



Documentazione per la rilevazione dei dati SwissDRG 2016

Formato e contenuto dei dati

Processo di fornitura dei dati

Rilevazione dettagliata dei medicinali, impianti e procedimenti costosi

Versione del 29/01/2016

Sommario

1. PANORAMICA DELLA RILEVAZIONE 2016	3
1.1. SCADENZE	3
1.2. CONTATTI	3
1.3. FORMATO	3
1.4. CODIFICA	3
1.5. LISTA ARTICOLI	3
1.6. RILEVAZIONE DETTAGLIATA	4
2. TRASMISSIONE DEI DATI	5
2.1. PRIMA FORNITURA DEI DATI DA PARTE DELL'OSPEDALE	5
2.2. TOOL PER L'UPLOAD	5
2.3. UPLOAD DEI DATI	5
3. DELIMITAZIONI E METODO DI CALCOLO DEI COSTI PER CASO	6
3.1. METODO PER UNITÀ FINALI DI IMPUTAZIONE	6
3.2. COSTI IMPUTABILI	6
3.3. MEDICAMENTI E PRODOTTI SANGUIGNI	6
3.4. IMPIANTI E MATERIALE MEDICALE	6
3.5. COSTI DI UTILIZZAZIONE DELLE IMMOBILIZZAZIONI (CUI)	7
3.6. INSEGNAMENTO UNIVERSITARIO E RICERCA	7
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>Componenti dei costi a livello del caso</i>	11
5.3.4. <i>Onorari dei medici</i>	12
6. DOPO LA FORNITURA DEI DATI	12
6.1. PLAUSIBILIZZAZIONE AUTOMATICA DEI DATI	12
6.2. NUOVA FORNITURA DEI DATI	13
7. RILEVAZIONE DETTAGLIATA	13
8. PROTEZIONE DEI DATI	18
9. INDICAZIONE DELLE FONTI	18
10. CONTATTI	18
11. ALLEGATI	19
ALLEGATO A	19
ALLEGATO B	21

ALLEGATO C	23
ALLEGATO D	26

Elenco delle figure

Figura 1: Esempio Statistica medica	9
Figura 2: Esempio di due casi nel file dei costi per caso	11
Figura 3: Rappresentazione del file dei costi per caso	11

1. Panoramica della rilevazione 2016

1.1. Scadenze

- La rilevazione 2016 concerne i **dati dell'anno 2015**.
- Per un accesso completo al feedback via Web (incl. le funzioni estese), i dati devono essere forniti entro il **30.04.2016**.
- La banca dati verrà chiusa il **31.05.2016**. Una volta trascorso tale termine non potranno più essere accettate forniture di dati.
- Gli ospedali che forniscono dati alla SwissDRG SA entro il **31.05.2016** riceveranno a proposito di tali dati solo un feedback limitato (verifica di plausibilità).

1.2. Contatti

Signor Cedric Haberthür Tel. +41 (31) 544 12 25
Rilevazione dati: datenerhebung@swissdrg.org

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

1.3. Formato

I dati della Statistica medica e quelli relativi ai costi per caso devono essere forniti nello stesso formato previsto per la rilevazione 2015. Il modulo di rilevazione è stato modificato.

Per trasmettere i dati tramite l'interfaccia Web, essi devono soddisfare i requisiti minimi indicati nell'allegato B. Rispetto all'anno scorso i requisiti minimi sono stati rielaborati e modificati.

1.4. Codifica

Codifica secondo le direttive dell'UST per i dati 2015, tra l'altro:

- codici trattamento secondo **CHOP 2015**
- codici diagnosi secondo **ICD-10 GM 2014**
- Manuale di codifica medica, **versione 2015**

1.5. Lista articoli

La lista contenuta nell'allegato A precisa l'attribuzione dei costi di determinati prodotti alle rispettive componenti di costo. La SwissDRG SA si impegna per semplificare ulteriormente i costi di singoli medicinali e prodotti, motivo per il quale la lista degli articoli è attualmente in corso di rielaborazione. Nella rilevazione dei dati SwissDRG 2017 verrà utilizzata la lista rielaborata e conciliata con REKOLE®. La lista verrà prossimamente pubblicata sulla homepage della SwissDRG SA.

1.6. Rilevazione dettagliata

Negli anni scorsi, nella documentazione per la rilevazione sono state inserite indicazioni relative alla rilevazione dettagliata. Tale documentazione è attualmente in fase di rielaborazione e riorganizzazione. Per tale motivo, nel capitolo 7 della documentazione attuale, le relative informazioni non sono ancora presenti.

La rilevazione dettagliata, ivi inclusa la documentazione per la rilevazione 2016 modificata, verrà messa a disposizione il più presto possibile.

2. Trasmissione dei dati

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](#)).

2.2. Tool per l'upload

L'invio dei dati alla SwissDRG SA si effettua tramite un'interfaccia Web protetta ([interfaccia Web](#)). A partire dalla rilevazione dei dati 2016, si effettua tramite tale interfaccia Web anche tutta la comunicazione tra la SwissDRG SA e gli ospedali, la quale comprende espressamente anche l'intero settore dei feedback relativi a casi contenenti errori e del feedback via Web.

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.

2.3. Upload dei dati

Il processo di fornitura si compone sostanzialmente di tre fasi:

- inserimento nel questionario delle informazioni specifiche per l'ospedale;
- upload dei dati tramite l'interfaccia Web. Per il formato dei dati potete consultare gli allegati B, C e D della presente documentazione;
- ricevimento di una conferma di invio una volta effettuata la trasmissione dei dati. Se la conferma non viene inviata, significa che la trasmissione dei dati è fallita. In tal caso vi preghiamo di considerare i messaggi di errore, ripetendo l'upload dei file modificati.

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. Medicamenti e prodotti sanguigni

I medicamenti 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) medicamenti (v10) e
- 2) prodotti sanguigni (v11)

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 medicamenti e prodotti sanguigni vanno inseriti nella componente v10, 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 medicale

Lo stesso vale per gli impianti e il materiale medicale, 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) impianti (v12) e
- 2) materiale medicale (v13)

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 medicale vanno inseriti nella componente v12, 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 utilizzazione delle immobilizzazioni (CUI)

I costi di utilizzazione delle immobilizzazioni corrispondono ai costi totali connessi all'utilizzo degli impianti e corrispondono ai costi 442, 444, e 448 nel Piano contabile di H+. Il calcolo dei CUI per ogni caso (o della ponderazione dei costi?) deve rispecchiare l'effettivo consumo di risorse derivante dall'utilizzazione delle immobilizzazioni.

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 utilizzazione delle immobilizzazioni secondo REKOLE® sono pubblicati sulla homepage della SwissDRG SA ([Parametri e regole per determinare i costi di utilizzo delle immobilizzazioni](#)).

Nel formato SwissDRG i CUI devono essere chiaramente individuabili a livello del singolo caso. A tale scopo vengono fornite le componenti dei costi dei centri di costo che forniscono le prestazioni secondo REKOLE® esclusi i CUI, i quali devono essere indicati come componente dei costi A1.

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 che non vengono finanziati tramite il sistema SwissDRG. Tali costi devono pertanto essere esclusi dai costi per caso e, se possibile, indicati nella colonna A2. Qualora non sia possibile escludere i costi per l'insegnamento universitario e la ricerca dai costi per caso, l'ospedale non effettua alcuna modifica e documenta la situazione nel questionario alla voce corrispondente.

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 fornisce tutti i casi che rientrano nel campo della somatica acuta, presentano costi completi e rientrano nel campo di applicazione della SwissDRG (variabile 4.8.V01 = 1). I costi non vengono considerati completi in particolare se:

- i costi dei trattamenti precedenti al periodo di rilevazione non sono stati imputati al caso;
- la durata del ricovero eccede il periodo di rilevazione (dimissione al di fuori del periodo di rilevazione);
- 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. Gli ospedali possono 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 SwissDRG è il formato ufficiale della rilevazione dei dati SwissDRG. Per la rilevazione dei dati 2016 (dati 2015) è possibile anche l'utilizzo del formato PRISMA indicato dalla direzione sanitaria del Canton Zurigo. Gli ospedali che trasmettono i dati nel formato PRISMA devono accertarsi che i dati possano essere convertiti senza problemi nel formato SwissDRG mediante "l'applicazione di verifica PRISMA".

Va considerato che la trasmissione dei dati in formato PRISMA non sarà più possibile a partire dalla rilevazione dei dati 2017 (dati 2016) ([Misure supplementari di 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. Affinché la trasmissione dei dati alla SwissDRG SA abbia successo, il file deve soddisfare i seguenti criteri:

- il file deve essere trasmesso come testo (ISO 8859-1) con l'estensione .txt o .dat.
- Le variabili devono essere separate da barre verticali (codice ASCII 124: "|").
- L'ultima variabile di una riga non deve essere vuota e deve essere anch'essa chiusa da una barra verticale.
- Come "a capo" si utilizza il CRLF (codici ASCII 13 e 10).
- Il file deve soddisfare i requisiti minimi secondo l'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 consegna, 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.

Modo di somministrazione o indicazione

- In linea di principio deve essere indicato il modo di somministrazione per ogni medicamento.
- Se secondo la “Lista dei medicinali/delle sostanze rilevabili nella Statistica medica” sono previsti un determinato modo di somministrazione o una determinata indicazione, il medicamento deve essere indicato solo per i relativi casi.
- I modi di somministrazione devono essere tassativamente indicati come previsto nel “Foglio tecnico complementare”. Non sono pertanto previste altre abbreviazioni o grafie.

Informazioni supplementari

- Le informazioni supplementari devono essere fornite solo per i medicinali per i quali ciò è previsto secondo la “Lista dei medicinali/delle sostanze rilevabili nella Statistica medica”. Per tutti gli altri medicinali tale campo resta vuoto.

Esempi concreti

- Epoetina: il codice ATC deve essere inserito nell’unità di misura IU (o multiplo) senza limitazioni relative a modo di somministrazione o indicazione (dato che la colonna “Modo di somministrazione o indicazione in questione”) 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.
→ B03XA01; ; *modo di somministrazione* ; 2500 ; IU
- fattore di coagulazione VIII: il codice ATC deve essere inserito solo se il medicamento è stato somministrato in forma plasmatica o ricombinante. Deve essere indicata inoltre la corretta somministrazione supplementare (colonna “Informazioni supplementari da codificare”). L’unità di misura valida per questo medicamento è IU (o multiplo):
→ B02BD02; plasmatica; *modo di somministrazione*; 11’000; IU per la forma “plasmatica”
→ B02BD02; ricombinante; *modo di somministrazione*; 1000; IU per la forma “ricombinante”
- Sildenafilil: il medicamento deve essere inserito solo in caso di “trattamento dell’ipertensione polmonare”. L’unità di misura valida è il mg (o multiplo). Non vanno inserite informazioni supplementari.
→ G04BE03; ; *modo di somministrazione*; 98; mg

Nota: ai fini dell’inserimento dei medicinali molto costosi conta unicamente la somministrazione (stazionaria), indipendentemente da eventuali limitazioni relative alle indicazioni o all’assunzione dei costi. Vi preghiamo di annotare nella rilevazione dettagliata dei medicinali i casi nei quali avete ottenuto i medicinali gratuitamente o con sconti elevati non usuali.

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 (vedi Figura 2). Affinché la trasmissione dei dati alla SwissDRG SA abbia successo, il file deve soddisfare i seguenti criteri:

- il file deve essere trasmesso come testo (ISO 8859-1) con la terminazione .txt o .dat.
- Le variabili devono essere separate da barre verticali (codice ASCII 124: “|”).
- L’ultima variabile di una riga non deve essere vuota e deve essere anch’essa chiusa da una barra verticale.
- Come “a capo” si utilizza il CRLF (codici ASCII 13 e 10).

- Il file deve soddisfare i requisiti minimi secondo l'allegato B.

60611111		2013		34569321		79.00		57.00		0.00		0.00		0.00		42.00		0.00		0.00		19.00		16.00		...		0.00	
60611111		2013		34569322		31.00		27.00		0.00		0.00		0.00		34.00		0.00		98.00		60.00		57.00		...		0.00	

↑
Chiave primaria. Corrisponde alla variabile **4.6.V01** (663^a variabile della riga MD) nella Statistica medica

Figura 2: Esempio di due casi nel file dei costi per caso

5.3.2. Variabili

Il file dei costi per caso contiene 28 variabili per ogni caso:

- 3 variabili per l'identificazione dei casi: numero RIS dell'ospedale, anno di rilevazione e numero del caso (= chiave primaria, corrisponde alla variabile 4.6.V01 della Statistica medica).
- 23 variabili con i costi imputabili tra cui:
 - 9 componenti dei costi con i costi singoli (v10-v19);
 - 14 componenti dei costi con i costi dei centri di costo fornitori delle prestazioni secondo REKOLE® (v20-v39). Tali componenti dei costi devono essere indicate escludendo i CUI.
- 1 variabile (A1) con i costi di utilizzazione delle immobilizzazioni complessivi per il caso.
- 1 variabile (A2) con i costi per l'insegnamento universitario e la ricerca.

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

Vi preghiamo di osservare che nelle future rilevazioni dei dati (a partire dai dati 2016 con rilevazione nel 2017) il formato del file dei costi per caso SwissDRG verrà adattato all'estratto dell'unità finale di imputazione REKOLE® ([Misure supplementari per il miglioramento della qualità dei dati](#)).

5.3.3. Componenti dei costi a livello del caso

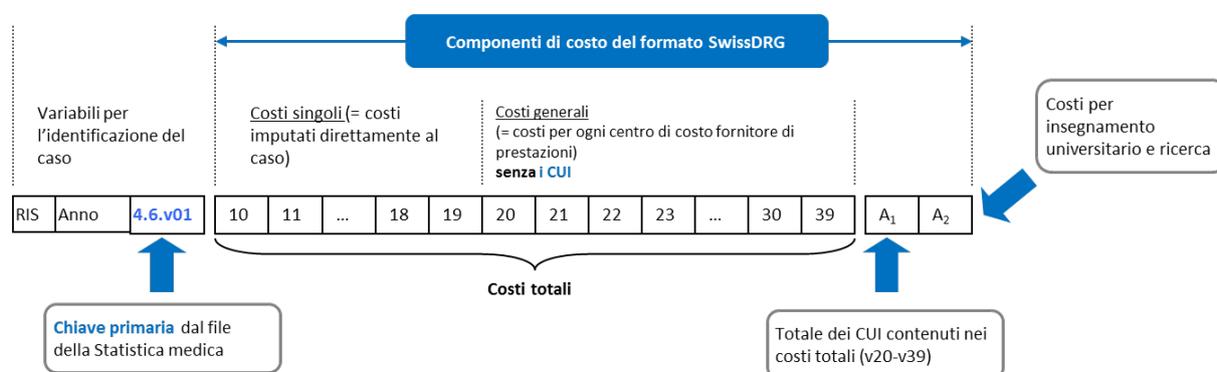


Figura 3: Rappresentazione del file dei costi per caso

5.3.4. Onorari dei medici

Secondo REKOLE® gli onorari vengono conteggiati in base al tipo di medico curante:

- onorari dei medici ospedalieri (conto H+ 380) → componente v14;
- onorari dei medici accreditati soggetti alle assicurazioni sociali (conto H+ 381) → componente v15;
- onorari dei medici accreditati non soggetti alle assicurazioni sociali (parte del conto H+ 405 che contiene onorari) → componente v16;
- costi per certificati e perizie (il conto H+ 386 non esiste più, tali costi secondo REKOLE® sono registrati nei conti 380, 381 ed eventualmente 405) → secondo REKOLE® v17 deve essere pertanto vuoto.

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 (prima parte del feedback via Web). Il feedback da parte della SwissDRG SA comprende sostanzialmente due tabelle ([DEMO-Feedback via Web](#)):

- 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 sono visualizzati solo i casi per i quali il test in questione comporta l'esclusione.

Rispetto agli anni scorsi, dalla rilevazione dei dati 2016 non sono più inviati per e-mail fogli di lavoro di Excel con i risultati. L'intera comunicazione concernente i feedback è ora gestita tramite l'interfaccia Web. Tuttavia le tabelle possono essere esportate dall'interfaccia Web sotto forma di documenti in formato .csv.

Nei feedback ogni test è attribuito a un determinato tipo. I tipi di test hanno il seguente significato:

- Error
I casi contenenti errori non vengono utilizzati per il calcolo della struttura tariffaria!
- Warning
Casi dubbi che potrebbero contenere errori di codifica o di altro tipo. Probabilmente tali casi potranno essere utilizzati per il calcolo.
- Info
Informazioni generali concernenti i dati forniti dall'ospedale.

Per tutti i casi che dopo un test sono stati evidenziati con l'assegnazione al tipo "Error", all'ospedale viene chiesto di effettuare una verifica ed eventualmente correggerli. Se i casi sono stati inseriti correttamente, va inviato il relativo feedback alla SwissDRG SA indicando le motivazioni. In tal modo è possibile "salvare" i casi che erroneamente non hanno superato un test e utilizzarli per il calcolo. A tale scopo gli ospedali sono invitati a studiare i feedback, facendo pervenire alla SwissDRG SA le necessarie informazioni.

6.2. Nuova fornitura dei dati

Nell'ambito del termine ultimo per l'invio, 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). Al fine di limitare il lavoro necessario in fase di rilevazione dei dati ed evitare di trasmettere inutilmente i dati più volte, gli ospedali sono pregati di notificare anticipatamente un nuovo invio alla SwissDRG SA indicandone brevemente le motivazioni. Una volta trascorso il termine ultimo per l'invio, per motivi organizzativi non sarà più possibile accettare forniture di dati.

7. Rilevazione dettagliata

Mediante la rilevazione dettagliata vengono rilevati i prezzi di medicinali, impianti e trattamenti costosi. 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. Principali modifiche

- La rilevazione dei prezzi dei medicinali verrà effettuata ora a livello del prodotto.
- D'ora in poi, tutti i prezzi verranno rilevati **comprensivi** dell'imposta sul valore aggiunto (IVA).
- Secondo REKOLE® i trattamenti costosi **non devono più** includere i costi di utilizzo delle immobilizzazioni (CUI).
- Ora tutti i codici CHOP utilizzati possono essere consultati nel foglio di lavoro "Annexe".
- Per il calcolo dei costi medi e dei costi dei trattamenti esistono ora schemi dettagliati di supporto.
- Per la conversione in franchi svizzeri dei prezzi espressi in una valuta estera esiste ora una tabella di conversione unitaria.

7.2. 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 incl. detratti gli sconti. Non è consentito fatturare i costi aggiuntivi come i costi di trasporto, stoccaggio, preparazione, farmacie esterne, ecc.

- Per le fatture con importo in valuta estera vi preghiamo di utilizzare i tassi di cambio medi annuali indicati nel foglio di lavoro “*Cours annuel moyen*”.
- Per ogni rilevazione è disponibile una colonna “*Commentaire*” in cui inserire le osservazioni. I commenti di carattere generale possono essere inseriti nel foglio di lavoro “*Page d'accueil*”.
- Vi preghiamo di compilare solo i campi marcati in giallo. Non modificate o cancellate formule o tabelle.
- Nel foglio di lavoro “*Annexe*” è presente un riepilogo di tutti i codici CHOP rilevati dalla SwissDRG e della relativa attribuzione alla rispettiva rilevazione.

7.3. 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.

7.4. Medicamenti

Nel foglio di lavoro “*Médicaments*” **ORA** i prezzi non vengono più rilevati a livello dei medicamenti, bensì a livello del prodotto. Nella lista dei medicamenti è presente un elenco di tutti i medicamenti e preparati conosciuti al gennaio 2016 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 2015 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
A07AA12	Fidaxomicina		CHF 456.00	CHF 0.11	

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. Inoltre, il passaggio al livello del prodotto ci permette una migliore comparabilità, nonché la verifica della plausibilità dei prezzi forniti.

Per *A16AB01 Alglucerasi*, *L01AD01 Carmustina intratecale*, *L01XD04 Acido aminolevulinico* e *L04AA03 Immunoglobuline antilinfocitarie (cavallo)* nella lista dei medicamenti non è elencato alcun medicamento. Per i preparati di queste sostanze vi preghiamo di utilizzare la tabella "Medicamenti mancanti" nel foglio di lavoro “*Médicaments manquant*”. Tale tabella va utilizzata anche per i preparati che non sono elencati nella tabella dei medicamenti ma che, secondo la lista dei medicamenti/delle sostanze da inserire nella Statistica medica, devono essere rilevati. Qui è ancora necessario calcolare manualmente i prezzi per unità.

¹ Fonte: HCI Solutions AG. Senza pretesa di completezza.

7.5. Impianti

La rilevazione degli impianti continua ad essere effettuata a livello del prodotto sulla base di codici CHOP selezionati. 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 2015 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).

Esempio:

Numero	CHOP 2015	PC per unità	Nome/i prodotto/i	Commento
I1a	00.4A.01-20	CHF 920.00	Target 360 Standard Coil	Diverse misure, stesso prezzo

Nel caso di diversi prodotti con prezzi differenti, per il calcolo del prezzo medio ponderato per quantità vi preghiamo di utilizzare per ogni categoria gli schemi dettagliati che trovate nel foglio di lavoro "Implants - Schéma produits".



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 (bordo verde) viene calcolata automaticamente. Una volta inseriti tutti i prodotti utilizzati, rilevate il prezzo medio (evidenziato in giallo) per la categoria corrispondente nel campo "PC per unità" del foglio di lavoro "Implants".

Esempio

Foglio di lavoro "Implants - Schéma produits"

I1a "Utilizzo di spirali metalliche intracraniche (CHOP 39.72.11), [...] spinali (CHOP 39.79.28)"

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

Foglio di lavoro "Implantate"

Numero	CHOP 2015	PC per unità	Nome/i prodotto/i	Commento
I1a	00.4A.01-20	CHF 733.33		Vedi schema dettagliato

[...]

7.6. Trattamenti costosi

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

Vi preghiamo, per quanto possibile, di inserire, per tutti i trattamenti costosi effettuati in ambito stazionario nell'anno 2015, 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 medicale, 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 "Procédés onéreux - Schéma frais".



Per garantire una migliore panoramica (raggruppamento) ed elaborazione, tale foglio di lavoro viene fornito senza protezione. Vi preghiamo tuttavia di non modificare nessuna formula, poiché altrimenti non è più garantito un calcolo corretto.

Il modo più semplice per visualizzare un singolo raggruppamento è cliccare sul simbolo del "più"  oppure sulla voce di menu "Visualizza dettaglio dati". Selezionando prima l'intero foglio di lavoro, con quest'ultima variante è possibile visualizzare contemporaneamente il raggruppamento per tutti i gruppi.

Esempio

Foglio di lavoro "Procédés onéreux"

N.	Tipo	Pers. medico	Pers. infermieristico	Medicamenti	Prodotti sanguigni	Impianti	Materiale medicale	Apparecchi utilizzati	Altro	Costi totali
T7a	fissi	114	88	28	2'718	320	42		27	CHF 3'337.00
T7b	var	84	120	38	410		0	31.2	54	CHF 737.20

Foglio di lavoro "Procédés onéreux - Schéma frais"

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) vengono calcolati automaticamente. Al termine, rilevate i costi totali della categoria corrispondente nei campi per i costi del foglio di lavoro "Teure Verfahren", come si vede nell'esempio.

7.7. 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 2015, 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 2015	Denominazione/Nome commerciale	Componente	Quantità	PC per componente	Commento
123456	37.6a.31	Heartware	Hospital Implant Set	1	CHF 20'000	Prezzo originale in \$
123456	37.6a.31	Heartware	Patient Set	1	CHF 100'000	Prezzo originale in \$

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

- Legge federale del 18 marzo 1994 sull'assicurazione malattie (LAMal) [RS 832.10];
- 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];
- Variabili della Statistica medica - specifiche valide dal 1.1.2012, Neuchâtel, Ufficio federale di statistica;
- Manuale REKOLE® – Contabilità analitica nell'ospedale, 4ª edizione, 2013, Berna, H+ Gli ospedali svizzeri;
- Piano contabile - 8ª edizione, 2014, Berna, H+ Gli ospedali svizzeri;
- Regole e definizioni per la fatturazione dei casi in conformità a SwissDRG, 2014, SwissDRG SA.

10. Contatti

Per ulteriori informazioni vi preghiamo di rivolgervi a:

Signor Cedric Haberthür Tel. +41 (31) 544 12 25
datenerhebung@swissdrg.org

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

11. Allegati

Allegato A

Il seguente elenco precisa l'attribuzione dei costi di determinati prodotti alle rispettive componenti di costo. L'elenco non è esaustivo e non deve essere utilizzato come lista dei prodotti i cui costi devono essere registrati come costi singoli. Facciamo notare che nella rilevazione dei dati SwissDRG 2017 verrà utilizzata una lista rielaborata e conciliata con REKOLE®. La lista verrà prossimamente pubblicata sulla homepage della SwissDRG SA.

Gruppo di articoli	Articolo	Componente dei costi
Medicamenti	Antibiotici	v10
	Sistemi di somministrazione farmacologica impiantabili	
	Antimicotici	
	Preparati di fattori della coagulazione per pazienti emofilici	
	Preparati ormonali	
	Immunostimolanti	
	Immunosoppressivi	
	Trombolitici	
	Anticorpi monoclonali	
	Proteine plasmatiche	
	Radiofarmaci	
	Terapia antitumorale adiuvante	
	Virustatici	
	Citochine	
Citostatici		
Prodotti sanguigni	Concentrati di eritrociti	v11
	Concentrati piastrinici	
	Concentrati piastrinici da aferesi	
	Concentrati piastrinici specifici per il paziente	
	Linfociti	
	Concentrati granulocitari	
Impianti	Fresh Frozen Plasma (FFP)	v12
	Protesi d'anca	
	Protesi di ginocchio	
	Endoprotesi tumorale	
	Altre protesi articolari	
	Impianti vertebrali	
	Impianti di bacino	
	Cemento osseo	
	Sostituti d'osso	
	Viti, chiodi, placche	
	Cuore artificiale con accessori	
	Sistemi di assistenza cardiaca ventricolare sinistra (LVAD) con accessori	
	Contropulsatore aortico (IABP) con accessori	
Stentgraft dell'aorta		
Protesi vascolari		

Gruppo di articoli	Articolo	Componente dei costi
Impianti	Stent coronarici a rilascio di sostanza medicamentosa	v12
	Altri stent coronarici	
	Pace-maker cardiaci con accessori	
	Defibrillatori con accessori	
	Stent vascolari	
	Sistemi di port	
	Coils	
	Valvole cardiache (anche materiali organici)	
	Stent gastrointestinali	
	Impianti per ossa craniche e facciali	
	Placche di ricostruzione mandibolare	
	Distrattori mandibolari	
	Neurostimolatore con accessori	
	Impianti cocleari	
	Cristallini	
	Protesi mammarie	
	Sostituti cutanei	
	Stimolatore vescicale con accessori	
	Sfintere vescicale artificiale	
	Protesi peniena	
Seeds		
Pace-maker diaframmatico con accessori		
Pompe per infusione di medicinali impiantabili con accessori		
Trapianti, cellule staminali da donatore		
Condrociti autologhi		
Materiale medicale	Cateteri radiopachi	v13
	Cateteri cardiaci	
	Cateteri per PTA	
	Cateteri angiografici	
	Set ECMO (incl. ossigenatore, pompa, ago percutaneo)	
	Set per immunoadsorbimento	
	Mezzi di contrasto speciali	
	Elettrodi speciali	
	Aghi speciali	

Allegato B

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.

Definizione

Test generali

- I file devono essere codificati con "ISO8859-1".
- Consistenza delle chiavi primarie (4.6.V01) in entrambi i file. Almeno il 90% dei file devono essere presenti sia nel file SM che nel file CC.

Dati della Statistica medica (SM)

- Estensione del file: *.dat o *.txt.
- Le variabili devono essere separate da barre verticali ("|").
- Riga MB: 50 colonne¹
- 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 doppioni e campi vuoti.
- Corrispondenza delle linee "MB" e "MD": Per tutti i codici ICD e CHOP, vale v16v01 = v42v010, 1.6.v02 = 4.2.v020, 1.6.v03 = 4.2.v030, ecc. Come nel formato della Statistica medica dell'UST vengono testati solo i primi 5 caratteri (soglia di tolleranza: 95%).
- Per ogni caso viene indicato lo stato DRG (variabile 4.8.V01).
- Il file deve contenere i pazienti rilevanti per la SwissDRG (4.8.v01 stato DRG = 1).
- I casi con dimissione all'interno del periodo di rilevazione devono avere una diagnosi principale (soglia di tolleranza: 95%).
- Indicazione del peso all'ammissione per tutti i bambini sotto i 12 mesi (soglia di tolleranza: 90%).
- Indicazione del peso alla nascita per tutti i neonati (soglia di tolleranza: 90%).
- Indicazione del sesso per ogni caso (soglia di tolleranza: 98%).
- Indicazione della classe di degenza per ogni caso (soglia di tolleranza: 98%).
- Indicazione del centro di costo principale (soglia di tolleranza: 95%).
- Indicazione della destinazione dopo l'uscita (soglia di tolleranza: 90%).
- Indicazione del caso statistico per ogni caso (soglia di tolleranza: 98%).
- Indicazione di una data di ammissione valida per ogni caso (soglia di tolleranza: 98%).
- Indicazione di un'età valida per ogni caso (soglia di tolleranza: 99%).
- 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).

¹ Viene accettata anche la riga MB con 90 colonne (30 diagnosi e trattamenti invece di 10). Si tratta del vecchio formato della riga MB, che continua ad essere accettato dall'UST.

Definizione

File dei costi per caso (CC)

- Estensione del file: *.dat o *.txt.
- Il file contiene 28 variabili.
- Le variabili sono separate da barre verticali ("|"). Ogni riga termina con una barra verticale. Il file contiene pertanto 28 barre verticali per ogni riga.
- Il file NON deve contenere nomi di variabili.
- Le variabili di costo possono contenere solo cifre e non lettere.
- Ogni caso deve presentare costi di utilizzazione delle immobilizzazioni (A1) (i valori negativi non sono tollerati).
- Ogni caso deve presentare i costi per l'insegnamento universitario e la ricerca (A2), se così indicato nel questionario (i valori negativi non sono tollerati).
- Chiave primaria nella 3^a colonna: non sono ammessi doppioni e campi vuoti.

Allegato C

Dettagli sul contenuto delle variabili della Statistica medica.

N.	Variabile	Descrizione	Formato
Riga MB (record minimo)			
1	0.1.V01	Genere di record	AN (2)
2	0.1.V02	Numero dello stabilimento (satellite RIS sanità)	AN (8)
3	0.1.V03	Codice NOGA	AN (5)
4	0.1.V04	Cantone	AN (2)
5	0.2.V01	Codice di collegamento anonimo	AN (16)
6	0.2.V02	Caratterizzazione del caso statistico	AN (1)
7	0.3.V01	Record neonato	N (1)
8	0.3.V02	Record psichiatria	N (1)
9	0.3.V03	Record gruppo di pazienti	N (1)
10	0.3.V04	Record cantonale	N (1)
11	1.1.V01	Sesso	N (1)
12	1.1.V02	Data di nascita (AAAAMMGG)	N (8)
13	1.1.V03	Età all'ammissione	N (3)
14	1.1.V04	Regione di domicilio	AN (4)
15	1.1.V05	Nazionalità	AN (3)
16	1.2.V01	Data e ora di ammissione (AAAAMMGGhh)	N (10)
17	1.2.V02	Luogo di soggiorno prima dell'ammissione	N (1)
18	1.2.V03	Genere di ricovero	N (1)
19	1.2.V04	Istanza ricoverante	N (1)
20	1.3.V01	Genere di trattamento	N (1)
21	1.3.V02	Classe	N (1)
22	1.3.V03	Ricovero in reparto cure intense (ore complete)	N (4)
23	1.3.V04	Congedo amministrativo e vacanze (ore complete)	N (4)
24	1.4.V01	Centro di costo principale	AN (4)
25	1.4.V02	Unità d'imputazione principale per le prestazioni dell'assicurazione di base	N (1)
26	1.5.V01	Data e ora di uscita (AAAAMMGGhh)	N (10)
27	1.5.V02	Decisione dell'uscita	N (1)
28	1.5.V03	Destinazione dopo l'uscita	N (1)
29	1.5.V04	Trattamento dopo l'uscita	N (1)
30	1.6.V01	Diagnosi principale	AN (5)
31	1.6.V02	Complemento alla diagnosi principale	AN (5)
32	1.6.V03	1 ^a diagnosi secondaria	AN (5)
33	1.6.V04	2 ^a diagnosi secondaria	AN (5)
34	1.6.V05	3 ^a diagnosi secondaria	AN (5)
35	1.6.V06	4 ^a diagnosi secondaria	AN (5)
36	1.6.V07	5 ^a diagnosi secondaria	AN (5)
37	1.6.V08	6 ^a diagnosi secondaria	AN (5)
38	1.6.V09	7 ^a diagnosi secondaria	AN (5)
...	1.6.V0...	...	AN (5)
39	1.6.V10	8 ^a diagnosi secondaria	AN (5)
40	1.7.V01	Trattamento principale	AN (5)
41	1.7.V02	Inizio del trattamento principale (AAAAMMGGhh)	N (10)
42	1.7.V03	1° trattamento supplementare	AN (5)
43	1.7.V04	2° trattamento supplementare	AN (5)
44	1.7.V05	3° trattamento supplementare	AN (5)
45	1.7.V06	4° trattamento supplementare	AN (5)
46	1.7.V07	5° trattamento supplementare	AN (5)
47	1.7.V08	6° trattamento supplementare	AN (5)
48	1.7.V09	7° trattamento supplementare	AN (5)
49	1.7.V10	8° trattamento supplementare	AN (5)
...	1.7.V...	...	AN (5)
50	1.7.V11	9° trattamento supplementare	AN (5)

N.	Variabile	Descrizione	Formato
Riga MN (record neonati)			
1	2.1.V01	Genere di record	AN (2)
2	2.1.V02	Numero interno del parto	N (4)
3	2.1.V03	Ora del parto (hhmm)	N (4)
4	2.2.V01	Stato vitale	N (1)
5	2.2.V02	Singolo/gemello	N (1)
6	2.2.V03	Rango in caso di parto plurigemino	N (1)
7	2.2.V04	Peso alla nascita (grammi)	N (4)
8	2.2.V05	Lunghezza	N (2)
9	2.2.V06	Malformazioni congenite	N (1)
10	2.2.V07	Trasferimento del bambino in un altro stabilimento	N (1)
11	2.3.V01	Data di nascita della madre (AAAAMMGG)	N (8)
12	2.3.V02	Età di gestazione 1 (settimane e giorni) (SSG)	N (3)
13	2.3.V03	Età di gestazione 2 (settimane e giorni) (SSG)	N (3)
14	2.3.V04	Numero totale di gravidanze precedenti	N (2)
15	2.3.V05	Numero di nati vivi precedenti	N (2)
16	2.3.V06	Numero di aborti spontanei o nati morti precedenti	N (2)
17	2.3.V07	Numero di interruzioni di gravidanza precedenti	N (2)
18	2.3.V08	Trasferimento della madre da un altro stabilimento	N (1)

N.	Variabile	Descrizione	Formato
Riga MD (dati complementari sui gruppi di pazienti)			
1	4.1.V01	Genere di record	AN (2)
2	4.1.V02	Ubicazione dell'ospedale	AN (4)
3	4.1.V03	Ubicazione dell'ospedale, campo di riserva	N (1)
4	4.2.V010	Diagnosi principale MD	AN (6)
5	4.2.V011	Lateralità della diagnosi principale MD	N (1)
6	4.2.V012	Attività tumorale della diagnosi principale MD	N (1)
7	4.2.V020	Complemento alla diagnosi principale MD	AN (6)
8	4.2.V030	1 ^a diagnosi secondaria MD	AN (6)
9	4.2.V031	Lateralità 1 ^a diagnosi secondaria	N (1)
10	4.2.V032	Attività tumorale 1 ^a diagnosi secondaria	N (1)
11	4.2.V040	2 ^a diagnosi secondaria MD	AN (6)
12	4.2.V041	Lateralità 2 ^a diagnosi secondaria	N (1)
13	4.2.V042	Attività tumorale 2 ^a diagnosi secondaria	N (1)
14	4.2.V050	3 ^a diagnosi secondaria MD	AN (6)
15	4.2.V051	Lateralità 3 ^a diagnosi secondaria	N (1)
16	4.2.V052	Attività tumorale 3 ^a diagnosi secondaria	N (1)
17	4.2.V060	4 ^a diagnosi secondaria MD	AN (6)
18	4.2.V061	Lateralità 4 ^a diagnosi secondaria	N (1)
19	4.2.V062	Attività tumorale 4 ^a diagnosi secondaria	N (1)
20	4.2.V070	5 ^a diagnosi secondaria MD	AN (6)
21	4.2.V071	Lateralità 5 ^a diagnosi secondaria	N (1)
22	4.2.V072	Attività tumorale 5 ^a diagnosi secondaria	N (1)
23	4.2.V080	6 ^a diagnosi secondaria MD	AN (6)
24	4.2.V081	Lateralità 6 ^a diagnosi secondaria	N (1)
25	4.2.V082	Attività tumorale 6 ^a diagnosi secondaria	N (1)
26	4.2.V090	7 ^a diagnosi secondaria MD	AN (6)
27	4.2.V091	Lateralità 7 ^a diagnosi secondaria	N (1)
28	4.2.V092	Attività tumorale 7 ^a diagnosi secondaria	N (1)
29	4.2.V100	8 ^a diagnosi secondaria MD	AN (6)
30	4.2.V101	Lateralità 8 ^a diagnosi secondaria	N (1)
31	4.2.V102	Attività tumorale 8 ^a diagnosi secondaria	N (1)
32	4.2.V110	9 ^a diagnosi secondaria MD	AN (6)
33	4.2.V111	Lateralità 9 ^a diagnosi secondaria	N (1)
34	4.2.V112	Attività tumorale 9 ^a diagnosi secondaria	N (1)
...	4.2.V... (...)
152	4.2.V510	49 ^a diagnosi secondaria MD	AN (6)
153	4.2.V511	Lateralità 49 ^a diagnosi secondaria	N (1)

N.	Variabile	Descrizione	Formato
Riga MD (dati complementari sui gruppi di pazienti), continuazione			
154	4.2.V512	Attività tumorale 49 ^a diagnosi secondaria	N (1)
155	4.3.V010	Trattamento principale MD	AN (6)
156	4.3.V011	Lateralità della diagnosi principale MD	N (1)
157	4.3.V015	Inizio del trattamento principale MD (AAAAMMGHh)	AN (10)
158	4.3.V016	Trattamenti ambulatoriali esterni, trattamento principale	N (1)
159	4.3.V017	Trattamenti ambulatoriali esterni, campo supplementare trattamento principale	AN (16)
160	4.3.V020	1 ^a trattamento secondario	AN (6)
161	4.3.V021	1 ^a trattamento secondario, lateralità	N (1)
162	4.3.V025	1 ^a trattamento secondario, inizio (AAAAMMGG)	AN (8)
163	4.3.V026	1 ^a trattamento secondario esterno	N (1)
164	4.3.V027	1 ^a trattamento secondario, campo supplementare	AN (16)
...	4.3.V... (...)
650	4.3.V1000	99 ^a trattamento secondario	AN (6)
651	4.3.V1001	99 ^a trattamento secondario, lateralità	N (1)
652	4.3.V1005	99 ^a trattamento secondario, inizio (AAAAMMGG)	AN (8)
653	4.3.V1006	99 ^a trattamento secondario esterno	N (1)
654	4.3.V1007	99 ^a trattamento secondario, campo supplementare	AN (16)
655	4.4.V01	Durata della respirazione artificiale (numero di ore)	N (5)
656	4.4.V02	Gravità della malattia acuta	N (3)
657	4.4.V03	Genere di punteggio	AN (1)
658	4.4.V04	NEMS, totale dei turni	AN (6)
659	4.4.V05	Campo di riserva SSMI 1	AN (6)
660	4.4.V06	Campo di riserva SSMI 2	AN (6)
661	4.5.V01	Peso all'ammissione (in grammi)	N (5)
662	4.5.V02	Circonferenza cranica alla nascita (in cm)	N (2)
663	4.6.V01	Numero del caso nella statistica dei costi	AN (16)
664	4.7.V01	1 ^a uscita intermedia (AAAAMMGG)	AN (8)
665	4.7.V02	1 ^a riammissione (AAAAMMGG)	AN (8)
666	4.7.V03	Motivo della 1 ^a riammissione	N (1)
667	4.7.V11	2 ^a uscita intermedia (AAAAMMGG)	AN (8)
668	4.7.V12	2 ^a riammissione (AAAAMMGG)	AN (8)
669	4.7.V13	Motivo della 2 ^a riammissione	N (1)
670	4.7.V21	3 ^a uscita intermedia (AAAAMMGG)	AN (8)
671	4.7.V22	3 ^a riammissione (AAAAMMGG)	AN (8)
672	4.7.V23	Motivo della 3 ^a riammissione	N (1)
673	4.7.V31	4 ^a uscita intermedia (AAAAMMGG)	AN (8)
674	4.7.V32	4 ^a riammissione (AAAAMMGG)	AN (8)
675	4.7.V33	Motivo della 4 ^a riammissione	N (1)
676	4.7.V41	Altre riammissioni	Bool (1)
677	4.8.V01	Stato DRG	Bool (1)
678	4.8.V02	Medicamento 1	AN (50)
679	4.8.V03	Medicamento 2	AN (50)
...	4.8.V...
691	4.8.V15	Medicamento 14	AN (50)
692	4.8.V16	Campo di riserva 16	AN (50)
...	4.8.V...
696	4.8.V20	Campo di riserva 20	AN (50)

Allegato D

Dettagli sul contenuto delle variabili dei costi per caso.

N. Variabile		Definizione			
Informazioni generali	1	RIS	Numero dello stabilimento (numero RIS)		
	2	Anno	Anno della data		
	3	4.6.V01	Numero del caso (vedi variabile nella riga 663 della riga MD)	[CHIAVE PRIMARIA]	
Costi singoli				Piano contabile H+	
	4	v10	Farmaci	400	
	5	v11	Sangue e prodotti sanguigni	400	
	6	v12	Impianti	401	
	7	v13	Materiale medicale	401	
	8	v14	Oneri per onorari dei medici, medici ospedalieri	380	
	9	v15	Oneri per onorari dei medici, medici accreditati (soggetti alle assicurazioni sociali)	381	
	10	v16	Oneri per onorari dei medici, medici accreditati (non soggetti alle assicurazioni sociali)	405*	
	11	v17	Oneri per certificati e perizie		
	12	v19	Altri costi singoli	403 + 404 + 405** + 480 + 485 + 486	
	Costi generali				Fornitore delle prestazioni
					Centri di costi obbligatori REKOLE®
13		v20	Sale operatorie	(20)	
14		v21	IPS e Intermediate Care (IC)	(24)	
15		v22	Pronto soccorso	(25)	
16		v23	Diagnostica per immagini e medicina nucleare	(26) + (28)	
17		v24	Laboratorio interno (incl. donazione sangue)	(29)	
18		v25	Emodialisi	(30)	
19		v26	Corpi medici	(31)	
20		v27	Terapie e consulenza non mediche (fisioterapia, ergoterapia, logopedia, consulenza nutrizionale, terapia di attivazione)	(32) + (33) + (34) + (35)	
21		v28	Diagnostica medica e terapeutica	(36)	
22		v29	Cura	(39)	
23		v30	Settore alberghiero	(41) + (42) + (43)	
24		v31	Sala parto	(27)	
25	v32	Anestesia	(23)		
26	v39	Altri fornitori di prestazioni	(44) + (45) + (10) + (77)***		
Altre variabili				Piano contabile H+	
	27	A1	Costi di utilizzazione delle immobilizzazioni totali (CUI)	442 + 444 + 448	
	28	A2	Insegnamento universitario e ricerca	-	

* Solo quota onorari del conto 405 (vedi REKOLE®, Piano contabile H+ 2014)

** Conto 405 senza oneri per onorari di medici per medici accreditati non soggetti alle assicurazioni sociali (vedi REKOLE®, Piano contabile H+ 2014)

*** Senza costi per i trasporti primari