



DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ
LES HÔPITAUX DE SUISSE
GLI OSPEDALI SVIZZERI

Quantificazione e plausibilizzazione delle ripercussioni finanziarie causate dalla pandemia di COVID-19 agli ospedali svizzeri

sulla base della contabilità finanziaria e della contabilità per voci di costo

Versione 2.0 / Aprile 2021

H+ Gli Ospedali svizzeri raccomandano

un modello che si basa sull'analisi comparativa dell'EBITDAR 2019 e 2020 degli ospedali, per garantire un finanziamento adeguato degli ospedali per l'esercizio 2020. Questo tenendo in considerazione quale tetto massimo i margini EBITDAR corrispondenti.

Quali misure di plausibilizzazione tutti gli aumenti/le diminuzioni dei costi così come dei ricavi riferiti agli ospedali dovranno venir valutati e determinati sulla base di una lista di controllo valida a livello nazionale basata sulla contabilità per voci di costo. H+ rifiuta formalmente un provvedimento di plausibilizzazione basato sulla contabilità analitica per unità finali di imputazione.

La prima versione del modello del mese di giugno 2020 è stata aggiornata per poter escludere le perdite di ricavi da LCA nella determinazione degli indennizzi per COVID-19.

H+ rinuncia intenzionalmente dall'adottare ulteriori adattamenti o addirittura emanare nuove raccomandazioni con riferimento ai dati per l'anno d'esercizio 2020, anche se altri attori hanno pubblicato prescrizioni differenti per la determinazione degli aumenti di costi/delle perdite di ricavi dovuti al COVID-19. Ciò per non creare contraddizioni o conflitti con tali altre prescrizioni. Appare estremamente difficile raggiungere un trattamento uniforme a livello nazionale per quanto riguarda i costi supplementari e le perdite di ricavi dovuti al COVID-19.

Indice

1	Introduzione.....	3
2	Insieme delle regole del modello di finanziamento COVID-19 sulla base dell'EBITDAR	3
3	Plausibilizzazione della differenza assoluta dell'EBITDAR 2020 rispetto al 2019	4
3.1	Spiegazioni concernenti la lista di controllo nazionale aumento/diminuzione dei costi e dei ricavi nel 2020»	4
4	Problematica legata alla plausibilizzazione delle ripercussioni finanziarie causate dalla pandemia di COVID-19 con la contabilità analitica per unità finali di imputazione degli ospedali (e ITAR_K®).....	5
4.1	Provvedimenti da prendere nella contabilità analitica di un ospedale al fine di presentare e plausibilizzare le valutazioni finanziarie legate alla pandemia di COVID19 a livello delle unità finali di imputazione	6
	4.1.1 A livello della contabilità per unità finali di imputazione	6
	4.1.2 A livello della contabilità per voci di costo	6
	4.1.3 A livello della contabilità per centri di costo.....	6
	4.1.4 A livello della valutazione ITAR_K®	9
4.2	Problemi fondamentali che dimostrano che l'approccio di plausibilizzazione basato sulla contabilità analitica per unità finali d'imputazione non deve essere seguito....	9
5	Allegato	11
6	Contatto	14

1 Introduzione

Il danno finanziario da quantificare, subito dagli ospedali, si compone di tre effetti differenti da identificare:

- la diminuzione dei ricavi degli ospedali provocata dalla proibizione degli interventi elettivi,
- L'aumento dei costi netti risultanti dalla mobilitazione delle risorse specifiche e supplementari ordinata allo scopo di lottare contro la pandemia (cosiddetti PEIG¹ COVID-19),
- l'aumento dei costi per i trattamenti di pazienti a causa del rafforzamento dei provvedimenti di protezione, di igiene e di isolamento

Grazie al presente modello, H+ desidera contribuire alla soluzione del problema cruciale concernente il modo di garantire regole di finanziamento rapide, adeguate e che considerino le specificità proprie degli ospedali per l'esercizio 2020.

Questo modello copre il finanziamento dei costi supplementari netti e delle perdite di ricavi subite dagli ospedali a causa della pandemia di COVID-19. A questo proposito si tiene conto della situazione specifica degli ospedali, come pure del loro ambiente economico e politico, il che è primordiale in questa situazione eccezionale. Questo modello può venire utilizzato sia per determinare l'ammontare dell'indennizzo che l'ammontare dell'effettiva indennità dei singoli ospedali e non richiede alcuna spesa supplementare.

2 Insieme delle regole del modello di finanziamento COVID-19 sulla base dell'EBITDAR

L'insieme delle regole può venir riassunto come segue:

- a. L'aumento dei costi netti e le perdite nette di ricavi causati dalla pandemia di COVID-19 sono determinati dalla **differenza assoluta dell'EBITDAR 2020 rispetto a quello del 2019**. I conti annuali revisionati degli ospedali rappresentano la base di calcolo.
- b. L'indennizzo di un istituto è ridotto proporzionalmente ad un eventuale sorpasso del margine di EBITDAR rispetto al margine EBITDAR dell'anno precedente (2019).
- c. Le eventuali prestazioni anticipate dai Cantoni (o da terzi) e legate alla pandemia di COVID-19 devono essere dedotte dalle entrate e di conseguenza dalla base di calcolo per il margine EBITDAR.
- d. Per la chiusura annuale 2020 occorre usare il medesimo standard per la presentazione dei conti utilizzato nel 2019.
- e. I costi e i ricavi delle attività del 2019 istituiti nel corso del 2019 (p. es. gestione di una clinica di giorno a partire da agosto, cioè 5 mesi di gestione) devono venire ricalcolati sull'insieme dell'anno, allo scopo di servire quale base di paragone per stabilire la differenza assoluta EBITDAR 2020/2019.
- f. Le perdite di ricavi da LCA e da pazienti autopaganti vengono esclusi dalla determinazione dell'indennizzo per COVID-19.
- g. I cambiamenti di accantonamenti non dovuti a COVID-19 che influiscono in modo essenziale sull'anno d'esercizio 2019 o sull'anno d'esercizio 2020 devono essere presi in considerazione.

** Qualsiasi fissazione di un massimale nazionale o cantonale deve essere evitata, poiché le realtà operazionali degli ospedali sono variabili, anche all'interno di un medesimo Cantone. Una simile fissazione di un massimale comporta anche il rischio di accordare un finanziamento operativo inadeguato.*

Vantaggi:

Regole semplici, chiare e identiche per tutti; gli ammortamenti straordinari non hanno alcuna importanza; di eventuali aiuti d'urgenza ed indennità della Confederazione, del Cantone e di terzi si è già tenuto conto. Di tutti i costi e perdite di ricavi si tiene conto come di spese effettive e diminuzione di ricavi. Il presente modello si appoggia alla contabilità finanziaria e permette risultati

¹ prestazioni economicamente d'interesse generale

rapidi (contrariamente alla contabilità analitica nel caso presente). I ricavi da LCA e da pazienti autopaganti, secondo la CDS, non possono confluire nell'indennizzo, visto che è considerato un rischio aziendale. Il modello considera perciò il cambiamento nei ricavi corrispondenti quale deduzione.

Inconvenienti: Sfocature causate dall'aumento/dalla diminuzione dei costi e dei ricavi non legati alla pandemia di COVID-19.

L'allegato B contiene un esempio pratico per l'applicazione dell'insieme delle regole sopra descritto per determinare l'ammontare dell'indennizzo.

3 Plausibilizzazione della differenza assoluta dell'EBITDAR 2020 rispetto al 2019

Per una plausibilizzazione del confronto summenzionato dell'EBITDAR, tutti gli aumenti/le diminuzioni dei costi e dei ricavi legati alla pandemia di COVID-19 sono rilevati e valutati in modo uniforme sulla base della contabilità per voci di costo e grazie a una lista nazionale di controllo.

Questo lavoro di rilevamento e di valutazione degli ospedali a livello delle voci di costo e di ricavi permette di quantificare l'aumento dei costi netti come pure la perdita di ricavi netti legati alla pandemia di COVID-19 (escluse le perdite di ricavi da LCA e pazienti autopaganti). Le informazioni così ottenute permettono:

- una plausibilizzazione approfondita della differenza assoluta dell'EBITDAR 2020 rispetto al 2019 a livello degli ospedali
- a livello settoriale, un'affermazione nazionale sugli effetti finanziari della pandemia dovuta al COVID-19 (analisi basata sui dati, effettuata dall'associazione Spitalbenchmark/PwC).

La prima valutazione (associazione Spitalbenchmark/PwC) delle ripercussioni finanziarie causate dalla pandemia di COVID-19 sugli ospedali e le cliniche svizzeri (stato maggio 2020) si basa sulla contabilità per voci di costo e mostra che il divieto dei trattamenti per gli interventi stazionari e ambulatoriali non urgenti rappresenta l'essenziale del danno finanziario, cioè circa l'80%, seguito dai costi legati alla mobilitazione delle risorse /capacità (PEIG COVID-19) con il 17%, e circa il 3 % di spese supplementari nette per i trattamenti dei pazienti secondo le prescrizioni relative alla pandemia di COVID-19.

3.1 Spiegazioni concernenti la lista di controllo nazionale aumento/diminuzione dei costi e dei ricavi nel 2020»

Questa lista di controllo nazionale V1.0 / giugno 2020² è il risultato di un'inchiesta nazionale eseguita da H+ presso una selezione di commissioni tecniche di H+, (commissione di esperti REKOLE® REK, commissione di specialisti Tariffe e convenzioni e gruppo di lavoro ITAR_K®) e associazioni cantonali di ospedali in Svizzera. La lista di controllo ha rapidamente raggiunto un grado molto alto di maturità ed è ormai pronta per l'uso.

Essenzialmente essa serve per specificare/caratterizzare l'aumento/la diminuzione dei costi, come pure le perdite di ricavi dovute alla pandemia di COVID-19 negli ospedali/nelle cliniche e permette di valutarli e di calcolarli in modo uniforme su scala nazionale.

Essa si basa sulle direttive di contabilizzazione di H+ e segue la struttura del piano contabile di H+³. Sono state fissate direttive di valutazione per ogni gruppo di conti. D'altronde, i numerosi riscontri hanno permesso di illustrare ogni gruppo di conti mediante numerosi esempi.

La lista di controllo nazionale permetterà un monitoraggio continuo e basato su dati dell'evoluzione degli effetti della pandemia a livello settoriale e, dopo la chiusura dell'esercizio 2020, una

² Cfr. allegato

³ Direttive di contabilizzazione H+, compreso il piano contabile 8a edizione 2014

plausibilizzazione tangibile del danno finanziario, sia a livello settoriale che a livello aziendale e ciò tenendo conto degli sforzi già messi in campo dagli ospedali nel corso dell'anno 2020 allo scopo di minimizzare il danno finanziario. Esempi di provvedimenti tendenti a diminuire i costi:

- Compensazione delle ore supplementari e godimento di vacanze per il personale durante il confinamento e lento ritorno a una nuova normalità
- Annuncio di disoccupazione parziale e presa a carico della corrispondente indennità:
- assunzione di eventuale aumento/diminuzione dei ricavi derivanti dalla messa a disposizione di personale a terzi;
- assunzione delle diminuzioni dei costi (unicamente costi diretti): onorari medici per il personale ospedaliero, tutti gli onorari dei medici accreditati e altre prestazioni di terzi nel campo diagnostico, terapeutico e delle cure, compresi trattamenti esterni e impianti, medicinali (compresi il sangue e i suoi derivati), materiali/strumenti, materiale video/foto, mandati di laboratori esterni;
- creazione di uno stato maggiore di crisi;
- abbandono e rinvio di progetti agli anni successivi⁴.

La lista di controllo pone innanzitutto l'accento sul calcolo e la valutazione dei costi primari. Questo approccio consente in una certa misura di tenere in considerazione la valutazione dei costi indiretti o secondari (IIP, ripartizioni, ecc.); tuttavia non permette di determinare integralmente i costi secondari. La valutazione dei costi indiretti deve venire eseguita in modo pragmatico e a tempo debito.

Nel quadro della definizione di granularità della lista di controllo è stata accordata particolare attenzione alla prevenzione dei doppioni e/o degli errori nell'immissione dei fatti; per esempio: i costi legati alle assenze dei collaboratori a causa di malattia e quelli legati al personale di sostituzione di collaboratori ammalati non devono venire registrati simultaneamente. Le perdite di ricavi risultanti da attività non effettuate non possono inoltre venire considerate senza dedurre i costi non afferenti (per esempio per il materiale).

H+ raccomanda che la presente lista di controllo nazionale venga riconosciuta e applicata allo scopo di ottenere delle informazioni uniformi a livello nazionale (nel campo delle prestazioni, dei costi e dei ricavi). A breve termine le informazioni così raccolte potranno sostenere il monitoraggio del settore già iniziato su scala nazionale e garantire infine a medio termine la plausibilizzazione della differenza assoluta dell'EBITDAR 2020 riferita al singolo ospedale rispetto al 2019.

4 Problematica legata alla plausibilizzazione delle ripercussioni finanziarie causate dalla pandemia di COVID-19 con la contabilità analitica per unità finali di imputazione degli ospedali (e ITAR_K®)

La commissione REK mette in guardia da qualsiasi tentativo di plausibilizzazione per mezzo della contabilità analitica: tenuto conto dei pronostici incerti e delle considerevoli risorse supplementari che devono venire investite a livello di ogni ospedale senza tuttavia garantire un risultato sfruttabile, la commissione REK e H+ invitano ad astenersi imperativamente dal voler plausibilizzare gli aumenti dei costi netti e le perdite di ricavi netti legati alla pandemia di COVID-19 degli ospedali svizzeri a livello della contabilità analitica per unità finali di imputazione.

Questo approccio non garantisce che la plausibilità delle ripercussioni finanziarie sia più robusta di ciò che si ottiene con la lista di controllo nazionale. Al contrario: i cambiamenti effettuati a livello dei processi ospedalieri durante gli ultimi mesi, come pure i cambiamenti futuri (ritorno a una nuova normalità) sono troppo importanti per pretendere di poter «correggere» questa situazione operativa eccezionale mediante interventi a posteriori sulla contabilità analitica. A causa

⁴ Ove il rinvio di progetti rappresenta soltanto una diminuzione puntuale dei costi e a lungo termine unicamente un rinvio dei costi.

della chiusura di interi ventagli di prestazioni/reparti, del riorientamento integrale di interi reparti (oppure di siti ospedalieri completi), di trasferimenti di personale all'interno degli istituti, di cambiamenti a livello dei processi di trattamento, del ricorso a personale esterno, ecc., i costi dei centri di costo registrano considerevoli modifiche o le prestazioni che vi sono fornite non corrispondono ai costi dei centri di costo. Di conseguenza i coefficienti d'imputazione nella contabilità analitica/CUFI nel 2020 conosceranno cambiamenti importanti rispetto all'anno precedente e alla pianificazione 2020, non saranno più paragonabili e il tasso di base per gli ospedali e i costi per caso della CUFI 2020 risulteranno con grande probabilità falsati.

4.1 Provvedimenti da prendere nella contabilità analitica di un ospedale al fine di presentare e plausibilizzare le valutazioni finanziarie legate alla pandemia di COVID19 a livello delle unità finali di imputazione

I presenti adattamenti si intendono come un intervento una tantum sulla contabilità analitica, quando vengono determinati i coefficienti d'imputazione effettivi e viene effettuato il paragone tra i valori previsti e quelli effettivi.

L'enumerazione trasparente qui di seguito degli adeguamenti da effettuare permette di spiegare perché la contabilità analitica è inadeguata per essere considerata quale strumento di plausibilizzazione.

4.1.1 A livello della contabilità per unità finali di imputazione

- (1) Allo scopo di identificare aumenti dei costi e spese supplementari legati alla pandemia di COVID-19 – ma a cui non corrisponde alcuna prestazione – viene creato e gestito, a livello delle unità finali di imputazione, un mandato «PEIG COVID-19». Così, e sulla base della lista di controllo nazionale, le differenti parti delle voci di costo corrispondenti possono venir presentate separatamente dall'attività di trattamento⁵.
- (2) I pazienti trattati per COVID-19 possono venire identificati grazie a direttive di codifica e fatturati sulla base delle schede informative dell'UFSP⁶. Da questo punto di vista non è richiesto alcun altro provvedimento a livello della definizione delle unità finali di imputazione.

4.1.2 A livello della contabilità per voci di costo

- (3) Per quanto possibile le voci di costo (parti dell'aumento e della diminuzione dei costi) che possono essere chiaramente attribuite al mandato «PEIG COVID-19» vengono contabilizzate come costi diretti (compresi i costi diretti secondo REKOLE[®]).

4.1.3 A livello della contabilità per centri di costo

Gli adattamenti che seguono hanno per oggetto l'identificazione degli aumenti/delle diminuzioni dei costi legati alla pandemia di COVID-19 nei costi comuni e la fatturazione alle unità finali di imputazione previste a tale scopo. Gli adattamenti hanno anche quale scopo la quantificazione dei costi legati alla perdita di ricavi (costo della perdita di ricavi per un ospedale e per tutto il settore).

Riassumendo, i coefficienti d'imputazione 2019 si applicano per l'imputazione delle prestazioni effettive del 2020. La differenza fra i coefficienti d'imputazione effettivi del 2020 e quelli del 2019 verrà completamente contabilizzata nel mandato «PEIG Covid-19». In pratica ciò significa che i

⁵Tutti i pazienti trattati a partire dal mese di marzo 2020 (pazienti con un'assicurazione sociale e un'assicurazione complementare); presenteranno costi del trattamento più alti anche a causa della pandemia di COVID-19. Causa: le direttive di sicurezza da rispettare a partire da quella data (distanziamento sociale, protezione dei trattamenti, triage, misure di isolamento, e ulteriori misure a livello edilizio) allo scopo di poter trattare i pazienti in piena sicurezza.

⁶Le schede informative dell'UFSP non garantiscono un'adeguata remunerazione per i trattamenti effettuati durante la pandemia, dato che tutti i costi supplementari dovuti alle misure di protezione (triage, isolamento, mascherine, ecc.) non sono stati considerati nelle tariffe 2020 applicabili.

coefficienti d'imputazione del 2019 sarebbero definiti come coefficienti d'imputazione normali per l'imputazione dei costi effettivi del 2020. In seguito, tutti i costi residui andrebbero trasferiti nel mandato PEIG Covid 19. Il problema di questo approccio è che l'aumento dei costi netti⁷ legati alla pandemia di COVID-19 dovrebbero in parte venire anche imputati ai pazienti trattati. Questo approccio, anche nella contabilità analitica, non può che basarsi su delle stime.

Si dovrebbe procedere alle seguenti pratiche nella contabilità per centri di costo:

- (4) Gli aumenti dei costi primari netti legati alla pandemia di COVID-19 (aumento/diminuzione dei costi diretti di centro di costo per le classi di voci di costo 3 e 4) a cui non corrisponde alcuna prestazione devono venire trasferiti nel mandato. «PEIG COVID-19».
- (5) Non vengono effettuati adattamenti ai centri di costo fornitori di servizi nella contabilità per centri di costo. I loro aumenti dei costi netti legati alla pandemia di COVID-19 vengono considerati in modo adeguato quali costi secondari a livello dei centri di costo fornitori di prestazioni.
- (6) Gli aumenti dei costi netti dei centri di costo fornitori di servizi vengono trasferiti, assieme a quelli dei centri di costo fornitori di prestazioni, sul mandato «PEIG COVID-19» e sui pazienti trattati (nessuna imputazione). Questo trasferimento contabile è possibile solo grazie a una stima⁸.
- (7) Le perdite accertate di ricavi o i rispettivi costi di gestione non coperti dei servizi annessi (p. es. Caffetteria) sono anch'essi trasferiti al mandato «PEIG COVID-19».
- (8) L'analisi dei coefficienti d'imputazione effettivi dei centri di costo fornitori di prestazioni 2020 e 2019 permette di calcolare, in una certa misura, i costi della perdita di ricavi. Questo approccio nel contempo tiene conto della parte di aumenti dei costi netti legati alla pandemia di COVID-19 dei centri di costo fornitori di servizi. La valutazione e il calcolo dei costi della perdita di ricavi sulla base del centro di costo Cure potrebbero venir determinati come segue.

$$\text{Costo delle perdite di ricavi 2020 del centro di costo Cure} = \Delta \text{Coefficienti d'imputazione del centro di costo Cure 2020 \& 2019} \times \text{Volume delle prestazioni del centro di costo cure 2020}$$

Esempio reparto di cura

Il trasferimento contabile dei «costi delle perdite dei ricavi 2020» (punto 8) calcolati si basa sul calcolo seguente (utilizzando l'esempio fittizio molto semplificato di un centro di costo reparto di cura):

⁷Sia gli aumenti che le diminuzioni dei costi legati alla pandemia di COVID-19 e a carico delle assicurazioni sociali sia gli aumenti e le diminuzioni dei costi legati alla pandemia di COVID-19 a cui non corrisponde alcuna prestazione.

⁸a meno che gli ospedali abbiano organizzato l'intera registrazione delle prestazioni in maniera corrispondente prima della crisi e l'abbiano adeguata continuamente, il che è impossibile: una fatturazione riferita alle prestazioni presuppone infatti che le prestazioni supplementari siano state definite in precedenza; soltanto in questo modo sarebbe possibile registrare l'aumento dei costi netti corrispondenti con riferimento alle prestazioni.

Betriebsjahre	Leistungserbringende KST "Pflege"		KTR - behandelte Patienten (COVID-19 Patienten und Andere)		GWL Covid-19
	2019	2020	2019	2020	2020
Behandlung der Gemeinkosten					
Bsp. Pflegestation					
Erbrachte Leistungen: LEP-Minuten	350'000	250'000			
Kostenstellkosten (inkl. Umlagen von dienstleistenden Kostenstellen)	420'000	450'000	420'000		
davon Covid-19-bedingte direkte Kosten		50'000			50'000
"Nettokosten" Pflegestation" 2020 vor Verrechnung		400'000			
Ist-Kostensatz 2019 und 2020	1.20	1.60			
Differenz Ist-Kostensätze 2020/2019 (Δ)		0.40			
Bewertung und Verrechnung der erbrachten Leistungen 2020 mittels Ist-Kostensatz 2019			1.2x250'000	300'000	
Bewertung des Ertragsausfalls					
Verrechnung der "nicht erbrachten" Leistungen 2020 (=Differenz Kostensatz x Leistung 2020)					0.40x250'000 100'000
Total	420'000	450'000	420'000	300'000	150'000

Nel nostro esempio il reparto di cura nel 2020 fornisce in totale 250'000 minuti LEP (rilevamento delle prestazioni nella cura), cioè 100'000 in meno rispetto al 2019. A livello di costi il reparto di cura alla fine dell'anno 2020 registra CHF 450'000. Ciò corrisponde a CHF 30'000 in più rispetto al 2019.

Certi provvedimenti legati alla pandemia di COVID-19 (organizzazione di letti supplementari per le cure intense) non sono stati utilizzati nel 2020 (prestazioni di attesa) e possono venir smantellati. I costi corrispondenti nel 2020 possono essere trasferiti direttamente al mandato PEIG COVID-19 (**trasferimento contabile di CHF 50'000**).

I coefficienti d'imputazione del 2019 si applicano all'imputazione delle prestazioni effettive del 2020. Nel nostro esempio questo si traduce in: CHF 1.20 x 250'000 min. = CHF 300'000 (**riquadro viola**).

I costi legati all'assenza di trattamento per il centro di costo Cure possono essere valutati paragonando i tassi di costo della contabilità per centri di costo del 2019 e del 2020 e calcolando la differenza dei coefficienti d'imputazione (Δ). Nel reparto di cure la differenza dei coefficienti d'imputazione corrisponderebbe nel 2020/2019 a Δ = CHF 0.40/min LEP.

Se si moltiplica il volume di prestazioni del 2020 (250'000 minuti LEP) per la differenza dei coefficienti d'imputazione di CHF 0.40 si ottengono, per il centro di costo Cure i costi calcolati della perdita di ricavi a livello di CHF 100'000 (CHF 0.40 x 250'000 min).

Tuttavia questi costi comprendono anche l'aumento dei costi legato al trattamento dei pazienti colpiti da COVID-19 e di conseguenza con questo approccio e nel nostro esempio nel 2020 i costi per caso dei pazienti trattati sarebbero sottovalutati (**cerchio rosso**). Ciò si spiega con il fatto che l'imputazione a posteriori di certe voci di costo/prestazioni sulle unità finali di imputazione è difficile. L'acquisto di mascherine di protezione per esempio deve venir considerato in parte come una prestazione di attesa, ma essenzialmente come facente parte dei costi supplementari legati al trattamento. Questi ultimi sarebbero infatti ugualmente imputabili ai costi per caso del 2020 e aumenterebbero il coefficiente d'imputazione applicabile (**freccia arancione**). Questa imputazione potrebbe essere unicamente stimata (non fatturata). Questa analisi dei coefficienti d'imputazione deve venire effettuata per ogni centro di costo di un ospedale, quindi fino a diverse centinaia di volte, a seconda della dimensione dell'istituto!

4.1.4 A livello della valutazione ITAR_K®

Nel file Excel «Rilevamento CUFI Panoramica globale» ITAR_K® versione 11.0, una nuova colonna supplementare «PEIG COVID-19» potrebbe venir aggiunta per visualizzare l'aumento dei costi e le spese supplementari legati alla pandemia di COVID-19 a cui non corrisponde alcuna prestazione (analogamente alla formazione universitaria e alla ricerca).

4.2 Problemi fondamentali che dimostrano che l'approccio di plausibilizzazione basato sulla contabilità analitica per unità finali d'imputazione non deve essere seguito

Al fine di prepararsi all'ondata di COVID-19, dalla metà di marzo 2020 gli ospedali sono passati in modalità di crisi. Tutti i procedimenti di trattamento, le strutture e soprattutto la pianificazione del personale sono stati completamente riorganizzati. Il cambiamento a livello di impiego del personale ha avuto quale conseguenza che la contabilità analitica in fin dei conti non riflette più la realtà operativa (nella contabilità per centri di costo in particolare i costi preventivati non corrispondono più alle prestazioni preventivate; di conseguenza anche i coefficienti d'imputazione non sono più esatti!). E non è purtroppo possibile cambiare questo fatto. In situazione di crisi occorre agire in modo rapido e appropriato. È impossibile registrare nei sistemi tutti i cambiamenti verificatisi in generale a molto breve termine a livello di processi, di impiego del personale e di utilizzo delle infrastrutture. Di conseguenza tutti questi provvedimenti non possono venir rappresentati, dato che i sistemi e i processi di informazione del personale, della presentazione dei conti e della contabilità analitica non sono concepiti per simili esigenze.

L'adattamento un tantum della procedura di calcolo implica uno sforzo supplementare considerevole. È sufficiente pensare alla determinazione dei trasferimenti contabili di costi basati sui coefficienti d'imputazione dei centri di costo fornitori di servizi al mandato «PEIG COVID-19». Questo procedimento richiede in particolare l'introduzione di una contabilità a costi normali, il che implica un riparametraggio fondamentale dell'insieme della contabilità aziendale e genera un enorme aumento del dispendio finanziario e di personale, senza alcun beneficio supplementare. REKOLE® è una contabilità a costi pieni effettivi e non a costi normali. Tali interventi rappresentano inoltre un grande rischio, poiché possono verificarsi degli errori, che di regola vanno eliminati con un approccio iterativo. Questo procedimento verrebbe inoltre utilizzato per un solo anno e dovrebbe venir riportato alla situazione precedente per il 2021 e per gli anni successivi.

Un altro rischio risiede nel fatto che la maggior parte degli adattamenti si basano su valutazioni e non sul rilevamento di prestazioni legato all'utilizzo delle risorse. Perciò è impossibile garantire in anticipo che i risultati (p. es. costi per caso pertinenti per l'AOMS; costi di esercizio AOMS pertinenti per il benchmarking, totale PEIG COVID-19, etc.) siano plausibili o corretti.

Per certe voci di costo potrebbe avverarsi difficile definire quale parte deve essere considerata come aumento dei costi e costi supplementari legati alla pandemia di COVID-19 e riferibili alle assicurazioni sociali e quale parte deve essere considerata come aumento dei costi e costi supplementari legati alla pandemia di COVID-19 a cui non corrisponde alcuna prestazione (cosiddetti costi «PEIG COVID-19»).

Al momento della valutazione delle ore supplementari dei collaboratori ospedali e cliniche sono confrontati con la problematica seguente: le ore supplementari non devono venir considerate tutte come dei costi «PEIG COVID-19». Talvolta esse rappresentano anche aumenti dei costi e costi supplementari legati alla pandemia di COVID-19 pertinenti per le assicurazioni sociali.

La prima valutazione (associazione Spitalbenchmark/PwC) dei danni conseguenti causati dalla pandemia di COVID-19 agli ospedali e alle cliniche svizzeri è stata effettuata (cfr. capitolo 3). Partendo da quel punto e sapendo che gli interventi summenzionati sulla contabilità analitica mettono in particolare l'accento sull'aumento e la diminuzione dei costi (20 % del danno finanziario totale!) e che la quantificazione delle perdite di ricavi si basa unicamente su una stima, la fondatezza di questo esercizio per quanto concerne la plausibilizzazione della differenza assoluta dell'EBITDAR 2020 rispetto al 2019 non solo è discutibile, ma non è proprio data.

H+ rifiuta con forza un provvedimento di plausibilizzazione basato sulla contabilità analitica per unità finali di imputazione.

5 Allegato A: Lista di controllo nazionale

COVID-19: aumento / diminuzione dei costi stimati nel 2020 (rispetto al 2019)

Nome Ospedale

© H+ Gli Ospedali Svizzeri
V 2.0 febbraio 2020

Piano dei conti H+	Aumento / diminuzione dei costi Covid-19		Regole di valutazione	Descrizione
	Titolo	in CHF		
30	Costi aggiuntivi del personale		La determinazione e la valutazione si basano sulla contabilità dei salari e/o delle fatture dei creditori. Compresa l'assenza di personale e tenendo conto delle indennità incluse nella copertura assicurativa.	Lavoro straordinario (inclusi lavoro straordinario e supplementi per il lavoro a turni dovuto alla pandemia di COVID-19) di tutti i dipendenti (medici, operatori sanitari, terapisti, ostetriche, personale amministrativo e altri (es. risorse umane, economia, finanza e contabilità e controllo di gestione, pulizia, acquisto di attrezzature, igiene, gestione della qualità)). In altre parole: somma dei supplementi per gli straordinari. Compresi personale sostitutivo e aggiuntivo (medici, operatori sanitari, terapisti, ostetriche, personale amministrativo e altri (ad esempio risorse umane, economia, finanza e contabilità e controllo di gestione, pulizia, acquisto di attrezzature, igiene, gestione della qualità)). Compreso personale temporaneo aggiuntivo. Compreso personale aggiuntivo per l'esecuzione di test COVID-19. Compresi civili e/o operazioni militari/della protezione civile (escluse le attività di sicurezza -> Voce di costo 497).
30	Diminuzione dei costi del personale			Le indennità per il lavoro ridotto devono essere detratte. Le entrate derivanti dal prestito di personale a terzi devono essere detratte (a condizione che le entrate siano uguali alle spese). La compensazione degli straordinari (riduzione degli straordinari) e il congedo totale devono essere presi in considerazione (modifica del saldo per l'intero anno), tenendo conto dell'eventuale annullamento delle ore negative ordinate, a causa del fatto che il personale è stato rimandato a casa. Diminuzione di costi (solo costi diretti): onorari medici (voce di costo 380).
39	Altri aumenti di costi del personale		La valutazione viene effettuata utilizzando vari strumenti: fatture dei creditori, regolamenti interni e valutazione di "incentivi" (prestazioni in natura) tramite Excel. Per la formazione: contabilità creditori.	Aumento dei costi per l'assistenza all'infanzia. Compresi tessere di parcheggio per i dipendenti, sconti sulle auto a noleggio, maggiori costi per i dipendenti che devono viaggiare più a lungo per recarsi al lavoro, alloggi (ad esempio per i frontalieri), maggiori costi per ulteriori permessi per frontalieri, aumento dei costi per il reclutamento di personale aggiuntivo. Per la formazione: solo formazione esterna fornita da terzi.
40	Aumento dei costi relativi alla pandemia di COVID-19 per attrezzature e misure di protezione (compresi gli acquisti)		Gli aumenti dei costi legati ai prodotti per il 2020 sono garantiti dal calcolo (a livello di creditori / prodotto). Vanno presi in considerazione gli aumenti dei costi dovuti all'aumento dei prezzi e alla maggiore quantità consumata.	Maschere, disinfettanti, medicinali, kit di test COVID-19, materiale medico-sanitario di consumo. Compreso il trattamento delle maschere protettive, i costi per l'affitto di celle frigorifere. Compreso il fabbisogno supplementare di ossigeno, compreso il sistema di serbatoio aggiuntivo, le bombole per vuoto. Compresi dispositivi di circolazione dell'aria con filtro HEPA.
40	Riduzione dei costi per beni e servizi medici		La riduzione dei costi nel 2020 corrisponde alla differenza nel gruppo di conti VC REKOLE per l'anno 2020/2019, tenendo conto (+/-) dell'aumento dei costi legati ai prodotti del conto 40 (riga 12).	Riduzione dei costi legati ai servizi (solo costi diretti): impianti, medicinali (compresi il sangue e i suoi derivati), materiale / strumenti, attrezzature fotografiche / video, tenendo conto dell'aumento dei costi legati ai prodotti.
405	Aumento dei costi per servizi medici, diagnostici e terapeutici esterni		L'aumento dei costi nel 2020 corrisponde alla differenza nel gruppo di conti VC REKOLE per l'anno 2020/2019, tenendo conto (attraverso la riduzione dei costi) della riduzione dei costi verificatasi nel 2020 a causa dell'interruzione dell'attività.	Prestazioni di laboratorio legate al COVID-19 e altri servizi medici di terzi.
405	Riduzione dei costi per servizi medici, diagnostici e terapeutici esterni		La riduzione dei costi nel 2020 corrisponde alla differenza nel gruppo di conti VC REKOLE per l'anno 2020/2019.	Possibile riduzione dei costi: onorari medici e altri servizi terapeutici e infermieristici forniti da terzi.
41-42	Aumento dei costi per l'alberghiero (cibo, pulizia, disinfezione, ...), esclusi i costi del personale, compresi i servizi di terzi		L'aumento dei costi corrisponde alla differenza del gruppo di conti VC REKOLE per l'anno 2020/2019. (fatture dei creditori).	Compresi servizi di terzi come: lavanderia, pulizia. Fornitura di pasti, compresi pasti per centri di test e "hotel Covid". Costi alimentari, incluso il deperimento di cibo a causa della chiusura di mense e ristoranti.
43/44/49	Aumento dei costi per le misure di pianificazione territoriale		Fatture dei creditori. <u>Nota:</u> Se l'acquisto (> CHF 10'000) è stato effettuato esclusivamente per controllare la pandemia di COVID-19 (uso operativo <12 mesi) o come prestazione di attesa, viene effettuato un ammortamento straordinario. Tuttavia, se l'acquisto di un impianto (> CHF 10'000) si traduce in un'attività aziendale necessaria per l'operazione che dura più di 12 mesi (ad es. mantenimento di una misura provvisoria), si applica la procedura usuale di ammortamento di REKOLE e OCPre.	Adeguamento dei locali per la fornitura di nuove stanze di isolamento. Adattamento di locali per motivi di sicurezza (ad es. equipaggiamento tecnico per sistemi di protezione come finestre in plexiglass) in tutti i reparti ospedalieri (ad es. Pronto soccorso, terapia intensiva / unità di terapia intermedia, nel reparto letti standard, nella mensa, ecc.). Istituzione e installazione di stazioni di triage. Istituzione di dispositivi temporanei per estendere alcuni settori, come la terapia intensiva o i drive-in per i test COVID-19. Acquisto di attrezzature per sale AOMS destinate ai pazienti Noleggio di spazio aggiuntivo (centri di test, spazi di stoccaggio) Costi di trasloco esterni (a causa del trasferimento temporaneo di discipline tra i siti)
44	Acquisto di apparecchiature respiratorie aggiuntive e altre apparecchiature mediche aggiuntive			Compresa altre attrezzature medico-tecniche e altre attrezzature mobili per l'estensione delle capacità di terapia intensiva e dei letti di isolamento (ad es. Concentratori di ossigeno, stazioni di igiene, set di infusione, carrelli per strumenti, apparecchiature a raggi X mobili, ecc.). Inclusa attrezzatura aggiuntiva a noleggio.
46	Costi finanziari aggiuntivi		Secondo le condizioni contrattuali di prestito / credito	Costi aggiuntivi per accensione di prestiti a causa di bisogno di liquidità.
47	Aumento dei costi per l'amministrazione e IT, esclusi i costi del personale, compresi i servizi di terzi		Fatture dei creditori	Compresi maggiori costi per le apparecchiature IT (ad es. creazione di un reparto di pronto soccorso esterno, laboratorio, ecc.). Compresi maggiori costi per i test e l'implementazione di sistemi e piattaforme per la pianificazione degli impieghi COVID-19. Compresa licenze, apparecchiature per il telelavoro dei dipendenti. Compreso comunicazione, videoconferenza, telemedicina, hotline. Compresi maggiori costi di stampa e informazione (ad es. costi di segnaletica, stampati, misure di comunicazione interna ed esterna, consulenza esterna, pubbliche relazioni). Adattamenti di software in vari sistemi informatici per il trattamento di pazienti (confermati e sospetti) e processi COVID.
48	Altro aumento dei costi relativo ai pazienti		L'aumento dei costi corrisponde alla differenza nel gruppo di conti VC REKOLE per l'anno 2020/2019. (fatture dei creditori).	Aumento dei costi relativi al trasporto di pazienti e materiali. Compreso il trasporto tra il centro test, il "Covid Hotel", il deposito aggiuntivo e il campus.
497	Aumento dei costi relativi alla sicurezza operativa e alla sorveglianza		Fatture dei creditori.	Inclusa una maggiore protezione da parte delle società di sicurezza (ad es. Securitas). Compresi civili e/o operazioni militari/della protezione civile (unicamente le
	Aumento totale dei costi netti*			
	di cui aumento netto dei costi LCA/pazienti autopaganti		onorari dei medici (righe 10, 14 e 15 in parte)	

* Aumento dei costi tenendo conto della riduzione dei costi

COVID-19: perdita stimata dei ricavi 2020 (rispetto al 2019)

Nome Ospedale

© H+ Gli Ospedali Svizzeri
V2.0 febbraio 2021

Piano dei conti H+	Aumento / diminuzione dei redditi legati alla pandemia Covid-19		Regole di valutazione	Descrizione	
	titolo	in CHF			
60	Perdita dei ricavi da AOMS (compresi LAINF e AI), compresa la quota di previdenza sociale dell'assicurazione complem.			Annullamento di consultazioni, terapie, operazioni e altri trattamenti successivi dopo il ricovero in ospedale. * I dati nelle celle da B14 a B18 sono forniti solo a titolo informativo; non sono utilizzati nel calcolo della perdita netta dei ricavi.	
60	Perdita dei ricavi da un'assicurazione complementare stazionaria (solo quota LCA)				
60	Perdita di ricavi per pazienti autopaganti stazionari				
61/62	Perdita di ricavi da un'assicurazione complementare stazionaria				
61/62	Totale perdita di ricavi ambulatoriale				
61/62	di cui (cella B13) TARMED*				
62	di cui (cella B13) Fisioterapia, ergoterapia, logopedia *				
62	di cui (cella B13) Medicamenti, materiali*				
62	di cui (cella B13) Laboratorio*				
62	di cui (cella B13) Altre tariffe ambulatoriali (consulenza nutrizionale, consulenza diabetologica, dialisi) e altri tipi di remunerazione (forfait ambulatoriali per caso, forfait giornalieri per cliniche diurne)*				
65-66	Altre perdite di ricavi				Per esempio, perdita di ricavi da locazione.
67	Variazione per pazienti a cavallo di due anni AOMS				
67	Variazione per pazienti a cavallo di due anni LCA/pazienti autopaganti				
68	Altre perdite di ricavi da prestazioni al personale e a terzi (inclusa la perdita di ricavi derivante da servizi accessori)		L'aumento o la diminuzione dei ricavi corrisponde alla variazione del presente conto dal 2019 al 2020, tenendo conto della differenza dei ricavi 2020/2019 dal personale messo a disposizione a terzi.	A causa del divieto parziale di effettuare trattamenti e del divieto di visita i servizi annessi sono stati chiusi integralmente o parzialmente (ad es. ristorante, caffetteria, parrucchiere, parcheggio), portando a perdite di ricavi.	
69	Contributi e sovvenzioni			Compresi fondi di terzi per la ricerca	
	Totale perdite di ricavi netti *				
	di cui perdite di ricavi LCA/pazienti autopaganti		<i>Righe 10, 11, 12, 21 e in parte 13</i>		

* Perdite di ricavi conto dell'aumento delle entrate

Allegato B: Modello EBITDAR per il calcolo dell'indennità

Riferimento all'arsenale di regole					
	Piano dei conti. GruppoReporting	Effettivi 2019	Effettivi 2020	Deviaz. anno preced.	Commento
a.	1_Ricavi stazionari	367'563'122	349'216'541	-18'346'581	Livello 60 comprese variazioni delle rimanenze stazionarie
	2_Ricavi ambulatoriali	79'888'543	74'290'045	-5'598'498	Livelli 61- 65 comprese variazioni delle rimanenze
	3_Altri ricavi	16'543'778	23'001'912	6'458'134	Livelli 68 e 69, comprese PEIG
	Totale ricavi	463'995'443	446'508'498	-17'486'945	Registrare i ricavi come cifra positiva
	4_Costi del personale	188'393'876	189'153'422	759'546	Livello 30-37
	5_Costi per onorari medici	108'749'122	101'872'311	-6'876'811	
	6_Fabbisogno medico	80'978'666	80'642'794	-335'872	Livello 40
	7_Manutenzione	11'740'900	9'802'987	-1'938'013	Livello 43
	8_Altri costi	33'437'002	31'240'319	-2'196'683	Livelli 41, 42 e 44-49
	Totale costi	423'299'566	412'711'733	-10'587'833	Registrare i dispendio come cifra positiva
	EBITDAR	40'695'877	33'796'765	-6'899'112	
	Margine EBITDAR	8.77%	7.57%	-1.2%	
	12_imposte dirette	3'142'098	-	3'142'098	
	13_Altri/risultato straord.	-343'221	-100'234	242'987	
	Totale	11'666'146	5'436'716	-6'229'430	
c.	Prestazioni anticipate dei Cantoni/di terzi per COVID-19				Registrare i ricavi/le riduzioni dei costi con cifre positive
	- Indennità per lavoro ridotto		1'084'387		registrate quali riduzioni dei costi
	- Altre				registrate quali riduzioni dei costi
	- Contributi dei Cantoni		10'535'000		registrati quali ricavi / rimborso proporzionale di aumenti dei costi e perdite dei ricavi
	- Altri contributi		-		registrati quali ricavi
	Totale prestazioni anticipate		11'619'387		
e.	Attività avviate nel 2019				
	ospedali di giorno da agosto 2019				Descrizione dell'attività
	- Ricavi 2019	2'000'000			registrare i ricavi come cifra positiva
	- Costi d'esercizio 2019	1'800'000			registrare i costi come cifra positiva
	- EBITDA 2019	200'000			
	Durata d'esercizio 2019 in mesi:	5			
	Calcolo appross. 2019: mesi mancanti	7			mancanti nel 2019 rispetto al 2020
	Proiezione 2019: ricavi mancanti	2'800'000			
	Proiezione 2019: EBITDA mancante	280'000			
g.	Scorporo cambiamento accantonamenti				
	- contenuti in 'totale ricavi'	6'315'000	-861'000		Registrare la formazione di accant. come cifra negativa, lo scioglim. come positiva
	- contenuti nel 'totale costi'	-1'965'000	1'822'364		Registrare la formazione di accant. come cifra negativa, lo scioglim. come positiva
	Totale cambiamento accantonamenti	4'350'000	961'364		
a.	Differenza assoluta margini EBITDAR				
	Totale ricavi consolidato	460'480'443	436'834'498		nuova base per margine EBITDAR consolidata
	EBITDAR consolidato	36'625'877	21'216'014	-15'409'863	
	Margine EBITDAR consolidato	7.95%	4.86%	-3.1%	
b.	Limitazione dell'indennità riferita all'esercizio				
	Margine EBITDAR consolidato anno preced. (mass.)		7.95%		
	EBITDAR 2020 consolidato, sulla base del margine in % dell'anno preced.		34'745'116		
	EBITDAR effettivo 2020		21'216'014		senza prestazioni anticipate, senza modifica degli accantonamenti
	Limitazione indennità mass.		13'529'102		
d.	Standard della presentazione dei conti	Swiss GAAP FER	Swiss GAAP FER		
f.	Scorporo LCA/pazienti autopaganti				Registrare i ricavi come cifra positiva
	- Ricavi stazionari LCA/pazienti autopaganti	50'523'608	49'576'111	-947'497	Senza ricavi DRG (quota parte AOMS)
	- Ricavi ambulatoriali LCA/pazienti autopaganti	2'707'299	2'289'981	-417'318	
	Totale perdite dei ricavi LCA/pazienti autopaganti	53'230'907	51'866'092	-1'364'815	
Fatturazione					
	Differenza assoluta margini EBITDAR			15'409'863	
	Limitazione secondo il margine 2019			13'529'102	
	Base determinante per indennità			13'529'102	Differenza assoluta, ma al mass. ai sensi della limitazione
	dedotte				
	c. Prestazioni anticipate per COVID-19			-11'619'387	
	h. Perdite dei ricavi LCA			-1'364'815	
	Importo netto COVID			544'900	

6 Contatto

Michaël Rolle

Responsabile tecnico Contabilità e Controlling, H+, Berna
michael.rolle@hplus.ch

Pascal Besson

Membro della Direzione, H+, Berna
pascal.besson@hplus.ch