



Documentazione sulla rilevazione dei dati SwissDRG 2020 (dati 2019)

La versione tedesca fa fede.

Versione del 30.11.2018	Le modifiche rispetto alla versione dell'anno precedente sono evidenziate in verde.
-------------------------	---

Sommario

1. INFORMAZIONI GENERALI	3
1.1. TERMINI DI CONSEGNA	3
1.2. CONTENUTO E FORMATO DEI DATI	3
1.3. RECORD DI DATI E INFORMAZIONI DA FORNIRE	3
1.4. CODIFICA	3
1.5. LISTA DEGLI ARTICOLI	3
1.6. PROTEZIONE DEI DATI	4
1.7. CONTATTI	4
2. INVIO DEI DATI TRAMITE L'INTERFACCIA WEB	5
2.1. PRIMA FORNITURA DEI DATI DA PARTE DELL'OSPEDALE	5
2.2. TOOL PER L'UPLOAD	5
2.3. PROCESSO DI FORNITURA DEI DATI	5
2.4. DOPO LA FORNITURA DEI DATI	6
2.5. NUOVA FORNITURA DEI DATI	6
3. DATI DELLA STATISTICA MEDICA DELL'UST (FILE SM)	7
3.1. CONTENUTO E FORMATO DELLA STATISTICA MEDICA	7
3.2. VARIABILI DELLA STATISTICA MEDICA	8
3.2.1. <i>Numero del caso nella statistica dei costi</i>	8
3.2.2. <i>Codice di collegamento anonimo</i>	8
3.2.3. <i>Caratterizzazione del caso statistico</i>	8
3.2.4. <i>Centro di costo principale</i>	8
3.2.5. <i>Tariffe per la tariffazione</i>	9
3.2.6. <i>Diagnosi e trattamenti</i>	9
3.2.7. <i>Prestazioni ambulatoriali esterne</i>	9
3.2.8. <i>Congedo</i>	10
3.2.9. <i>Raggruppamento dei casi, uscite intermedie e riammissioni</i>	10
3.2.10. <i>Rilevazione dei medicinali e delle sostanze costose</i>	10
3.2.11. <i>Età di gestazione</i>	12
4. COSTI PER CASO	13
4.1. DELIMITAZIONI E METODO DI CALCOLO DEI COSTI PER CASO	13
4.1.1. <i>Metodo per unità finali di imputazione</i>	13
4.1.2. <i>Costi di utilizzo delle immobilizzazioni (CUI)</i>	13
4.1.3. <i>Costi completi (secondo REKOLE®)</i>	13
4.1.4. <i>Costi imputabili</i>	14
4.1.5. <i>Farmaci/medicamenti e prodotti sanguigni</i>	14
4.1.6. <i>Impianti e materiale medico</i>	14
4.1.7. <i>Ricerca e insegnamento universitario</i>	15
4.1.8. <i>Casi della classe di degenza privata e semiprivata</i>	15
4.1.9. <i>Onorari dei medici</i>	15
4.1.10. <i>Stroke Unit</i>	15
4.2. FILE DEI COSTI PER CASO (CC)	16
4.2.1. <i>Costi per caso secondo il nuovo REKOLE® (file CC)</i>	16
5. RILEVAZIONE DETTAGLIATA	17
6. ULTERIORI DOCUMENTI	18

ALLEGATI.....	19
ALLEGATO A LISTA DEGLI ARTICOLI PER L'IMPUTAZIONE OBBLIGATORIA DEI COSTI DIRETTI.....	19
ALLEGATO B VARIABILI DELLA STATISTICA MEDICA.....	19
ALLEGATO C REQUISITI MINIMI DEI FILE.....	20
ALLEGATO E FILE DEI COSTI PER CASO SECONDO IL FORMATO REKOLE® (FILE CC)	22

Elenco delle figure

Figura 1	Esempi di righe della Statistica medica	8
Figura 2	Esempio di rilevazione di medicinali/sostanze molto costosi	12

1. Informazioni generali

1.1. Termini di consegna

- I dati SwissDRG possono essere inviati dal **01.03.2020 al 15.05.2020**.
- La **rilevazione dettagliata** può essere inviata dal **01.03.2020 al 15.05.2020**.
- Per un accesso al **Webfeedback**, la fornitura completa e plausibilizzata dei dati deve essere fornita entro il **30.04.2020**. Gli ospedali che forniscono dati più tardi ricevono solo i risultati dell'esame e i plausibilità.

1.2. Contenuto e formato dei dati

- L'invio deve contenere i dati relativi a costi e prestazioni (file CC e file SM).
- **La rilevazione 2020 concerne i dati dell'anno 2019.**
- La consegna si effettua in formato elettronico tramite un'interfaccia Web sicura.
- Devono essere soddisfatti i requisiti minimi secondo l'Allegato C.

1.3. Record di dati e informazioni da fornire

Per la rilevazione dei dati è necessario fornire i seguenti record di dati:

- la Statistica medica degli stabilimenti ospedalieri dell'UST (righe MX, MB e MD), di seguito detta anche *Statistica medica* o *file SM*;
- il file dei costi per caso, di seguito detto anche *file CC*;
- il file dei costi per caso viene trasmesso nel formato adattato all'estratto dell'unità finale di imputazione REKOLE®;
- formato dell'estratto dell'unità finale d'imputazione REKOLE®, in appresso denominato formato REKOLE®;
- i costi di procedure e medicinali specifici e molto costosi che vengono forniti sotto forma di file di Excel, di seguito detti *Rilevazione dettagliata*.

Le informazioni specifiche per l'ospedale, tra l'altro relative al tipo di rilevazione dei costi, vengono rilevate sulla base di un questionario basato sul Web direttamente al momento della fornitura dei dati.

1.4. Codifica

Codifica secondo le direttive dell'UST per i dati 2019, tra l'altro:

- codici trattamento secondo **CHOP 2019**
- codici diagnosi secondo **ICD-10-GM 2018**
- Manuale di codifica medica, **versione 2019**

1.5. Lista degli articoli

La lista degli articoli (vedi Allegato A) precisa l'attribuzione dei costi di determinati prodotti alle rispettive componenti di costo.

1.6. Protezione dei dati

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

1.7. Contatti

Domande sulla rilevazione dei dati o di carattere generale:

Signora Beatrice Balmer datenerhebung@swissdrg.org o 031 544 12 27

Domande relative alla codifica:

Ufficio federale di statistica codeinfo@bfs.admin.ch o 058 463 67 00

2. Invio dei dati tramite l'interfaccia Web

2.1. Prima fornitura dei dati da parte dell'ospedale

Per gli ospedali che ora li vogliono trasmettere 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 (vedi punto 1.7).

2.2. Tool per l'upload

L'invio dei dati alla SwissDRG SA si effettua tramite un'[interfaccia Web](#) (in tedesco e francese) protetta. Chiunque desideri effettuare il login nell'interfaccia Web deve prima creare un account. Per ospedale possono effettuare il login diversi utenti, ma sotto *Contatti* è possibile indicare solo tre persone come destinatari delle informative. **Gli account esistenti rimangono validi e possono sempre essere utilizzati.** Ulteriori informazioni, tra l'altro sulla prima registrazione, sono disponibili nella [documentazione sull'interfaccia Web](#) presente sul sito della SwissDRG SA.

L'intero processo di fornitura dei dati tra la SwissDRG SA e gli ospedali si svolgerà tramite l'interfaccia Web. Ciò vale anche per quanto concerne i feedback relativi alle verifiche della plausibilità.

2.3. Processo di fornitura dei dati

Il processo di fornitura si compone delle seguenti fasi:

- inserimento nel questionario delle informazioni specifiche per l'ospedale.
- upload dei dati relativi a costi e prestazioni tramite l'interfaccia Web. I dettagli sul formato dei file sono riportati nella presente documentazione. Qualora i dati e i file da inviare in fase di validazione **non soddisfino i requisiti minimi previsti dall'Allegato C, la trasmissione viene interrotta.**
- feedback automatico per e-mail sui record di dati caricati:
 - *I risultati della plausibilizzazione sono pronti:*
 - *La vostra consegna contiene errori. Al riepilogo degli errori:*
- non appena in corrispondenza della consegna appare la dicitura *plausibilizzata*, la consegna è valida. A tale proposito vanno osservati i seguenti due punti:
 - i casi che nel registro *Errori nei dati* sono contrassegnati come *non utilizzati* non vengono importati, poiché mancano componenti essenziali per lo sviluppo della struttura tariffaria (ad es. i costi). I casi con la dicitura *Avviso* vengono importati, ma non sono completi.
 - I casi che nel registro *plausibilizzazione* sono contrassegnati come *Avviso* o *errore*, sono stati importati, esaminati e possono essere commentati.

Nel caso venga effettuata una nuova consegna dei dati, dopo eventuali correzioni, sarà necessario ripetere l'upload di tutti i record di dati.

Attenzione: la consegna è completa solo quando lo status visualizzato della consegna è *plausibilizzata*.

2.4. Dopo la fornitura dei dati

Dopo aver effettuato l'upload dei dati con successo, ha luogo una plausibilizzazione automatica dei dati. Ogni ospedale riceve accesso ai risultati di questa verifica della plausibilità tramite l'interfaccia Web. I feedback da parte della SwissDRG SA comprendono:

- riepilogo delle verifiche sui casi forniti:
numero/quota dei casi dell'ospedale che non hanno superato le rispettive verifiche;
- riepilogo a livello dei singoli casi:
elenco dei casi che non hanno superato la verifica relativa a errori o avvisi.

L'intera comunicazione relativa ai casi che non hanno superato la verifica viene gestita tramite l'interfaccia Web (mediante il campo *Motivazione*), ciò vale in particolare per l'inserimento dei feedback da parte degli ospedali. Le tabelle con i risultati delle verifiche della plausibilità possono essere esportate dall'interfaccia Web sotto forma di documenti in formato .csv.

I risultati delle verifiche della plausibilità si suddividono in tre categorie: errore, avviso o info. Questi tre tipi di risultati hanno il seguente significato o effetto:

- Errori:
i casi possono contenere errori! Verificare i casi, se necessario correggerli ed effettuare una nuova fornitura. **Attenzione: i casi non commentati vengono esclusi automaticamente dal calcolo. Vi preghiamo di commentare mediante il campo *Motivazione* i casi che non possono essere corretti o che, secondo voi, sono stati inseriti correttamente.**
- Avviso:
i casi possono contenere errori! Verificare i casi, se necessario correggerli ed effettuare una nuova fornitura.
- Info:
informazioni generali sulla fornitura dei dati. Nessuna verifica/correzione necessaria.

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

2.5. Nuova fornitura dei dati

Fino alla scadenza del termine di consegna tutti gli ospedali hanno la possibilità di trasmettere alla SwissDRG SA record di dati nuovi o corretti (file SM e file CC).

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

3. Dati della Statistica medica dell'UST (file SM)

I dati della Statistica medica sono dati medico-amministrativi che le cliniche devono già obbligatoriamente rilevare per la Statistica medica degli stabilimenti ospedalieri dell'Ufficio federale di statistica (UST).

Oltre al record di dati minimi (MB) devono essere obbligatoriamente rilevati anche i dati aggiuntivi dei gruppi di pazienti (MD). I dati minimi (MB) comprendono dati socio-demografici ed economico-aziendali sul ricovero ospedaliero. I dati aggiuntivi relativi ai gruppi di pazienti (MD) comprendono tutti i codici di diagnosi e procedure nonché ulteriori dati sul trattamento.

Il formato del file SM può essere verificato tramite MedPlus®, un programma messo a disposizione gratuitamente da [Freudiger EDV-Beratung](#).

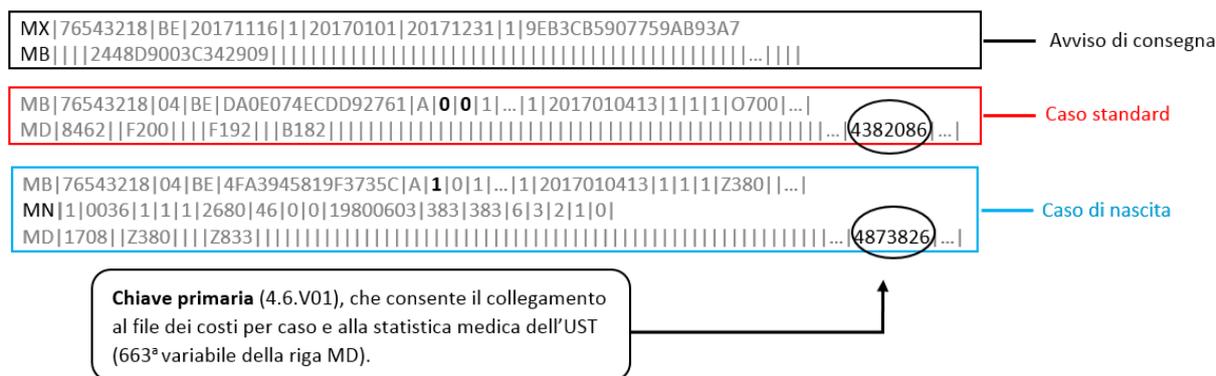
3.1. Contenuto e formato della Statistica medica

Per una corretta fornitura dei dati alla SwissDRG SA è obbligatorio rispettare le direttive e le definizioni dell'UST. I dettagli relativi alle singole variabili sono descritti nelle specifiche delle [variabili della Statistica medica](#) (vedi Allegato B). Il formato da fornire corrisponde al formato dell'UST. Inoltre, il file SM deve soddisfare i requisiti minimi secondo l'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 (❶ identificatore della prima riga (MX), ❷ numero RIS, ❸ nome dello stabilimento, ❹ data di creazione dei record, ❺ numero progressivo della comunicazione dei dati, ❻ data iniziale del periodo di rilevazione, ❼ data finale del periodo di rilevazione, ❽ righe totali del file, ❾ chiave di codifica)
 - 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, i quali sono distribuiti su più righe consecutive nel modo seguente:
 - 1ª riga (riga MB, record minimo): 50 campi che contengono i dati amministrativi e una parte dei dati 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 MD, dati complementari 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. Questa riga deve essere compilata solo per 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.
- Le variabili devono essere separate da barre verticali (codice ASCII 124: "|").

Figura 1 Esempi di righe della Statistica medica



3.2. Variabili della Statistica medica

Qui di seguito sono elencate le principali variabili. Si tratta di una selezione non di un elenco esaustivo.

Sul sito Web della SwissDRG SA, sotto *Rilevazione dei dati > Statistica medica* è disponibile un link ai documenti rilevanti dell'UST. Oltre alla concezione, considerate anche le direttive (fogli informativi, manuale per la codifica, circolari) e le classificazioni (ICD, CHOP) di volta in volta in vigore, che l'UST pubblica per l'anno di dati in questione.

3.2.1. Numero del caso nella statistica dei costi

Il collegamento tra i diversi record di dati viene creato con la variabile *4.6.V01 Numero del caso nella statistica dei costi per caso* della Statistica medica (campo 663 nella riga MD). Per questo deve essere compilata obbligatoriamente e deve essere presente in tutti i record di dati. Tale variabile è detta anche chiave primaria. Di conseguenza la fornitura dei dati medico-amministrativi UST deve contenere 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 nello stesso ospedale è garantito mediante la variabile *0.2.V01 Codice di collegamento anonimo* del record di dati minimo. Tale variabile deve essere obbligatoriamente compilata.

3.2.3. Caratterizzazione del caso statistico

L'ospedale fornisce i dati di tutti i casi ospedalieri, casi forensi inclusi, dimessi nell'anno di rilevazione (variabile *0.2.V02 Caratterizzazione del caso statistico*, valore = A).¹

3.2.4. Centro di costo principale

Gli ospedali devono obbligatoriamente rilevare la variabile *1.4.V01 Centro di costo principale*.

¹ Per la definizione dei casi ospedalieri valgono le [Regole e definizioni per la fatturazione dei casi in conformità a SwissDRG](#)

3.2.5. Tariffe per la tariffazione

Secondo le direttive dell'UST, va rilevata la variabile 4.8.V01 Tariffe per la tariffazione nella riga MD. Nell'ambito dello sviluppo della struttura tariffaria, essa serve tra l'altro a individuare i casi rilevanti per la rispettiva struttura tariffaria.

A partire dai dati 2019, tutti i casi della medicina palliativa verranno conteggiati tramite SwissDRG e costituiscono pertanto parte integrante della fornitura dei dati., secondo i relativi codici CHOP 93.86.* e 93.89.1* (CHOP 2019) rientrano nel settore della riabilitazione precoce, presentano costi completi e non sono rilevanti per la SwissDRG. Tali casi devono essere trasmessi indipendentemente dalla registrazione nella variabile 4.8.V01 e indipendentemente dal luogo in cui la prestazione è stata fornita. I casi del settore paraplegiologia (codice CHOP 93.87.*), che non riguardano la somatica acuta vengono trasmessi nell'ambito della rilevazione dei dati ST Reha.

Secondo la circolare degli assicuratori del novembre 2018, a partire dai dati 2019 per il caso vengono conteggiati in aggiunta i costi delle prestazioni tecnico-ortopediche durante il ricovero ospedaliero secondo la tariffa SVOT/la tariffa OSM. Ciò significa che l'importo della fattura per le prestazioni ambulatoriali SVOT o OSM viene inserito nella componente dei costi v103 (materiale medico). Ne sono esclusi i capitoli 06 Protetica e 07 Listino componenti protesiche (SVOT) e il capitolo 14 (OSM). Ciò significa che le cifre della tariffa 6000.000-7000.xxx rispettivamente 14.xxx.xx non possono essere conteggiate per il caso.

3.2.6. Diagnosi e trattamenti

Secondo le direttive dell'UST, le diagnosi e i trattamenti devono essere codificati nelle variabili della Statistica medica 4.2.V* rispettivamente 4.3.V* della riga MD. Inoltre, le prime nove diagnosi e i primi dieci trattamenti devono essere codificati nelle variabili 1.6.V* rispettivamente 1.7.V* della riga MB.

Le diagnosi (diagnosi principali e secondarie) vengono codificate secondo le direttive dell'UST per i dati 2018 con i codici di diagnosi secondo ICD-10 GM 2018. Per la codifica delle diagnosi va osservato che, secondo il *Manuale di codifica medica versione 2019*, oltre alla diagnosi principale vanno codificate anche le possibili diagnosi secondarie. Vi preghiamo di seguire queste istruzioni poiché è possibile che, considerando anche le diagnosi secondarie, i costi dei pazienti possano essere plausibilizzati meglio.

I codici di trattamento vengono codificate secondo le direttive dell'UST per i dati 2019 secondo la *Classificazione svizzera degli interventi chirurgici 2019* (CHOP 2019).

3.2.7. Prestazioni ambulatoriali esterne

Se un paziente ospedaliero riceve prestazioni ambulatoriali esterne (MRI, dialisi, chemioterapia e simili), esse vengono codificate per il caso ospedaliero e contrassegnate con l'item speciale *Trattamento ambulatoriale esterno* (variabili 4.3.V016, 4.3.V026, 4.3.V036 ecc.). Ciò significa che le variabili non vengono lasciate vuote, come per i trattamenti interni, bensì viene codificata la variante corrispondente alla fattispecie in questione.

3.2.8. Congedo

Secondo le direttive dell'UST, tutte le assenze di un paziente di durata superiore a 24 ore (> 24 h), 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.** Per la rilevazione dei dati non è ammessa nessuna altra regolamentazione. Il dato deve contenere il totale complessivo in ore. I costi AOMS che si generano durante tali assenze vengono registrati nel caso in questione.

Inoltre, il chiarimento della definizione di congedo secondo le *Regole e definizioni per la fatturazione dei casi in conformità a SwissDRG e TARPSY*.

3.2.9. Raggruppamento dei casi, uscite intermedie e riammissioni

Per i dati 2019 un raggruppamento dei casi secondo le *Regole e definizioni per la fatturazione dei casi in conformità a SwissDRG* è obbligatorio. Nella statistica medica le singole uscite intermedie e riammissioni devono essere codificate con le variabili 4.7.V01 a 4.7.V33 e 4.8.V17 a 4.8.V20. Casi che in seguito a una riammissione o un rischieramento sono stati raggruppati, devono essere forniti in ciascuno file come un caso.

3.2.10. Rilevazione dei medicinali e delle sostanze costose

Nelle variabili da 4.8.V02 a 4.8.V15 della Statistica medica (campi da 678 a 691 della riga MD) devono essere rilevati solo i medicinali elencati nella [Lista dei medicinali/delle sostanze rilevabili nella Statistica medica](#). Tali dati servono come base per l'analisi e il calcolo di eventuali remunerazioni supplementari. Si prega di osservare le direttive delle [Note tecniche](#). Qui di seguito vengono elencati solo i principali 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.

Limitazione

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

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.

Informazioni supplementari

- Le informazioni supplementari di un medicamento possono 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 indicato nell'unità U e con il tipo di somministrazione intravenoso (IV). Dato che *Informazioni supplementari da codificare* è vuoto, non è necessario inserire alcuna informazione supplementare.

→ B01AB02;;IV;2500;U

- Fattore di coagulazione VIII: in questo caso va indicata l'informazione supplementare pertinente secondo il formato delle note tecniche (colonna *Informazioni supplementari da codificare*). L'unità valida per questo medicamento è U. Il preparato deve essere indicato nelle note tecniche secondo l'abbreviazione.

→ B02BD02;Preparato;Modo di somministrazione;11000;U

- Amfotericina B: il medicamento deve essere inserito solo in caso di somministrazione liposomiale. L'unità di misura valida è mg. Non vanno inserite informazioni supplementari.

→ J02AA01;;Modo di somministrazione;98;mg

- Voriconazole (posaconazolo: Le informazioni supplementari differenziano tra sospensione e compressa e ha quindi senso compilarle solo per l'applicazione orale. Non è prevista alcuna limitazione.

→ J02AC03;Susp;O;1000;mg per la sospensione orale

→ J02AC03;Tab;O;1000;mg per la somministrazione orale di compresse

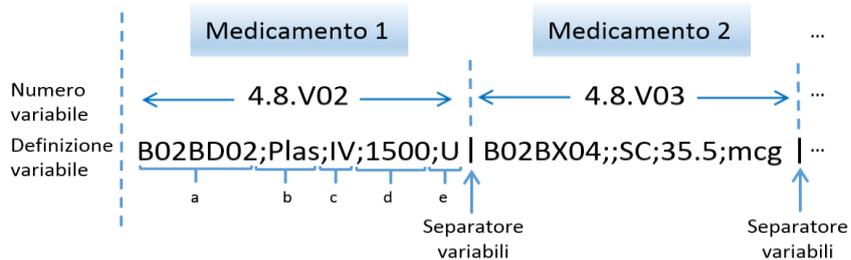
→ J02AC03;;IV;1000;mg per la somministrazione intravenosa

Avvertenze

- 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.
- Inoltre, va osservato che alcuni medicinali vanno rilevati solo nel campo di applicazione di determinate strutture tariffarie. Nella lista dei medicinali da rilevare, tali medicinali sono contrassegnati di conseguenza.

Come separatore tra i singoli segmenti va utilizzato il punto e virgola (codice ASCII 59: ";"), tra le variabili la barra verticale (codice ASCII 124: "|"), vedi figura 2 delle [Note tecniche](#).

Figura 2 Esempio di rilevazione di medicinali/sostanze molto costosi



3.2.11. Età di gestazione

La variabile 4.8.V16 *Età di gestazione_12M* deve essere trasmessa non codificata per tutti i lattanti (meno di 12 mesi ma senza casi di nascita). Non è sufficiente che l'età di gestazione venga codificata solo nei dati aggiuntivi relativi ai neonati (2.3.V02 e 2.3.V03).

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).

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 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[®]. Il metodo è specificato nell'Allegato D.

4.1.2. Costi di utilizzo delle immobilizzazioni (CUI)

I costi di utilizzo delle immobilizzazioni corrispondono ai costi totali correlati all'utilizzo delle immobilizzazioni e corrispondono ai costi 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. La SwissDRG SA richiede che i CUI vengano calcolati secondo il metodo descritto in REKOLE[®]. I [Parametri e regole per determinare i costi di utilizzo delle immobilizzazioni](#) secondo REKOLE[®] sono pubblicati sul sito Web della SwissDRG SA.

Secondo il formato REKOLE[®], i CUI devono essere indicati separatamente per componente dei costi all'interno dei costi generali, cioè per ogni variabile vengono indicati una volta i costi generali CUI esclusi e una volta i CUI della stessa variabile, ad esempio *v370 Cura, costi generali CUI esclusi* e *v371 Cura, CUI* (Allegato D).

4.1.3. Costi completi (secondo REKOLE[®])

Gli ospedali forniscono i dati di tutti i casi ospedalieri² dimessi dell'ospedale nell'anno di rilevazione e che **presentano costi completi**. I costi **non** vengono considerati completi in particolare se:

- i costi dei trattamenti per pazienti, ricoverati durante la transizione dell'anno precedente, e 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, casi statistici C).
- 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).

² Per la definizione dei casi ospedalieri valgono le regole e le definizioni applicabili alla fatturazione dei casi in conformità a SwissDRG.

4.1.4. Costi imputabili

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

Sono definiti non imputabili i costi che costituiscono prestazioni non comprese nel catalogo delle prestazioni LAMal. I costi a carico dei pazienti³, i costi non correlati ai pazienti⁴, 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 ad es. i costi per ricerca e insegnamento universitario.

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 (secondo decisione REK 15_004).

La distinzione tra

- 1) farmaci/medicamenti (v101)
- 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, motivo per il quale essa va ripresa tutte le volte che è possibile. Qualora ciò non fosse possibile, i costi per medicinali e prodotti sanguigni vanno rilevati nella componente dei costi v101, **indicandolo anche nel questionario**.

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

4.1.6. Impianti e materiale medico

Impianti e materiale medico devono essere conteggiati per quanto possibile come costi singoli (vedi REKOLE®). In ogni caso però, devono esserlo quelli che superano un costo totale di **200 franchi** o di **50 franchi** per gli impianti, incluso il materiale per osteosintesi (decisione REK 15_004).

La distinzione tra

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

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

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

³ Ad es. televisione

⁴ Ad es. caffetteria o altre prestazioni al personale o a terzi

4.1.7. Ricerca e insegnamento universitario

Secondo le disposizioni di legge (LAMal art. 49 cpv. 3 e OCPRe, art. 7) non è consentito definire i costi per la ricerca e l'insegnamento universitario come parte integrante dei costi per caso rilevanti ai fini dell'AOMS. Tali costi corrispondono a prestazioni di pubblico interesse e – nella contabilità per unità finali di imputazione degli ospedali – vengono imputati a centri di costo specifici. Di conseguenza i costi per caso trasmessi non devono contenere costi per la ricerca e l'insegnamento universitario. Inoltre, **non è consentita l'imputazione di tali costi al caso amministrativo secondo REKOLE®**.

Le componenti di costo v430 e v431 nelle righe 72 e 73 secondo il formato REKOLE® devono essere vuote (vedi Allegato D).

Qualora i costi per caso di un ospedale dovessero invece contenere comunque i costi per la ricerca e l'insegnamento universitario, l'ospedale **lo documenta al momento della fornitura dei dati nell'apposita sezione del questionario**.

4.1.8. Casi della classe di degenza privata e semiprivata

I casi devono essere trasmessi indipendentemente dalla classe di degenza (classe di degenza occupata durante il ricovero ospedaliero, variabile *1.3.V02 Classe*). Ciò significa che vanno trasmessi i casi con classe di degenza comune, semiprivata e privata. I casi a 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. Il presupposto a tale scopo è tuttavia che **i costi per caso vengano depurati dei costi aggiuntivi dipendenti dalla classe di degenza** (ad es. onorari privati dei medici dell'ospedale, quota degli onorari privati dei medici accreditati).⁵

In caso contrario, la SwissDRG SA deve effettuare una detrazione approssimativa, il che comporta 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**. La modifica deve essere correttamente documentata nel questionario relativo alla fornitura dei dati.

4.1.9. Onorari dei medici

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

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

4.1.10. Stroke Unit

Secondo la decisione REK 15_003 (vedi sito [H+](#)) i costi per un Stroke Center/Units riconosciuto devono essere registrati nelle componenti di costi v240 - v243.

⁵ 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 (CC)

Il formato del file dei costi per caso corrisponde alla parte dei costi dell'estratto dell'unità finale di imputazione REKOLE®, però è rilevato in un formato proprio dalla SwissDRG SA per un trattamento migliore ([Misure supplementari per un miglioramento della qualità dei dati](#)). Il formato del file dei costi per caso secondo REKOLE® è obbligatorio ormai dalla rilevazione 2018.

La variabile *4.6.V01 Numero del caso nella statistica dei costi per* deve essere presente sia nella Statistica medica che nel file dei costi. Tale chiave primaria deve essere univoca e anonima. Affinché la trasmissione dei dati alla SwissDRG SA abbia successo, il file deve soddisfare i criteri minimi secondo quanto indicato nell'Allegato C. Le indicazioni in merito alla delimitazione dei costi per caso e al relativo metodo di calcolo si trovano nel capitolo 4.1.

4.2.1. Costi per caso secondo il nuovo REKOLE® (file CC)

Il file dei costi per caso (file CC) nel formato REKOLE® contiene per ogni caso una riga con 80 variabili (73 variabili + 7 campi di riserva):

- 2 variabili per l'identificazione dei casi:
 - il 1° campo corrisponde all'anno di dati
 - il 2° campo corrisponde al numero del caso (=chiave primaria, variabile *4.6.V01* della Statistica medica, non sono ammessi doppioni o 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 il formato REKOLE® (v200-v421, v440-v441). Per ogni componente dei costi vanno indicati una volta i costi generali CUI esclusi e una volta la quota rispetto ai CUI della stessa componente dei costi.

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

5. Rilevazione dettagliata

La rilevazione dettagliata serve come base di dati per la valutazione delle remunerazioni supplementari esistenti e potenziali. Con la rilevazione dettagliata vengono rilevati da un lato i prezzi dei medicinali presenti nella lista dei medicinali/delle sostanze rilevabili nella Statistica medica 2019, dall'altro lato codici e costi per materiali, procedure e processi costosi.

Attenzione: I medicinali/sostanze costosi somministrati (vedi Allegato B) vengono rilevati a livello del caso tramite le variabili 4.8.V02 a 4.8.V15 della Statistica medica (vedi capitolo 3.2.10)

Tutte le informazioni sulla rilevazione dettagliata sono contenute nel relativo file di Excel che viene pubblicato in tempo reale sul nostro sito Web alla voce *Rilevazione dei dati*. Per un'anteprima del formato attuale è adatta la [Rilevazione dettagliata 2018 \(dati 2017\)](#) della somatica acuta.

6. Ulteriori documenti

Consiglio federale svizzero (2002). 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]. URL: <https://www.admin.ch/opc/it/classified-compilation/20021333/index.html>, [Stato: 30.10.2018].

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

H+ Gli ospedali svizzeri (2014). Piano contabile. 8ª edizione, Berna.

UST (2018). Manuale di codifica medica. Le linee guida ufficiali delle regole di codifica in Svizzera. Versione 2019. Neuchâtel, Ufficio federale di statistica. URL: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/it/home/statistiche/salute/nomenclature/medkk/strumenti-codifica-medica.assetdetail.6207938.html>, [Stato: 30.10.2018].

UST (2018). Classificazione Svizzera degli Interventi Chirurgici (CHOP) Indice sistematico Versione 2019. Neuchâtel, Ufficio federale di statistica. URL: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/it/home/statistiche/salute/nomenclature/medkk/strumenti-codifica-medica.assetdetail.5808567.html>, [Stato: 30.10.2018].

UST (2018). Statistica medica degli stabilimenti ospedalieri - Variabili della Statistica medica. Specifiche valide dal 1.1.2019. Neuchâtel, Ufficio federale di statistica. URL: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/it/home/statistiche/salute/rilevazioni/ms.html>, [Stato: 30.10.2018].

Assemblea federale della Confederazione svizzera (1994). *Legge federale* del 18 marzo 1994 sull'assicurazione malattie (LAMal), [RS 832.10]. URL: <https://www.admin.ch/opc/it/classified-compilation/19940073/index.html>, [Stato: 30.10.2018].

SwissDRG SA (2018). Regole e definizioni per la fatturazione dei casi in conformità a SwissDRG. URL: <https://www.swissdrg.org/it/somatica-acuta/sistema-802019/regole-e-definizioni>, [Versione 26.11.2018].

Ulteriori documenti sono disponibili sul sito Web della SwissDRG SA sotto Rilevazione dei dati > Statistica medica. URL: <https://www.swissdrg.org/it/somatica-acuta/rilevazione-dei-dati/statistica-medica>, [Stato: 26.11.2018].

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. Tale lista è disponibile sul sito Web della SwissDRG SA sotto Rilevazione dei dati.

Allegato B Variabili della Statistica medica

Mediante il seguente link è possibile scaricare le specifiche delle variabili della [Statistica medica degli stabilimenti ospedalieri](#), valida dal 1.1.2019 (data prevista per la pubblicazione gennaio 2019).

Allegato C Requisiti minimi dei file

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.

Denominazione	
Test generali	
<input type="checkbox"/>	I file devono avere le estensioni *.dat o *.txt.
<input type="checkbox"/>	I file devono essere codificati con <i>ISO8859-1</i> .
<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 <i>a capo si</i> utilizza il CRLF (codici ASCII 13 e 10).
<input type="checkbox"/>	Presenza e consistenza della variabile 4.6.V01 (numero del caso della statistica dei costi per caso/chave primaria) in tutti i file. I casi presenti in un solo file non possono essere plausibilizzati e importati nella banca dati. Non sono ammessi dopponi e campi vuoti.
Dati della Statistica medica (file SM)	
<input type="checkbox"/>	Riga MB: 50 colonne. La riga contiene pertanto 50 barre verticali per riga.
<input type="checkbox"/>	Riga MN: 18 colonne. La riga contiene pertanto 18 barre verticali per riga.
<input type="checkbox"/>	Riga MD: 696 colonne. La riga contiene pertanto 696 barre verticali per riga.
<input type="checkbox"/>	L'ultima variabile di una riga deve essere chiusa da una barra verticale.
<input type="checkbox"/>	Il numero RIS nella riga MX deve essere rilevato obbligatoriamente.
<input type="checkbox"/>	Le righe devono essere codificate nella sequenza MB, MN, MP, MD, MK, considerando che, in base alla struttura tariffaria, non tutte devono essere fornite (non inserire righe vuote!).
<input type="checkbox"/>	Le variabili 0.3.V01, 0.3.V02, 0.3.V03 e 0.3.V04 devono essere codificate obbligatoriamente con 0 o 1. Se è stato codificato il valore 1 deve seguire la riga MN, MP, MD o MK corrispondente, se è stato codificato 0 la relativa riga non deve essere presente.
<input type="checkbox"/>	Corrispondenza delle righe 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 (numero del caso della statistica dei costi per caso). Questa chiave primaria deve essere univoca e anonima e non può contenere né dopponi né campi vuoti.
<input type="checkbox"/>	La variabile 0.2.V01 <i>Codice di collegamento anonimo</i> deve essere codificata e correttamente criptata mediante 16 caratteri alfanumerici.
<input type="checkbox"/>	La definizione delle seguenti variabili 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, 4.8.V01.
<input type="checkbox"/>	Il file non deve contenere testo oltre i dati relativi 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 secondo il formato REKOLE® (file CC)	
<input type="checkbox"/>	Ogni riga del file dei costi per caso corrisponde a un caso.
<input type="checkbox"/>	Il file contiene 80 variabili. Il file contiene pertanto 79 barre verticali per riga.
<input type="checkbox"/>	L'ultima variabile di una riga non viene chiusa da una barra verticale.
<input type="checkbox"/>	Chiave primaria 4.6.V01 nella 2ª colonna della Statistica medica. Non sono ammessi dopponi e campi vuoti.
<input type="checkbox"/>	Le variabili sono separate da una barra verticale.
<input type="checkbox"/>	Il file non deve contenere nomi di variabili.

- Le variabili di costo possono contenere solo cifre e non lettere.
 - Le cifre non devono contenere formattazioni come separatore delle migliaia, apostrofo, spazi ecc.
 - Come separatore dei decimali viene utilizzato il punto (ad es. 1234.50).
 - Ogni caso deve presentare costi di utilizzo delle immobilizzazioni Il totale dei costi di utilizzo delle immobilizzazioni deve essere maggiore di zero.
 - Tutti i campi di riserva (campi 72-73, 76-80) devono rimanere vuoti, se indicato nella descrizione.
-

Allegato D File dei costi per caso secondo il formato REKOLE® (file CC)

N°	Variabile	Denominazione	
Informazioni generali			
1	anno	Anno di dati	
2	4.6.V01	Numero del caso (vedi variabile al 663° posto 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 ²	(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	Denominazione	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 ¹	(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 ¹	(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	Denominazione	Centri di costo obbligatori REKOLE®
Costi generali			
67	v401	Servizi alberghieri-servizio, CUI ¹	(43)
68	v410	Altri fornitori di prestazioni, costi generali escl. CUI	(44)
69	v411	Altri fornitori di prestazioni, ANK ¹	(44)
70	v420	Patologia, costi generali escl. CUI	(45)
71	v421	Patologia, CUI ¹	(45)
72		<i>Campo di riserva, lasciare vuoto</i>	(47)
73		<i>Campo di riserva, lasciare vuoto</i>	(47)
74	v440	Salvataggio e ambulanze (solo trasporti secondari), costi generali escl. CUI	(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/formato REKOLE® i conti H+ 403 e 404 non sono più indicati come costi singoli. Tali costi vengono conteggiati come costi generali.