

4 Descrizione delle cifre chiave

Nella parte delle tabelle sono presentate le cifre chiave degli ospedali svizzeri. I singoli stabilimenti sono riportati nel seguente ordine: alfabetico per Cantone e tipo di ospedale e in ordine discendente per numero di giorni di cura nel 2015. Nelle indicazioni generali sullo stabilimento, oltre al nome e all'indirizzo dello stabilimento e al Cantone da cui amministrativamente dipende, sono indicati anche il tipo di ospedale, il tipo di attività e altre informazioni sull'infrastruttura dell'istituto e sul mandato di perfezionamento.

Le cifre chiave sono riportate di due anni successivi. In questa edizione sono riportati i dati degli anni 2014 e 2015. Nel caso di stabilimenti che hanno subito mutazioni quali ristrutturazioni o fusioni, le divergenze nelle serie temporali vanno valutate con prudenza. Nella tabella 2 sono indicate le mutazioni. Nella

A partire dai dati del 2014 alcune cifre chiave sono rilevate secondo un nuovo sistema e/o figurano per la prima volta:

- Per tutti gli ospedali, il numero di giorni di cura, di dimissioni nel corso dell'anno e il numero di neonati sani sono calcolati, in modo unitario in base alle indicazioni della statistica medica degli ospedali. Riguardo alle dimissioni e ai giorni di cura, rispetto alle variabili «KS X1.01.01» e «KS X1.01.02» utilizzate precedentemente, nel computo sono presi in considerazione anche i neonati sani. Se non si tratta di case per partorienti, al momento della differenziazione secondo il tipo di attività i casi con centro di costo M000, M050, M100, M200, M300, M400, M600, M700, M800, M850 o M990 sono attribuiti alle cure acute, M500 alla psichiatria e M900 o M950 alla riabilitazione / geriatria.
- Come giorni di degenza valgono quindi il giorno di ammissione e qualsiasi altra giornata d'ospedalizzazione supplementare, ad eccezione del giorno di trasferimento o di dimissione dall'ospedale; i giorni interi di congedo non vengono conteggiati nella durata della degenza. In caso di uscita intermedia, neanche i giorni fino alla riammissione sono conteggiati come giorni di degenza.
- La definizione di neonati sani è parificata a quella di SwissDRG; comprende quindi tutti i casi contrassegnati con il codice SwissDRG P66D e P67D.
- Per quanto riguarda il personale accreditato, d'ora in poi si distinguerà tra la somma delle ore prestate dai medici accreditati e quella delle ore prestate dal restante personale accreditato.

Figura 1: Segni grafici nella colonna «Distribuzione»

 Nel box plot sono rappresentate le cifre del 2015. I gruppi di riferimento riuniscono gli ospedali svizzeri appartenenti allo stesso tipo ospedaliero.

* Mediana (valore del 50 per cento): 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: la cifra chiave per lo stabilimento descritto supera l'intervallo del 95 per cento nel rispettivo gruppo di riferimento. Ciò significa che il valore rappresenta statisticamente un'anomalia e che può essere definito «chiaramente superiore» nei confronti degli altri ospedali.

◀ Outlier inferiore: la cifra chiave per lo stabilimento descritto è inferiore all'intervallo del 95 per cento nel rispettivo gruppo di riferimento. Ciò significa che il valore rappresenta statisticamente un'anomalia e che può essere definito «chiaramente inferiore» nei confronti degli altri ospedali.

— Intervallo del 50 per cento: comprende il 50 per cento degli stabilimenti del gruppo di riferimento.

— Intervallo del 95 per cento: comprende il 95 per cento degli stabilimenti del gruppo di riferimento.

colonna «Differenza %» appare la differenza percentuale dall'anno precedente. Le analisi nelle colonne «Mediana» e «Distribuzione» si riferiscono solo al 2015. Il gruppo di riferimento per il calcolo della mediana è l'insieme degli ospedali svizzeri dello stesso tipo. Quindi il valore di uno stabilimento può essere immediatamente confrontato con il dato relativo al gruppo di cui fa parte. Il box plot nella colonna «Distribuzione» riproduce graficamente il confronto: i segni grafici sono spiegati dettagliatamente nella figura 1.

Di seguito sono descritte nel dettaglio le singole cifre chiave, prendendo come riferimento le rilevazioni degli stabilimenti sanitari di tipo stazionario. Per esempio, «KS A.06.01.05» significa variabile numero A.06.01.05 del questionario della statistica ospedaliera (KS) e «MS 0.1.V04» la variabile numero 0.1.V04 del questionario della statistica medica degli stabilimenti ospedalieri (MS).

L'indicazione «UST» significa che questa caratteristica non proviene direttamente da un questionario ma è stata determinata dall'UST.

La tabella 7 è una panoramica sulle cifre chiave degli ospedali svizzeri nella sua totalità.

Indicazioni generali sullo stabilimento

Cifra chiave	Spiegazione	Fonte / formula ¹⁰
<i>KT</i> Cantone	Cantone sotto la cui giurisdizione amministrativa si trova l'ospedale.	KS A.02.10
<i>Inst/Adr/Ort</i> Stabilimento e indirizzo	Nome e indirizzo dello stabilimento.	KS A.02.01 KS A.02.02 KS A.02.03 KS A.02.04
<i>Typ</i> 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 diverse). ¹¹	KS A.02.08 / UST
<i>RForm</i> Forma giuridica	Ripartizione conformemente alla nomenclatura delle forme giuridiche dell'UST. Le forme giuridiche sono suddivisi in quattro gruppi: «SA / Sagl» con società anonima, società a garanzia limitata (Sagl), «Associazione / fondazione» con società cooperativa, associazione, fondazione, «Ditta individuale / società» con ditta individuale, società semplice inoltre «Impresa pubblica» con amministrazione federale / cantonale / distrettuale / comunale o di corporazioni, consorzi, patriziati di diritto pubblico, impresa pubblica federale / cantonale / distrettuale / comunale o di una corporazione.	«Ditta individuale / società»: KS A.03 = 1, 2 «SA / Sagl»: KS A.03 = 3 a 7 «Associazione / fondazione»: KS A.03 = 8 a 10 «Impresa pubblica»: KS A.03 = 20 a 34
<i>Akt</i> Tipo di attività	Attribuzione a tipi di attività secondo le prestazioni fornite dagli stabilimenti. Gli ospedali possono documentare i tipi di attività «cure acute» (A), «psichiatria» (P) e «riabilitazione / geriatria» (R); le case per partorienti (B) indipendenti da istituzioni cliniche vengono rilevate in un tipo di attività proprio.	«A»: KS A.01.01 = 1 «P»: KS A.01.02 = 1 «R»: KS A.01.03 = 1 «B»: KS A.01.04 = 1
<i>SL</i> Prestazioni specifiche	Indicazione se l'ospedale dispone di un servizio di pronto soccorso (NF) riconosciuto o di un reparto di cure intense (IPS).	«NF»: KS A.06.01.01 = 1 «IPS»: KS A.06.01.05 = 1
<i>WB</i> Formazione e perfezionamento	Indicazione se l'ospedale è sede di formazione e perfezionamento per studenti di medicina (MSt), medici (Arzt) o altre professioni nel settore sanitario (BGs).	«MSt»: KS A.06.01.08 = 1 «Arzt»: KS A.06.01.09 = 1 «BGs»: KS A.06.01.10 = 1
<i>AnzStand</i> Numero di sedi	Numero delle sedi geografiche nelle quali un centro ospedaliero distribuito su più sedi organizza le sue attività come unità giuridica con direzione centrale.	KS A.11.00
<i>SA</i> Infrastruttura speciale	Indicazione se l'ospedale possiede apparecchi e infrastrutture speciali. Tra questi apparecchi si annoverano: 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).	«MRI»: KS A.13.01 «CT»: KS A.13.02 «PET»: KS A.13.03 «CC»: KS A.13.04 «LB»: KS A.13.05 «LITO»: KS A.13.06

¹⁰ UST: Statistica ospedaliera – Progetto dettagliato (versione 1.1) 2010

¹¹ UST: Typologie des hôpitaux 2006

Indicazioni generali su prestazioni e cure

Cifra chiave	Spiegazione	Fonte / formula
<i>PtageStatMST</i> Giorni di cura (stazionari, senza giorno della dimissione)	Numero totale dei giorni di cura di tutti i casi amministrativi conclusi nel periodo dal 1° gennaio fino al 31 dicembre (casi di tipo A) o aperti prima del 1° gennaio e non ancora conclusi il 31 dicembre (casi di tipo C), senza tener conto del giorno di dimissione e di tutti i giorni di congedo, limitatamente a un massimo di 365 giorni per caso.	Secondo MS con MS 1.3.V01 = 3 (trattamento stazionario) AND MS 0.2.V02 = «A» (uscita entro l'anno) OR «C» (ammissione prima del 1° gennaio e dimissione dopo il 31 dicembre): Somma della durata di degenza di tutti i casi (senza giorno della dimissione, senza il totale dei giorni di congedo, limitatamente a un massimo di 365 giorni)
<i>AustStatMST</i> Pazienti dimessi durante l'anno (stazionari)	Numero totale dei casi amministrativi conclusi nel periodo dal 1° gennaio al 31 dicembre in tutti tipi di attività.	Secondo MS con MS 1.3.V01 = 3 (trattamento stazionario) AND MS 0.2.V02 = «A» (uscita entro l'anno): totale dei casi
<i>NeugStatMST</i> Numero di neonati sani (cura ospedaliera)	Corrisponde al numero totale dei neonati sani dimessi dal 1° gennaio al 31 dicembre, secondo definizione SwissDRG.	Secondo MS con codice SwissDRG = «P66D» OR «P67D»: totale dei casi
<i>Ops</i> Sale operatorie	Numero delle sale operatorie in funzione nell'ospedale.	KS A.13.09
<i>GebS</i> Numero di sale parto	Numero di sale parto in funzione.	KS A.13.11
<i>CMlb</i> Casemix Index lordo (CMI)	Valore medio grezzo della gravità dei casi stazionari trattati, senza compensazione degli outlier (che presentano una degenza fuori dei limiti attesi). Il calcolo del CMI si basa sui dati della statistica medica (MS) e viene effettuato dall'UST.	Secondo MS con MS 1.3.V01 = 3 (trattamento stazionario) AND MS 0.2.V02 = «A» (uscita entro l'anno): Σ (pesi relativi) / numero di casi secondo MS
<i>CMIn</i> Casemix Index netto (CMI)	Valore medio della gravità dei casi trattati corretto per gli outlier. In caso di degenze con durata al di fuori dei limiti attesi, i pesi relativi vengono ponderati di conseguenza. Il calcolo del CMI si basa sui dati della statistica medica e viene effettuato dall'UST.	Secondo MS con MS 1.3.V01 = 3 (trattamento stazionario) AND MS 0.2.V02 = «A» (uscita entro l'anno): Σ (pesi relativi corretti per gli outlier) / numero di casi secondo MS
<i>pPatWAU</i> Percentuale di pazienti con domicilio all'estero (%, stazionari)	La percentuale di pazienti con domicilio all'estero viene rilevata in base alla statistica medica e si ottiene dividendo il numero di persone che hanno ricevuto un trattamento stazionario e abitano all'estero per il totale dei casi stazionari.	Secondo MS con MS 1.3.V01 = 3 (trattamento stazionario): numero di casi con MS 1.1.V04 regione di domicilio straniera / totale dei casi * 100
<i>pPatWAK</i> Percentuale di pazienti di altri Cantoni (%, stazionari)	Percentuale di pazienti provenienti da altri Cantoni. Il dato viene rilevato in base alla statistica medica e si ottiene dividendo il numero dei pazienti stazionari che abitano in un altro Cantone in Svizzera per il totale dei casi stazionari con domicilio in Svizzera.	Secondo MS con MS 1.3.V01 = 3 (trattamento stazionario): numero di casi con MS 1.1.V04 al di fuori di MS 0.1.V04 (regione di domicilio fuori Cantone in Svizzera) / totale dei casi regione di domicilio in Svizzera * 100
<i>pPatLKP</i> Percentuale di pazienti nei reparti privati e semiprivati (%, stazionari)	Percentuale di pazienti che, durante la degenza in ospedale, occupano un letto nel reparto semiprivato o privato. Il dato viene rilevato in base alla statistica medica e si ottiene dividendo il numero dei casi nella classe di degenza semiprivata o privata per il totale dei casi stazionari.	Secondo MS con MS 1.3.V01 = 3 (trattamento stazionario): numero di casi con (MS 1.3.V02 = 2 OR MS 1.3.V02 = 3) (classe di degenza semiprivata o privata) / totale dei casi * 100
<i>pPatHOK</i> Percentuale di pazienti con AMal obbligatoria come garante principale (%, stazionari)	Percentuale di pazienti per i quali l'assicurazione malattie obbligatoria si assume l'essenziale dei costi delle prestazioni dell'assicurazione di base durante la degenza in ospedale. Il dato viene rilevato in base alla statistica medica e si ottiene dividendo il numero di casi con assicurazione malattie obbligatoria come garante principale per il numero complessivo dei casi stazionari.	Secondo MS con MS 1.3.V01 = 3 (trattamento stazionario): numero di casi con MS 1.4.V02 = 1 (assicurazione malattie obbligatoria come garante principale per i costi delle prestazioni dell'assicurazione di base) / totale dei casi * 100

Indicazioni generali sul personale

Cifra chiave	Spiegazione	Fonte / formula
<i>PersA</i> Medici	Medici che operano in settori di specializzazione medica per l'assistenza ai pazienti. Il numero di addetti del personale medico espresso in ETP corrisponde alle ore di lavoro prestate nell'arco di un anno in rapporto a un normale posto al 100 per cento.	Σ (KS A.14.05.02) con KS A.14.04=1 a 6
<i>PersP</i> Personale sanitario	Comprende le persone che si occupano della cura dei pazienti, quindi infermieri, levatrici, assistenti di cura, specialisti della salute, specialisti in assistenza ecc. Il numero di addetti del personale sanitario espresso in ETP corrisponde alle ore di lavoro prestate nell'arco di un anno in rapporto a un normale posto al 100 per cento.	Σ (KS A.14.05.02) con KS A.14.04=7 a 12
<i>PersMT</i> Altro personale medico	Questo gruppo comprende il personale medico-tecnico e il personale medico-terapeutico nonché tecnici di sala operatoria e radiologia, tecnici di analisi biomediche, soccorritori, personale accademico (p.es. farmacisti, biologi, chimici), fisioterapisti, ergoterapisti e terapisti della riattivazione, dietisti, logopedisti, psicologi ecc. Il numero degli addetti appartenenti a questo gruppo espresso in ETP corrisponde alle ore di lavoro prestate nell'arco di un anno in rapporto a un normale posto al 100 per cento.	Σ (KS A.14.05.02) con KS A.14.04=13 a 27, 32
<i>PersT</i> Totale personale	Medici, personale sanitario, altro personale medico PIÙ servizi sociali (consulenza e sostegno), personale di servizio, servizi tecnici e personale amministrativo. Il numero espresso in ETP corrisponde alle ore di lavoro prestate nell'arco di un anno in rapporto a un normale posto al 100 per cento.	Σ (KS A.14.05.02)
<i>PersAFallMS</i> Personale medico per 100 pazienti dimessi	Numero di medici espresso in ETP per 100 uscite.	Σ (KS A.14.05.02) con KS A.14.04=1 a 6 / AustStatMST *100
<i>PersPFallMS</i> Personale sanitario per 100 pazienti dimessi	Numero di addetti del personale sanitario espresso in ETP per 100 uscite.	Σ (KS A.14.05.02) con KS A.14.04=7 a 12 / AustStatMST *100
<i>PersMTFallMS</i> Altro personale medico per 100 pazienti dimessi	Numero di addetti dell'altro personale medico espresso in ETP per 100 uscite.	Σ (KS A.14.05.02) con KS A.14.04=13 a 27, 32 / AustStatMST *100
<i>PersTFallMS</i> Totale personale per 100 pazienti dimessi	Numero di membri del personale totale dell'ospedale espresso in ETP per 100 uscite.	Σ (KS A.14.05.02) / AustStatMST *100
<i>StdBeIA</i> Medici accreditati (ore)	Ore di lavoro dei medici liberi professionisti che vengono pagati, dietro emissione di fattura, per il trattamento dei propri pazienti in ospedale.	Σ (KS A.14.05.04) con KS A.14.04=33
<i>StdBeIP</i> Altro personale accreditato (ore)	Ore di lavoro delle ostetriche accreditate e di altre persone che vengono pagate, dietro emissione di fattura, per il trattamento dei propri pazienti in ospedale.	Σ (KS A.14.05.04) con KS A.14.04=34, 35

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 o in altre mansioni ufficiali. Per i collaboratori, la funzione assunta è registrata sulla base delle otto categorie di personale prescritte: medici, personale sanitario, personale medico-tecnico, personale medico-terapeutico, servizi sociali (consulenza e sostegno), personale di servizio, servizi 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 le ore di lavoro.

Indicazioni generali sui dati finanziari e d'esercizio

Cifra chiave	Spiegazione	Fonte / formula
<i>AwBesold</i> Costi del personale	Tutti i salari del personale d'esercizio, gli onorari dei medici e le 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+.	KS A.15.01
<i>AwInvest</i> Costi d'investimento	Costi di utilizzo delle installazioni e interessi passivi, corrispondenti ai conti 44 e 46 del piano contabile di H+.	KS A.15.06 + KS A.15.08
<i>AwSonst</i> Altri costi d'esercizio	Tutte le spese d'esercizio dell'ospedale meno i costi del personale, di investimento, degli interessi passivi, delle imposte, dei costi straordinari e dei costi estranei all'esercizio.	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
<i>AwT</i> Totale costi	Corrisponde all'insieme dei costi di esercizio (inclusi le imposte, i costi straordinari e i costi estranei all'esercizio corrispondenti ai conti 77-79 del piano contabile di H+).	KS A.15.20
<i>EtMedL</i> Ricavi per degenze e cure	Il ricavo totale d'esercizio derivante dall'ospedalizzazione e dalla cura comprende i ricavi da prestazioni mediche, infermieristiche e terapeutiche per i pazienti, prestazioni mediche singole e altre prestazioni singole ospedaliere secondo i conti dal 60 al 62 del piano contabile di H+. Sono compresi anche i ricavi del settore ambulatoriale.	KS A.15.30 + KS A.15.31 + KS A.15.32
<i>EtSonst</i> Altri ricavi d'esercizio	Ricavi da altre prestazioni fornite ai pazienti che non sono già registrate dalla contabilità d'esercizio nella rubrica «Ricavi per degenze e cure» (conti 60-62 del piano contabile di H+), i ricavi da affitti e da capitali direttamente collegati all'esercizio ospedaliero, e i ricavi da prestazioni fornite al personale e a terzi.	KS A.15.33 + KS A.15.34 + KS A.15.35
<i>EtSubv</i> Contributi, sussidi, copertura del disavanzo	Tutti i sostegni finanziari da parte della mano pubblica o di organizzazioni di diritto privato sotto forma di contributi, sovvenzioni ed eventuali coperture del disavanzo documentate separatamente.	KS A.15.36 + KS A.16.40
<i>FiErg</i> Risultato d'esercizio	Risultato d'esercizio come guadagno complessivo o perdita complessiva con l'esclusione di un'eventuale copertura del deficit.	KS A.16.10 - KS A.16.20

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

Cifra chiave	Spiegazione	Fonte / formula
<i>PtageStatMSA/P/R/B</i> Giorni di cura (stazionari, senza giorno della dimissione)	Numero totale dei giorni di cura di tutti i casi amministrativi conclusi nel periodo dal 1° gennaio fino al 31 dicembre (casi di tipo A) o aperti prima del 1° gennaio e non ancora conclusi il 31 dicembre (casi di tipo C), senza tener conto del giorno di dimissione e di tutti i giorni di congedo, limitatamente a un massimo di 365 giorni per caso; documentato per tipo di attività.	Secondo MS con MS 1.3.V01 = 3 (trattamento stazionario) AND MS 0.2.V02 = «A» (uscita entro l'anno) OR «C» (ammissione prima del 1° gennaio e dimissione dopo il 31 dicembre): Somma della durata di degenza di tutti i casi (senza giorno della dimissione, senza il totale dei giorni di congedo, limitatamente a un massimo di 365 giorni)
<i>AustStatMSA/P/R/B</i> Pazienti dimessi durante l'anno (stazionari)	Numero totale dei casi amministrativi conclusi nel periodo dal 1° gennaio al 31 dicembre; documentato per tipo di attività.	Secondo MS con MS 1.3.V01 = 3 (trattamento stazionario) AND MS 0.2.V02 = «A» (uscita entro l'anno): totale dei casi
<i>BettenStatA/P/R/B</i> Posti letto (stazionari)	Il numero medio dei letti a disposizione per essere utilizzati corrisponde al numero dei giorni d'esercizio all'anno di letti diviso per 365 risp. 366; documentato per tipo di attività.	KS X1.02.01 / 365 risp. 366
<i>DADStatMSA/P/R/B</i> Durata media di degenza (giorni, stazionaria)	La durata media di degenza si calcola dividendo il numero di giorni di cura per il numero di uscite all'anno; documentata per tipo di attività.	$PtageStatMSA/P/R/B / AustStatMSA/P/R/B$
<i>pBettenBelStatA/P/R/B</i> Tasso d'occupazione dei letti (%, stazionari)	Il tasso d'occupazione dei letti (eccetto i neonati sani e i pazienti lungodegenti) si ottiene dividendo il numero dei giorni di cura per il numero dei giorni d'esercizio all'anno di letti; documentato per tipo di attività.	$KS X1.01.01 / KS X1.02.01 * 100$

Dati finanziari e d'esercizio per tipo di attività A/P/R/B

Cifra chiave	Spiegazione	Fonte / formula
<i>KostAmbA/P/R/B</i> Totale costi del settore ambulatoriale	Costi dell'insieme dei pazienti ambulatoriali di tutte le classi assicurative (p.es. assicurazione di base, complementare, militare, per l'invalidità ecc.) inclusi i pazienti paganti in proprio e quelli con una copertura assicurativa estera; documentati per tipo di attività.	KS X2.01.50.01
di cui <i>KostOKPAmbA/P/R/B</i> costi a carico dell'AOMS	Tutti i costi a carico dell'AOMS di pazienti ambulatoriali (esclusivamente con assicurazione di base LAMal o con assicurazioni complementari); documentati per tipo di attività.	$KS X2.01.50.04 + KS X2.01.50.09$
<i>KostStatA/P/R/B</i> Totale costi del settore stazionario	Costi dell'insieme dei pazienti stazionari di tutte le classi assicurative (p.es. assicurazione di base, complementare, militare, per l'invalidità ecc.) inclusi i pazienti paganti in proprio e quelli con una copertura assicurativa estera; documentati per tipo di attività.	KS X2.01.50.02
di cui <i>KostKVGStatA/P/R/B</i> costi a carico dell'AOMS, solo pazienti con assicurazione di base LAMal	Tutti i costi a carico dell'AOMS di pazienti stazionari che dispongono esclusivamente dell'assicurazione di base LAMal; documentati per tipo di attività.	KS X2.01.50.05
di cui <i>AnIKVGStatA/P/R/B</i> costi di utilizzo delle immobilizzazioni	Costi a carico dell'AOMS derivanti dall'utilizzo delle installazioni da parte di pazienti stazionari che dispongono esclusivamente dell'assicurazione di base LAMal; documentati per tipo di attività.	KS X2.01.39.05

Dati finanziari e d'esercizio per tipo di attività A/P/R/B

Cifra chiave	Spiegazione	Fonte / formula
di cui <i>KostZvOKPStatA/P/R/B</i> costi a carico dell'AOMS, pazienti con assicurazioni complementari	Costi derivanti da prestazioni a carico dell'AOMS erogate a pazienti stazionari con assicurazioni complementari; documentati per tipo di attività.	KS X2.01.50.10
di cui <i>AnIzVOKPStatA/P/R/B</i> costi di utilizzo delle immobilizzazioni	Costi a carico dell'AOMS derivanti dall'utilizzo delle installazioni da parte di pazienti stazionari con assicurazioni complementari; documentati per tipo di attività.	KS X2.01.39.10
<i>KostLangA/P/R/B</i> Totale costi del settore della lungodegenza	Costi dell'insieme dei pazienti lungodegenti di tutte le classi assicurative (p.es. assicurazione di base, complementare, militare, per l'invalidità ecc.) inclusi i pazienti paganti in proprio e quelli con una copertura assicurativa estera; documentati per tipo di attività.	KS X2.01.50.03
<i>AuftragLFA/P/R/B</i> Mandati insegnamento e ricerca	Costi derivanti da insegnamento e ricerca; documentati per tipo di attività.	KS X2.01.601 + KS X2.01.602
<i>ErlAmbA/P/R/B</i> Ricavi complessivi del settore ambulatoriale	Ricavi derivanti da prestazioni erogate all'insieme dei pazienti ambulatoriali di tutte le classi assicurative (p.es. assicurazione di base, complementare, militare, per l'invalidità ecc.) inclusi i pazienti paganti in proprio e quelli con una copertura assicurativa estera; documentati per tipo di attività.	KS X2.02.30.00
di cui <i>ErlOKPAmbA/P/R/B</i> Ricavi AOMS	Ricavi derivanti da prestazioni a carico dell'AOMS erogate a pazienti ambulatoriali (esclusivamente con assicurazione di base LAMal o con assicurazioni complementari); documentati per tipo di attività.	KS X2.02.30.03 + KS X2.02.30.10
<i>ErlStatA/P/R/B</i> Ricavi complessivi del settore stazionario	Ricavi derivanti da prestazioni erogate all'insieme dei pazienti stazionari di tutte le classi assicurative (p.es. assicurazione di base, complementare, militare, per l'invalidità ecc.) inclusi i pazienti paganti in proprio e quelli con una copertura assicurativa estera; documentati per tipo di attività.	KS X2.02.30.01
di cui <i>ErlKVGStatA/P/R/B</i> Ricavi AOMS, solo pazienti con assicurazione di base LAMal	Ricavi (percentuale assicurazione e percentuale Cantone) derivanti da prestazioni a carico dell'AOMS erogate a pazienti stazionari che dispongono esclusivamente dell'assicurazione di base LAMal; documentati per tipo di attività.	KS X2.02.30.04 + KS X2.02.30.05
di cui <i>ErlKVGStatVA/P/R/B</i> percentuale assicurazione (%)	Percentuale delle assicurazioni ai ricavi derivanti da prestazioni a carico dell'AOMS erogate a pazienti stazionari che dispongono esclusivamente dell'assicurazione di base LAMal; documentati per tipo di attività.	KS X2.02.30.04 / (KS X2.02.30.04 + KS X2.02.30.05) * 100
di cui <i>ErlZvOKPStatA/P/R/B</i> ricavi AOMS, pazienti con assicurazioni complementari	Ricavi (percentuale assicurazione e percentuale Cantone) derivanti da prestazioni a carico dell'AOMS erogate a pazienti stazionari con assicurazioni complementari; documentati per tipo di attività.	KS X2.02.30.11 + KS X2.02.30.12
di cui <i>ErlZvOKPStatVA/P/R/B</i> percentuale assicurazione (%)	Percentuale delle assicurazioni ai ricavi derivanti da prestazioni a carico dell'AOMS erogate a pazienti stazionari con assicurazioni complementari; documentati per tipo di attività.	KS X2.02.30.11 / (KS X2.02.30.11 + KS X2.02.30.12) * 100
<i>ErlLangA/P/R/B</i> Ricavi complessivi del settore della lungodegenza	Ricavi derivanti da prestazioni erogate all'insieme dei pazienti lungodegenti di tutte le classi assicurative (p. es. assicurazione di base, complementare, militare, per l'invalidità ecc.) inclusi i pazienti paganti in proprio e quelli con una copertura assicurativa estera; documentati per tipo di attività.	KS X2.02.30.02

Indicazioni per tipo di attività

«cure acute» (A), «psichiatria» (P), «riabilitazione / geriatria» (R) e/o «case per partorienti» (B): 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.