



O A A T
O T M A

Organisation
ambulante Arzttarife

Organisation
tarifs médicaux ambulatoires

Documentazione sulla rilevazione dei dati 2025 (dati 2024)

Status: pubblicato il 2 aprile 2025

- Nell'ambito del progetto «Tariffazione della medicina ambulatoriale – forfait DRG ambulatoriali in combinazione con prestazioni singole e/o a tempo», H+ e santésuisse hanno raccolto presso gli ospedali i dati relativi alla fatturazione e ai costi per prestazioni ambulatoriali degli anni 2019, 2020 e 2021. Sulla base di tali dati, la solutions tarifaires suisses sa ha sviluppato la versione 1.0 della struttura tariffaria forfettaria per paziente e la OTMA SA la versione 1.1.
- Per l'ulteriore sviluppo e la manutenzione della struttura tariffaria forfettaria per paziente, la OTMA SA nel 2024 ha effettuato una rilevazione dei dati 2022 e 2023, basandosi dal punto di vista dei contenuti su quelle effettuate finora. Il record di dati «medical» è stato integrato con quattro variabili.
- La rilevazione dei dati 2025 si basa sulle disposizioni valide per quella del 2024. Il set di variabili è stato ampliato con la variabile «Età in anni». Il documento contiene integrazioni relative ad aspetti formali e requisiti minimi, affinché gli ospedali possano mettere i dati a disposizione della OTMA in un formato unitario.
- L'ospedale riceve un feedback riguardo ai requisiti minimi. La OTMA SA non può accettare i record di dati che non rispettano i requisiti minimi.

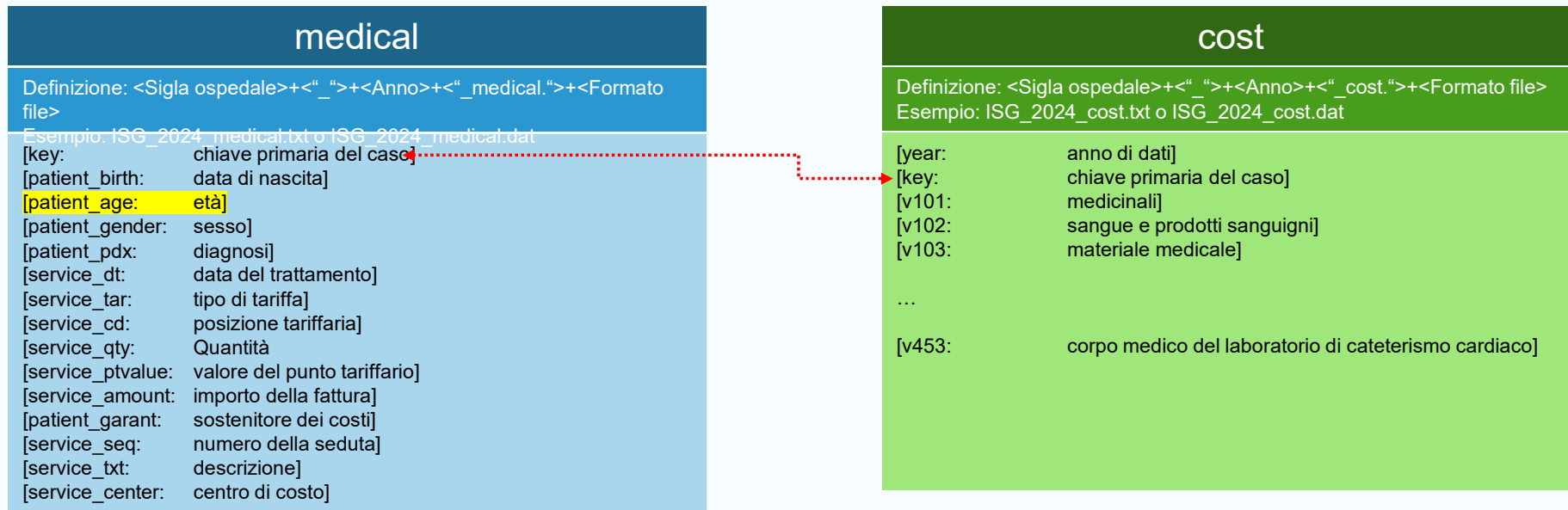
Contenuto e formato



Per l'anno di dati 2024 vengono trasmessi due file:

- *medical* (diapositiva 10 e segg.)
- *cost* (diapositiva 15 e segg.)

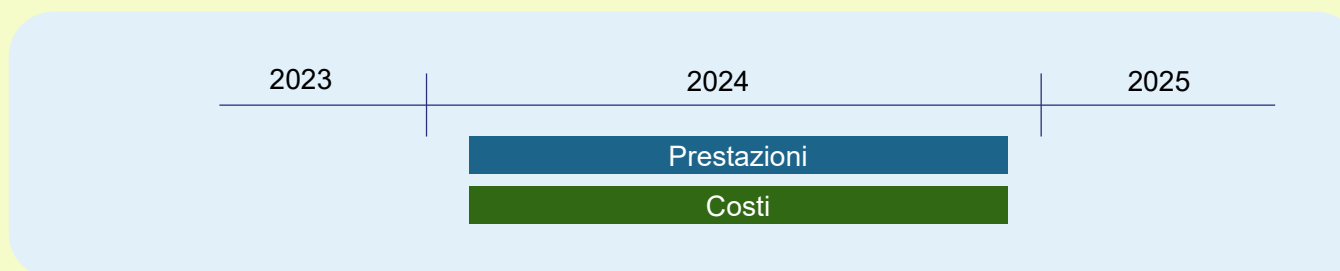
I dati relativi alle prestazioni (file *medical*) e ai costi (file *cost*) dei singoli casi devono poter essere collegati mediante la chiave primaria del caso (*key*). La chiave primaria del caso può essere fittizia, ma deve consentire all'ospedale di poter rispondere a eventuali domande della OTMA SA a livello del singolo caso.



Estensione della fornitura di dati

Tipo di file A

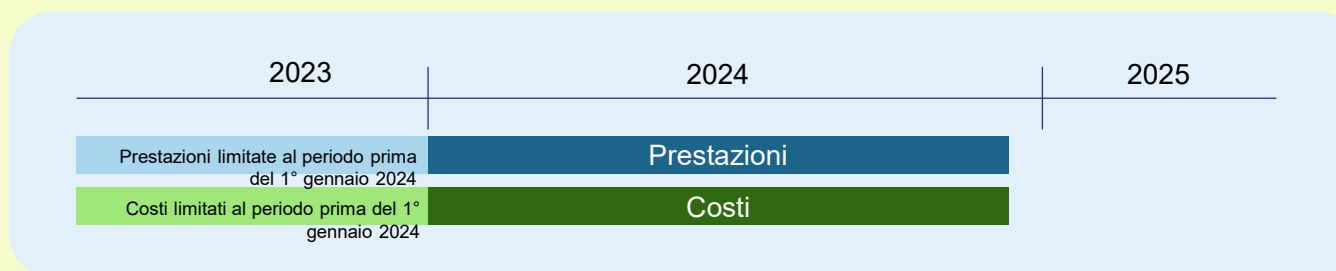
L'ospedale trasmette i casi ambulatoriali con l'apertura e la chiusura del caso tra il 1° gennaio 2024 e il 31 dicembre 2024.



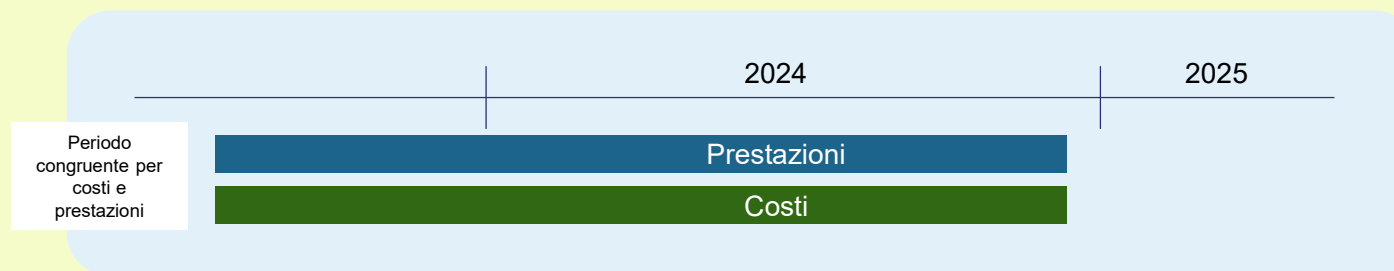
Estensione della fornitura di dati

Tipo di caso A

L'ospedale trasmette i casi ambulatoriali con l'apertura del caso prima del 1° gennaio 2024 e la chiusura del caso tra il 1° gennaio 2024 e il 31 dicembre 2024, **nella misura in cui** le prestazioni e i costi siano limitati al periodo 2024.



Eccezione: l'ospedale trasmette i casi ambulatoriali con le prestazioni del settore dialisi e radioterapia con apertura del caso prima del 1° gennaio 2024 e chiusura del caso tra il 1° gennaio 2024 e il 31 dicembre 2024, **nella misura in cui** le prestazioni e i costi siano limitati allo stesso periodo. L'ospedale trasmette l'intero caso con costi e prestazioni per tutta la durata del caso.



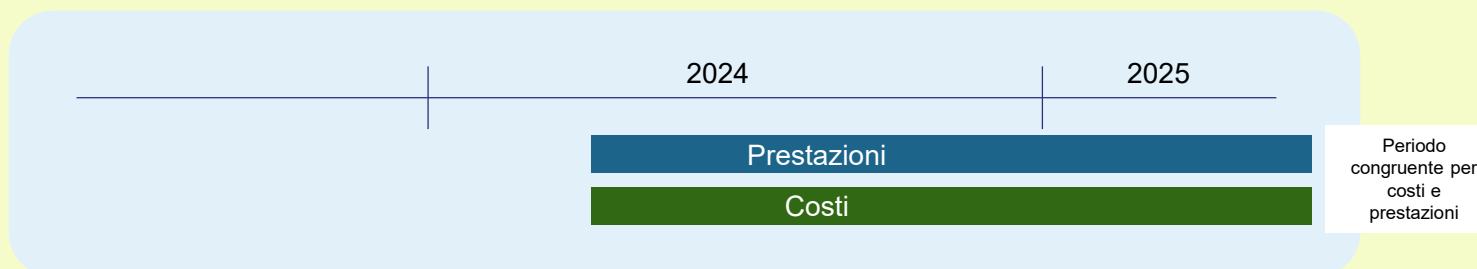
Estensione della fornitura di dati

Tipo di caso B

L'ospedale trasmette i casi ambulatoriali con l'apertura del caso nel 2024 e la chiusura del caso successiva al 31 dicembre 2024, nella misura in cui le prestazioni e i costi siano limitati al 2024.



Eccezione: l'ospedale trasmette i casi ambulatoriali con le prestazioni del settore dialisi e radioterapia con l'apertura del caso nel 2024 e la chiusura del caso successiva al 31 dicembre 2024, **nella misura in cui** le prestazioni e i costi siano limitati allo stesso periodo. L'ospedale trasmette l'intero caso con costi e prestazioni per tutta la durata del caso.



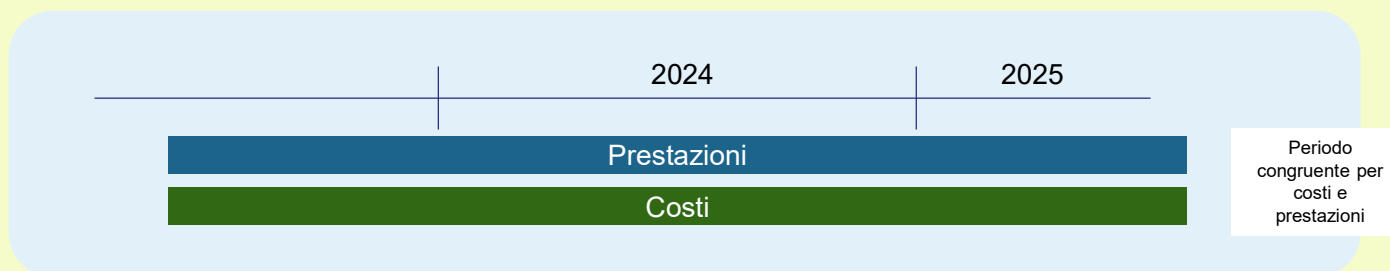
Estensione della fornitura di dati

Tipo di caso C

L'ospedale trasmette i casi ambulatoriali con l'apertura del caso prima del 1° gennaio 2024 e la chiusura del caso successiva al 31 dicembre 2024, nella misura in cui le prestazioni e i costi siano limitati al periodo 2024.



Eccezione: l'ospedale trasmette i casi ambulatoriali con le prestazioni del settore dialisi e radioterapia con apertura del caso prima del 1° gennaio 2024 e chiusura del caso successiva al 31 dicembre 2024, **nella misura in cui** le prestazioni e i costi siano limitati allo stesso periodo. L'ospedale trasmette l'intero caso con costi e prestazioni per tutta la durata del caso.



Estensione della fornitura di dati



Limitazione 1

Il caso deve presentare almeno una cifra tariffaria dei seguenti tipi:

- **001** (TARMED)
- **003** (forfait TARMED, nuova);
- **222** (tariffa odontoiatrica AINF / AM / AI, **solo** capitolo chirurgia maxillo-facciale);
- **322** (tariffa odontoiatrica AMAL, **solo** capitolo chirurgia maxillo-facciale);
- **500** (trattamenti di dialisi);
- **501** (organi solidi);
- **502** (trapianto di cellule staminali);
- **503** (radioterapia con protoni).

Limitazione 2

Vengono trasmessi solo casi che abbiano come sostenitore dei costi l'assicurazione malattia, l'assicurazione d'invalidità, l'assicurazione militare o l'assicurazione infortuni.

Requisiti minimi: in generale



Barra verticale

Le colonne sono separate da barre verticali «|». Dopo l'ultima colonna c'è un'interruzione di riga senza barra verticale.

Completezza

Devono essere presenti tutte le colonne per il rispettivo file.

Intestazione

Tutti i file devono avere una riga di intestazione, la quale deve contenere i nomi delle rispettive variabili.

Variabili vuote

Le variabili vuote non hanno alcun contenuto. Ciò significa che in casi di questo tipo ci sono due barre verticali consecutive.

Separatore dei decimali

Come separatore per i numeri decimali viene utilizzato il punto (es. 1234.40). I numeri non devono contenere alcuna formattazione come separatore delle migliaia, apostrofo, spazio ecc. (es. 1.234.40, 1'234.40).

Chiave primaria (key)

Le prestazioni e i costi di un caso sono collegabili tramite una chiave primaria (colonna «key» in entrambi i file). Tutti i valori nella variabile «key» nel file *medical* devono esistere anche nella variabile «key» nel file *cost*. Lo stesso vale anche viceversa.

Virgolette

Singole variabili possono essere poste tra virgolette. Non è invece consentito porre tra virgolette intere righe.

Formato

L'ospedale trasmette il file *medical* in formato .txt, .csv o .dat, **inclusa l'intestazione**. Le intestazioni sono contrassegnate secondo la diapositiva 11.

Il file contiene 15 colonne. Le colonne sono separate da barre verticali «|».

Per i requisiti minimi: vedi diapositive da 12 a 14.

Avvertenza 1 Record di dati medical

Nel record di dati *medical* vengono trasmesse tutte le righe contabili del caso. Oltre alle cifre tariffarie dei tipi di tariffa per le prestazioni mediche ambulatoriali, sono rilevanti in particolare le righe contabili dei seguenti tipi di tariffa (elenco non esaustivo):

- **317** (analisi di laboratorio)
- **402** (farmaci o prodotti sanguigni stabili)
- **410** (cifre tariffarie 2000 e 2010 per i prodotti sanguigni labili)
- **452** (mezzi e oggetti)
- **940** (cifra tariffaria 41030 per impianti, cifra tariffaria 43025 per i prodotti sanguigni labili)

Avvertenza 2 Tariffa 003

Nel caso di righe contabili con il tipo di tariffa 003, le cifre tariffarie vengono trasmesse secondo TarifDesign (cfr. [dati di riferimento](#)). In caso di trasmissione di cifre interne, deve essere allegata una tabella della mappatura (cifra interna -> cifra tariffaria secondo TarifDesign).

File *medical* (le modifiche rispetto alla rilevazione dei dati 2024 sono marcate in giallo)



Variabile	Nome	Contenuto	Esempio	Osservazioni
Chiave primaria (key)	Chiave primaria per il collegamento con il file relativo ai costi	Valore numerico o alfanumerico	1000201	Eventuali zeri iniziali non devono essere trasmessi: 000 1000201
patient_birth	Data di nascita del paziente	dd.mm.yyyy	05.01.1961	Compilare solo se l'età < 1
patient_age	Età in anni	integer	3	Età in anni al momento del trattamento
patient_gender	Sesso del paziente	1 = uomo, 2 = donna	2	
patient_pdx	Diagnosi	Codice terminale secondo ICD 10	Z019	
service_dt	Data di erogazione della prestazione	dd.mm.yyyy	15.01.2023	
service_tar	Tipo di tariffa della prestazione erogata	Secondo Forum Datenaustausch	001	
service_cd	Cifra tariffaria o cifra di riferimento della prestazione erogata	Secondo la rispettiva tariffa	39,2140	
service_qty	Quantità della prestazione erogata	Numero	1	Le quantità parziali (ad es. per mezze confezioni di medicinali ecc.) vengono indicate mediante due cifre decimali. Le registrazioni di storno hanno un valore negativo.
service_ptvalue	Valore del punto tariffario	Valore del punto tariffario in CHF	0,89	
service_amount	Importo fatturato secondo la fatturazione	Importo in CHF	16.80	Le registrazioni di storno hanno un valore negativo.
patient_garant	Sostenitori dei costi	1 = LAMal, 2 = LAI, 3 = AMF, 4 = LAINF, 5 = pagante, 8 = altri, 9 = non noto	1	Caratterizzazione della variabile secondo le indicazioni dell'UST nell'ambito di SpiGes.
service_seq	Dati sulla seduta (numero della seduta)	Numero	2	Numero della seduta secondo la fatturazione
service_txt	Descrizione della prestazione erogata	Campo di testo	Prestazione tecnica di base 0 Osteodensitometria radiologica, paziente ambulatoriale	
service_center	Centro di costo principale erogante	Nomenclatura centro di costo principale UFAS	M850	Dati secondo il concetto Dati dei pazienti del settore ambulatoriale ospedaliero

File *medical*: requisiti minimi (1/3)



Chiave primaria (key)

Il contenuto della variabile «key» non può essere vuoto o non essere indicato (ad es. -, #NV, NA, #N/A o simili). Ogni valore deve essere presente almeno una volta nella variabile «key» del file *cost*.

Numero di variabili

Il file contiene 15 variabili. La riga contiene 14 barre verticali. L'ultima variabile non viene chiusa mediante una barra verticale.

Estensione

Oltre alla TARMED (tipo di tariffa 001), vengono trasmesse tutte le prestazioni da altre tariffe.

patient_age

Numero intero positivo da una a tre cifre (incluso lo 0) o vuoto.

patient_birth

Data nel formato dd.mm.yyyy (12.06.1990) o vuoto se patient_age > 0.

patient_gender

1 (per maschile), 2 (per femminile) oppure 3 o vuoto (per sconosciuto).

File *medical*: requisiti minimi (2/3)



service_dt	Data nel formato dd.mm.yyyy (12.06.2024)
service_tar	Tipo di tariffa secondo i dati anagrafici di riferimento definiti da Forum Datenaustausch (non cifre tariffarie interne).
service_cd	Tipi di tariffa 001, 222, 322, 500, 501, 502, 503: vengono trasmessi i tipi di tariffa validi secondo Forum Datenaustausch (non tipi di tariffa interni). Tipo di tariffa 003: vedi avvertenza 2 nella diapositiva 10.
service_qty	Numero decimale (vedi requisito minimo «Numero decimale» nella diapositiva 9).
service_ptvalue	Numero decimale (vedi requisito minimo «Numero decimale» nella diapositiva 9) o vuoto.
service_amount	Vedi requisito minimo «Numero decimale» nella diapositiva 9.

File *medical*: requisiti minimi (3/3)



patient_garant

1 (per LAMal), 2 (per LAI), 3 (per AMF), 4 (per LAINF), 5 (per pagante), 8 (per altri), 9 = (non noto)

service_txt

Il contenuto della variabile non deve contenere nessuna interruzione di riga e nessuna barra verticale. Qualora sia comunque così, la singola variabile (non l'intera riga) deve essere posta tra virgolette. Possono essere poste tra virgolette anche tutte le variabili singolarmente.

Nel seguente esempio è stato messo tra virgolette l'intero contenuto della variabile compreso tra le due barre verticali.
|“Collettore di raccolta di tessuti Serres, 173mm | 295mm | 390mm”|

File cost



Formato

L'ospedale trasmette il file dei costi per caso secondo REKOLE® (costi completi) in formato .txt , .csv o .dat con un caso per riga e inclusa l'intestazione. Le intestazioni delle variabili REKOLE® sono descritte nell'allegato alla presente documentazione.

Il file contiene 80 colonne. Le colonne sono separate da barre verticali «|».

Ulteriore requisito: vedi diapositive 13 e 15 concernenti i requisiti minimi

Prestaz. economicam. di interesse generale

Nei costi per caso forniti, le prestazioni economicamente di interesse generale vengono a loro volta estrapolate secondo REKOLE®.

Insegnamento universitario e ricerca

Non sono stati sostenuti costi per l'insegnamento universitario e la ricerca oppure i relativi costi non sono contenuti nei costi per caso.

Requisiti minimi: cost



Chiave primaria (key)

Variabile «key»: non deve essere vuota, non può mancare (ad es. -, #NV, NA, #N/A, o simili). Ogni valore deve essere presente almeno una volta nella variabile «key» del file *medical*.

Numero di variabili

Il file contiene 80 variabili. Una riga contiene 79 barre verticali. L'ultima variabile non viene chiusa mediante una barra verticale.

Completezza

Vengono forniti dati relativi a tutti i centri di costo secondo REKOLE®, anche se un determinato centro di costo secondo REKOLE® non viene gestito nell'ospedale in questione.

Contenuto delle variabili

Le variabili di costo possono contenere solo cifre e non lettere. Le variabili di costo vuote non devono essere riempite con caratteri speciali (ad es. «-»).

Formattazione

I numeri non devono contenere alcuna formattazione come separatore delle migliaia, apostrofo, spazio ecc.

Separatore dei decimali

Vedi requisito minimo «Numero decimale» nella diapositiva 9.

Trasmissione dei dati



Tecnologia

Canale di trasmissione protetto con account individuale per l'ospedale su Sharepoint della OTMA SA. La persona indicata dall'ospedale ottiene accesso alla cartella individuale dell'ospedale su Sharepoint.

Svolgimento della rilevazione dei dati



Contatto



- La OTMA SA riceve le domande sulla rilevazione dei dati 2025 per iscritto all'indirizzo datenerhebung@oat-otma.ch.
- Gli ospedali senza Convenzione sulla fornitura dei dati la devono stipulare prima della fornitura dei dati inviando la propria richiesta all'indirizzo datenerhebung@oat-otma.ch



O A A T
O T M A

Organisation
ambulante Arzttarife

Organisation
tarifs médicaux ambulatoires

info@oaat-otma.ch

www.oaat-otma.ch