



Documentazione per la
verifica dei dati nell'anno in corso 2018
(dati 2018)

Fa fede la versione in lingua tedesca

Versione del 14 agosto 2018

Le modifiche rispetto alla versione dell'anno precedente
sono evidenziate in verde.

Sommario

1. INFORMAZIONI GENERALI	3
1.1. MODIFICHE RISPETTO ALLA VERSIONE DELL'ANNO PRECEDENTE	3
1.2. SCADENZE	3
1.3. FORMATO E CONTENUTO DEI DATI.....	3
1.4. CODIFICA	3
1.5. LISTA DEI ARTICOLI	3
1.6. PROTEZIONE DEI DATI	3
1.7. CONTATTI	3
2. FORNITURA DEI DATI TRAMITE L'INTERFACCIA WEB.....	4
2.1. PRIMA FORNITURA DEI DATI DA PARTE DELL'OSPEDALE	4
2.2. TOOL PER L'UPLOAD	4
2.3. PROCESSO DI FORNITURA	4
3. DATI MEDICI E AMMINISTRATIVI DELL'UST (FILE SM)	5
3.1. CONTENUTO E FORMATO DEI DATI AMMINISTRATIVI	5
3.2. VARIABILI DELLA STATISTICA MEDICA	6
3.2.1. Numero del caso nella statistica dei costi per caso.....	6
3.2.2. Codice di collegamento anonimo.....	6
3.2.3. Caratterizzazione del caso statistico.....	6
3.2.4. Tariffe per la tariffazione	6
3.2.5. Diagnosi e trattamenti.....	6
3.2.6. Congedo.....	7
3.2.7. Condivisioni di casi, uscite intermedie e riammissioni	7
3.2.8. Rilevazione di medicinali e sostanze costosi.....	7
4. COSTI PER CASO.....	10
4.1. DELIMITAZIONI E METODO DI CALCOLO DEI COSTI PER CASO.....	10
4.1.1. Metodo di gestione della contabilità per unità finali di imputazione	10
4.1.2. Costi di utilizzo delle immobilizzazioni (CUI)	10
4.1.3. Costi completi (secondo REKOLE®).....	10
4.1.4. Costi imputabili	11
4.1.5. Farmaci/medicamenti e prodotti sanguigni	11
4.1.6. Impianti e materiale medico	11
4.1.7. Insegnamento universitario e ricerca.....	12
4.1.8. Casi della classe di degenza privata e semiprivata	12
4.1.9. Onorari dei medici.....	12
4.1.10. Stroke Unit	12
4.2. FILE DEI COSTI PER CASO NEL FORMATO ADATTATO ALL'ESTRATTO DELL'UNITÀ FINALE D'IMPUTAZIONE REKOLE® (VINCOLANTE DALLA RILEVAZIONE 2018)	13
5. DOPO LA FORNITURA DEI DATI	14
5.1. PLAUSIBILIZZAZIONE AUTOMATICA DEI DATI	14
5.2. NUOVA FORNITURA DEI DATI.....	14
6. INDICAZIONE DELLE FONTI.....	15

ALLEGATI.....	16
ALLEGATO A	LISTA DEGLI ARTICOLI PER L'IMPUTAZIONE OBBLIGATORIA DEI COSTI DIRETTI 16
ALLEGATO B	VARIABILI DELLA STATISTICA MEDICA 16
ALLEGATO C	REQUISITI MINIMI 17
ALLEGATO D	COSTI PER CASO SECONDO IL METODO DI GESTIONE DELLA CONTABILITÀ PER UNITÀ FINALI DI IMPUTAZIONE
REKOLE®	19

Elenco delle figure

Figura 1	Esempio de la Statistica medica 5
Figura 2	Formato di rilevazione dei medicinali/delle sostanze molto costosi 9

1. Informazioni generali

1.1. Modifiche rispetto alla versione dell'anno precedente

Nella revisione della struttura della documentazione della rilevazione, alcuni capitoli sono stati spostati e altri consolidati, però nonostante le informazioni complementari i requisiti sono rimasti uguali. Nuovi contenuti sono evidenziati in verde.

1.2. Scadenze

- I dati possono essere forniti dallo **01.10.2018 fino al 02.11.2018**.

1.3. Formato e contenuto dei dati

- I dati SwissDRG 2018 devono comprendere dati relativi ai costi e alle prestazioni (file MS e file dei costi per caso). **Per la verifica dei dati nell'anno in corso 2018, i dati relativi ai costi possono essere forniti anche senza i costi di utilizzazione delle immobilizzazioni.**
- **La verifica dei dati nell'anno in corso 2018 concerne i dati dell'anno 2018.**
- L'invio dei dati alla SwissDRG SA viene effettuato tramite un'interfaccia Web protetta.
- I requisiti dell'Allegato C vanno intesi come requisiti minimi che i file devono soddisfare.
- Il file dei costi per caso deve essere trasmesso nel formato adattato all'estratto dell'unità finale d'imputazione REKOLE® (vedi Allegato D).

1.4. Codifica

Codifica secondo le direttive dell'UST per i dati 2018, tra l'altro:

- Codici trattamento secondo **CHOP 2018**
- Codici diagnosi secondo **ICD-10-GM 2016**
- Manuale di codifica medica, **versione 2018**

1.5. Lista dei articoli

La lista dei articoli precisa l'attribuzione dei costi di determinati prodotti alle rispettive componenti dei costi. Ai fini della verifica dei dati SwissDRG nell'anno in corso 2018 (dati 2018) è determinante la lista conciliata con REKOLE® (vedi Allegato A).

1.6. 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.

1.7. Contatti

- Signora Beatrice Balmer: datenerhebung@swissdrg.org, 031 544 12 27
- **Questioni di codificazione:** codeinfo@bfs.admin.ch, 058 463 67 00

2. Fornitura dei dati tramite l'interfaccia Web

2.1. Prima fornitura dei dati da parte dell'ospedale

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

2.2. Tool per l'upload

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

2.3. Processo di fornitura

Il processo di fornitura si compone sostanzialmente delle fasi seguenti:

- Inserimento nel questionario delle informazioni specifiche per l'ospedale, per esempio il modo di registrazione dei costi.
- Caricamento dei dati relativi ai costi e alle prestazioni mediante l'interfaccia Web; per il formato dei dati potete consultare gli allegati della presente documentazione. Qualora i dati e i file da inviare non soddisfino i requisiti, la trasmissione verrà interrotta.
- Ricevimento di uno dei due feedback possibili riguardo ai record di dati caricati:
 - «I risultati della plausibilizzazione sono pronti:»
 - «La vostra consegna contiene errori. Al riepilogo degli errori:»
- **Una volta effettuata la validazione con successo, l'ospedale ha la possibilità di correggere i casi contrassegnati con «errore». In questo caso caricate nuovamente tutti i file.**
- Dopo una fornitura valida e completa, l'ospedale ha la possibilità di motivare i casi trasmessi che vengono valutati non plausibili e pertanto contrassegnati con «errore».
- **Importante: La consegna è completa solo quando lo status visualizzato della consegna è «plausibilizzata».**

3. Dati medici e amministrativi dell'UST (file SM)

Per quanto concerne i dati medico-amministrativi, si tratta dei dati medici ed amministrativi che le cliniche devono già obbligatoriamente rilevare per la Statistica medica dei ospedali dell'UST.

3.1. Contenuto e formato dei dati amministrativi

Per la fornitura dei dati alla SwissDRG SA, essi devono soddisfare i requisiti e definizioni dell'UST. I dettagli sulle singole variabili sono indicati nella specificazione delle [Variabili della Statistica medica](#) (vedi Allegato B).

Il file da fornire corrisponde al file della Statistica medica. Il file SM deve soddisfare i criteri minimi secondo quanto indicato nell'Allegato C. Il file SM ha le seguenti caratteristiche.

Le prime due righe servono a identificare il file:

- riga MX (avviso di consegna): 9 colonne (1 identificatore della prima riga (MX), 2 numero RIS, 3 nome dello stabilimento, 4 data di creazione dei record, 5 numero progressivo della consegna, 6 data iniziale del periodo di rilevazione, 7 data finale del periodo di rilevazione, 8 righe totali del file, 9 chiave di codifica);
- riga MB (2ª riga): 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 diverse righe successive:

- 1ª riga (riga MB, record minimo): 50 campi. Contiene 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;
- 2ª riga (riga MN, dati aggiuntivi neonati): 18 campi che contengono i dati aggiuntivi nonati. Contiene le variabili da 2.1.V01 a 2.3.V08 della Statistica medica; Questa riga è necessaria solo per i neonati.
- 3ª 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.

Figura 1 Esempio de la Statistica medica



Le variabili devono essere separate da barre verticali (codice ASCII 124: « | »).

3.2. Variabili della Statistica medica

I variabili più importanti sono i seguenti, senza alcuna pretesa di completezza.

3.2.1. Numero del caso nella statistica dei costi per caso

Il collegamento tra i diversi record di dati viene creato con la chiave primaria 4.6.V01 *Numero del caso* nella statistica dei costi per caso della Statistica medica (variabile 4.6.V01 della riga MD 663). Deve essere compilata obbligatoriamente e deve essere presente in tutti i record di dati. Di conseguenza la fornitura dei dati medico-amministrativi UST contiene anche la riga MD. La variabile 4.6.V01 deve essere univoca e anonima.

3.2.2. Codice di collegamento anonimo

Il collegamento tra diversi ricoveri di uno stesso paziente nella stessa clinica è garantito mediante la variabile 0.2.V01 *Codice di collegamento anonimo* del record di dati minimo. Tale variabile deve essere obbligatoriamente codificata.

3.2.3. Caratterizzazione del caso statistico

Gli ospedali forniscono alla SwissDRG SA i dati di ogni caso di ricovero in ospedale¹ la cui uscita ha avuto luogo nell'anno di rilevazione (Variabile 0.2.V02 *Caratterizzazione del caso statistico*, valore= A).

3.2.4. Tariffe per la tariffazione

Secondo le direttive dell'UST la variabile 4.8.V01 *Tariffe per la tariffazione* deve ora essere codificata nella riga MD. Per la rilevazione dei dati SwissDRG la variabile deve essere obbligatoriamente rilevata. Serve fra l'altro nello sviluppo della struttura tariffale ad identificare i casi rilevanti per la singola struttura tariffale.

Per la rilevazione dei dati SwissDRG questa variabile deve essere obbligatoriamente rilevata con l'iscrizione 1 o 2. Inoltre vengono fornite tutti i casi che rientrano nel settore riabilitazione precoce, cure palliative o paraplegici, presentano costi completi e che sono irrilevanti per SwissDRG. **Questi casi devono essere forniti indipendentemente dell'iscrizione nella variabile 4.8V01.**

3.2.5. Diagnosi e trattamenti

Secondo le direttive dell'UST, le diagnosi e i trattamenti devono essere codificati nelle variabili della Statistica medica 4.2 rispettivamente 4.3 della riga MD. Inoltre, le prime nove diagnosi e i dieci relativi trattamenti devono essere codificati nelle variabili 1.6 rispettivamente 1.7 della riga MB. Secondo le direttive dell'UST per i dati 2018, i codici di trattamento vanno codificati secondo la Classificazione Svizzera degli Interventi Chirurgici 2018.

¹ Per la definizione dei casi stazionari vale quanto indicato nel documento «Regole e definizioni per la fatturazione dei casi», nonché la spiegazione per i trasferimenti.

Oltre alla concezione, considerate anche le direttive (fogli informativi, manuale per la codifica, circolari) e le classificazioni (ICD, CHOP) di volta in volta del UST in vigore per l'anno di dati 2018.

3.2.6. *Congedo*

Secondo le direttive dell'UST, tutte le assenze di un paziente di durata superiore a 24 ore, permanendo la prenotazione di un letto, devono essere codificate come congedo amministrativo sotto la variabile 1.3.V04 *Congedo amministrativo & vacanze* della Statistica medica. La variabile 1.3.V04 deve essere obbligatoriamente compilata secondo le direttive dell'UST (regola delle 24 ore). Per la rilevazione dei dati non è ammessa nessuna altra regolamentazione. Il dato deve contenere il totale complessivo in ore. Ciò riguarda sia le assenze per vacanza che le prove di reintegrazione nella vita quotidiana in psichiatria. I costi AOMS che si generano durante tali assenze vengono registrati nel caso in questione.

3.2.7. *Condivisioni di casi, uscite intermedie e riammissioni*

Per i dati 2018 una condivisione di casi è obbligatoria secondo le «Regole e definizioni per la fatturazione dei casi». Se l'ospedale condivide casi, le singole uscite intermedie e riammissioni devono essere rilevate sulla base delle variabili da 4.7.V01 a 4.7.V33 e da 4.8.V17 a 4.8.V20 della Statistica medica. I casi che per riammissione o trasferimento devono essere condivisi, devono essere trasmesso come caso singolo in ogni file.

3.2.8. *Rilevazione di medicinali e sostanze costosi*

Nelle variabili da 4.8.V01 a 4.8.V16 della Statistica medica (campi da 677 a 692 della riga MD) devono essere rilevati **tutti** i medicinali/le sostanze elencati nella «[Lista dei medicinali/delle sostanze rilevabili nella Statistica medica](#)». L'elenco comprende anche medicinali o sostanze introdotti specificamente per TARPSY. Questi dati servono di base per gli 'analisi e il calcolo di possibili remunerazioni supplementari. Per la rilevazione dei medicinali/delle sostanze è necessario rispettare le direttive del «[Foglio tecnico complementare](#)». Inoltre vanno considerati i seguenti punti:

Dose

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

Unità

- I medicinali devono essere rilevati obbligatoriamente nelle unità di misura previste nella *lista dei medicinali/delle sostanze rilevabili nella Statistica medica*. Va considerato che NON sono permessi multipli di un'unità.
- Le unità devono essere tassativamente indicate come previsto nel *foglio tecnico complementare*. Non sono consentite altre abbreviazioni o grafie.

Modo di somministrazione

- Il modo di somministrazione deve essere indicato per ogni medicamento.
- I modi di somministrazione devono essere tassativamente indicati come previsto nel *foglio tecnico complementare*. Anche in questo caso non sono consentite altre abbreviazioni o grafie.

Limitazione

- Se secondo la *lista dei medicinali/delle sostanze rilevabili nella Statistica medica* è prevista esplicitamente una limitazione, il medicamento deve essere indicato solo per i relativi casi.

Informazioni supplementari

- Le informazioni supplementari devono essere rilevate solo per i medicinali per i quali ciò è previsto e pertinente secondo la *lista dei medicinali/delle sostanze rilevabili nella Statistica medica*. Per tutti gli altri medicinali tale campo resta vuoto.

Esempi concreti

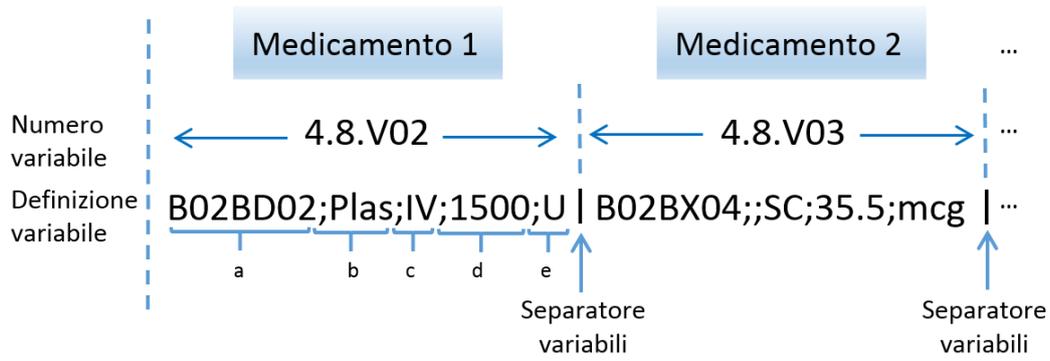
- Antitrombina III: il codice ATC deve essere inserito nell'unità di misura U senza limitazioni relative a modo di somministrazione o indicazione (dato che la colonna «Limitazione» è vuota). Deve essere tuttavia indicato il modo di somministrazione in questione. Dato che «Informazioni supplementari da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

Nota

- Per la rilevazione dei medicinali molto costosi è determinante esclusivamente la somministrazione (ospedaliera), indipendentemente da eventuali limitazioni relative all'indicazione o all'assunzione dei costi della lista della specialità.
- Va inoltre osservato che certi medicinali o sostanze caratterizzati sono da rilevare solo nel campo di applicazione della struttura tariffaria TARPSY.

Come separatore tra i singoli segmenti va utilizzato il punto e virgola (ASCII 59), tra le variabili il simbolo della barra verticale (ASCII 124). Vedi Figura 2 del [foglio tecnico complementare](#).

Figura 2 Formato di rilevazione dei medicinali/delle sostanze molto costosi



4. Costi per caso

4.1. Delimitazioni e metodo di calcolo dei costi per caso

Base per la determinazione dei costi per caso è la contabilità di esercizio secondo REKOLE[®], la quale si compone del manuale REKOLE[®] - «Contabilità analitica nell'ospedale» e delle decisioni della Commissione di specialisti in Contabilità e controllo (REK) che non siano considerate nella più recente versione del manuale.

I seguenti dati sulle delimitazioni e il metodo di calcolo dei costi per caso evidenziano quelli che secondo il punto di vista della SwissDRG SA sono i punti essenziali, senza alcuna pretesa di completezza.

4.1.1. Metodo di gestione della contabilità 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[®].

4.1.2. Costi di utilizzo delle immobilizzazioni (CUI)

La SwissDRG SA richiede che i CUI vengano calcolati secondo il metodo descritto in REKOLE[®]. Come aiuto, sul sito Web della SwissDRG SA è disponibile il documento «[Parametri e regole per determinare i costi di utilizzo delle immobilizzazioni \(CUI\) secondo REKOLE[®]](#)».

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

4.1.3. Costi completi (secondo REKOLE[®])

L'ospedale trasmette tutti i casi che rientrano nell'ambito della somatica acuta², che nell'anno della rilevazione sono stati dimessi e presentano **costi completi**. I costi non vengono considerati completi in particolare se:

- per gli *outlier* 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, ecc.).

²Per la definizione di casi ospedalieri vedi «Regole e definizioni per la fatturazione dei casi in conformità».

4.1.4. 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 pazienti³, 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.

4.1.5. Farmaci/medicamenti e prodotti sanguigni

I medicinali e i prodotti sanguigni devono essere conteggiati per quanto possibile come costi singoli (vedi REKOLE®). Come minimo tuttavia tutti quelli i cui costi complessivi superano i 200 franchi per caso.

La distinzione tra

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

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

La lista di articoli per l'imputazione dei costi diretti obbligatoria spiega come vanno inseriti i rispettivi prodotti (vedi allegato A).

4.1.6. 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®). Come minimo tuttavia tutti quelli i cui costi complessivi superano i 200 franchi o 50 franchi per gli impianti per caso.

La distinzione tra

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

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

La lista di articoli per l'imputazione dei costi diretti obbligatoria contiene una lista che spiega come vanno inseriti i rispettivi prodotti (vedi Allegato A).

³ Ad es. televisione, acqua minerale, ecc.

³ Ad es. caffetteria o altri servizi al personale o a terzi

4.1.7. *Insegnamento universitario e ricerca*

Secondo le disposizioni di legge (LAMal art. 49 e OCPre art. 7), i costi per l'insegnamento universitario e la ricerca sono definiti come costi non imputabili ai costi di caso pertinenti per l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie. Questi costi corrispondono a prestazione di servizio pubblico e – nella contabilità analitica negli ospedali– sono attribuiti a sostenitori di costi specifici. I costi di casi trasmessi non devono contenere costi per l'insegnamento universitario e la ricerca. L'imputazione di questi costi sul caso amministrativo non è ammissibile secondo REKOLE®.

I componenti di costi SwissDRG v430 e v431 del formato REKOLE® devono dunque rimanere vuoti (vedi Allegato D). Qualora non sia possibile escludere i costi per l'insegnamento universitario e la ricerca dai costi per caso, **l'ospedale non esegue alcuna modifica e documenta la situazione nel questionario alla voce corrispondente.**

4.1.8. *Casi della classe di degenza privata e semiprivata*

I casi ai quali, secondo la variabile 1.3.V02 della Statistica medica, è attribuita la classe di degenza privata o semiprivata vengono utilizzati in linea di principio per l'ulteriore sviluppo della struttura tariffaria. Presupposto affinché ciò sia possibile è tuttavia che **i costi per caso vengano depurati dei costi correlati alla classe di degenza** (ad es. onorari privati dei medici dell'ospedale, quota degli onorari privati dei medici accreditati).⁴ **Idealmente a farlo è l'ospedale stesso prima della fornitura dei dati.**

In caso contrario, la SwissDRG SA deve effettuare una detrazione approssimativa il che può comportare inesattezze e, nei casi estremi, esclusioni di casi. Per questo motivo la SwissDRG SA consiglia agli ospedali di effettuare le relative modifiche già prima dell'upload dei dati. Agli ospedali viene richiesto di escludere dalla fornitura dei dati i costi aggiuntivi derivanti dalla classe di degenza. La modifica deve essere documentata nel questionario relativo alla fornitura dei dati.

4.1.9. *Onorari dei medici*

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

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

4.1.10. *Stroke Unit*

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

⁴ Per la depurazione dei costi aggiuntivi dovuti alla classe di degenza, vedi [ITAR K](#), Modello integrato di allestimento delle tariffe sulla base della contabilità analitica per unità finali d'imputazione.

4.2. File dei costi per caso nel formato adattato all'estratto dell'unità finale d'imputazione REKOLE® (vincolante dalla rilevazione 2018)

Il formato del file dei costi per caso corrisponde al metodo di gestione della contabilità per unità finali di REKOLE®, per un'elaborazione migliore la SwissDRG SA rileva in un formato proprio ([Misure supplementari per il miglioramento della qualità dei dati](#)). Il formato del file dei costi per caso è vincolante dalla rilevazione 2018.

Per la verifica dei dati nell'anno in corso 2018 (Dati 2018) il formato seguente dei dati di costi è accettato:

- Una riga del file dei costi per caso corrisponde a un caso
- File dei costi per caso contiene 80 variabili per caso (73 Variabili + 7 campi di riserva)
- Anno di dati nel 1 campo
- Numero del caso (= chiave primaria) nel secondo campo. Corrisponde alla variabile 4.6.V01 della statistica medica). Non sono possibili doppioni e campi vuoti.
- 71 variabili con i costi imputabili tra cui:
 - 11 componenti dei costi con i costi singoli (v101-v111);
 - 60 componenti dei costi con i costi dei centri di costo fornitori delle prestazioni secondo REKOLE® (v200-v421, v440-v441). Tali componenti dei costi devono essere indicate una volta i costi comuni escludendo i CUI, una volta indicate la parte di CUI per tali componenti dei costi.

Perché la trasmissione dei dati alla SwissDRG SA abbia successo, il file deve soddisfare i requisiti minimi secondo l'Allegato C. I dettagli sulle singole variabili sono indicati nell'Allegato D.

5. Dopo la fornitura dei dati

5.1. Plausibilizzazione automatica dei dati

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

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

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

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

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

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

5.2. Nuova fornitura dei dati

Fino alla scadenza del termine per l'invio, tutti gli ospedali hanno la possibilità di trasmettere in qualsiasi momento alla SwissDRG SA un nuovo o corretto record di dati (file SM o file dei costi per caso), 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.

6. Indicazione delle fonti

H+ Gli ospedali svizzeri (2013). Manuale REKOLE® – Contabilità analitica nell'ospedale, 4^a edizione, 2013, Berna.

H+ Gli ospedali svizzeri (2014). Piano contabile - 8a edizione, 2014, Berna. Il Consiglio federale svizzero (2002). Ordinanza 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]. URL: <https://www.admin.ch/opc/it/classified-compilation/20021333/index.html>, [Versione 13.08.2018].

L'Assemblea federale della Confederazione Svizzera (1994). Legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal), [RS 832.10]. URL: <https://www.admin.ch/opc/it/classified-compilation/19940073/index.html>, [Versione 13.08.2018].

SwissDRG SA (2018). Regole e definizioni per la fatturazione dei casi in conformità a SwissDRG. Valido a decorrere dal 1.1.2018. URL: <https://www.swissdrg.org/it/somatica-acuta/sistema-802019/regole-e-definizioni>, [Versione 13.08.2018].

UST (2018). Manuale di codifica medica. Le linee guida ufficiali delle regole di codifica in Svizzera. Versione 2018. Neuchâtel, Ufficio federale di statistica. URL: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/it/home/statistiche/salute/nomenclature/medkk/strumenti-codifica-medica.assetdetail.3482647.html>, [Versione 13.08.2018]

UST (2018). Classificazione Svizzera degli Interventi Chirurgici (CHOP) - Indice sistematico - Versione 2018. Neuchâtel, Ufficio federale di statistica. URL: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/it/home/statistiche/salute/nomenclature/medkk/strumenti-codifica-medica.assetdetail.1940913.html>, [Versione 13.08.2018].

UST (2018). Statistica medica degli stabilimenti ospedalieri. – Variabili della statistica medica. Specifiche vevolevoli a partire dal 1.1.2018. Neuchâtel, Ufficio federale di statistica. URL: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/it/home/statistiche/salute/rilevazioni/ms.assetdetail.4242273.html>, [Versione 13.08.2018].

Allegati

Allegato A Lista degli articoli per l'imputazione obbligatoria dei costi diretti

Mediante il seguente link è possibile scaricare la [lista degli articoli per l'imputazione obbligatoria dei costi diretti](#), che precisa l'attribuzione dei costi di determinati prodotti alle rispettive componenti dei costi. Questa lista si trova sul sito SwissDRG SA > rilevazione dei dati.

Allegato B Variabili della Statistica medica

Mediante il seguente link è possibile scaricare la specifica delle [Variabili della Statistica medica](#), valida dal 1.1.2018.

Allegato C Requisiti minimi

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

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

Definizione
Test generali
<input type="checkbox"/> Estensione del file: *.dat o *.txt
<input type="checkbox"/> I file devono essere codificati con «ISO8859-1».
<input type="checkbox"/> I file devono essere inviati in formato di testo (ASCII).
<input type="checkbox"/> Le variabili devono essere separate da barre verticali (codice ASCII 124: « »).
<input type="checkbox"/> Come «a capo» si utilizza il CRLF (codici ASCII 13 e 10).
<input type="checkbox"/> Consistenza delle chiavi primarie (4.6.V01) in entrambi i file. I casi presenti in uno solo file non possono essere plausibilizzati e inseriti nella banca dati. Non sono possibili dopponi e campi vuoti.
Dati della Statistica medica (SM)
<input type="checkbox"/> Riga MB: 50 colonne, 50 x « »
<input type="checkbox"/> Riga MN: 18 colonne, 18 x « »
<input type="checkbox"/> Riga MD: 696 colonne, 696 x « »
<input type="checkbox"/> L'ultima variabile di una linea deve finire con una barra verticale (codice ASCII 124: « »).
<input type="checkbox"/> Il numero RIS nella riga MX deve essere codificato obbligatoriamente.
<input type="checkbox"/> Le righe devono essere codificate nella sequenza MB, MN, MP, MD, MK, considerando che sono ammesse righe mancanti (non inserire righe vuote !).
<input type="checkbox"/> Gli variabili 0.3.V01, 0.3.V02, 0.3.V03 e 0.3.V04 devono essere codificate con 0 o 1. Se è stato codificato il valore 1 deve seguire la riga corrispondente (MN, MP, MD o MK), se è stato codificato 0 la relativa riga non deve essere presente.
<input type="checkbox"/> Corrispondenza delle linee «MB» e «MD»: Per tutti i codici ICD e CHOP, vale 1.6.V01 = 4.2.V010, 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.
<input type="checkbox"/> 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 dopponi e campi vuoti.
<input type="checkbox"/> La variabile 0.2.V01 <i>Codice di collegamento anonimo</i> deve essere codificata obbligatoriamente e questa variabile deve essere codificata con 16 caratteri alfanumerici;
<input type="checkbox"/> La definizione delle seguenti variabili (N° var.) deve essere obbligatoriamente rispettata: 0.2.V02, 1.1.V01, 1.1.V02, 1.1.V03, 1.2.V01, 1.2.V02, 1.2.V03, 1.3.V01, 1.3.V02, 1.3.V03, 1.3.V04, 1.4.V01, 1.5.V01, 1.5.V02, 1.5.V03, 4.5.V01, 4.7.V01, 4.7.V02, 4.7.V11, 4.7.V12, 4.7.V21, 4.7.V22, 4.7.V31, 4.7.V32., 4.8.V01.
<input type="checkbox"/> 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).
<input type="checkbox"/> Il file non deve contenere dati relativi ai medicinali non validi (4.8.V02 - 4.8.V15, medicamento 1 - 14, numeri delle variabili 678 - 691).

File dei costi per caso (CC)

- Ogni riga del file dei costi per caso corrisponde a un caso.
- Il file contiene 80 variabili.
- Il file non deve contenere nomi di variabili.
- Le variabili devono essere separate da barre verticali (« | »).
- L'ultima variabile di una linea non finisce con una barra verticale « | ». Il file contiene pertanto 79 barre verticali per ogni riga.
- Le variabili di costo possono contenere solo cifre e non lettere.
- Le cifre non devono contenere formattazioni come separatore delle migliaia, apostrofo, spazi ecc.
- Come separatore dei decimali viene utilizzato il punto (ad es. 1234.50).
- La chiave primaria nella seconda colonna corrisponde alla variabile 4.6.V01 della Statistica medica. Qui non sono ammessi doppioni e campi vuoti.
- Ogni caso deve presentare costi di utilizzo delle immobilizzazioni. **Non vengono tollerati valori negativi.**
- Certe variabili (campi di riserva) devono rimanere vuote, se indicato nella descrizione.
- Tutti i campi di riserva (campi 72-73, 76-80) devono rimanere vuoti.

Allegato D Costi per caso secondo il metodo di gestione della contabilità per unità finali di imputazione REKOLE®

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

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

N°	Variabile	Definizione	
Costi generali			
			Centri di costo obbligatori REKOLE®
67	v401	Servizi alberghieri-servizio, CUI ¹	(43)
68	v410	Altri fornitori di prestazioni, costi generali escl. CUI	(44)
69	v411	Altri fornitori di prestazioni, ANK ¹	(44)
70	v420	Patologia, costi generali escl. CUI	(45)
71	v421	Patologia, CUI ¹	(45)
72	v430	Insegnamento universitario e ricerca CUI esclusi³	(47)
73	v431	Insegnamento universitario e ricerca CUI	(47)
74	v440	Salvataggio e ambulanze (solo trasporti secondari), costi generali CUI esclusi	(77)
75	v441	Salvataggio e ambulanze (solo trasporti secondari), CUI ¹	(77)
Campi di riserva			
76		<i>Campo di riserva, lasciare vuoto</i>	
77		<i>Campo di riserva, lasciare vuoto</i>	
78		<i>Campo di riserva, lasciare vuoto</i>	
79		<i>Campo di riserva, lasciare vuoto</i>	
80		<i>Campo di riserva, lasciare vuoto</i>	

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

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

3) I costi per l'insegnamento universitario e la ricerca non possono essere imputati sul caso secondo REKOLE®. I componenti di costi SwissDRG v430 e v431 del formato REKOLE® devono dunque rimanere vuoti.