

Tariffazione medicina ambulatoriale forfait DRG ambulatoriali in combinazione con prestazioni individuali e/o basate sul tempo

**Rilevamento dei dati:
Contenuto – formato – trasmissione – protezione dei
dati**



DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ
LES HÔPITAUX DE SUISSE
GLI OSPEDALI SVIZZERI



santésuisse

Die Schweizer Krankenversicherer

Les assureurs-maladie suisses

Gli assicuratori malattia svizzeri



Contenuto e formato

- L'ospedale trasmette tutti i casi in regime ambulatoriale con inizio del trattamento (apertura del caso) tra l'1.1.2019 e il 31.12.2019 e termine del trattamento (chiusura del caso) tra l'1.1.2019 e il 31.12.2019.
 - Limitazione: il caso presenta almeno una posizione tariffale con codice 001 (TARMED), 002 (forfait), 003 (forfait, nuovi) oppure 500 (dialisi).
 - I casi con posizione tariffale con codice 500 (dialisi) vengono forniti anche se il trattamento non è terminato nell'anno 2019, a condizione che i dati riferiti ai costi per l'anno 2019 siano completi.
 - Vengono trasmessi solamente casi con unità finali d'imputazione assicurazione malattia, assicurazione invalidità, assicurazione militare e assicurazione infortuni.

- Vengono trasmessi due file:
 - dati riferiti alle prestazioni (slide 3)
 - dati riferiti ai costi (slide 4)
- I dati riferiti alle prestazioni e quelli riferiti ai costi dei singoli casi possono essere combinati tramite una chiave primaria riferita al caso (n° del caso).
- La chiave primaria riferita al caso può essere fittizia, deve però permettere all'ospedale di rispondere a eventuali domande dell'organizzazione di progetto a livello di caso.

Prestazioni

L'ospedale trasmette i dati riferiti alle prestazioni nel formato .txt oppure .dat con una posizione tariffale per ogni riga e senza intestazione (header). Le colonne sono separate dal simbolo pipe «|». Un caso può comprendere prestazioni a favore di un paziente fornite in giorni diversi.

Anno: anno del trattamento

N° del caso: chiave primaria del caso (collegamento con il file dei dati riferiti ai costi)

Età: età in anni

Sesso: 1 = uomo, 2 = donna

ICD: diagnosi principale codificata secondo ICD-10 GM (se disponibile)

Data: data del trattamento (gg.mm.aaaa)

Tariffa: codice tariffale a tre cifre ai sensi del Forum Datenaustausch

Cifra tariffale: posizione tariffale, rispettivamente cifra di riferimento ai sensi del Forum Datenaustausch

Quantità: quantità di posizioni tariffali

Valore del punto: valore del punto in CHF

Importo: importo della fattura in CHF

Esempio:

2019|1000201|58|2|Z019|15.01.2019|001|39.1950|1|0.89|50.28

2019|1000201|58|2|Z019|15.01.2019|001|39.2140|1|0.89|16.80

Costi

- L'ospedale trasmette il file dei costi riferiti ai casi conformemente a REKOLE® (costi pieni) nel formato .txt oppure .dat con un caso per riga e senza intestazione (header). Le colonne sono separate dal simbolo pipe «|».
- Descrizione delle variabili:
https://www.swissdrg.org/application/files/4115/8037/5166/Vorgaben_Daten_SwissDRG_2019-2020_i.pdf (allegato D)
- Vengono trasmesse complessivamente 80 variabili. La seconda variabile (numero del caso) corrisponde alla chiave primaria del caso e permette il collegamento con i dati riferiti alle prestazioni (n° del caso).

Protezione dei dati, trasmissione e denominazione del file

- Convenzione sulla fornitura dei dati tra l'ospedale e H+
- Server ftp con account individuale dell'ospedale
- Denominazione dei file secondo una nomenclatura uniforme:
 - Serie di dati riferiti alle prestazioni:
<abbreviazione ospedale>+<"_medical">+<.formato file>
esempio: ISG_medical.txt oppure ISG_medical.dat
 - Serie di dati riferiti ai costi:
<abbreviazione ospedale>+<"_cost">+<.formato file>
esempio: ISG_cost.txt oppure ISG_cost.dat

Attuazione concreta

- Firmare la convenzione sulla fornitura dei dati e inviarla a H+ entro il 01.04.2021
- I dati di accesso alla piattaforma per la fornitura dei dati sono inviati all'ospedale
- Caricare completamente i dati entro il 30.04.2021

- Per domande: tarif@hplus.ch