID_CH)
		IF (TARIF IN (1,2) OR (TARIF=0 AND ID_HAUPTLEISTUNGSSTELLE NOT IN ('M950','M500'))) and BUR IN (SELECT BUR FROM KS.ALLG WHERE AKTIVITAET='1001') and ABC_FALL in ('A')

Dati per tipo di attività A/P/R/B - Prestazioni e cure

Cifra chiave	Definizione e descrizione	Calcolo
BettenStatA/P/R/B *Posti letto (cura ospedaliera)*	Numero medio dei letti a disposizione per l'esercizio; suddiviso per tipo di attività. Questa cifra chiave corrisponde al numero dei giorni di occupazione dei letti all'anno diviso per il numero di giorni dell'anno. Il numero di giorni dell'anno è generalmente 365 o 366 per anno bisestile. Un giorno-letto corrisponde a un giorno in cui un letto è disponibile per essere utilizzato. Durante l'anno un singolo letto può quindi essere teoricamente utilizzato per 365 giorni, per 366 se l'anno è bisestile. Vanno però detratti i giorni in cui un letto non può essere utilizzato per chiusura della struttura, ristrutturazioni, ecc. Esempio di calcolo: 3 letti * 365 giorni – 1 mese di vacanze = 1005 giorni letto Questa cifra chiave viene calcolata sulla base dei dati della KS.	Dati provenienti da: SpiGes.GROUPER_DRG ; KS KS A.21.xx /365 risp. 365 o KS A.21.xx /365 risp. 366 KS A.21: Giorni-letto xx = 01 giorno-letto «Acuto» xx = 02 giorno-letto «Psichiatria» xx = 03 giorno-letto «Riabilitazione» Il numero medio dei letti a disposizione per l'esercizio per il tipo di attività B viene calcolata considerando unicamente gli stabilimenti ospedalieri con AKTIVITAET='1001' nei dati KS.
DADA/P/R/B *Durata media di degenza (Giorni, cura ospedaliera*	Durata media di degenza ospedaliera; suddivisa per tipo di attività. Questa cifra chiave corrisponde al numero totale di giorni di cura diviso per il numero dimissioni all'anno. Questa cifra chiave viene calcolata sulla base del numero di giorni di cura e del numero di dimissioni all'anno di SpiGes forniti dall'UST all'UFSP.	PflegetageA/P/R/B / AustritteA/P/R/B
pBettenBelStatA/P/R/B *Tasso d'occupazione dei letti (%,cura ospedaliera)*	Tasso d'occupazione dei letti; suddiviso per tipo di attività. Questa cifra chiave corrisponde al numero dei giorni di cura diviso per il numero di giorni-letto (numero dei giorni di occupazione dei letti) per il tipo di attività in questione. Nel calcolo non vengono considerati i neonati sani e i pazienti lungodegenti. Questa cifra chiave viene calcolata sulla base del numero di giorni di cura di SpiGes forniti dall'UST all'UFSP e sul numero dei giorni di occupazione dei letti della KS.	PflegetageAPRB / KS A.21.xx* 100 xx = 01 numero dei giorni di occupazione dei letti «Acuto» xx = 02 numero dei giorni di occupazione dei letti «Psichiatria» xx = 03 numero dei giorni di occupazione dei letti «Riabilitazione» Il numero medio dei letti a disposizione per l'esercizio per il tipo di attività B viene calcolata considerando unicamente gli stabilimenti ospedalieri con AKTIVITAET='1001' nei dati KS.

Dati per tipo di attività A/P/R/B - Prestazioni e cure

Cifra chiave	Definizione e descrizione	Calcolo
CMIbA/B *Casemix Index (CMI) lordo*	Grado di gravità medio lordo dei casi stazionari trattati; suddiviso per tipo di attività. Questa cifra chiave corrisponde alla somma dei cost-weight senza ponderazione degli outlier divisa per il numero dei casi A. Il CMI lordo non tiene pertanto conto del fatto che alcuni casi presentano una durata di degenza superiore o inferiore a quella attesa. Non c'è dunque alcuna correzione della gravità dei casi a causa degli outlier. Nel determinare il CMI vengono presi in considerazione solo i casi in cui la tariffa di fatturazione è nota. Per il tipo di attività A, la tariffa di fatturazione è 1 o 2. Nella pubblicazione, le case nascita sono identificate con AKTIVITAET='1001' e sono presentate separatamente dal tipo di attività A, nel tipo di attività B. Il CMI è elaborato dall'UST raggruppando i casi con il Grouper di SwissDRG SA secondo la sistema tariffario per la remunerazione dei trattamenti stazionari di medicina somatica acuta e sulla base dei dati SpiGes.	Dati provenienti da: SpiGes.ADMINISTRATIVES ; SpiGes.GROUPER_DRG ; MS.MAS_SWISSDRG_2024 Per il tipo di attività A : SUM(KOSTENGEWICHT)/COUNT(FALL_ID_CH) IF TARIF in (1,2) and ABC_FALL='A' and BUR NOT IN (SELECT BUR FROM KS.ALLG WHERE AKTIVITAET='1001') Per il tipo di attività B : SUM(KOSTENGEWICHT)/COUNT(FALL_ID_CH) IF TARIF in (1,2) and ABC_FALL='A' and BUR IN (SELECT BUR FROM KS.ALLG WHERE AKTIVITAET='1001')
Casemix Index (CMI) netto	Grado di gravità medio netto dei casi stazionari trattati; suddiviso per tipo di attività. Questa cifra chiave corrisponde alla somma dei cost-weight con ponderazione degli outlier, divisa per il numero di casi A. Il CMI netto tiene pertanto conto del fatto che alcuni casi presentano una durata di degenza superiore o inferiore a quella attesa. C'è dunque una correzione della gravità dei casi a causa degli outlier. Il CMI netto consente quindi di esprimere i costi dei trattamenti ospedalieri adeguati alla gravità dei casi. Nel determinare il CMI vengono presi in considerazione solo i casi in cui la tariffa di fatturazione è nota. Per il tipo di attività A, la tariffa di fatturazione è 1 o 2. Nella pubblicazione, le case nascita sono identificate con AKTIVITAET='1001' e sono presentate separatamente dal tipo di attività A, nel tipo di attività B. Il CMI è elaborato dall'UST raggruppando i casi con il Grouper di SwissDRG SA secondo la sistema tariffario per la remunerazione dei trattamenti stazionari di medicina somatica acuta e sulla base dei dati SpiGes.	Dati provenienti da: SpiGes.ADMINISTRATIVES ; SpiGes.GROUPER_DRG Per il tipo di attività A : SUM(ECW)/COUNT(FALL_ID_CH) IF TARIF in (1,2) and ABC_FALL='A' and BUR NOT IN (SELECT BUR FROM KS.ALLG WHERE AKTIVITAET='1001') Per il tipo di attività B : SUM(ECW)/COUNT(FALL_ID_CH) IF TARIF in (1,2) and ABC_FALL='A' and BUR IN (SELECT BUR FROM KS.ALLG WHERE AKTIVITAET='1001')
DMI_P/R *Day Mix Index (DMI)*	Grado di gravità medio dei casi stazionari trattati; suddiviso per tipo di attività. Questa cifra chiave corrisponde alla somma dei cost-weight effettivi, divisa per la somma della durata di degenza dei casi A. Il DMI consente quindi di esprimere i costi dei trattamenti ospedalieri adeguati alla gravità dei casi. Nel determinare il CMI vengono presi in considerazione solo i casi in cui la tariffa di fatturazione è nota. Per il tipo di attività R, la tariffa di fatturazione è 3 o 4. Il DMI è elaborato dall'UST raggruppando i casi con il Grouper di SwissDRG SA sulla base dei dati SpiGes e secondo la struttura tariffaria per la riabilitazione ospedaliera ST-Reha o per la psichiatria ospedaliera TARPSY.	Dati provenienti da: SpiGes.ADMINISTRATIVES ; SpiGes.GROUPER_DRG Per il tipo di attività P: SUM(ECW)/SUM(LOS) IF TARIF in (5,6) and ABC_FALL='A' Per il tipo di attività R: SUM(ECW)/SUM(LOS) IF TARIF in (3,4) and ABC_FALL='A'

Dati per tipo di attività A/P/R/B – Dati finanziari e d'esercizio nel settore ospedaliero

Cifra chiave	Definizione e descrizione	Calcolo
KostStatA/P/R/B *Totale costi del settore ospedaliero*	Totale costi del settore ospedaliero Questa cifra chiave comprende l'insieme dei costi derivanti da prestazioni ospedaliere fornite ai pazienti di tutte le categorie assicurative (p. es. assicurazione di base, complementare, militare, per l'invalidità ecc.) nonché ai pazienti paganti in proprio le prestazioni e ai pazienti con una copertura assicurativa estera; suddivisi per tipo di attività.	Questa cifra chiave viene calcolata sulla base dei costi del caso di SpiGes aggregati dall'UST a livello ospedaliero (BUR-GESV) per l'UFSP.
di cui KostKVGStatA/P/R/B *Costi AOMS ospedalieri, pazienti con esclusivamente assicurazione di base LAMal*	Costi del settore ospedaliero a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (AOMS) per i pazienti che dispongono esclusivamente dell'assicurazione di base LAMal; suddivisi per tipo di attività. Questa cifra chiave rappresenta una parte dei costi complessivi del settore ospedaliero. Comprende i costi a carico dell'AOMS derivanti da prestazioni ospedaliere fornite ai pazienti che dispongono esclusivamente dell'assicurazione di base LAMal, per ogni tipo di attività considerato.	Questa cifra chiave viene calcolata sulla base dei costi del caso di SpiGes aggregati dall'UST a livello ospedaliero (BUR-GESV) per l'UFSP.
di cui AnlKVGStatA/P/R/B *Costi di utilizzo di immobilizzazioni (OCPre)*	Costi di utilizzo di immobilizzazioni secondo l'ordinanza sul calcolo dei costi e la registrazione delle prestazioni da parte degli ospedali, delle case per partorienti e delle case di cura nell'assicurazione malattie (OCPre); suddivisi per tipo di attività. Questa cifra chiave rappresenta una parte dei costi del settore ospedaliero a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (AOMS) per i pazienti che dispongono esclusivamente dell'assicurazione di base LAMal. Comprende i costi derivanti dall'utilizzo delle installazioni per prestazioni ospedaliere fornite a questi pazienti, per ogni tipo di attività considerato.	Questa cifra chiave viene calcolata sulla base dei costi del caso di SpiGes aggregati dall'UST a livello ospedaliero (BUR-GESV) per l'UFSP.
di cui KostZvOKPStatA/P/R/B *Costi AOMS ospedalieri, pazienti che dispongono di un'assicurazione complementare*	Costi del settore ospedaliero a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (AOMS) per i pazienti che dispongono di un'assicurazione complementare; suddivisi per tipo di attività. Questa cifra chiave rappresenta una parte dei costi complessivi del settore ospedaliero. Comprende i costi a carico dell'AOMS derivanti da prestazioni ospedaliere fornite ai pazienti che dispongono di un'assicurazione complementare, per ogni tipo di attività considerato.	Questa cifra chiave viene calcolata sulla base dei costi del caso di SpiGes aggregati dall'UST a livello ospedaliero (BUR-GESV) per l'UFSP. Attualmente, i dati forniti per calcolare questa cifra chiave comprendono tutti i costi delle prestazioni ai pazienti con che dispongono di un'assicurazione complementare e non solo i costi relativi alle prestazioni a carico dell'AOS.
di cui AnlZvOKPStatA/P/R/B *costi di utilizzo di immobilizzazioni (OCPre)*	Costi di utilizzo di immobilizzazioni secondo l'ordinanza sul calcolo dei costi e la registrazione delle prestazioni da parte degli ospedali, delle case per partorienti e delle case di cura nell'assicurazione malattie (OCPre); suddivisi per tipo di attività. Questa cifra chiave rappresenta una parte dei costi del settore ospedaliero a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (AOMS) per i pazienti che dispongono di un'assicurazione complementare. Comprende i costi derivanti dall'utilizzo delle installazioni per prestazioni ospedaliere fornite a questi pazienti, per ogni tipo di attività considerato.	Questa cifra chiave viene calcolata sulla base dei costi del caso di SpiGes aggregati dall'UST a livello ospedaliero (BUR-GESV) per l'UFSP. Attualmente, i dati forniti per calcolare questa cifra chiave comprendono tutti i costi delle prestazioni ai pazienti con che dispongono di un'assicurazione complementare e non solo i costi relativi alle prestazioni a carico dell'AOS.

Dati per tipo di attività A/P/R/B – Dati finanziari e d'esercizio nel settore ospedaliero

Cifra chiave	Definizione e descrizione	Calcolo
ErlStatA/P/R/B *Ricavi complessivi del settore ospedaliero*	Ricavi complessivi derivanti da prestazioni ospedaliere erogate ai pazienti di tutte le categorie assicurative (p.es. assicurazione di base, complementare, militare, per l'invalidità ecc.) nonché ai pazienti paganti in proprio le prestazioni e ai pazienti con una copertura assicurativa estera; suddivisi per tipo di attività.	Questa cifra chiave viene calcolata sulla base dei costi del caso di SpiGes aggregati dall'UST a livello ospedaliero (BUR-GESV) per l'UFSP.
di cui ErlKVGStatA/P/R/B *ricavi AOMS ospedalieri, pazienti con esclusivamente assicurazione di base LAMal*	Ricavi del settore ospedaliero a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (AOMS) per i pazienti che dispongono esclusivamente dell'assicurazione di base LAMal; suddivisi per tipo di attività. Questa cifra chiave rappresenta una parte dei costi complessivi del settore ospedaliero. Comprende i ricavi derivanti da prestazioni ospedaliere a carico dell'AOMS erogate ai pazienti che dispongono esclusivamente dell'assicurazione di base LAMal, per ogni tipo di attività considerato. I ricavi comprendono qui la percentuale assicurazione e cantonale.	Questa cifra chiave viene calcolata sulla base dei costi del caso di SpiGes aggregati dall'UST a livello ospedaliero (BUR-GESV) per l'UFSP.
di cui ErlKVGStatVA/P/R/B *Percentuale assicurazione (%)*	Percentuale assicurazione nei ricavi derivanti da prestazioni ospedaliere a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (AOMS) erogate ai pazienti che dispongono esclusivamente dell'assicurazione di base LAMal; suddivisi per tipo di attività.	Questa cifra chiave viene calcolata sulla base dei costi del caso di SpiGes aggregati dall'UST a livello ospedaliero (BUR-GESV) per l'UFSP. Secondo l'UST, la percentuale assicurazione può essere determinata sulla base delle fatture. Ciò avverrà nel corso dell'anno
di cui ErlZvOKPStatA/P/R/B *ricavi AOMS ospedalieri, pazienti che dispongono di un'assicurazione complementare*	Ricavi del settore ospedaliero a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (AOMS) per i pazienti che dispongono di un'assicurazione complementare; suddivisi per tipo di attività. Questa cifra chiave rappresenta una parte dei costi complessivi del settore ospedaliero. Comprende i ricavi derivanti da prestazioni ospedaliere a carico dell'AOMS erogate a pazienti che dispongono di un'assicurazione complementare, per ogni tipo di attività considerato. I ricavi comprendono qui la percentuale assicurazione e cantonale.	Questa cifra chiave viene calcolata sulla base dei costi del caso di SpiGes aggregati dall'UST a livello ospedaliero (BUR-GESV) per l'UFSP. Attualmente, i dati forniti per calcolare questa cifra chiave comprendono tutti i ricavi delle prestazioni ai pazienti con che dispongono di un'assicurazione complementare e non solo i ricavi relativi alle prestazioni a carico dell'AOS.
di cui ErlZvOKPStatVA/P/R/B *Percentuale assicurazione (%)*	Percentuale assicurazione nei ricavi derivanti da prestazioni ospedaliere a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (AOMS) erogate ai pazienti che dispongono di un'assicurazione complementare; suddivisi per tipo di attività.	Questa cifra chiave viene calcolata sulla base dei costi del caso di SpiGes aggregati dall'UST a livello ospedaliero (BUR-GESV) per l'UFSP. Secondo l'UST, la percentuale assicurazione può essere determinata sulla base delle fatture. Ciò avverrà nel corso dell'anno

5 Osservazioni

Osservazioni e commenti degli ospedali

In occasione di ogni edizione della pubblicazione «Dati chiave degli ospedali svizzeri», gli ospedali e le cliniche hanno la possibilità di fornire un commento relativo alle loro cifre chiave. I commenti devono descrivere le peculiarità delle cifre chiave. In alcuni casi è possibile che le cifre chiave forniscano un'immagine distorta della realtà a causa di codici e definizioni lacunosi o non uniformi. Gli eventuali commenti espressi al riguardo saranno presi in considerazione per la pubblicazione. Le differenze nei valori delle cifre chiave dovute all'applicazione di un metodo di calcolo diverso da quello dell'UFSP non sono oggetto di commento. Allo stesso modo, i commenti sulle cifre chiave in generale, sull'introduzione die SpiGes, sui processi o su quelle concernenti più ospedali non spiegano le particolarità di una cifra chiave o di un ospedale specifico. Tali indicazioni non corrispondono allo scopo dei commenti e non saranno perciò riprese nella pubblicazione.

Purché in cui i commenti inviati rispettino i criteri stabiliti, essi vengono ripresi tali e quali – vengono corretti solo gli errori ortografici e tipografici – e pubblicati nel questo capitolo.

Berner Klinik Montana (Stiftung) c/o Gebert Rechtsanwälte AG

Die Kennzahlen vom Personal in Vollzeitäquivalenten weichen von unseren tatsächlichen Kennzahlen ab. Wir können jedoch nicht genau sagen, woher die Abweichung stammt. Wir werden die Exportdatei für die Lieferung nächsten Jahres überprüfen.

Center da Sanda Val Müstair Akutabteilung

Personal in Vollzeitäquivalenten betirfft Akutspital und Arztpraxis mit Notfall. Finanz- und Betriebsdaten betreffen den Gesamtbetrieb mit Spital, Pflegeheim, Spitex, Arztpraxis, Rettungsdienst und sind daher nicht vergleichbar mit anderen Spitälern.

CNP Centre Neuchâtelois de psychiatrie

Le nombre de médecins en formation durant l'année 2024 se monte à 69,02 EPT et non 48 comme indiqué dans les chiffres clés, du fait d'une erreur d'encodage du côté de l'établissement. Dans la statistique 2024, les médecins chef de clinique adjoint n'ont pas été enregistrés comme médecins assistants (en formation), mais comme médecin chef de clinique, ce qui fausse le calcul du nombre de médecins en formation.

Geburtshaus Winterthur AG

Das Geburtshaus Winterthur AG hat im 3. Trimester 2023 den Betrieb gestartet. 2024 war das erste volle Betriebsjahr und ist daher mit 2023 nicht vergleichbar.

Hôpital Riviera-Chablais Vaud-Valais

Hôpital bi-cantonal (Vaud/Valais), les hors-cantons contiennent les valaisans.

Les données manquantes en 2024 seront rectifiées dès 2025 (soumission SPIGES).

Klinik Im Hasel AG

Die SpiGes-Daten für 2024 konnten wir nicht ganzheitlich liefern. Das Wohnland fehlte in der Lieferung. Der Anteil Patienten mit Wohnsitz im Ausland (stationär) 2024 betrug somit 0 %.

Klinik Lengg AG

Die Kennzahl Bettenbetriebstage wurde in der KS 2024 falsch geliefert (es wurden fälschlicherweise die Belegungstage geliefert). Die korrekten Bettenbetriebstage im 2024 wären folgende gewesen:

EPI / AKU	10'980
REHA	23'424

Klinik Pyramide am See AG

Der Anteil der stationären Patientinnen und Patienten mit Wohnsitz im Ausland wurde fehlerhaft an das BFS übermittelt. Für das Datenjahr 2024 beträgt er rund 9 %.

Les Hôpitaux Universitaires de Genève HUG

1- Nombre de nouveau-nés saints (traitement hospitalier) : n'inclut pas les 63 nouveau-nés classés dans la catégorie « autres soins aigus » ; le nombre de nouveau-nés est donc de 3282.

2- Personnel en équivalents plein temps : légèrement surestimé en raison d'arrondis de calcul sur le personnel à taux d'activité variable.

Psychiatrische Dienste Graubünden

Personal, in Vollzeitäquivalenten

Die Werte beinhalten auch VZÄ von Personal des Ambulatoriums für opiatgestützte Behandlung; Personal der Spitex; administrativem Personal der IV-Wohnheime, IV-Werkstätten, Sonderschule und Personal für Investitions-Projekte.

Schweizer Paraplegiker-Zentrum Nottwil AG

Ab 1.1.2024 erfolgt die Abrechnung sämtlicher paraplegiologischer Behandlungen unter SwissDRG. Dies ist dem Versorgungsbereich Akutsomatik zugeordnet.

Solothurner Spitäler AG

Die Daten wurden mit dem BFS besprochen. Es konnten nicht alle Fälle groupiert werden, dadurch wird der CMI und DMI falsch errechnet. Weiter sind dadurch die Gesamtkosten und die Gesamterlöse unvollständig.

Stiftung für ganzheitliche Medizin

Den Leistungsauftrag Rehabilitation hatten wir bis 30.6.24. Somit beziehen sich die Daten Rehabilitation nur auf 6 Monate.

SMN - Clinica Ars Medica

Nous avons constaté une erreur de saisie dans les données : le nombre d'examens ambulatoires et hospitaliers ont été intervertis. Les chiffres corrects sont :

- RMI ambulatoriale 7 555
- RMI Stazionario 36
- CT ambulatoriale 2'201
- CT stazionario 26

SMN - Clinique Générale - Ste-Anne SA et Clinique de Valère

Des écarts sont constatés dans les équivalents plein temps (EPT) du personnel, liés à un nombre d'heures annuelles renseigné de manière inexacte dans les statistiques OFS 2024, ce qui explique la différence avec les données réelles.

De légères différences sont constatées entre les données issues de SpiGes et celles d'ITAR_K. Celles-ci s'expliquent par des divergences de méthodologie et de source de données, notamment pour l'ambulatoire et les CUI. Elles restent toutefois non significatives et sans impact sur l'interprétation globale des chiffres.

Ces écarts ne devraient par ailleurs plus se produire dès 2025, les données ITAR_K étant désormais générées directement dans SpiGes.

6 Tabelle

Cifre chiave degli ospedali svizzeri

Per l'anno di riferimento 2024, le cifre degli ospedali svizzeri non saranno pubblicate nel capitolo «Tabelle», ma solo in formato Excel sul sito web dell'UFSP.