



O A A T
O T M A

Organisation
ambulante Arzttarife
Organisation
tarifs médicaux ambulatoires

Documentation relative à la collecte de données 2025 (données 2024)

État: publié le 2 avril 2025

Introduction



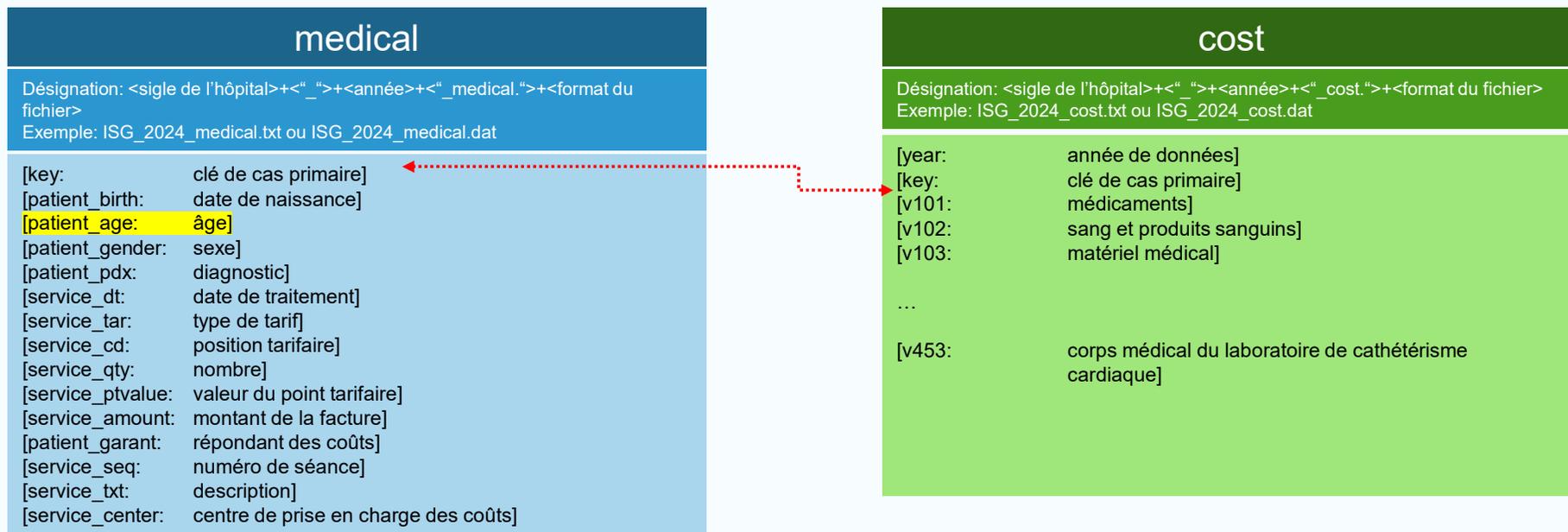
- Dans le cadre du projet «Tarification de la médecine ambulatoire – Forfaits DRG ambulatoires en combinaison avec des prestations à l’acte et/ou au temps», H+ a, en collaboration avec santésuisse, collecté des données de facturation et de coûts auprès des hôpitaux pour les années 2019, 2020 et 2021. Sur la base de ces données, solutions tarifaires suisses sa a développé la version 1.0 de la structure tarifaire forfaitaire par patient et l’OTMA SA la version 1.1.
- Pour assurer le développement et la maintenance de la structure tarifaire forfaitaire par patient, l’OTMA SA a collecté en 2024 les données des années 2022 et 2023, et s’est basée pour le contenu sur les collectes de données effectuées jusqu’ici. Le jeu de données medical a été complété par quatre variables.
- La collecte de données 2025 se fonde sur les modalités de la collecte de données 2024. Le jeu de variables a été complété avec la variable «âge en années». Le document comprend des compléments concernant les aspects formels et les exigences minimales, afin que les hôpitaux puissent mettre les données à disposition de l’OTMA SA dans un format uniforme.
- L’hôpital reçoit un retour concernant les exigences minimales. L’OTMA SA ne peut pas accepter les jeux de données qui ne respectent pas les exigences minimales.

Contenu et format

Deux fichiers sont transmis pour l'année de données 2024:

- *medical* (diapositive 10 et suivantes)
- *cost* (diapositive 15 et suivantes)

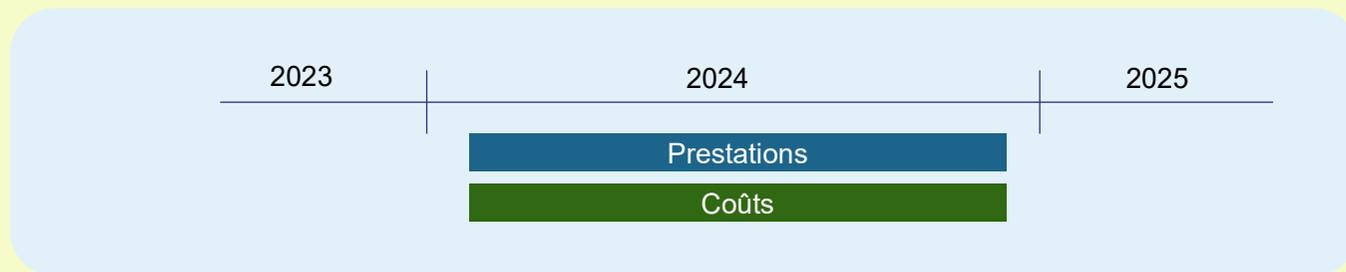
Les données de prestations (fichier *medical*) et les données de coûts (fichier *cost*) des différents cas peuvent être reliées au moyen d'une clé de cas primaire (key). La clé de cas primaire peut être fictive, mais doit permettre à l'hôpital de répondre aux éventuelles questions de l'OTMA SA se rapportant au cas.



Étendue de la livraison de données

Type de cas A

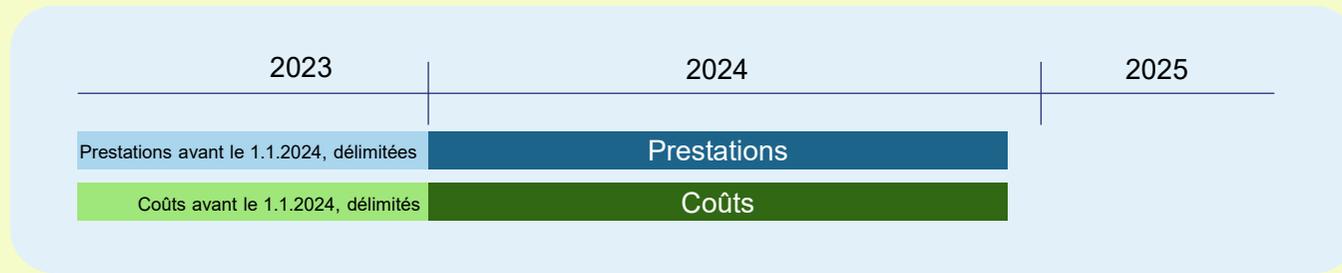
L'hôpital transmet les cas ambulatoires avec ouverture du cas **et** clôture du cas entre le 1.1.2024 et le 31.12.2024



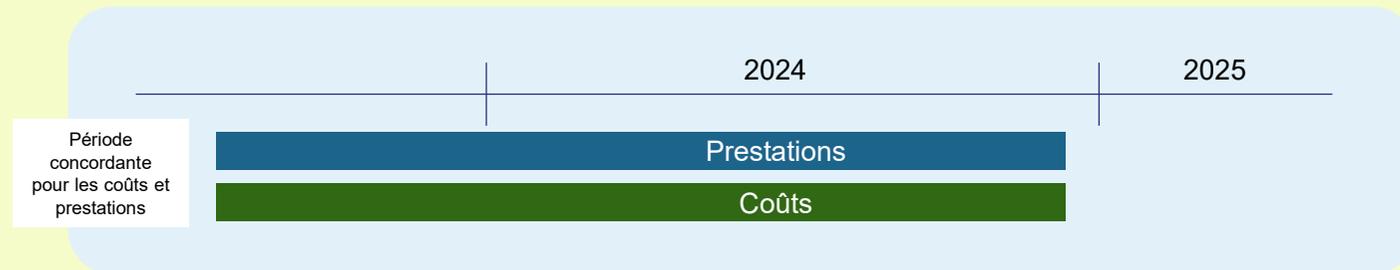
Étendue de la livraison de données

Type de cas A

L'hôpital transmet les cas ambulatoires avec ouverture du cas avant le 1.1.2024 et clôture du cas entre le 1.1.2024 et le 31.12.2024, **à condition que** les prestations et coûts soient délimités à la période 2024.



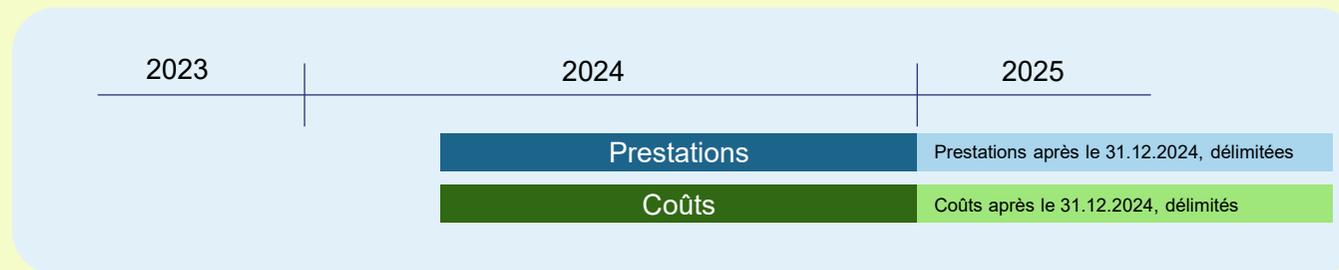
Exception: L'hôpital transmet les cas ambulatoires avec des prestations du domaine dialyse et radiothérapie avec ouverture du cas avant le 1.1.2024 et clôture du cas entre le 1.1.2024 et le 31.12.2024, **à condition que** les prestations et coûts soient délimités à la même période. L'hôpital transmet le cas complet avec les coûts et prestations pour l'ensemble de la durée du cas.



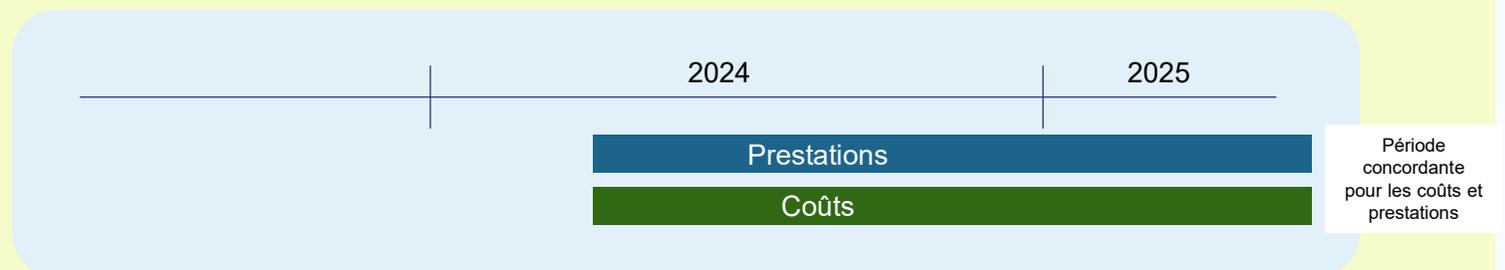
Étendue de la livraison de données

Type de cas B

L'hôpital transmet les cas ambulatoires avec ouverture du cas en 2024 et clôture du cas après le 31.12.2024, à condition que les prestations et coûts soient délimités à la période 2024.



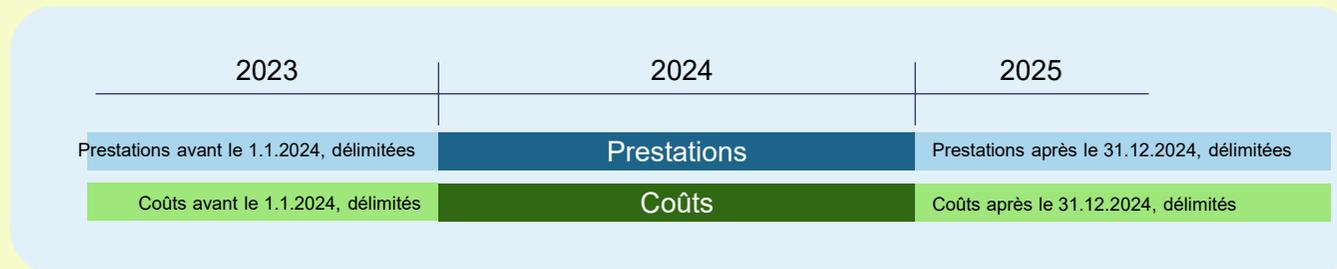
Exception: L'hôpital transmet les cas ambulatoires avec des prestations du domaine dialyse et radiothérapie avec ouverture du cas en 2024 et clôture du cas après le 31.12.2024, **à condition que** les prestations et coûts soient délimités à la même période. L'hôpital transmet le cas complet avec les coûts et prestations pour l'ensemble de la durée du cas.



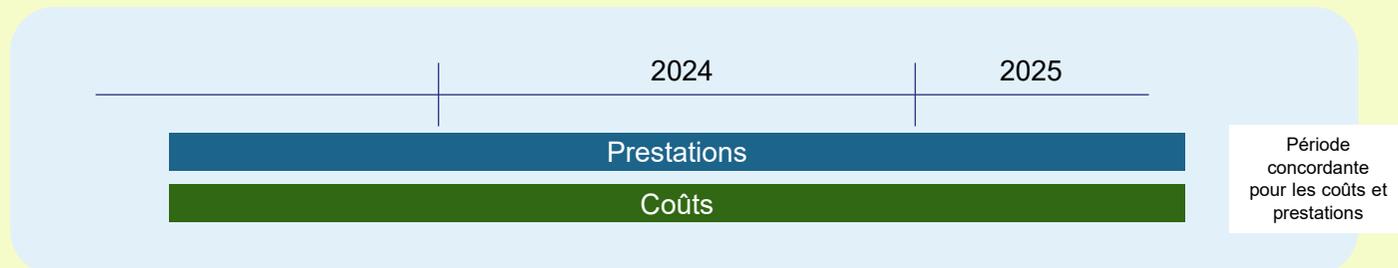
Étendue de la livraison de données

Type de cas C

L'hôpital transmet les cas ambulatoires avec ouverture du cas avant le 1.1.2024 et clôture du cas après le 31.12.2024, à condition que les prestations et coûts soient délimités à la période 2024.



Exception: L'hôpital transmet les cas ambulatoires avec des prestations du domaine dialyse et radiothérapie avec ouverture du cas avant le 1.1.2024 et clôture du cas après le 31.12.2024, **à condition que** les prestations et coûts soient délimités à la même période. L'hôpital transmet le cas complet avec les coûts et prestations pour l'ensemble de la durée du cas.



Étendue de la livraison de données



Restriction 1

Le cas comprend au moins une position tarifaire des types de tarifs suivants:

- **001** (TARMED)
- **003** (Nouveaux forfaits Tarmed);
- **222** (Tarif dentaire AA / AM / AI, **uniquement** chapitre chirurgie maxillo-faciale);
- **322** (Tarif dentaire LAMal, **uniquement** chapitre chirurgie maxillo-faciale);
- **500** (Traitements par dialyse ambulatoire);
- **501** (Organes solides);
- **502** (Transplantation de cellules souches);
- **503** (Irradiation thérapeutique par faisceau de protons).

Restriction 2

Seuls les cas dont les répondants des coûts sont l'assurance-maladie, l'assurance-invalidité, l'assurance militaire et l'assurance-accidents sont transmis.

Exigences minimales: en général



Barre verticale

Les colonnes sont séparées par des barres verticales «|». Après la dernière colonne, il y a un saut à la ligne sans symbole «barre verticale».

Exhaustivité

Toutes les colonnes doivent être disponibles pour le fichier correspondant.

En-tête

Tous les fichiers doivent disposer d'une ligne d'en-tête. Celle-ci doit contenir les noms de variables respectifs.

Variables vides

Les variables vides n'ont pas de contenu. Dans ce cas de figure, ce sont deux barres verticales qui se suivent.

Séparateur décimal

Pour les nombres décimaux, le point est utilisé comme séparateur (p. ex. 1234.40). Les chiffres ne doivent pas contenir de formatages tels que le séparateur de milliers, l'apostrophe, l'espace, etc. (p. ex. 1,234.40, 1'234.40).

key

Les prestations et coûts d'un cas peuvent être reliés au moyen d'une primary key (colonne 'key' dans les deux fichiers). Toutes les valeurs dans la variable 'key' dans le fichier medical doivent également figurer dans la variable 'key' du fichier cost et inversement.

Guillemets

Certaines variables peuvent être mises entre guillemets. Les lignes entières ne doivent pas être mises entre guillemets.

Fichier *medical*



Format

L'hôpital transmet le fichier *medical* au format .txt., .csv ou .dat, **y compris l'en-tête**. Les en-têtes sont désignés selon la diapositive 11.

Le fichier contient 15 colonnes. Les colonnes sont séparées par des barres verticales «|».

Pour les exigences minimales: cf. diapositives 12 à 14.

Remarque 1

Jeu de données *medical*

Dans le jeu de données *medical*, toutes les lignes de facture du cas sont transmises. En plus des positions tarifaires des types de tarifs pour les prestations médicales ambulatoires, les lignes de facture des types de tarifs suivants sont pertinentes (énumération non exhaustive):

- **317** (Analyses de laboratoire)
- **402** (Médicaments ou produits sanguins stables)
- **410** (Position tarifaire 2000 et 2010 pour produits sanguins labiles)
- **452** (Moyens et appareils)
- **940** (Position tarifaire 41030 pour implants, position tarifaire 43025 pour produits sanguins labiles)

Remarque 2

Tarif 003

Pour les lignes de facture avec le type de tarif 003, les positions tarifaires sont transmises selon TarifDesign (cf. [données de référence](#)). Un tableau de mapping doit être joint lors de la transmission de positions tarifaires internes (position interne -> position tarifaire selon TarifDesign).

Fichier *medical* (les modifications par rapport à la collecte de données 2024 sont marquées en jaune)



Variable	Nom	Contenu	Exemple	Remarque
key	Clé primaire pour le lien avec le fichier de coûts	valeur numérique ou alphanumérique	1000201	Les éventuels zéros non significatifs ne sont pas transmis: 000 1000201
patient_birth	Date de naissance du patient	jj.mm.aaaa	5 janvier 1961	À remplir uniquement pour âge < 1
patient_age	Âge en années	integer	3	Âge en années au moment du traitement
patient_gender	Sexe du patient	1 = homme, 2 = femme	2	
patient_pdx	Diagnostic	Code terminal selon CIM 10	Z019	
service_dt	Date de la fourniture de la prestation	jj.mm.aaaa	15 janvier 2023	
service_tar	Type de tarif de la prestation facturée	Selon le Forum Datenaustausch	001	
service_cd	Position tarifaire ou position de référence de la prestation fournie	Selon le tarif respectif	39.2140	
service_qty	Type de tarif de la prestation fournie	Chiffre	1	Les quantités partielles (p. ex. pour une demi-boîte de médicaments) sont indiquées au moyen de deux décimales. Les extournes ont une valeur négative.
service_ptvalue	Valeur du point tarifaire	Valeur du point tarifaire en CHF	0.89	
service_amount	Montant facturé selon facturation	Montant en CHF	16.80	Les extournes ont une valeur négative.
patient_garant	Répondant des coûts	1 = LAMa1, 2 = LAI, 3 = LAM, 4 = LAA, 5 = auto-payeurs, 8 = autres, 9 = inconnu	1	Expression de la variable selon les directives de l'OFS dans le cadre de SpiGes.
service_seq	Données relatives à la séance (numéro de séance)	Chiffre	2	Numéro de séance selon la facturation
service_txt	Désignation de la prestation fournie	Champ de texte	Prestation de base technique 0, densitométrie osseuse par rayons X, patient ambulatoire	
service_center	Centre de prise en charge des coûts fournisseur	Nomenclature OFS Centre de prise en charge des coûts	M850	Données selon le concept Données des patients ambulatoires des hôpitaux

Fichier *medical*: exigences minimales (1/3)



key

Le contenu de la variable 'key' ne doit être ni vide ni manquer (p. ex. -, #NV, NA, #N/A, ou similaire). Chaque valeur doit figurer au moins une fois dans la variable 'key' du fichier cost.

Nombre de variables

Le fichier contient 15 variables. La ligne contient 14 barres verticales. La dernière variable n'est pas fermée par une barre verticale.

Étendue

La livraison porte, outre sur le TARMED (type de tarif 001), sur l'ensemble des prestations provenant des autres tarifs.

patient_age

Nombre entier positif de un à trois chiffres (y compris 0) ou vide.

patient_birth

Date au format jj.mm.aaaa (12.06.1990) ou vide, si patient_age > 0.

patient_gender

Soit 1 (homme), 2 (femme), 3 ou vide (inconnu).

Fichier *medical*: exigences minimales (2/3)



service_dt	Date au format jj.mm.aaaa (12.06.2024)
service_tar	Types de tarifs selon les données de référence définies par le Forum Datenaustausch (pas de positions tarifaires internes).
service_cd	Types de tarifs 001, 222, 322, 500, 501, 502, 503: seuls les types de tarifs valables selon le Forum Datenaustausch sont transmis (pas de types de tarifs internes). Type de tarif 003: voir remarque 2 sur la diapositive 10.
service_qty	Nombre décimal (voir exigence minimale «nombre décimal» sur la diapositive 9).
service_ptvalue	Nombre décimal (voir exigence minimale «nombre décimal» sur la diapositive 9) ou vide.
service_amount	(voir exigence minimale «nombre décimal» sur la diapositive 9).

Fichier *medical*: exigences minimales (3/3)



patient_garant

Soit 1 (pour LAMal), 2 (pour LAI), 3 (pour LAM), 4 (pour LAA), 5 (pour auto-payeurs), 8 (pour autres), 9 (pour inconnu)

service_txt

La variable ne contient ni saut à la ligne ni barre verticale. Si c'est malgré tout le cas, la variable (et non pas toute la ligne) doit être mise entre guillemets. Il est également possible de mettre toutes les variables individuellement entre guillemets.

Dans l'exemple suivant, tout le contenu de la variable entre les deux barres verticales est mis entre guillemets:
|"Serres Collecteur de tissus, 173mm | 295mm | 390mm"|

Fichier cost



Format

L'hôpital transmet le fichier des coûts par cas selon REKOLE® (coûts complets) au format .txt , .csv ou .dat avec un cas par ligne et y compris l'en-tête. Les en-têtes des variables REKOLE sont décrits dans l'annexe à cette documentation.

Le fichier contient 80 colonnes. Les colonnes sont séparées par des barres verticales «|».

Autres exigences: voir diapositives 13 et 15 concernant les exigences minimales.

PIG

Les prestations d'intérêt général (PIG) dans les coûts par cas livrés sont déduites selon REKOLE®.

RFU

Il n'y a soit pas de coûts pour la recherche et la formation universitaire (RFU) ou les coûts de la RFU ne sont pas compris dans les coûts par cas.

Exigences minimales: Cost



key

Variable 'key': Ne doit pas être vide, ne doit pas manquer (p. ex. -, #NV, NA, #N/A, ou similaire). Chaque valeur doit figurer au moins une fois dans la variable 'key' du fichier medical.

Nombre de variables

Le fichier contient 80 variables. La ligne contient 79 barres verticales. La dernière variable n'est pas fermée par une barre verticale.

Exhaustivité

Les données sur tous les centres de charges selon REKOLE® sont livrées, également si un centre de charges selon REKOLE® n'est pas géré par l'hôpital.

Contenu variable

Les variables de coûts ne doivent contenir que des chiffres et pas de lettres. Les variables de coûts vides ne sont pas remplies avec des caractères spéciaux (p. ex. «-»).

Formatage

Les chiffres ne doivent pas contenir de formatages tels que le séparateur de milliers, l'apostrophe, l'espace, etc.

Séparateur décimal

Voir exigence minimale «nombre décimal» sur la diapositive 9.

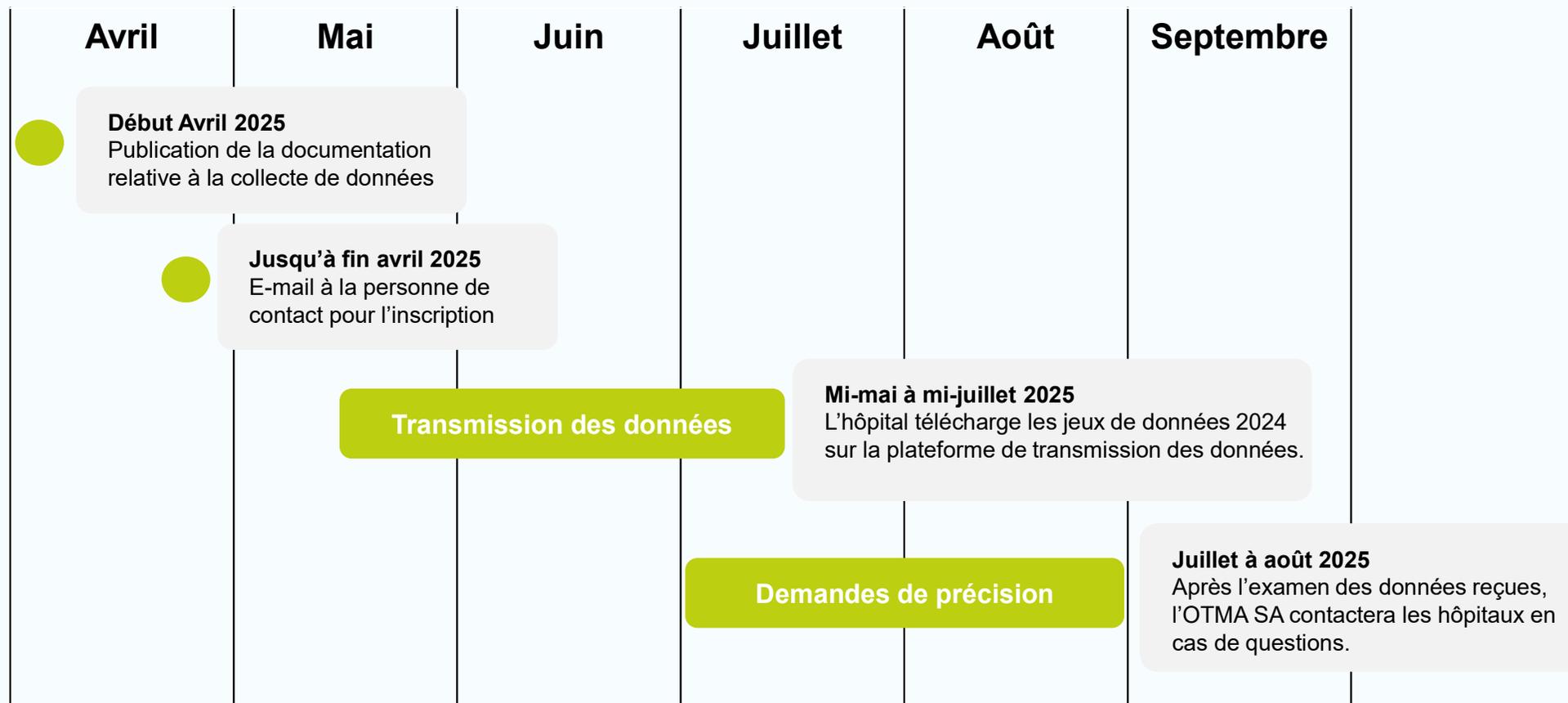
Transmission des données



Technologie

Canal de transmission protégé avec compte individuel de l'hôpital sur le Sharepoint de l'OTMA SA. La personne désignée par l'hôpital se voit attribuer l'accès au dossier individuel de l'hôpital sur Sharepoint.

Déroulement de la collecte de données



Contact



- Les questions concernant la collecte de données 2025 peuvent être adressées par écrit à l'OTMA SA à l'adresse datenerhebung@oaat-otma.ch
- Les hôpitaux qui n'ont pas conclu de contrat de livraison de données doivent conclure un tel contrat avant la livraison de données et envoyer leur demande à datenerhebung@oaat-otma.ch



O A A T
O T M A

Organisation
ambulante Arzttarife

Organisation
tarifs médicaux ambulatoires

info@oaat-otma.ch

www.aaat-otma.ch