



O A A T
O T M A

Organisation
ambulante Arzttarife

Organisation
tarifs médicaux ambulatoires

Documentation relative à la collecte des données des assureurs 2026 (Données de 2025)

Statut : publié le 31 mars 2026

Journal des modifications



Documentation	Publication	Type de modification	Description
2026	31/03/2026	Mise à jour	Référence à la liste PCG de l'OFSP (cf. diapositive « <i>Fichier Versicherte : contenu</i> »)
		Différenciation	Différence dans l'étendue des livraisons de données entre les assureurs maladie ayant déjà fourni des données pour la période 2018-2024 et ceux qui en fournissent pour la première fois (cf. diapositives « <i>Introduction</i> » et « <i>Portée de la collecte de données</i> »).
		-	Première publication en 2026
2025	19/09/2025	Précisions	<ul style="list-style-type: none"> Assurés ne percevant pas de prestations (cf. diapositive «<i>Portée de la collecte de données</i>»). Précisions générales sur l'étendue (cf. diapositives «<i>Portée de la collecte de données</i>»). Précisions concernant les modifications en cours d'année <i>jfr, franchise et kanton</i> (cf. diapositive <i>Fichier Versicherte : contenu</i>) Ajout de la valeur NA à <i>ra_hosp, ra_medi, pcgABH, ..., pcgZNS</i> (cf. diapositive «<i>Fichier Versicherte : contenu</i>»)
	04/09/2025	-	Première publication en 2025

- En 2023, santésuisse et H+ ont chargé BSS Volkswirtschaftliche Beratung d'élaborer et de tester un concept de suivi du secteur médical ambulatoire. Pour le suivi pilote, trois assureurs-maladie ont mis à disposition des données de facturation détaillées pour la période 2018-2022 concernant environ 1,7 million d'assurés AOS par an. Sur la base de cet ensemble de données, BSS a en outre calculé, pour le compte d'OTMA SA, la normalisation du système tarifaire global.
- Alors que l'annexe D de la convention sur la structure tarifaire régit la base de la transmission des données par les assureurs-maladie dans le cadre du suivi contractuel, l'art. 47a, al. 5, LAMal constitue la base légale pour la transmission des données en rapport avec la gestion et le développement des structures tarifaires. Les prestataires et les assureurs sont tenus de communiquer gratuitement à OTMA SA les données nécessaires à l'élaboration, au développement, à l'adaptation et à la gestion des structures tarifaires pour les traitements ambulatoires
- La collecte des données des assureurs réalisée cette année par l'OTMA SA portera sur les données de 2025. Les assureurs qui fournissent des données à l'OTMA SA pour la première fois mettront à disposition les données de 2018 à 2025. L'étendue de la collecte de données est expliquée et illustrée dans ces diapositives.
- Le contenu de la collecte de données par OTMA SA repose sur la collecte effectuée par BSS. L'ensemble de variables permet à OTMA SA de couvrir, en une seule collecte, les exigences découlant tant du développement du système que du suivi et de la convention d'accompagnement.
- Le présent document contient une description des variables collectées, des aspects formels ainsi que des exigences minimales afin que les assureurs-maladie puissent mettre à disposition les données de l'OTMA SA dans un format uniforme. Après la livraison des données, l'assureur-maladie reçoit un retour d'information concernant les exigences minimales. L'OTMA SA ne peut pas accepter les jeux de données qui ne respectent pas les exigences minimales.

Portée de la collecte des données



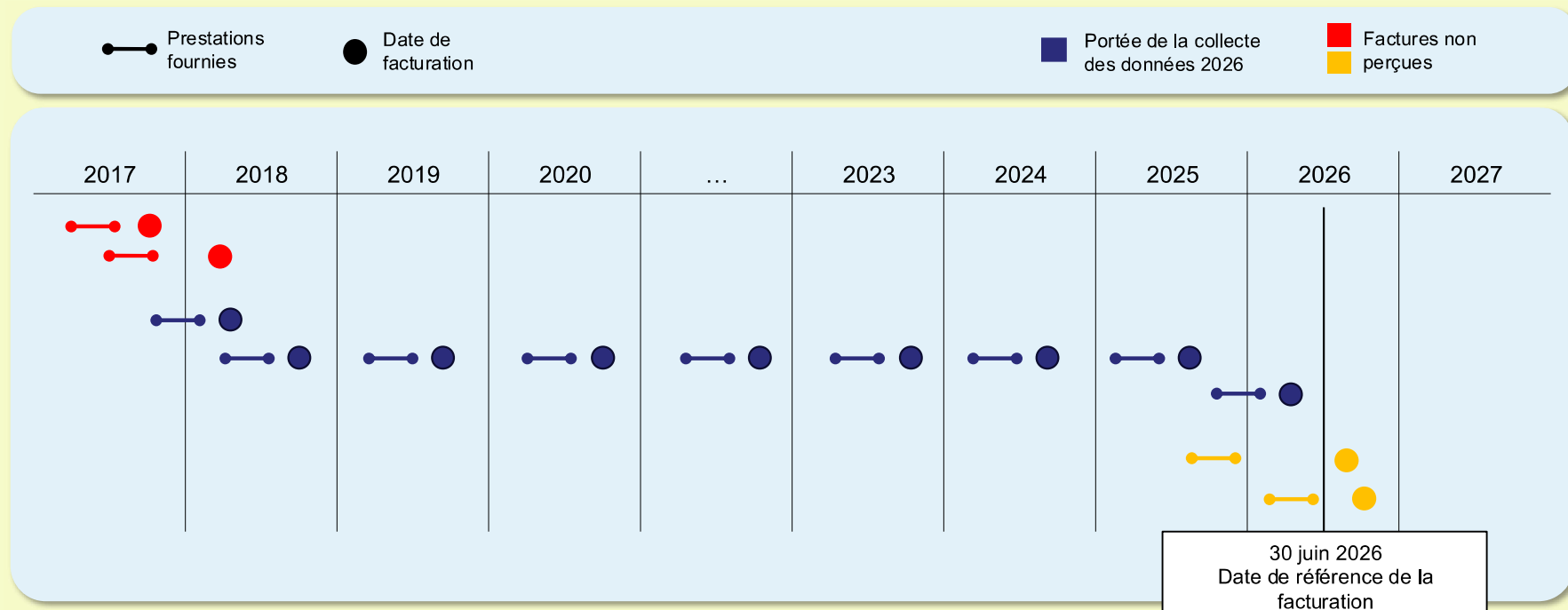
Portée	Les données sont collectées avec 3 fichiers : <i>Versicherte</i> , <i>Faktura</i> et <i>Services</i> (cf. diapositive <i>Généralités : contenu et format</i>).
Portée Versicherte	Caractéristiques d'assurance de toutes les personnes assurées auprès d'une AOS et domiciliées en Suisse. Même les assurés qui ne perçoivent pas de prestations figurent dans ce fichier.
Portée Faktura / Services	<p>Pour toutes les personnes assurées auprès d'une AOS et domiciliées en Suisse : tous les positions de prestations de tous les factures comportant au moins une position de prestation fourni entre le 01.01.2025 et le 31.12.2025 (ou entre le 01.01.2018 et le 31.12.2025 pour les assureurs-maladie fournissant des données pour la première fois). Les assurés qui ne perçoivent pas de prestations ne figurent pas dans ces deux fichiers.</p> <p>Remarque : aucune restriction n'est appliquée aux types de partenaires «médecins» et «hôpital» ni au type de traitement «ambulatoire». Cela s'explique par plusieurs raisons : d'une part, les prestations prescrites (p. ex. laboratoire et pathologie) sont également attribuées au traitement ambulatoire. D'autre part, des valeurs de référence sont établies pour les autres prestations ambulatoires et stationnaires afin de pouvoir évaluer l'évolution des coûts.</p>
Délimitation	La distinction des différentes livraisons de données s'effectue sur la base du critère «date de début du traitement» (variable <i>beh_von</i> du fichier « <i>Faktura</i> »). En 2026, toutes les prestations dont la date de traitement est en 2025 (ou de 2018 à 2025 pour les assureurs-maladie qui fournissent des données pour la première fois) seront recensées.
Annulation	Si une prestation est annulée, seule la facture correcte est fournie.

Portée de la collecte de données

Pour les caisses d'assurance maladie qui effectuent leur première transmission



Pour toutes les personnes assurées auprès d'une AOS et domiciliées en Suisse : toutes les positions de prestations de tous les décomptes de prestations comportant au moins une position de prestation fournie entre le 01.01.2018 et le 31.12.2025 (date du traitement).
Les factures (et leurs positions de prestations) facturés après la date de référence (30.06.2026) ne sont pas collectés (orange).
Les factures (et leurs positions de prestations) qui contiennent exclusivement des positions de prestations fournies avant le 01.01.2018 ne sont pas collectés (rouge).



Généralités : contenu et format

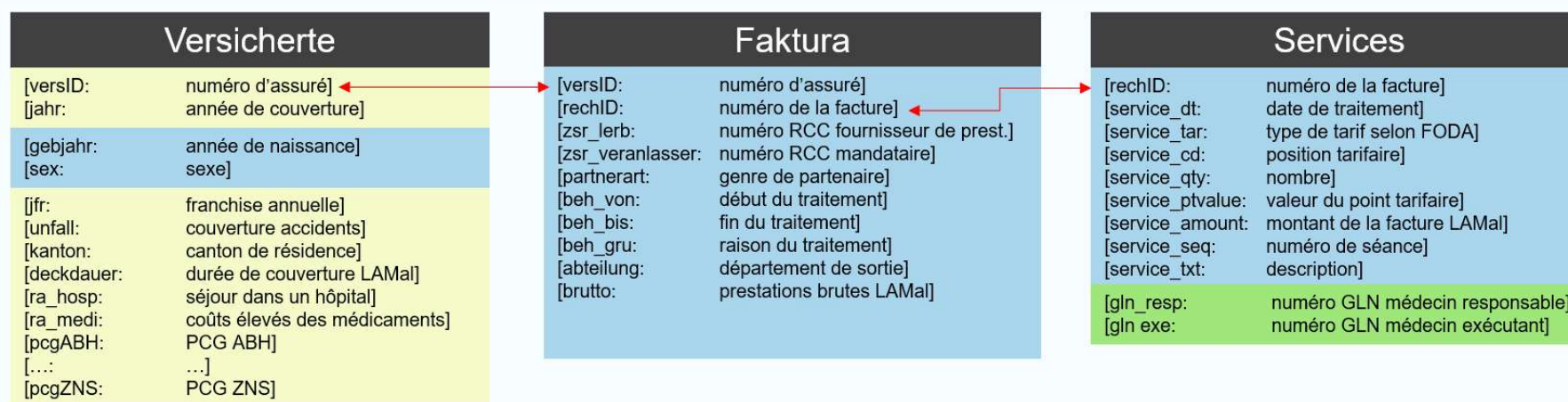


Les données sont collectées à l'aide de 3 fichiers. Ceux-ci peuvent être reliés entre eux via des «variables clés».

Le fichier «Versicherte» contient des informations sur les assurés. Il peut être relié au fichier «Faktura» via la variable clé «versID».

Le fichier «Faktura» contient des informations agrégées sur les factures des assurés. Il peut être relié au fichier «Services» via la variable clé «rechID».

Le fichier «Services» contient des informations détaillées sur tous les postes de facture facturés aux assurés.



Les variables sur fond bleu sont nécessaires pour pouvoir utiliser les données des assureurs-maladie dans le cadre du développement du système. Cela comprend par exemple l'identification du traitement ambulatoire, la simulation des codes tarifaires selon le système tarifaire global ainsi que le calcul des facteurs de normalisation.

Les variables sur fond jaune viennent compléter les variables sur fond bleu afin de pouvoir utiliser les données des assureurs-maladie dans le cadre du monitoring selon l'annexe D de la convention relative à la structure tarifaire. Cela comprend par exemple le calcul des chiffres clés, le partitionnement de la population en strates groupe d'âge, sexe et grande région du domicile ainsi que la pondération de l'échantillon selon l'annexe D, chiffre 4.7, et la réalisation de l'ajustement du risque pour maintenir constante la structure de la population et de la morbidité de l'année de référence 2025 selon l'annexe D, chiffre 7.2. Cet ajustement du risque requiert aussi la collecte des groupes de coûts pharmaceutiques (PCG) comme une forme d'indicateurs de morbidité (annexe D, chiffre 7.2 al.2).

Les variables sur fond vert sont nécessaires pour mettre en œuvre le pilotage différencié par les partenaires tarifaires au sein du secteur ambulatoire des cabinets selon la convention d'accompagnement relative aux nouveaux tarifs ambulatoires TARDOC et forfaits ambulatoires.

Généralités : exigences minimales



Pipe

Les colonnes sont séparées par des pipes «|». La dernière colonne est suivie d'un saut de ligne sans pipe.

Exhaustivité

Toutes les colonnes du fichier concerné doivent être présentes.

Header

Tous les fichiers doivent comporter une ligne *header*. Celle-ci doit contenir les noms des variables correspondantes.

Variables vides

Les variables vides n'ont pas de contenu. Cela signifie que, dans ce cas, deux pipes se succèdent.

Séparateur décimal

Pour les nombres décimaux, le point est utilisé comme séparateur décimal (ex. 1234,40). Les nombres ne doivent pas contenir de formatage tel que des séparateurs de milliers, des guillemets, des espaces, etc. (ex. 1,234,40, 1'234,40).

Guillemets

Les variables individuelles peuvent être placées entre guillemets. Les lignes entières ne doivent pas être placées entre guillemets.

Variable clé

La variable clé «versID» doit permettre de relier les fichiers *Versicherte* et *Faktura*.
La variable clé «rechID» doit permettre de relier les fichiers *Faktura* et *Services*.

Fichier *Versicherte* : contenu

Nom de la variable	Désignation	Type	Plage/Format
versID	Numéro d'assuré, pseudonymisé (variable clé pour le lien avec <i>la facture</i>)	int	
jahr	Année de couverture	int	
sex	Sexe : 1 = homme, 2 = femme, 3 = inconnu	int	{1,2,3}
gebjahr	Année de naissance	int	[1900, 2024]
jfr	Franchise annuelle (En cas de modification de la franchise en cours d'année, il convient d'utiliser la valeur au 31 décembre ou la dernière valeur connue de l'année de couverture concernée.)	int	[0, 2500]
unfall	Inclusion de la couverture accident : 1 = oui, 0 = non (En cas de modifications de la couverture accident en cours d'année, il convient d'utiliser la valeur au 31 décembre ou la dernière valeur connue de l'année de couverture concernée.)	je suis	{0,1}
kanton	Canton de résidence : abréviation : BE, ZH, LU, etc. (En cas de changement de canton de résidence en cours d'année, il convient d'utiliser la valeur au 31 décembre ou la dernière valeur connue de l'année de couverture correspondante.)	char	Length=2
deckdauer	Durée de couverture AOS en jours	int	{1,2,...,365}
ra_hosp	Hospitalisation au cours de l'année précédente selon la définition de la péréquation des risques : 1 = oui, 0 = non, NA = inconnu.	bin	{0,1}
ra_medi	Coûts élevés de médicaments supérieurs à 5000 CHF l'année précédente selon la compensation des risques : 1 = oui, 0 = non, NA = inconnu.	bin	{0,1}
pcgABH	PCG ABH «Dépendance sans nicotine» selon la définition de la liste des médicaments de l'OFSP: 1 = oui, 0 = non, NA = inconnu.	bin	{0,1}
...	...	bin	{0,1}
pcgZNS	PCG ZNS «Maladies du système nerveux central autres que la sclérose en plaques» selon la définition de la liste des médicaments de l'OFSP: 1 = oui, 0 = non, NA = inconnu.	bin	{0,1}

Les 34 groupes de coûts pharmaceutiques (PCG) sont constitués conformément à la liste PCG de l'OFSP du 24 mars 2026, disponible à l'adresse <https://www.bag.admin.ch/de/krankenversicherung-risikoausgleich> [dernier accès le 25 mars 2026].

Fichier *Versicherte* : exigences minimales



versID

Le contenu de la variable «versID» ne doit être ni vide ni manquant (par exemple -, #NV, NA, #N/A ou similaire).

Nombre de variables

Le fichier contient 44 variables. La ligne contient 43 pipes. La dernière variable n'est pas suivie d'une pipe.

Contenu des variables

Conformément aux indications Désignation, Type et Plage/Format sur la diapositive «*Fichier Versicherte: contenu*».

Fichier *Faktura*: contenu



Nom de la variable	Désignation	Type	Plage/Format
versID	Numéro d'assuré, pseudonymisé (variable clé pour l'association avec <i>l'assuré</i>)	int	
rechID	Numéro de facture, pseudonymisé (variable clé pour l'association avec <i>les services</i>)	int	
zsr_verb	Numéro ZSR du prestataire ayant fourni la prestation	char	Longueur = 7
zsr_veranlassen	Numéro ZSR de l'initiateur qui a demandé le traitement	char	Longueur = 7
partnerart	Sous-groupe de type de partenaire à 4 chiffres, selon le ZSR	int	Longueur = 4
beh_von	Date de début du traitement	char	AAAA-MM-JJ
beh_bis	Date de fin du traitement	char	AAAA-MM-JJ
beh_gru	Motif du traitement : maladie = K, accident = U, maternité = M, prévention = V, etc.	char	Longueur = 1
abteilung	Service de sortie (par ex. M100)	char	
brutto	Prestations brutes de l'AOS en CHF	num	

Fichier *Faktura* : exigences minimales



versID

Le contenu de la variable « versID » ne doit être ni vide ni manquant (par exemple -, #NV, NA, #N/A ou similaire). Chaque valeur doit être présente dans la variable « versID » du fichier *des assurés*.

rechID

Le contenu de la variable « rechID » ne doit être ni vide ni manquant (par exemple -, #NV, NA, #N/A ou similaire). Chaque valeur doit figurer au moins une fois dans la variable « rechID » du fichier *Services*.

Nombre de variables

Le fichier contient 10 variables. La ligne contient 9 pipes. La dernière variable n'est pas suivie d'une pipe.

Contenu des variables

Conformément aux indications Désignation, Type et Plage/Format sur la diapositive «*Fichier Faktura : contenu* ».

Fichier *Services* : Contenu



Nom de la variable	Désignation	Type	Plage/Format
rechID	Numéro de facture, pseudonymisé (variable clé pour le lien avec <i>la facture</i>)	int	
service_dt	Date du traitement	char	AAAA-MM-JJ
service_tar	Numéro du tarif appliqué (par ex. 001 = TARMED, 317 = liste des analyses)	char	[001, 999]
service_cd	Code tarifaire (par ex. « 00.0150 »)	char	
service_qty	Quantité facturée par poste tarifaire (OKP)	num	
service_ptvalue	Valeur du point tarifaire valable (le cas échéant)	num	
service_amount	Montant de la facture (AOS)	num	
service_seq	Numéro de session	int	
service_txt	Texte de la position transmis par le prestataire, si la variable service_tar est différente de 001, 317	char	
gln_resp	GLN du prestataire responsable	int	
gln_exe	GLN du prestataire exécutant	int	

Fichier *Services* : exigences minimales



rechID

Le contenu de la variable «rechID» ne doit être ni vide ni manquant (par exemple -, #NV, NA, #N/A ou similaire). Chaque valeur doit être présente dans la variable «rechID» du fichier *Faktura*.

Nombre de variables

Le fichier contient 11 variables. La ligne contient 10 pipes. La dernière variable n'est pas suivie d'une pipe.

Contenu de la variable

Conformément aux indications Désignation, Type et Plage/Format sur la diapositive «*Fichier Services : contenu*».

service_txt

Le contenu de la variable ne contient ni saut de ligne ni pipe. Si tel est néanmoins le cas, la variable individuelle (et non la ligne entière) doit être placée entre guillemets. Toutes les variables peuvent également être placées individuellement entre guillemets. Dans l'exemple suivant, l'ensemble du contenu de la variable entre les pipes est placé entre guillemets, car le texte de la position contient lui-même des pipes «|» :

|« Collecteur de tissu Serres, 173 mm | 295 mm | 390 mm »|.

Si les guillemets ne sont pas utilisés, les pipes à l'intérieur du texte de position sont interprétées à tort comme des séparateurs de colonnes.

Transmission des données



Technologie

Canal de transmission sécurisé avec un compte individuel par assureur sur la plateforme de transmission de données de l'OTMA SA. La personne désignée par l'assureur maladie obtient l'accès au dossier individuel de l'assureur sur la plateforme de transmission de données de l'OTMA SA. Les données sont téléchargées sous forme compressée au format ZIP.

Contact



Pour toute question concernant la collecte de données, veuillez contacter OTMA SA par écrit à l'adresse suivante :
datenerhebung@oaat-otma.ch



O A A T
O T M A

Organisation
ambulante Arzttarife
Organisation
tarifs médicaux ambulatoires

