



# Documentazione per la rilevazione dei dati 2017

Formato e contenuto dei dati

Processo di fornitura dei dati

Rilevazione dettagliata dei medicinali, impianti e procedimenti costosi

Versione del 04.01.2017	
-------------------------	--

## Sommario

<b>1. PANORAMICA DELLA RILEVAZIONE 2017 .....</b>	<b>3</b>
1.1. SCADENZE .....	3
1.2. CONTATTI .....	3
1.3. FORMATO .....	3
1.4. CODIFICA .....	3
1.5. LISTA ARTICOLI .....	4
1.6. RILEVAZIONE DETTAGLIATA .....	4
<b>2. TRASMISSIONE DEI DATI 2017 .....</b>	<b>4</b>
2.1. PRIMA FORNITURA DEI DATI DA PARTE DELL'OSPEDALE .....	4
2.2. TOOL PER L'UPLOAD .....	4
2.3. UPLOAD DEI DATI .....	4
<b>3. DELIMITAZIONI E METODO DI CALCOLO DEI COSTI PER CASO .....</b>	<b>5</b>
3.1. METODO PER UNITÀ FINALI D'IMPUTAZIONE E .....	5
3.2. COSTI IMPUTABILI .....	5
3.3. MEDICAMENTI E PRODOTTI SANGUIGNI .....	5
3.4. IMPIANTI E MATERIALE MEDICO .....	5
3.5. COSTI DI UTILIZZAZIONE DELLE IMMOBILIZZAZIONI (CUI) .....	6
3.6. INSEGNAMENTO UNIVERSITARIO E RICERCA .....	6
3.7. CASI CON CLASSE DI DEGENZA COMUNE, SEMI PRIVATA E PRIVATA .....	6
<b>4. DELIMITAZIONE DEI CASI .....</b>	<b>7</b>
4.1. DEFINIZIONE DEI CASI RILEVANTI PER LA SWISSDRG .....	7
<b>4.2. USCITE INTERMEDIE E RIAMMISSIONI .....</b>	<b>7</b>
4.3. TRASMISSIONE DI CASI RIUNITI .....	7
4.4. CASI DA FORNIRE .....	7
<b>5. FORMATO PER LA TRASMISSIONE DEI DATI .....</b>	<b>8</b>
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
<b>6. DOPO LA FORNITURA DEI DATI .....</b>	<b>12</b>
6.1. PLAUSIBILIZZAZIONE AUTOMATICA DEI DATI .....	12
6.2. NUOVA FORNITURA DEI DATI .....	12
<b>7. RILEVAZIONE DETTAGLIATA .....</b>	<b>13</b>
7.1. INFORMAZIONI GENERALI .....	13
7.2. PAGINA INIZIALE .....	14
7.3. MEDICAMENTI .....	14
7.4. IMPIANTI .....	14
7.5. TRATTAMENTI COSTOSI .....	15
7.6. CUORI ARTIFICIALI .....	17
7.7. PRESTAZIONI FINANZIATE DA TERZI .....	17
<b>8. PROTEZIONE DEI DATI .....</b>	<b>17</b>

<b>9. INDICAZIONE DELLE FONTI.....</b>	<b>17</b>
<b>10. CONTATTI .....</b>	<b>18</b>
<b>11. ALLEGATI .....</b>	<b>18</b>
ALLEGATO A .....	18
ALLEGATO B .....	19
ALLEGATO C .....	20
ALLEGATO D.....	20
<i>Nuovo formato del file dei costi per caso .....</i>	<i>20</i>
<i>Vecchio formato del file dei costi per caso .....</i>	<i>23</i>

## Elenco delle figure

Figure 1: Esempio Statistica medica.....	9
--	---

## 1. Panoramica della rilevazione 2017

### 1.1. Scadenze

- Lancio della rilevazione **01.03.2017**
- La rilevazione 2017 concerne i **dati dell'anno 2016**.
- I dati devono comprendere dati relativi ai costi e alle prestazioni.
- Per un accesso completo al feedback via Web (incl. le funzioni estese), i dati devono essere forniti entro il **30.04.2017**.
- Una fornitura completa dei dati deve essere compiuta **fino al 15.05.2017**. Ogni successiva fornitura è considerata come seconda consegna.
- **Dal 16.05.2017 al 31.05.2017 le seconde consegne** sono accettate solo se una prima fornitura è stata compiuta fino al 15.05.2017.
- Una volta trascorso tale termine non potranno più essere accettate forniture di dati.
- Gli ospedali che forniscono dati alla SwissDRG SA entro il **31.05.2017** 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](mailto:datenerhebung@swissdrg.org)

Signor Rémi Guidon

Tel. +41 (31) 544 12 26

Rilevazione dati: [datenerhebung@swissdrg.org](mailto:datenerhebung@swissdrg.org)

### 1.3. Formato

I dati della Statistica medica devono essere raccolti nello stesso formato come finora. Inoltre da 2016 in poi la variabile „età di gestazione“ (4.8.V16) deve essere raccolta. Per la Statistica medica questa variabile deve essere emessa in forma criptata. Al fine della SwissDRG SA la variabile deve essere trasmessa in forma non codificata, se possibile.

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. Va notato**, che per la fornitura 2017 (Dati 2016) il file dei costi per caso può essere trasmesso in due formati: Nel vecchio formato utilizzato finora (per es. Fornitura della rilevazione 2016), o nel nuovo formato (consigliato) che corrisponde al metodo di gestione della contabilità per unità finali di REKOLE®. Vedere allegato D.

### 1.4. Codifica

Codifica secondo le direttive dell'UST per i dati 2016, tra l'altro:

- Codici trattamento secondo **CHOP 2016**
- Codici diagnosi secondo **ICD-10 GM 2014**
- Manuale di codifica medica, **versione 2016**

### **1.5. Lista articoli**

La lista contenuta nell'allegato A precisa l'attribuzione dei costi di determinati prodotti alle rispettive componenti di costo. Per la rilevazione dei dati swissDRG 2017 fa fede la lista conciliata con REKOLE®. La lista è pubblicata sulla homepage della SwissDRG SA ([lista degli articoli per l'imputazione obbligatoria dei costi diretti](#)).

### **1.6. Rilevazione dettagliata**

La rilevazione dettagliata e la documentazione per la rilevazione rielaborata figurano nel capitolo 7 della documentazione attuale.

## **2. Trasmissione dei dati 2017**

### **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 successive informazioni vi preghiamo di rivolgervi a noi.

### **2.2. Tool per l'upload**

L'invio dei dati alla SwissDRG SA si effettua tramite un'interfaccia Web protetta ([interfaccia Web](#)). Tutta la comunicazione tra la SwissDRG SA e gli ospedali si esegue tramite tale interfaccia Web, la quale comprende espressamente anche 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 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 è 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 d'imputazione e

Ai fini della determinazione dei costi per caso la SwissDRG SA applica il metodo di gestione della contabilità per unità finali d'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 (v101, rispettivamente v10 dopo fornitura secondo rilevazione 2016) e,
- 2) prodotti sanguigni (v102, rispettivamente v11 dopo fornitura secondo rilevazione 2016)

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 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 gli 1'000 franchi per caso. La distinzione tra

- 1) materiale medico (v103, rispettivamente v13 dopo fornitura secondo rilevazione 2016) e
- 2) Impianti (v104, rispettivamente v12 dopo fornitura secondo rilevazione 2016)

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 utilizzazione delle immobilizzazioni (CUI)

I costi di utilizzo delle immobilizzazioni corrispondono ai conti 442, 444 del 448 del piano contabile H+. Il calcolo dei CUI per caso deve riflettere lo sfruttamento delle risorse effettivo dell'utilizzazione delle immobilizzazioni. Nel vecchio formato del file dei costi per caso i CUI ai costi totali connessi all'utilizzo degli impianti. Nel nuovo formato del file dei costi per caso i costi di utilizzo delle immobilizzazioni (CUI) sono indicati nei componenti dei costi corrispondenti all'interno dei costi generali.. Conformemente al nuovo formato del file dei costi per caso, per ogni variabile i costi generali sono dichiarati una volta senza CUI, et poi con la parte dei CUI della stessa variabile.

La SwissDRG SA richiede che i CUI siano 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](#)).

### 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 sono finanziati tramite il sistema SwissDRG. Tali costi devono pertanto essere esclusi dai costi per caso e, se possibile, indicati nelle variabili v430 o v431 (rispettivamente A2 dopo fornitura secondo rilevazione 2016). 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 con classe di degenza comune, semi privata e privata

Casi che secondo la variabile 1.3.V02 nella Statistica medica sono raccolti come con classe di degenza semi privati o privati, sono per principio utilizzati per lo sviluppo della struttura tariffaria. A condizione che sono esclusi dalla fornitura dei dati i costi aggiuntivi derivanti dalla classe di degenza. Idealmente è l'ospedale stesso che la fa prima dalla fornitura dei dati. Se non è il caso, SwissDRG SA deve applicare una riduzione approssimativa, che può portare a imprecisioni e nel caso estremo all'esclusione di casi. Ecco perché SwissDRG SA consiglia agli ospedali di eseguire gli adeguamenti necessari 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 fornisce tutti i casi che rientrano nel campo della somatica acuta, caratterizzati secondo la statistica medica come statistica **A** (Variabile 0.2.V02) e che presentano costi completi e rientrano nel campo di applicazione della SwissDRG (variabile 4.8.V01 = 1). I costi non sono considerati completi in particolare se:

- Per i 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, semi privata 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

Per la rilevazione dei dati 2017 sia il vecchio sia il nuovo formato SwissDRG per il file dei costi per caso sono ammessi. Il nuovo formato SwissDRG è il formato ufficiale della rilevazione dei dati SwissDRG e corrisponde al metodo di gestione della contabilità per unità finali di REKOLE® (fattore di coste) ([Mesures supplémentaires d'amélioration de la qualité des données](#)).

Nel formato SwissDRG sono 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:

Le prime due righe servono a identificare il file:

- 1a riga (riga MX = avviso di consegna): 9 colonne (identificatore della prima riga (MX), ☐ numero RIS, nome dello stabilimento, ☐ data di creazione dei record, Numero progressivo della consegna, data iniziale del periodo di rilevazione, ☐ data finale del periodo di rilevazione, righe totali del file, chiave di codifica)
- 2a riga (riga MB): riga MB speciale nella quale sono presenti solo la 1a e la 5a 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<sup>a</sup> 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 01.01.2016).
- 2<sup>a</sup> 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<sup>a</sup> 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 C. La sequenza delle righe dei dati del caso è fissata in modo tassativo. Vale la sequenza sopraindicata, considerando che la 2<sup>a</sup> riga (MN) deve essere indicata solo per i neonati.



## Esempi concreti:

- Antithrombin 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 "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.  
→ B01AB02; ; *modo di somministrazione* ; 2500 ; U
- 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 :  
→ B02BD02;Plas; *modo di somministrazione*;11000;IU per la forma „plasmatica“  
→ B02BD02;Rec; *modo di somministrazione*;IU per la forma „ricombinante“
- Sildenafil: il medicamento deve essere inserito solo in caso di "trattamento dell'ipertensione polmonare". L'unità di misura valida è il mg. Non vanno inserite informazioni supplementari.  
→ G04BE03; ; *modo di somministrazione*; 98; mg
- Voriconazol (Posaconazol): La specificazione distingue fra sospensione e pastiglia ed è da riempire solamente per una somministrazione orale. Non è prevista una restrizione.  
→ J02AC03;Susp;O;1000;mg sospensione orale  
→ J02AC03;Tab;O;1000;mg somministrazione orale ti pastiglie  
→ J02AC03;;IV;1000;mg somministrazione intravenosa

## Nota:

- 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 dell'Elenco delle specialità.
- A tale riguardo va notato, che i medicinali/sostanze Olanzapin (N05AH03), Risperidon (N05AX08), Aripiprazol (N05AX12), e Paliperidon (N05AX13) sono da rilevare solo nel ambito della struttura tariffaria TARPSY.

### 5.3. Costi per caso

#### 5.3.1. Formato

Il file dei costi per caso è rilevato dalla SwissDRG SA in un formato proprio nel quale ogni caso corrisponde a una riga del file. Affinché la trasmissione dei dati alla SwissDRG SA abbia successo, il file deve soddisfare i seguenti criteri dell'allegato B.

### 5.3.2. Variabili

Per la rilevazione 2017 (Dati 2016) sono ammessi due formati dei dati di costi:

#### 5.3.2.1. Nuovo formato del file dei costi per caso (secondo REKOLE®, vincolante a partire dalla rilevazione 2018)

Il file dei costi per caso contiene 80 variabili per ogni caso (63 variabili + 17 campi di riserva):

- 2 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).
- 61 variabili con i costi imputabili tra cui:
  - 11 componenti dei costi con i costi singoli (v101-v111);
  - 50 componenti dei costi con i costi dei centri di costo fornitori delle prestazioni secondo REKOLE® (v200-v501). Per ogni variabile i costi generali sono dichiarati una volta senza CUI, et poi con la parte dei CUI della stessa variabile.

#### 5.3.2.2. Vecchio formato del file dei costi per caso

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..

### 5.3.3. Stroke Unit

Secondo REKOLE® pagina 156 i costi per la Stroke Unit devono essere prenotati nei componenti di costi v230 o 231 (rispettivamente v21 dopo fornitura secondo rilevazione 2016).

### 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 v107 (rispettivamente v14 dopo fornitura secondo rilevazione 2016)
- onorari dei medici accreditati soggetti alle assicurazioni sociali (conto H+ 381) → componente v108 (rispettivamente v15 dopo fornitura secondo rilevazione 2016)
- onorari dei medici accreditati non soggetti alle assicurazioni sociali (parte del conto H+ 405 che contiene onorari) → componente v106 (rispettivamente v16 dopo fornitura secondo rilevazione 2016)

## 6. Dopo la fornitura dei dati

### 6.1. Plausibilizzazione automatica dei dati

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

- 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.

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..

Dopo il test tutti i casi sono stati evidenziati con l'assegnazione ad un tipo. Questi tipi di test hanno la significazione seguente per **la trasmissione effettiva** dei dati:

- Error  
I casi contenenti errori non vengono utilizzati per il calcolo della struttura tariffaria! Esaminare i casi, correggerli al bisogno e proceder a una nuova trasmissione.
- Warning  
Casi dubbi che potrebbero contenere errori di codifica o di altro tipo! Esaminare i casi, correggerli al bisogno e proceder a una nuova trasmissione.
- Info:  
Informazioni generali concernenti i dati forniti dall'ospedale. Nessun esame/correzione necessario.

SwissDRG SA si adopera a sviluppare costantemente la logica dei test. Nel caso che gli ospedali pensino che certi test della logica di test non funzionano correttamente o che devono essere riesaminati, possono segnalarlo nel campo "commento" del singolo test. **A tale riguardo va notato che i commenti al livello del caso o del test devono essere registrati direttamente nell'interfaccia Web. Un Upload del file .csv non è ancora possibile tecnicamente.**

### 6.2. Nuova fornitura dei dati

Tutti gli ospedali, che hanno fornito i dati **fino al 15.5.2017**, hanno la possibilità fino al 31.05.2017 di trasmettere 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

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

- Contengono 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.

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, incorporando 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.
- 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.<sup>1</sup>

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 medicamenti<sup>2</sup>, 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 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.

## 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“. 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.

<sup>1</sup> Fonte: HCI Solutions AG. Senza pretesa di completezza

<sup>2</sup> Le sostanze, che non figurano nella liste dei medicamenti, sono rilevate nei documenti della rilevazione dettagliata.

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 „Impianti – Schema prodotti“

#### 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	
<b>Risultato</b>			<b>30</b>	<b>733.33 CHF</b>	

## 7.5. 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 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:** 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.

Foglio di lavoro „trattamenti costosi – Schema costi“

**T7 Durata del trattamento con un sistema di assistenza cardiocircolatoria e respiratoria, con pompa, ossigenatore (incl. rimozione di CO<sub>2</sub>), 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	
Personale medico	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	
Pers. infermieristico	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 .

## 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 prenderci contatto.

## 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 1.1.2012, Neuchâtel, Ufficio federale di statistica.
4. Manuale REKOLE® – Contabilità analitica nell'ospedale, 4<sup>a</sup> edizione, 2013, Berna, H+ Gli ospedali svizzeri.
5. Piano contabile - 8<sup>a</sup> edizione, 2014, Berna, H+ Gli ospedali svizzeri.
6. 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:

Herr Ivan Jivkov                      Tel. +41 (31) 544 12 29  
[datenerhebung@swissdrg.org](mailto:datenerhebung@swissdrg.org)

Herr Rémi Guidon                      Tel. +41 (31) 544 12 26  
[datenerhebung@swissdrg.org](mailto:datenerhebung@swissdrg.org)

## 11. Allegati

### Allegato A

Il [lista degli articoli per l'imputazione obbligatoria dei costi diretti](#) precisa l'attribuzione dei costi di determinati prodotti alle rispettive componenti di costo.

## 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

- Estensione del file: \*.dat oder \*.txt
- I file devono essere codificati con "ISO8859-1".
- Le variabili devono essere separate da barre verticali (ASCII-Code 124: „|“)
- Il CRLF (ASCII-Codes 13 e 10) è utilizzato come salto di linea.
- L'ultima variabile di una linea **non** si finisce con una barra verticale.
- 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)

- 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.
- 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.
- Il file NON deve contenere nomi di variabili.
- I cifri non devono contenere formattazione come separatore delle migliaia, virgola alta, nessuno spazio intermedio etc..
- Il punto è utilizzato come separatore decimale (z.B. 1234.50).
- Certe variabili rimangono vuoti, se indicato nella descrizione.
- La chiave primaria nella seconda colonna corrisponde alla variabile 4.6.V01 della Statistica medica. Non sono ammessi doppi e campi vuoti
- Ogni caso deve presentare costi di utilizzazione delle immobilizzazioni (i valori negativi non sono tollerati).
- Ogni caso deve presentare i costi per l'insegnamento universitario e la ricerca (v430/v431, rispettivamente. A2 fornitura secondo rilevazione 2016)), se così indicato nel questionario (i valori negativi non sono tollerati)..

## Allegato C

Dettagli sul contenuto delle [variabili della Statistica medica valide dal 1.1.2016](#) disponibili sul sito.

**Nota:** La riga , 692 4.8.V16 età di gestazione\_12M AN(50) deve essere raccolta per la Statistica medica a partire della rilevazione 2017. Al fine della SwissDRG SA la variabile deve essere trasmessa in forma non codificata, se possibile.

## Allegato D

### Nuovo formato del file dei costi per caso

Dettagli sul contenuto delle variabili dei costi per caso.

N.	Variabile	Definizione	
<b>Informazioni generali</b>			
1	year	Anno dei data	
2	4.6.V01	Numero del caso (vedi variabile nella riga 663 della riga MD)	[CHIAVE PRIMARIA]
<b>Costi singoli</b>			<b>Piano contabile H+ <sup>2</sup></b>
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 et 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 dei pazienti da terzi	480
12	v110	Oltre prestazioni da terzi per i pazienti	485
13	v111	Oltre spese per pazienti	486
<b>Costi generali</b>			<b>Centri di costi obbligatori REKOLE®</b>
14	v200	Amministrazione dei pazienti, Costi generali exkl. CUI	(10)
15	v201	Amministrazione dei pazienti, CUI <sup>1</sup>	(10)
16	v210	Sale operatorie, Costi generali exkl. CUI	(20)
17	v211	Sale operatorie, CUI <sup>1</sup>	(20)
18		<i>rimane vuoto nel rilievo dell'anno in corso 2017</i>	
19		<i>rimane vuoto nel rilievo dell'anno in corso 2017</i>	
20	v220	Anestesia, Costi generali exkl. CUI	(23)
21	v221	Anestesia, CUI <sup>1</sup>	(23)
22	v230	IPS e Intermediate Care (IMC), Costi generali exkl. CUI	(24)
23	v231	IPS e Intermediate Care (IMC), CUI <sup>1</sup>	(24)
24		<i>rimane vuoto nel rilievo dell'anno in corso 2017</i>	
25		<i>rimane vuoto nel rilievo dell'anno in corso 2017</i>	

N.	Variabile	Definizione	
26		<i>rimane vuoto nel rilievo dell'anno in corso 2017</i>	
27		<i>rimane vuoto nel rilievo dell'anno in corso 2017</i>	
28		<i>rimane vuoto nel rilievo dell'anno in corso 2017</i>	
29		<i>rimane vuoto nel rilievo dell'anno in corso 2017</i>	
30	v250	Pronto soccorso, Costi generali exkl. CUI	(25)
31	v251	Pronto soccorso, CUI <sup>1</sup>	(25)
32		<i>rimane vuoto nel rilievo dell'anno in corso 2017</i>	
33		<i>rimane vuoto nel rilievo dell'anno in corso 2017</i>	
34	v260	Diagnostica per immagini, Costi generali. CUI esclusi	(26)
35	v261	Diagnostica per immagini, CUI <sup>1</sup>	(26)
36	v270	Sala da parto, Costi generali CUI esclusi	(27)
37	v271	Sala da parto, CUI <sup>1</sup>	(27)
38		<i>rimane vuoto nel rilievo dell'anno in corso 2017</i>	
39		<i>rimane vuoto nel rilievo dell'anno in corso 2017</i>	
40	v280	Medicina nucleare e radiooncologia, Costi generali CUI esclusi	(28)
41	v281	Medicina nucleare e radiooncologia, CUI <sup>1</sup>	(28)
42	v290	Laboratorio, Costi generali CUI esclusi	(29)
43	v291	Laboratorio, CUI <sup>1</sup>	(29)
44	v300	Dialisi, Costi generali CUI esclusi	(30)
45	v301	Dialisi, CUI <sup>1</sup>	(30)
46	v310	Corpi medici, attività 1-5, Costi generali exkl. CUI	(31)
47	v311	Corpi medici, attività 1-5, CUI <sup>1</sup>	(31)
48	v320	Fisioterapia, Costi generali CUI esclusi	(32)
49	v321	Fisioterapia, CUI <sup>1</sup>	(32)
50	v330	Ergoterapia, Costi generali CUI esclusi	(33)
51	v331	Ergoterapia, CUI <sup>1</sup>	(33)
52	v340	Logopedia, Costi generali CUI esclusi	(34)
53	v341	Logopedia, CUI <sup>1</sup>	(34)
54	v350	Terapie e consulenza non mediche, costi generali CUI esclusi	(35)
55	v351	Terapie e consulenza non mediche, CUI1	(35)
56	v360	Diagnostica medica e terapeutica, Costi generali CUI esclusi	(36)
57	v361	Diagnostica medica e terapeutica, CUI <sup>1</sup>	(36)
58		<i>rimane vuoto nel rilievo dell'anno in corso 2017</i>	
59		<i>rimane vuoto nel rilievo dell'anno in corso 2017</i>	
60	v370	Infermieristica, Costi generali CUI esclusi	(39)
61	v371	Infermieristica, CUI <sup>1</sup>	(39)
62	v380	Alberghi-stanze, Costi generali CUI esclusi	(41)
63	v381	Alberghi-stanze, CUI <sup>1</sup>	(41)
64	v390	Alberghi-cucina, Costi generali CUI esclusi	(42)

N.	Variabile	Definizione	
65	v391	Alberghi-cucina, CUI <sup>1</sup>	(42)
66	v400	Alberghi-servizio, Costi generali CUI esclusi	(43)
67	v401	Alberghi-servizio, CUI <sup>1</sup>	(43)
68	v410	Altri fornitori di prestazioni, Costi generali CUI esclusi	(44)
69	v411	Altri fornitori di prestazioni, CUI <sup>1</sup>	(44)
70	v420	Patologia, Costi generali CUI esclusi	(45)
71	v421	Patologia, CUI <sup>1</sup>	(45)
72	v430	Insegnamento universitario e ricerca, Costi generali CUI esclusi	(47)
73	v431	Insegnamento universitario e ricerca, CUI <sup>1</sup>	(47)
74	v440	Salvataggio e ambulanze (solo trasporti secondari), Costi generali CUI esclusi	(77)
75	v441	Salvataggio e ambulanze (solo trasporti secondari), CUI <sup>1</sup>	(77)
76	V500	Corpi medici, attività 6, Costi generali CUI esclusi (dal rilievo 2018 non più percepito in questa forma).	(31)
77	V501	Corpi medici, attività 6, CUI <sup>1</sup> (dal rilievo 2018 non più percepito in questa forma).	(31)
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) Conti H+ 442, 444, 448 (vedi REKOLE®, piano contabile H+, 2014)

2) I conti H+ 403 e 404 non sono più costi individuali nella contabilità per unità finali d'imputazione REKOLE. I costi sono compensati come costi generali

## Vecchio formato del file dei costi per caso

N°	Variabile	Definizione	
<b>Allgemeine Angaben</b>			
1	BUR	Numero dello stabilimento (numero RIS)	
2	year	Anno della data	
3	4.6.V01	Numero del caso (vedi variabile nella riga 663 della riga MD)	<b>[CHIAVE PRIMARIA]</b>
<b>Costi singoli</b>			<b>Piano contabile H+<sup>2</sup></b>
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
<b>Costi generali</b>			<b>Centri di costi obbligatori REKOLE®</b>
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)***
<b>Altre variabile</b>			<b>Piano contabile H+</b>
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)