



Documentazione per la rilevazione dei dati 2018 (dati 2017)

Formato e contenuto dei dati

Processo di fornitura dei dati

Rilevazione dettagliata dei medicinali, impianti e procedimenti costosi

Versione del 21 dicembre 2017	Le modifiche rispetto alla versione dell'anno precedente sono evidenziate in giallo .
-------------------------------	--

Sommario

1. PANORAMICA DELLA RILEVAZIONE 2018	3
1.1. SCADENZE	3
1.2. CONTATTI	3
1.3. FORMATO	3
1.4. CODIFICA	3
1.5. LISTA ARTICOLI	3
2. RILEVAZIONE DEI DATI 2018	4
2.1. PRIMA FORNITURA DEI DATI DA PARTE DELL'OSPEDALE	4
2.2. TOOL PER L'UPLOAD	4
2.3. UPLOAD DEI DATI.....	4
3. DELIMITAZIONI E METODO DI CALCOLO DEI COSTI PER CASO.....	5
3.1. METODO PER UNITÀ FINALI DI IMPUTAZIONE.....	5
3.2. COSTI IMPUTABILI.....	5
3.3. FARMACI/MEDICAMENTI E PRODOTTI SANGUIGNI.....	5
3.4. IMPIANTI E MATERIALE MEDICO	5
3.5. COSTI DI UTILIZZO DELLE IMMOBILIZZAZIONI (CUI)	6
3.6. INSEGNAMENTO UNIVERSITARIO E RICERCA	6
3.7. CASI DELLA CLASSE DI DEGENZA PRIVATA E SEMIPRIVATA.....	6
4. DELIMITAZIONE DEI CASI	7
4.1. DEFINIZIONE DEI CASI RILEVANTI PER LA SWISSDRG	7
4.2. USCITE INTERMEDIE E RIAMMISSIONI	7
4.3. TRASMISSIONE DI CASI RIUNITI.....	7
4.4. CASI DA FORNIRE	7
5. FORMATO PER LA TRASMISSIONE DEI DATI	8
5.1. ASPETTI GENERALI	8
5.2. DATI DELLA STATISTICA MEDICA.....	8
5.2.1. <i>Formato</i>	8
5.2.2. <i>Rilevazione dei medicinali e delle sostanze costose</i>	9
5.3. COSTI PER CASO	10
5.3.1. <i>Formato</i>	10
5.3.2. <i>Variabili</i>	11
5.3.3. <i>Stroke Unit</i>	11
5.3.4. <i>Onorari dei medici</i>	11
6. DOPO LA FORNITURA DEI DATI	12
6.1. PLAUSIBILIZZAZIONE AUTOMATICA DEI DATI	12
6.2. NUOVA FORNITURA DEI DATI.....	12
7. RILEVAZIONE DETTAGLIATA.....	13
7.1. INFORMAZIONI GENERALI	13
7.2. PAGINA INIZIALE	14
7.3. MEDICAMENTI	14
7.4. IMPIANTI.....	15
7.5. TRATTAMENTI COSTOSI	15
7.6. CUORI ARTIFICIALI.....	18
7.7. PRESTAZIONI FINANZIATE DA TERZI	18
7.8. CASI NELL'AMBIENTE CARCERARIO (SOLO CASI TARPSY)	18
7.9. RICONGIUNGIMENTO DI CASI (SOLO CASI TARPSY)	18

8. PROTEZIONE DEI DATI.....	19
9. INDICAZIONE DELLE FONTI.....	19
10. CONTATTI	20
11. ALLEGATI	20
ALLEGATO A	20
ALLEGATO B	20
ALLEGATO C	21
ALLEGATO D	22
<i>Formato del file dei costi per caso 2017</i>	<i>22</i>

Elenco delle figure

Figura 1: Esempio Statistica medica	9
---	---

1. Panoramica della rilevazione 2018

1.1. Scadenze

- Lancio della rilevazione **01.03.2018**
- La rilevazione 2017 concerne i **dati dell'anno 2017**.
- I dati devono comprendere dati relativi ai costi e alle prestazioni.
- Per un accesso al feedback via Web, i dati devono essere forniti entro il **30.04.2018**.
- I dati possono essere forniti **dallo 01.03.2018 fino al 15.05.2018**.
- Una volta trascorso tale termine non potranno più essere accettate forniture di dati.
- Gli ospedali che forniscono dati alla SwissDRG SA entro il 15.05.2018 riceveranno a proposito di tali dati un feedback limitato (verifica di plausibilità).

1.2. Contatti

Signor Ivan Jivkov

Tel. +41 (31) 544 12 29

Rilevazione dati: datenerhebung@swissdrg.org

Signor Rémi Guidon

Tel. +41 (31) 544 12 26

Rilevazione dati: datenerhebung@swissdrg.org

1.3. Formato

Per trasmettere i dati tramite l'interfaccia Web, essi devono soddisfare i requisiti minimi indicati nell'**allegato C**. Va **osservato** che, per la fornitura dei dati 2017 (dati 2017), il file dei costi per caso deve essere trasmesso nel formato adattato all'estratto dell'unità finale d'imputazione REKOLE®. Vedi allegato D.

1.4. Codifica

Codifica secondo le direttive dell'UST per i dati 2017, tra l'altro:

- codici trattamento secondo **CHOP 2017**
- codici diagnosi secondo **ICD-10-GM 2016**
- Manuale di codifica medica, **versione 2017**

1.5. Lista articoli

La lista contenuta nell'allegato A precisa l'attribuzione dei costi di determinati prodotti alle rispettive componenti dei costi. Ai fini della rilevazione dei dati SwissDRG 2018 è determinante la lista rielaborata e conciliata con REKOLE®. La lista è pubblicata sulla homepage della SwissDRG SA ([lista degli articoli per l'imputazione obbligatoria dei costi diretti](#)).

2. Rilevazione dei dati 2018

2.1. Prima fornitura dei dati da parte dell'ospedale

Per gli ospedali che in passato non hanno fornito dati alla SwissDRG SA e che ora li vogliono fornire per la prima volta, è disponibile una breve documentazione introduttiva ([Introduzione per i nuovi ospedali della rete SwissDRG](#)). Per ulteriori informazioni vi preghiamo di rivolgervi direttamente a noi.

2.2. Tool per l'upload

L'invio dei dati alla SwissDRG SA si effettua tramite un'interfaccia Web protetta ([interfaccia Web](#)). A tale scopo, sulla homepage della SwissDRG SA è disponibile una [documentazione](#). L'intera comunicazione tra la SwissDRG SA e gli ospedali si svolgerà tramite l'interfaccia Web. Ciò vale espressamente anche per l'intero settore dei feedback relativi a casi contenenti errori. Chiunque desideri effettuare il login nel tool per l'upload deve prima creare un account, considerando che ogni ospedale ha a disposizione un massimo di tre account. **Gli account esistenti rimangono validi e possono sempre essere utilizzati.**

2.3. Upload dei dati

Il processo di fornitura si compone sostanzialmente di **due** fasi:

- inserimento nel questionario delle informazioni specifiche per l'ospedale e caricamento dei dati mediante l'interfaccia Web; per il formato dei dati potete consultare gli allegati B, C e D della presente documentazione;
- ricevimento di uno dei due feedback possibili riguardo ai record di dati caricati:
 - (1) “I risultati della plausibilizzazione sono pronti:”
 - (2) “La vostra consegna contiene errori. Al riepilogo degli errori:”

I record di dati verranno verificati prima di tutto dal punto di vista del formato. Tale verifica è parte integrante della “Validazione”. Se i record di dati non soddisfano i requisiti minimi (allegato C), riceverete un'e-mail con la notifica (2): “La vostra consegna contiene errori. Al riepilogo degli errori:”. In tal caso vi preghiamo di considerare il/i messaggi(o) di errore, ripetendo l'upload dei file modificati. Si esamina la conformità di una lista selezionata di variabili con i variabili definiti della statistica medica dell'UFST. Casi erronei appaiono sotto “casi erronei”. Questi non saranno importati e dunque non utilizzati per la plausibilizzazione e lo sviluppo del sistema tariffario. A tale data si può esaminare i casi e caricare i file di dati adeguati. Dopo che i dati hanno superato la “validazione”, i record di dati vengono verificati riguardo al contenuto sulla base di test di plausibilità da noi elaborati. Tale verifica è parte integrante della “plausibilizzazione”. Una volta terminato anche questo passaggio, riceverete un'e-mail con la notifica (1): “I risultati della plausibilizzazione sono pronti:”. Cliccando sul link potete passare alla pagina con i risultati. **Importante: la consegna è completa solo quando lo status visualizzato della consegna è “plausibilizzata”.**

3. Delimitazioni e metodo di calcolo dei costi per caso

3.1. Metodo per unità finali di imputazione

Ai fini della determinazione dei costi per caso, la SwissDRG SA applica il metodo di gestione della contabilità per unità finali di imputazione REKOLE®.

3.2. Costi imputabili

I costi per caso devono contenere solo i costi delle prestazioni comprese nel catalogo delle prestazioni LAMal. Il catalogo delle prestazioni LAMal è valido anche per LAINF, AI e AM.

Di conseguenza, i costi per caso non possono comprendere costi non relativi a prestazioni comprese nel catalogo delle prestazioni LAMal. I costi a carico dei pazienti, i costi non correlati ai pazienti, i trasporti primari e le altre prestazioni non rimborsate devono essere pertanto esclusi dai costi per caso. Inoltre, devono essere esclusi dai costi per caso i costi delle prestazioni economicamente di interesse generale (vedi art. 49 cpv. 3 LAMal). Ciò riguarda tra l'altro i costi per insegnamento universitario e ricerca.

3.3. Farmaci/medicamenti e prodotti sanguigni

I medicinali e i prodotti sanguigni devono essere conteggiati per quanto possibile come costi singoli (vedi REKOLE®, p. 274). Come minimo tuttavia tutti quelli i cui costi complessivi superano i 1'000 franchi per caso. La distinzione tra

- 1) medicinali (v101) e
- 2) sangue e prodotti sanguigni (v102)

effettuata nel conto H+ 400 "Medicamenti (incl. il sangue e i prodotti sanguigni)" è molto utile per il calcolo della struttura tariffaria SwissDRG, motivo per il quale essa va ripresa tutte le volte che è possibile. Qualora ciò non sia possibile, i costi per medicinali e prodotti sanguigni vanno inseriti nella componente v101, **indicandolo anche nel questionario.**

L'allegato A della presente documentazione contiene una lista che spiega come vanno inseriti i rispettivi prodotti.

3.4. Impianti e materiale medico

Lo stesso vale per gli impianti e il materiale medico, i quali devono essere conteggiati per quanto possibile come costi singoli (vedi REKOLE®, p. 274). Come minimo tuttavia tutti quelli i cui costi complessivi superano i 1'000 franchi per caso. La distinzione tra

- 1) materiale medico (v103) e
- 2) impianti (v104)

effettuata nel conto H+ 401 "Materiale, strumenti, utensili, tessili" è molto utile per il calcolo della struttura tariffaria SwissDRG, motivo per il quale essa va ripresa tutte le volte che è possibile. Qualora tale distinzione non sia possibile, i costi per impianti e materiale medico vanno inseriti nella componente v104, **indicandolo anche nel questionario.**

L'allegato A della presente documentazione contiene una lista che spiega come vanno inseriti i rispettivi prodotti.

3.5. Costi di utilizzo delle immobilizzazioni (CUI)

I costi di utilizzo delle immobilizzazioni corrispondono ai conti 442, 444 e 448 nel Piano contabile di H+. Il calcolo dei CUI per ogni caso deve rispecchiare l'effettivo consumo di risorse derivante dall'utilizzo delle immobilizzazioni. Nell'ambito dei costi generali, i CUI devono essere indicati separatamente nelle rispettive componenti dei costi, cioè per ogni variabile vanno indicati una volta i costi generali CUI esclusi e una volta la quota rispetto ai CUI della stessa variabile.

La SwissDRG SA richiede che i CUI vengano calcolati secondo il metodo descritto in REKOLE®. I parametri e le regole per la determinazione dei costi di utilizzo delle immobilizzazioni secondo REKOLE® sono pubblicati sulla homepage della SwissDRG SA ([Parametri e regole per determinare i costi di utilizzo delle immobilizzazioni](#)).

3.6. Insegnamento universitario e ricerca

Secondo le disposizioni di legge (LAMal art. 49 e OCPRe art. 7), i costi per l'insegnamento universitario e la ricerca sono definiti come costi non imputabili ai costi di caso pertinenti per l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie. Questi costi corrispondono a prestazione di servizio pubblico e – nella contabilità analitica negli ospedali – sono attribuiti a sostenitori di costi specifici. I costi di casi trasmessi non devono contenere costi per l'insegnamento universitario e la ricerca. **L'imputazione di questi costi sul caso amministrativo non è ammissibile secondo REKOLE®. I componenti di costi SwissDRG v430 e v431 del formato REKOLE® (linee 72 e 73 del fascicolo dei costi per caso) devono dunque rimanere vuoti (vedi allegato D).** Qualora non sia possibile escludere i costi per l'insegnamento universitario e la ricerca dai costi per caso, l'ospedale non esegue alcuna modifica e documenta la situazione nel questionario alla voce corrispondente

3.7. Casi della classe di degenza privata e semiprivata

I casi ai quali, secondo la variabile 1.3.V02 della Statistica medica, è attribuita la classe di degenza privata o semiprivata vengono utilizzati in linea di principio per l'ulteriore sviluppo della struttura tariffaria. Presupposto affinché ciò sia possibile è tuttavia che i costi per caso vengano depurati dei costi correlati alla classe di degenza. Idealmente a farlo è **l'ospedale stesso** prima della fornitura dei dati. In caso contrario, la SwissDRG SA deve effettuare una detrazione approssimativa il che può comportare inesattezze e, nei casi estremi, esclusioni di casi. Per questo motivo la SwissDRG SA consiglia agli ospedali di effettuare le relative modifiche già prima dell'upload dei dati.

4. Delimitazione dei casi

4.1. Definizione dei casi rilevanti per la SwissDRG

La variabile 4.8.V01 "Status DRG" della Statistica medica deve essere obbligatoriamente codificata. Nell'ambito dello sviluppo della struttura tariffaria, essa serve tra l'altro a individuare i casi rilevanti per la SwissDRG.

4.2. Uscite intermedie e riammissioni

Nella Statistica medica, le singole uscite intermedie e riammissioni vengono rilevate sulla base delle variabili da 4.7.V01 a 4.7.V33.

4.3. Trasmissione di casi riuniti

I casi che a seguito di una riammissione o retrodatazione devono essere riuniti, devono essere trasmessi in ogni file come un singolo caso.

4.4. Casi da fornire

L'ospedale trasmette tutti i casi che rientrano nell'ambito della somatica acuta, secondo la Statistica medica sono contrassegnati come **caso statistico A** (variabile 0.2.V02), rientrano nel campo di applicazione della SwissDRG (variabile 4.8.V01 = 1) e presentano costi completi. I costi non vengono considerati completi in particolare se:

- per gli high outlier i costi dei trattamenti precedenti al periodo di rilevazione non sono stati imputati al caso;
- una parte degli onorari o delle prestazioni di terzi non è stata imputata al caso (ad es. fattura del medico non ancora disponibile al momento della stesura della contabilità per unità finali di imputazione, fattura non disponibile, ecc.).

Inoltre vanno trasmessi tutti i casi che rientrano nei campi riabilitazione precoce, medicina palliativa o paraplegiologia, presentano costi completi e non sono rilevanti ai fini della SwissDRG. Tali casi alla variabile 4.8.V01 presentano uno "0".

I casi devono essere trasmessi indipendentemente dalla classe di degenza (classe di degenza occupata durante il ricovero ospedaliero, variabile 1.3.V02 nella Statistica medica). Ciò significa che vanno trasmessi i casi con classe di degenza comune, semiprivata e privata. Come già accennato, agli ospedali viene richiesto di escludere dalla fornitura dei dati i **costi aggiuntivi derivanti dalla classe di degenza** (ad es. onorari privati dei medici dell'ospedale, quota degli onorari privati dei medici accreditati). **La modifica deve essere documentata nel questionario relativo alla fornitura dei dati.**

5. Formato per la trasmissione dei dati

5.1. Aspetti generali

Il formato del file dei costi per caso per la verifica dei dati 2017 nel corso dell'anno corrisponde a quello della rilevazione ufficiale dei dati da parte della SwissDRG SA, nonché all'estratto dell'unità finale di imputazione REKOLE® (costi) ([Misure supplementari per il miglioramento della qualità dei dati](#)).

Nel formato SwissDRG vengono trasmessi alla SwissDRG SA due file:

5.2. Dati della Statistica medica

5.2.1. Formato

Il file della Statistica medica corrisponde al file della Statistica medica che viene rilevato dall'UST. Perché la trasmissione dei dati alla SwissDRG SA abbia successo, il file deve soddisfare i criteri minimi secondo quanto indicato nell'allegato B. Il file ha le seguenti caratteristiche.

Le prime due righe servono a identificare il file:

- 1^a riga (riga MX = avviso di consegna): 9 colonne (❶ identificatore della prima riga (MX), ❷ numero RIS, ❸ nome dello stabilimento, ❹ data di creazione dei record, ❺ numero progressivo della comunicazione dei dati, ❻ data iniziale del periodo di rilevazione, ❼ data finale del periodo di rilevazione, ❽ righe totali del file, ❾ chiave di codifica).
- 2^a riga (riga MB): riga MB speciale nella quale sono presenti solo la 1^a e la 5^a variabile. Questa riga speciale serve come informazione aggiuntiva per la codifica.

Le altre righe contengono i dati del caso, considerando che i dati di ogni caso sono suddivisi su due o tre righe:

- 1^a riga (riga MB, record minimo): 50 campi che contengono i dati amministrativi e medici (le prime nove diagnosi e i primi dieci trattamenti). Questa riga contiene le variabili da 0.1.V01 a 1.7.V11 della Statistica medica (UST, Variabili della Statistica medica, specifiche valide dal 1.1.2016).
- 2^a riga (riga MN, dati aggiuntivi per i neonati): 18 campi che contengono i dati aggiuntivi per i neonati. Contiene le variabili da 2.1.V01 a 2.3.V08 della Statistica medica.
- 3^a riga (riga MD, dati complementari sui gruppi di pazienti): 696 campi. Contiene le variabili da 4.1.V01 a 4.8.V20 della Statistica medica.

I dettagli sulle singole variabili sono indicati nell'[allegato B](#). La sequenza delle righe dei dati del caso è fissata in modo tassativo. Vale la sequenza sopraindicata, considerando che la 2^a riga (MN) deve essere indicata solo per i neonati.

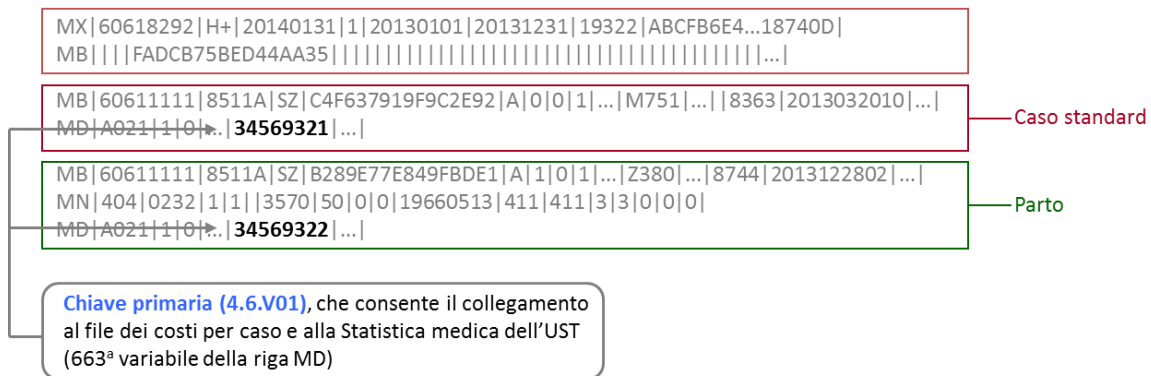


Figura 1: Esempio Statistica medica

5.2.2. Rilevazione dei medicinali e delle sostanze costose

Nella Statistica medica devono essere rilevati solo i medicinali che compaiono nella [“Lista dei medicinali/delle sostanze rilevabili nella Statistica medica”](#). Si prega di osservare le direttive del [“foglio tecnico complementare”](#). Per la rilevazione dei medicinali costosi è necessario osservare i seguenti punti:

Dose

- A parità di modo di somministrazione e di informazioni supplementari è necessario sommare le dosi somministrate di un medicamento per ogni caso e per ogni codice ATC.

Unità

- I medicinali devono essere rilevati obbligatoriamente nelle unità di misura previste nella [“Lista dei medicinali/delle sostanze rilevabili nella Statistica medica”](#). Va considerato che NON sono permessi multipli di un'unità.
- Le unità devono essere tassativamente indicate come previsto nel [“Foglio tecnico complementare”](#). Non sono consentite altre abbreviazioni o grafie.

Modo di somministrazione

- Il modo di somministrazione deve essere indicato per ogni medicamento.
- I modi di somministrazione devono essere tassativamente indicati come previsto nel [“Foglio tecnico complementare”](#). Anche in questo caso non sono consentite altre abbreviazioni o grafie.

Limitazione

- Se secondo la [“Lista dei medicinali/delle sostanze rilevabili nella Statistica medica”](#) è prevista esplicitamente una limitazione, il medicamento deve essere indicato solo per i relativi casi.

Informazioni supplementari

- Le informazioni supplementari di un medicamento devono essere rilevate solo per i medicinali per i quali ciò è previsto e pertinente secondo la [“Lista dei medicinali/delle sostanze rilevabili nella Statistica medica”](#). Per tutti gli altri medicinali tale campo resta vuoto.

Esempi concreti

- Antitrombina III: il codice ATC deve essere inserito nell'unità di misura U senza limitazioni relative a modo di somministrazione o indicazione (dato che la colonna "Limitazione" è vuota). Deve essere tuttavia indicato il modo di somministrazione in questione. Dato che "Informazioni supplementari da codificare" è vuoto, non è necessario inserire alcuna informazione supplementare.
→ B01AB02;;*Modo di somministrazione*;2500;U
- Fattore di coagulazione VIII: qui deve essere indicata l'informazione supplementare pertinente (colonna "Informazioni supplementari da codificare") secondo il formato del "Foglio tecnico complementare". L'unità di misura valida per questo medicamento è U.
→ B02BD02;Plas;*Modo di somministrazione*;11000;U per la forma "plasmatica"
→ B02BD02;Rec;*Modo di somministrazione*;1000;U per la forma "ricombinante"
- **Amfotericina B**: il medicamento deve essere inserito solo in caso di somministrazione di Amfotericina B liposomiale. L'unità di misura valida è mg. Non vanno inserite informazioni supplementari.
→ J02AA01;;*Modo di somministrazione*;98;mg
- Voriconazolo (posaconazolo): le informazioni supplementari differenziano tra sospensione e compressa e ha quindi senso compilarle solo per l'applicazione orale. Non è prevista alcuna limitazione.
→ J02AC03;Susp;O;1000;mg per la sospensione orale
→ J02AC03;Tab;O;1000;mg per la somministrazione orale di compresse
→ J02AC03;;IV;1000;mg per la somministrazione intravenosa

Note

- Per la rilevazione dei medicinali molto costosi è determinante esclusivamente la somministrazione (ospedaliera), indipendentemente da eventuali limitazioni relative all'indicazione o all'assunzione dei costi della lista della specialità.
- Va inoltre osservato che i medicinali rispettivamente le sostanze olanzapina (N05AH03), risperidone (N05AX08), aripiprazolo (N05AX12) e paliperidone (N05AX13) devono essere rilevate solo nel campo di applicazione della struttura tariffaria **TARPSY**.

5.3. Costi per caso

5.3.1. Formato

Il file dei costi per caso viene rilevato dalla SwissDRG SA in un formato proprio nel quale ogni caso corrisponde a una riga del file. Perché la trasmissione dei dati alla SwissDRG SA abbia successo, il file deve soddisfare i criteri minimi secondo quanto indicato nell'**allegato C**.

5.3.2. Variabili

Per la verifica dei dati 2017 nel corso dell'anno (dati 2017) è ammesso il seguente formato dei dati relativi ai costi:

5.3.2.1. Formato del file dei costi per caso (secondo REKOLE®, vincolante dalla rilevazione 2018)

Il file dei costi per caso contiene 80 variabili per ogni caso (73 variabili + 7 campi di riserva).

- 2 variabili per l'identificazione dei casi: anno dei dati e numero del caso (= chiave primaria, corrisponde alla variabile 4.6.V01 della Statistica medica).
- 71 variabili con i costi imputabili tra cui:
 - 11 componenti dei costi con i costi singoli (v101-v111);
 - 60 componenti dei costi con i costi dei centri di costo fornitori delle prestazioni secondo REKOLE® (v200-v421, v440-v441). Per ogni componente dei costi vanno indicati una volta i costi generali CUI esclusi e una volta la quota rispetto ai CUI della stessa componente dei costi.

Una descrizione dettagliata delle variabili è contenuta nell'allegato D.

5.3.3. Stroke Unit

Secondo la decisione REK 15_003 (vedi sito Web H+), i costi relativi al Stroke Unit/Center riconosciuto devono essere registrati nelle componenti dei costi v240 o v241.

5.3.4. Onorari dei medici

Secondo REKOLE® gli onorari dei medici vengono conteggiati nel modo seguente:

- onorari dei medici ospedalieri (conto H+ 380) → componente v107;
- onorari dei medici accreditati soggetti alle assicurazioni sociali (conto H+ 381) → componente v108
- onorari dei medici accreditati non soggetti alle assicurazioni sociali (parte del conto H+ 405 che contiene onorari) → componente v106.

6. Dopo la fornitura dei dati

6.1. Plausibilizzazione automatica dei dati

Dopo aver effettuato con successo l'upload dei dati, ogni ospedale ottiene accesso tramite interfaccia Web ai risultati delle verifiche automatiche della plausibilità. Il feedback da parte della SwissDRG SA comprende:

- riepilogo dei test sui casi forniti complessivamente:
numero/quota dei casi dell'ospedale che non hanno superato i rispettivi test;
- riepilogo a livello dei singoli casi:
per ogni caso viene mostrato se non ha superato un test. Qui vengono visualizzati solo i casi per i quali il test in questione comporta l'esclusione.

L'intera comunicazione concernente i feedback viene gestita tramite l'interfaccia Web. Le tabelle con i risultati dei test di plausibilità possono essere esportate dall'interfaccia Web sotto forma di documenti in formato .csv.

Nei feedback ogni test viene attribuito a un determinato tipo. **Per quanto concerne l'effettiva fornitura dei dati**, i tipi di test hanno il seguente significato o **effetto**:

- Errori:
i casi possono contenere errori! Verificare i casi, se necessario correggerli ed effettuare una nuova fornitura. **Attenzione: Si tenga presente che i casi senza commento sono automaticamente esclusi del calcolo. Vi preghiamo di giustificare nel campo "commento" i casi che non possono essere corretti o che secondo il suo parere sono corretti.**
- Avviso:
i casi possono contenere errori! Verificare i casi, se necessario correggerli ed effettuare una nuova fornitura.
- Info:
informazioni generali sulla fornitura dei dati. Non è necessaria nessuna verifica/correzione.

La SwissDRG SA lavora per sviluppare costantemente la logica dei test. Nel caso gli ospedali siano dell'opinione che singoli test nell'ambito della logica elaborata non funzionino o debbano essere rivisti, lo possono annotare nel campo per i commenti "Motivazioni" dei singoli test. **Vi preghiamo di osservare che i commenti a livello dei casi e dei test devono essere inseriti direttamente nell'interfaccia Web.**

6.2. Nuova fornitura dei dati

Fino alla scadenza del termine per l'invio, tutti gli ospedali hanno la possibilità di trasmettere in qualsiasi momento alla SwissDRG SA un nuovo record di dati, eventualmente corretto (rispettivamente i record di dati della Statistica medica e dei costi dei casi).

Una volta trascorso il termine ultimo per l'invio, per motivi organizzativi non sarà più possibile accettare forniture di dati.

7. Rilevazione dettagliata

Per la rilevazione dettagliate di quest'anno(e per le future rilevazioni) vi preghiamo di riempire unicamente il nostro fascicolo e di trasmetterlo tramite l'interfaccia Web. Se inviate informazioni in altro formato per email, questi dati non saranno memorizzati.

Mediante la rilevazione dettagliata vengono rilevati i prezzi di medicinali, impianti e trattamenti costosi. **Nuovo** da rilevare sono casi

- Contenenti costi di trapianti d'organi, finanziati secondo il SVK
- Individuano costi incompleti in certi settori. Questo potrebbe avvenire, in particolare, se prodotti, per es. medicinali e impianto sono sovvenzionati/finanziati di terzi.
- Di cure a detenuti degenti. Questo registro riguarda solo gli ospedali che forniscono dati per TARPSY.
- Forniti a SwissDRG SA come condivisioni di casi. Questo registro riguarda solo gli ospedali che forniscono dati per TARPSY.

La rilevazione dettagliata viene effettuata sotto forma di file di Excel. La rilevazione si articola in diverse sottorilevazioni e comprende anche tutti i prodotti e trattamenti per i quali la struttura tariffaria SwissDRG prevede un compenso supplementare. In tale contesto la rilevazione dettagliata consente di calcolare i compensi supplementari, scorporando i relativi costi dal peso dei costi (cost weight). Inoltre, i dati rilevati servono per l'ulteriore sviluppo della struttura tariffaria. **Una mappatura corretta, adeguata e rappresentativa dei costi mediante compensi supplementari è possibile solo se la qualità e la completezza dei dati rilevati sono elevate e se la rilevazione dettagliata viene presentata da tutti gli ospedali della rete.**

La SwissDRG SA si riserva il diritto di escludere dal calcolo dei compensi supplementari i dati non plausibili. Come valore di confronto per i prezzi dei medicinali si utilizza l'Elenco delle specialità (ES) dell'ufficio federale della sanità pubblica. I prezzi dei medicinali rilevati nella rilevazione dettagliata si orientano secondo la versione di volta in volta in vigore della lista dei medicinali/delle sostanze da inserire nella Statistica medica. La lista dei medicinali/delle sostanze da inserire nella Statistica medica e la selezione dei trattamenti e degli impianti costosi vengono valutate nuovamente ogni anno. La valutazione comprende, oltre a gruppi di lavoro interni, anche la procedura di domanda annuale per lo sviluppo della struttura tariffaria SwissDRG.

7.1. Informazioni generali

- **Vi preghiamo, prima di compilare la rispettiva rilevazione, di leggere il riquadro "Procedura/Informazioni per la compilazione della rilevazione."**
- Tutti i prezzi rilevati devono corrispondere ai vostri prezzi di acquisto IVA incluso detratti gli ribassi, sconti e bonus. Non è consentito fatturare i costi aggiuntivi come i costi di trasporto, stoccaggio, preparazione, farmacie esterne, ecc.
- La rilevazione dei prezzi dei medicinali è effettuata a livello del prodotto.
- Secondo REKOLE® i trattamenti costosi **non devono più** contenere costi di utilizzazione delle immobilizzazioni.
- Singoli prestazioni sono consultabili raggruppati in registri corrispondenti.
- Sulla pagina iniziale trova un indice di tutti i registri. Portano direttamente agli schemi corrispondenti.
- Per gli impianti e le procedure costose c'è un indice distinto. Di là cliccando su un numero arriva direttamente al registro corrispondente.

- La rilevazione dei cuori artificiali è effettuata a livello del caso.
- Per gli prestazioni fornite da terzi vedere il registro „prestazione finanziata da terzi“.
- Nel foglio di lavoro “Annesso” è presente un riepilogo di tutti i codici CHOP rilevati dalla SwissDRG e della relativa attribuzione alla rispettiva rilevazione.
- Nuovo le singole prestazioni sono rilevate in schema dettagliate.
- Per le fatture con importo in valuta estera vi preghiamo di utilizzare i tassi di cambio medi annuali indicati nel foglio di lavoro “cambio medio annuale”.
- Per ogni rilevazione è disponibile una colonna “Commento” in cui inserire le osservazioni. I commenti di carattere generale possono essere inseriti nel foglio di lavoro “Pagina iniziale”.
- Vi preghiamo di compilare solo i campi marcati **in giallo**. Non modificate o cancellate formule o tabelle.

7.2. Pagina iniziale

La pagina iniziale serve come riepilogo dell’intera rilevazione dettagliata. Qui potete trovare anche informazioni sulla presentazione della rilevazione dettagliata e i nostri recapiti. **Vi preghiamo di leggere con attenzione la procedura per la compilazione della rilevazione dettagliata.** Nella pagina iniziale rileviamo il nome dell’ospedale e i commenti generali sulla rilevazione dettagliata nel suo complesso. Si tenga presente di compilare solo i campi marcati in giallo. I **campi marcati in arancio** sono calcolati automaticamente. Nella pagina iniziale rileviamo il nome dell’ospedale e i commenti generali sulla rilevazione dettagliata nel suo complesso.

7.3. Medicamenti

Nel foglio di lavoro “Medicamenti” i prezzi vengono rilevati a livello del prodotto. Nella lista dei medicamenti è presente un elenco di tutti i medicamenti e preparati conosciuti al gennaio 2017 per i codici ATC da inserire.¹

Vi preghiamo di indicare i prezzi di costo per confezione di tutti i medicamenti utilizzati in ambito stazionario nell’anno 2016 secondo la lista dei medicamenti/delle sostanze da inserire nella Statistica medica. Il prezzo di costo (PC) si deve riferire all’unità di confezionamento secondo il codice farmacologico rispettivamente la denominazione dell’articolo. In caso di prezzi di costo differenti nel corso dell’anno, vi preghiamo di indicare di volta in volta il prezzo di costo più basso (senza effettuare una media annuale).

Esempio:

Codice ATC	Sostanza	...	PC per confezione	PpU	Commento
L04AB01	Etanercept		CHF 823.56	CHF 32.94	

I prezzi per unità (PpU) visualizzati vengono calcolati automaticamente nell’unità di misura richiesta dalla SwissDRG, la quale si può discostare dall’unità di misura originale del preparato. Grazie al calcolo automatizzato, viene meno la conversione, complessa e soggetta a errori, dei prezzi nell’unità di misura richiesta dalla SwissDRG SA.

Per i medicamenti², che non figurano sulle liste dei medicamenti, vi preghiamo di utilizzare la tabella "Medicamenti mancanti" nel foglio di lavoro “Medicamenti mancanti”. Tale tabella va utilizzata an-

¹ Fonte: HCI Solutions AG. Senza pretesa di completezza

che per i preparati che non sono elencati nella tabella dei medicinali ma che, secondo la lista dei medicinali/delle sostanze da inserire nella Statistica medica, devono essere rilevati. Qui è ancora necessario calcolare manualmente i prezzi per unità.

7.4. Impianti

La rilevazione degli impianti è effettuata a livello del prodotto sulla base di codici CHOP selezionati. Nuovo: Vi preghiamo di compilare solo la foglia di lavoro „Impianti - Schema prodotti“. **Grazie di compilare i registri corrispondenti.** La foglia di lavoro, „Impianti-Annesso“, serve da orientamento per collegare i codici CHOP scelti con la loro denominazione. Affinché tali prezzi possano essere comparati meglio e verificati per quanto concerne la plausibilità, ora rileviamo per default il nome del prodotto rispettivamente il nome commerciale degli impianti utilizzati.

Vi preghiamo di indicare, per tutti gli impianti utilizzati in ambito stazionario nell'anno 2016 sulla base dei codici CHOP selezionati, i prezzi di costo a livello del prodotto. Il prezzo di costo (PC) corrisponde al vostro prezzo di costo per unità dell'impianto. I costi del trattamento stesso non devono essere inseriti, nemmeno qualora esso sia implicito nel codice CHOP. In caso di prezzi di costo differenti nel corso dell'anno, vi preghiamo di indicare di volta in volta il prezzo di costo più basso (senza effettuare una media annuale).

Nota: A causa della protezione del foglio di Excel, le singole tabelle possono essere ampliate solo tramite la voce del menu contestuale "Inserisci... (celle)". A tale scopo, marcare la cella risultato della tabella desiderata cliccando sul tasto destro e selezionare dal menu contestuale "Inserisci... (celle)".

La cella risultato (cornice verde) e l'ultima colonna, prezzo medio, se calcolano automaticamente. Vi preghiamo di non modificare o cancellare i campi marcati in arancio.

Esempio

Foglio di lavoro „Spirali metalliche“

11a Utilizzo di spirali metalliche intracraniche (CHOP 39.72.11), [...] spinali (CHOP 39.79.28)"

Numero	Articolo	Prezzo per unità	Quantità utilizzata	Prezzo medio	Commento
I1a	GDC VortX Platinspirale	700 CHF	20	14'000 CHF	
I1a	Target 360 Ultra Coil	800 CHF	10	8'000 CHF	
Risultato			30	733.33 CHF	

7.5. Trattamenti costosi

Come per gli impianti, anche la rilevazione dei trattamenti costosi continua ad essere effettuata sulla base di codici CHOP selezionati.

Grazie di compilare i registri corrispondenti. Il registro „trattamenti costosi-contenuto“ serve d'indice per collegare i codici CHOP scelti con la loro denominazione, e con il loro numero di arrivare direttamente al punto corrispondente della rilevazione. Trova una lista di tutti i codici **CHOP utilizzati nella rilevazione nel registro „Allegato“.**

² Le sostanze, che non figurano nella liste dei medicinali, sono rilevate nei documenti della rilevazione dettagliata.

Vi preghiamo, per quanto possibile, di inserire, per tutti i trattamenti costosi effettuati in ambito stazionario nell'anno 2016, i costi totali a livello del trattamento. I costi totali della prestazione si compongono sostanzialmente delle spese per personale medico, personale infermieristico, medicinali, prodotti sanguigni, impianti, materiale medico, utilizzo di apparecchi e ulteriori costi, per quanto ritenute utili.

Nel caso dei trattamenti continuativi, i costi vengono rilevati come costi variabili e fissi. Per costi fissi si intendono i costi che si generano indipendentemente dalla durata del trattamento. Tali costi comprendono quindi la preparazione, l'installazione, lo smontaggio e la manutenzione delle apparecchiature necessarie, nonché il materiale utilizzato per ogni esecuzione. Per costi variabili si intendono i costi che dipendono dalla durata del trattamento, cioè i costi ricorrenti per ogni ora di trattamento (ad es. ammortamento delle apparecchiature, costi per il personale, ecc.). I costi dei centri di costo che forniscono servizi (costi "overhead") non devono essere fatturati. I costi delle apparecchiature utilizzate nel trattamento devono solo contenere i costi per l'uso, l'esercizio e la manutenzione senza i costi di utilizzo delle immobilizzazioni (CUI) secondo REKOLE®.

Al fine di uniformare e quindi anche di una migliore comprensibilità dei costi rilevati, ora esistono come ausilio degli schemi per il calcolo dei singoli costi che potete trovare nel foglio di lavoro "*Trattamenti costosi – Schema costi*".

Per i prodotti sanguigni, vi preghiamo di utilizzare il foglio di lavoro „Prodotti sanguigni“.

Nota: La protezione del Excel file vi impedisce di cambiare le tabelle. Se il numero di linee non basta, prende contatto con noi e gli inviamo un nuovo file. Se inviate i dati in un altro formato, questi dati non saranno memorizzati.

Foglio di lavoro „ assistenza cardiocircolatoria e respiratoria “

T7 Durata del trattamento con un sistema di assistenza cardiocircolatoria e respiratoria, con pompa, ossigenatore (incl. rimozione di CO2), extracorporeo, veno-venoso (ECMO - ILA)

	Tipo di costo	N.	Definizione	D/Q	Unità		Costi	Unità		Costi totali	CT
Personale medico	fissi	1	Capoclin.	20	Min.	x	2.1	CHF/min.	=	42.00	CHF 114.00
		2	Med. ass.	60	Min.	x	1.2	CHF/min.	=	72.00	
	variabili	1	Med. ass.	60	Min.	x	0.8	CHF/min.	=	48.00	CHF 84.00
		2	Viceass.	60	Min.	x	0.6	CHF/min.	=	36.00	
Pers. infermieristico	fissi	1	Inferm. dipl.	60	Min.	x	1.2	CHF/min.	=	72.00	CHF 88.00
		2	Operat. sociosanit.	20	Min.	x	0.8	CHF/min.	=	16:00	
	variabili	1	Infer. dipl.	60	Min.	x	1.2	CHF/min.	=	72.00	CHF 120.00
		2	Operat. sociosanit.	60	Min.	x	0.8	CHF/min.	=	48.00	
Medicamenti	fissi	1	Dormicum	10	mg	x	2.8	CHF/mg	=	28.00	CHF 28.00
	variabili	1	Eparina	18	TIU per h	x	1.0	CHF/TIU per h	=	18.00	CHF 38.00
		2	Fentanyl	0.5	mg per h	x	40	CHF/mg per h	=	20.00	
Prod. sanguigni	fissi	1	FFP (PFC)	18	conc.	x	151	CHF/conc.	=	2'718	CHF 2'718
	variabili	2	EC (CE)	2	conc.	x	205	CHF/conc.	=	410.00	CHF 410.00
Imp.	fissi	1	Cannule	2	pezzo	x	160	CHF/pezzo	=	320.00	CHF 320.00
Materiale medicale	fissi	1	Set di inserzione	1	Set	x		CHF/Set	=	42.00	CHF 42.00
	variabili	1			...	x		CHF/...	=	0.00	CHF 0.00
Apparecchi utilizzati	variabili	1	ECMO	60	Min.	x	0.52	CHF/min.	=	31.20	CHF 31.20
Altro	fissi	1	Cardio-tecnico	30	Min.	x	0.9	CHF/min.	=	27.00	CHF 27.00
	variabili	1	Cardio-tecnico	60	Min.	x	0.9	CHF/min.	=	54.00	CHF 54.00

I costi totali (ultima colonna) sono calcolati automaticamente.

7.6. Cuori artificiali

La rilevazione dei cuori artificiali continuerà ad essere effettuata a livello del caso.

Vi preghiamo di indicare, per **tutti** i cuori artificiali utilizzati nell'anno 2016, i prezzi di costo per singola componente, in modo tale che risulti una colonna per ogni componente. In caso di prezzi di costo differenti nel corso dell'anno, vi preghiamo di indicare di volta in volta il prezzo di costo più basso (senza effettuare una media annuale).“.

Esempio

Chiave primaria	CHOP 2016	Denominazione/Nome commerciale	Componente	Quantità	PC per componente	Commento
123456	37.6A.31	Heartware	Hospital Implant Set	1	CHF 20'000	Originalpreis in \$
123456	37.6A.31	Heartware	Patient Set	1	CHF 100'000	Originalpreis in \$

7.7. Prestazioni finanziate da terzi

Nuovo sono da rilevare i casi che

- Includono costi di trapianti d'organi, finanziati secondo il contratto SVK.
- Presentono costi incompleti in certi campi. Ciò si verifica in particolare nel caso in cui prodotti, per es. medicinali e impianti, sono sovvenzionati/finanziati da terzi.

Nota: Nella colonna “costi teoretici della prestazione” si tratta di rilevare quali sarebbero stati i costi, se il prezzo del prodotto fosse conosciuto o dovrebbe essere autofinanziato.

7.8. Casi nell'ambiente carcerario (solo casi TARPSY)

Rilevare tutti i casi dell'anno di dati 2017 che nell'ambito dell'esecuzione delle condanne ricorrono ai servizi di degenza. Si tenga presente le procedure e le informazioni per la compilazione della rilevazione nel registro „casi nell'ambiente carcerario TARPSY“.

7.9. Ricongiungimento di casi (solo casi TARPSY)

Rilevare per tutti i casi ricongiunti dell'anno di dati 2017 le variabili seguenti della statistica medica: 4.6.V01, 4.7.V01, 4.7.V02, 4.7.V03, 4.7.V11, 4.7.V12, 4.7.V13, 4.7.V21, 4.7.V22, 4.7.V23, 4.7.V31, 4.7.V32, 4.7.V33, 4.7.V41, 4.8.V17, 4.8.V18, 4.8.V19, 4.8.V20. Vi preghiamo di fornire le variabili 4.8.V17, 4.8.V18, 4.8.V19, e 4.8.V20 **in chiaro**.

8. Protezione dei dati

La protezione dei dati della rilevazione è regolata dal relativo contratto della SwissDRG SA. Se non avete ancora sottoscritto il contratto, vi preghiamo di contattarci.

9. Indicazione delle fonti

1. Legge federale del 18 marzo 1994 sull'assicurazione malattie (LAMal), (RS 832.10).
2. Ordinanza del 3 luglio 2002 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), [RS 832.104].
3. Variabili della Statistica medica - specifiche valide dal 1.1.2017, Neuchâtel, Ufficio federale di statistica.
4. Manuale REKOLE[®] – Contabilità analitica nell'ospedale, 4^a edizione, 2013, Berna, H+ Gli ospedali svizzeri.
5. Piano contabile - 8^a edizione, 2014, Berna, H+ Gli ospedali svizzeri.
6. Regole e definizioni per la fatturazione dei casi in conformità a SwissDRG, versione 2015, SwissDRG SA.

10. Contatti

Per ulteriori informazioni vi preghiamo di rivolgervi a:

Signor Ivan Jivkov Tel. +41 (31) 544 12 29
datenerhebung@swissdrg.org

Signor Rémi Guidon Tel. +41 (31) 544 12 26
datenerhebung@swissdrg.org

11. Allegati

Allegato A

Mediante il seguente link è possibile scaricare la [lista degli articoli per l'imputazione obbligatoria dei costi diretti](#), che precisa l'attribuzione dei costi di determinati prodotti alle rispettive componenti dei costi.

Allegato B

Mediante il seguente link è possibile scaricare la specifica delle [Variabili della Statistica medica](#), valida dal 1.1.2017.

Allegato C

I seguenti requisiti vanno intesi come requisiti minimi che i file devono soddisfare. Se i file non soddisfano tali requisiti minimi non sarà possibile effettuare l'upload dei record di dati tramite l'interfaccia Web.

Attenzione: importanti variabili della Statistica medica, rilevanti ai fini del raggruppamento, **ora** vengono verificate con precisione per quanto concerne il formato secondo il sistema di interfacce dell'UST. La SwissDRG SA **non** accetterà più i casi che non soddisfano tale definizione.

Definizione

Test generali

- Estensione del file: *.dat o *.txt
- I file devono essere codificati con "ISO8859-1".
- Le variabili devono essere separate da barre verticali (codice ASCII 124: "|").
- Come "a capo" si utilizza il CRLF (codici ASCII 13 e 10).
- Consistenza delle chiavi primarie (4.6.V01) in entrambi i file. I casi presenti in uno solo file non possono essere plausibilizzati e inseriti nella banca dati.

Dati della Statistica medica (SM)

- Riga MB: 50 colonne
- Riga MN: 18 colonne
- Riga MD: 696 colonne
- La colonna 663 della riga MD corrisponde alla variabile 4.6.V01 (chiave primaria)
- La variabile 4.6.V01 (colonna 663 della riga MD) è una chiave primaria: non sono possibili doppi e campi vuoti.
- La definizione delle seguenti variabili (N° var.) deve essere obbligatoriamente rispettata: 0.2.V02, 1.1.V01, 1.1.V02, 1.1.V03, 1.2.V01, 1.2.V02, 1.2.V03, 1.3.V01, 1.3.V02, 1.3.V03, 1.3.V04, 1.4.V01, 1.5.V01, 1.5.V02, 1.5.V03, 4.5.V01, 4.7.V01, 4.7.V02, 4.7.V11, 4.7.V12, 4.7.V21, 4.7.V22, 4.7.V31, 4.7.V32.
- I file non devono contenere testo eccetto che nei campi per le indicazioni relative ai medicinali (4.8.V02 - 4.8.V15, medicamento 1 - 14, numeri delle variabili 678 - 691).
- Il file non deve contenere dati relativi ai medicinali non validi (4.8.V02 - 4.8.V15, medicamento 1 - 14, numeri delle variabili 678 - 691).

File dei costi per caso (CC)

- Ogni riga del file dei costi per caso corrisponde a un caso.
- Il file contiene 80 variabili.
- Il file NON deve contenere nomi di variabili.
- Le variabili di costo possono contenere solo cifre e non lettere.
- Le cifre non devono contenere formattazioni come separatore delle migliaia, apostrofo, spazi ecc.
- Come separatore dei decimali viene utilizzato il punto (ad es. 1234.50).
- Certe variabili (campi di riserva) devono rimanere vuote, se indicato nella descrizione.
- La chiave primaria nella seconda colonna corrisponde alla variabile 4.6.V01 della Statistica medica. Qui non sono ammessi doppi e campi vuoti.
- Ogni caso deve presentare costi di utilizzo delle immobilizzazioni. **Non vengono tollerati valori negativi.**
- Tutti i campi di riserva (campi 72-73, 76-80) devono rimanere vuoti.**

Allegato D

Formato del file dei costi per caso 2017

Dettagli sul contenuto delle variabili dei costi per caso.

N°	Variabile	Definizione	
Informazioni generali			
1	year	Anno di dati	
2	4.6.V01	Numero del caso (vedi variabile nella riga 663 della riga MD)	[CHIAVE PRIMARIA]
Costi singoli			Piano contabile H+²
3	v101	Farmaci	400
4	v102	Sangue e prodotti sanguigni	400
5	v103	Materiale medico	401
6	v104	Impianti	401
7	v105	Servizi di terzi medici, diagnostici e terapeutici (onorari dei medici esclusi)	405
8	v106	Oneri per onorari dei medici (non soggetti alle assicurazioni sociali)	405
9	v107	Oneri per onorari dei medici, medici ospedalieri (soggetti alle assicurazioni sociali)	380
10	v108	Oneri per onorari dei medici, medici accreditati (soggetti alle assicurazioni sociali)	381
11	v109	Trasporti di pazienti da parte di terzi	480
12	v110	Altre prestazioni per i pazienti da parte di terzi	485
13	v111	Altre spese per i pazienti	486
Costi generali			Centri di costo obbligatori REKOLE®
14	v200	Amministrazione dei pazienti, costi generali escl. CUI	(10)
15	v201	Amministrazione dei pazienti, CUI ¹	(10)
16	v210	Sale operatorie, costi generali escl. CUI	(20)
17	v211	Sale operatorie, CUI ¹	(20)
18	v212	Personale medico della sala operatoria - Attività 6a, costi generali escl. CUI	(31)
19	v213	Personale medico della sala operatoria - Attività 6a, CUI ¹	(31)
20	v220	Anestesia, costi generali escl. CUI	(23)
21	v221	Anestesia, CUI ¹	(23)
22	v230	Cure intensive (IPS), costi generali escl. CUI	(24)
23	v231	Cure intensive (IPS), CUI ¹	(24)
24	v232	Personale medico IPS - Attività 6b ₁ , costi generali escl. CUI	(31)
25	v233	Personale medico IPS - Attività 6b ₁ , CUI ¹	(31)
26	v240	Posti Intermediate Care riconosciuti (IMCU), costi generali escl. CUI	(38)
27	v241	Posti Intermediate Care riconosciuti (IMCU), CUI ¹	(38)
28	v242	Personale medico IMCU - Attività 6b ₂ , costi generali escl. CUI	(31)
29	v243	Personale medico IMCU - Attività 6b ₂ , CUI ²	(31)
30	v250	Pronto soccorso, costi generali escl. CUI	(25)

N°	Variabile	Definizione	Centri di costo obbligatori REKOLE®
		Costi generali	
31	v251	Pronto soccorso, CUI ¹	(25)
32	v252	Personale medico pronto soccorso - Attività 6b ₃ , costi generali escl. CUI	(31)
33	v253	Personale medico pronto soccorso - Attività 6b ₃ , CUI ³	(31)
34	v260	Diagnostica per immagini, costi generali escl. CUI	(26)
35	v261	Diagnostica per immagini, CUI ¹	(26)
36	v270	Sala parto, costi generali escl. CUI	(27)
37	v271	Sala parto, CUI ¹	(27)
38	v272	Personale medico sala parto - Attività 6b ₄ , costi generali escl. CUI	(31)
39	v273	Personale medico sala parto - Attività 6b ₄ , CUI ⁴	(31)
40	v280	Medicina nucleare e radiooncologia, costi generali escl. CUI	(28)
41	v281	Medicina nucleare e radiooncologia, CUI ¹	(28)
42	v290	Laboratorio, costi generali escl. CUI	(29)
43	v291	Laboratorio, CUI ¹	(29)
44	v300	Dialisi, costi generali escl. CUI	(30)
45	v301	Dialisi, CUI ¹	(30)
46	v310	Personale medico, attività 1-5, costi generali escl. CUI	(31)
47	v311	Personale medico, attività 1-5, CUI ¹	(31)
48	v320	Fisioterapia, costi generali escl. CUI	(32)
49	v321	Fisioterapia, CUI ¹	(32)
50	v330	Ergoterapia, costi generali escl. CUI	(33)
51	v331	Ergoterapia, CUI ¹	(33)
52	v340	Logopedia, costi generali escl. CUI	(34)
53	v341	Logopedia, CUI ¹	(34)
54	v350	Terapie e consulenze non mediche, costi generali escl. CUI	(35)
55	v351	Terapie e consulenze non mediche, CUI ¹	(35)
56	v360	Diagnostica medica e terapeutica, costi generali escl. CUI	(36)
57	v361	Diagnostica medica e terapeutica, CUI ¹	(36)
58	v362	Personale medico della diagnostica medica e terapeutica - Attività 6b ₅ , costi generali escl. CUI	(31)
59	v363	Personale medico della diagnostica medica e terapeutica - Attività 6b ₅ , CUI ¹	(31)
60	v370	Infermieristica, costi generali escl. CUI	(39)
61	v371	Infermieristica, CUI ¹	(39)
62	v380	Servizi alberghieri-stanze, costi generali escl. CUI	(41)
63	v381	Servizi alberghieri-stanze, CUI ¹	(41)
64	v390	Servizi alberghieri-cucina, costi generali escl. CUI	(42)
65	v391	Servizi alberghieri-cucina, CUI ¹	(42)
66	v400	Servizi alberghieri-servizio, costi generali escl. CUI	(43)

N°	Variabile	Definizione	
		Costi generali	Centri di costo obbligatori REKOLE®
67	v401	Servizi alberghieri-servizio, CUI ¹	(43)
68	v410	Altri fornitori di prestazioni, costi generali escl. CUI	(44)
69	v411	Altri fornitori di prestazioni, ANK ¹	(44)
70	v420	Patologia, costi generali escl. CUI	(45)
71	v421	Patologia, CUI ¹	(45)
72		<i>Campo di riserva, lasciare vuoto³</i>	
73		<i>Campo di riserva, lasciare vuoto³</i>	
74	v440	Salvataggio e ambulanze (solo trasporti secondari), costi generali CUI esclusi	(77)
75	v441	Salvataggio e ambulanze (solo trasporti secondari), CUI ¹	(77)
		Campi di riserva	
76		<i>Campo di riserva, lasciare vuoto</i>	
77		<i>Campo di riserva, lasciare vuoto</i>	
78		<i>Campo di riserva, lasciare vuoto</i>	
79		<i>Campo di riserva, lasciare vuoto</i>	
80		<i>Campo di riserva, lasciare vuoto</i>	

1) Conto H+ 442, 444, 448 (vedi REKOLE®, Piano contabile H+, 2014)

2) Nell'estratto dell'unità finale di imputazione REKOLE i conti H+ 403 e 404 non sono più indicati come costi singoli. Tali costi vengono conteggiati come costi generali