



O A A T
O T M A

Organisation
ambulante Arzttarife

Organisation
tarifs médicaux ambulatoires

Documentazione sulla rilevazione dei dati 2027 (dati 2026)

Status: pubblicato il 21 ottobre 2025

Situazione iniziale e modifiche



Situazione iniziale

- Per lo sviluppo, l'ulteriore sviluppo e la manutenzione della struttura tariffaria forfettaria per paziente, la OAAT AG e le organizzazioni che l'hanno preceduta hanno già raccolto dati per diversi anni. Con la raccolta dati 2027 con dati 2026, per la prima volta vengono raccolti dati disponibili sulla base del nuovo sistema tariffario (TARDOC e forfait ambulatoriali).
- La presente documentazione relativa alla raccolta dati contiene integrazioni relative agli aspetti formali e ai requisiti minimi, affinché gli ospedali possano fornire i dati alla OAAT AG in un formato uniforme.
- Dopo la consegna dei dati, gli ospedali riceveranno un feedback sui requisiti minimi. La OAAT AG non può accettare record di dati che non soddisfano i requisiti minimi.

Modifiche rispetto alle rilevazioni dei dati effettuate dalla OAAT AG negli anni precedenti

- **Fornitura delle posizioni EPTMA anziché delle posizioni TARMED**
Con la sostituzione del TARMED con il nuovo sistema tariffario, non è più possibile fornire le posizioni TARMED. Ora le prestazioni mediche ambulatoriali vengono fornite dagli ospedali tramite le posizioni EPTMA. In generale, tutte le prestazioni registrate sono disponibili nel file *medical* (cfr. diapositiva *Ambito della fornitura dei dati: Chiarimento*)
- **Inclusione della prospettiva del paziente**
Il file *medical* contiene ora la variabile *patient*. Questa include il numero pseudonimizzato del paziente. Ciò consente a OAAT AG di identificare in modo univoco il percorso del paziente, anche se più cliniche di un ospedale trattano lo stesso paziente con casi diversi (ad esempio nel campo della radio-oncologia).

Contenuto e formato

I dati vengono raccolti in due file: il file *medical* contiene i dati relativi alle prestazioni mediche, mentre il file *cost* contiene i dati relativi ai costi secondo REKOLE®. I due file possono essere collegati tramite codici caso primari (key). I codici caso possono essere fittizi, ma devono consentire all'ospedale di rispondere a eventuali richieste di chiarimenti a livello di caso.

medical	cost
Definizione: Sigla ospedale_2026_medical.Formato file Esempio: ISG_2026_medical.txt	Definizione: Sigla ospedale_2026_cost.Formato file Esempio: ISG_2026_cost.txt
[key: chiave primaria del caso] [patient: numero paziente, pseudonimizzato] [patient_birth: data di nascita] [patient_age: età] [patient_gender: sesso] [patient_pdx: diagnosi] [service_dt: data del trattamento] [service_tar: tipo di tariffa] [service_cd: posizione EPTMA o codice tariffario] [service_lat: lateralità] [service_qty: quantità] [service_amount: importo della fattura] [patient_garant: sostenitore dei costi] [service_seq: numero della seduta] [service_txt: descrizione]	[year: anno di dati] [key: chiave primaria del caso] [v101: medicinali] [v102: sangue e prodotti sanguigni] [v103: materiale medicale] ... [v453: corpo medico del laboratorio di cateterismo cardiaco]

Ambito della fornitura dei dati: chiarimenti (1/2)



Fornitura di tutte le prestazioni registrate

- Gli ospedali mettono generalmente a disposizione della OAAT AG tutte le prestazioni registrate nel file medical, indipendentemente dal fatto che si tratti di prestazioni relative a casi che rientrano nell'ambito di applicazione delle tariffe forfettarie ambulatoriali o di prestazioni relative a casi che rientrano nell'ambito di applicazione del TARDOC o di altre tariffe mediche ambulatoriali.
- A differenza della fatturazione a carico degli enti assicurativi, nei casi che rientrano nell'ambito di applicazione della tariffa forfettaria per paziente vengono fornite non solo le voci EPTMA rilevanti per il raggruppamento, ma tutte le voci EPTMA. Inoltre, vengono trasmesse tutte le informazioni relative a tutti i farmaci, i materiali, gli impianti, le analisi di laboratorio, ecc. registrati (cfr. esempio nella diapositiva *Ambito della fornitura dei dati: chiarimento sulle posizioni EPTMA*).
- Solo in questo modo è possibile garantire che tutte le posizioni rilevanti per i casi che rientrano nell'ambito di applicazione della tariffa forfettaria per paziente vengano fornite in modo trasparente e possano quindi essere prese in considerazione nell'ulteriore sviluppo delle tariffe forfettarie ambulatoriali.

Ampliamento del campo di applicazione

- In futuro, il campo di applicazione dei forfait ambulatoriali sarà ampliato (cfr. Roadmap OAAT per l'ulteriore sviluppo dell'intero sistema, newsletter 21).
- I trattamenti ambulatoriali interessati (cfr. allegato Roadmap Triggerliste, Newsletter 21) devono essere gestiti come casi amministrativi secondo REKOLE® a partire dal 01.01.2026, anche se la fatturazione tramite forfait ambulatoriale avverrà solo in un secondo momento.
- Solo in questo modo sarà possibile registrare i dati rilevanti relativi ai costi e alle prestazioni nell'ambito della raccolta dati 2027 e tariffare di conseguenza i trattamenti ambulatoriali interessati.

Ambito della fornitura dei dati: chiarimenti (2/2)



Convenzione transitoria sulle modalità di applicazione alla patologia ([Allegato B2](#))

[Aggiornamento del 17.10.2025]

Servizi di patologia forniti esternamente:

I partner tariffari hanno deciso che gli obblighi di registrazione stabiliti nell'accordo transitorio per il responsabile del caso in caso di servizi di patologia esterni non si applicano alla raccolta dati da parte di OTMA SA. In particolare, non è più necessario registrare le voci TARDOC nel contatto con il paziente né contabilizzare i costi di patologia. OTMA SA raccoglie i dati relativi ai servizi di patologia forniti esternamente tramite la raccolta dati regolarmente prevista presso le assicurazioni malattia.

Servizi di patologia forniti internamente:

Questi servizi continuano a essere registrati: i servizi di patologia interni di un fornitore di servizi sono sempre assegnati al contatto con il paziente per il prelievo del campione o l'assegnazione dell'incarico secondo l'allegato B. Anche i costi sono assegnati al contatto con il paziente.

Ambito della fornitura dei dati: chiarimento delle posizioni EPTMA

Livello di dettaglio della fatturazione dei centri di costo*

patient	patient_pdx	service_dt	service_tar	service_cd	service_lat	service_qty	service_amount	service_txt	service_center
9000321	H269	01.01.2026	TMA	C02.CN.0040	L	1		Estrazione del cristallino/facoemulsificazione incl. ev. impianto di cristallino artificiale in corso di estrazione/facoemulsificazione, incl. ev. inserimento di anello di tensione capsulare	M600.01
9000321		01.01.2026	005	C02.15C	L	1	1878.64	Intervento di cataratta unilaterale e interventi intraoculari al segmento anteriore	M600.01

Livello di dettaglio della raccolta dati OAAT AG*

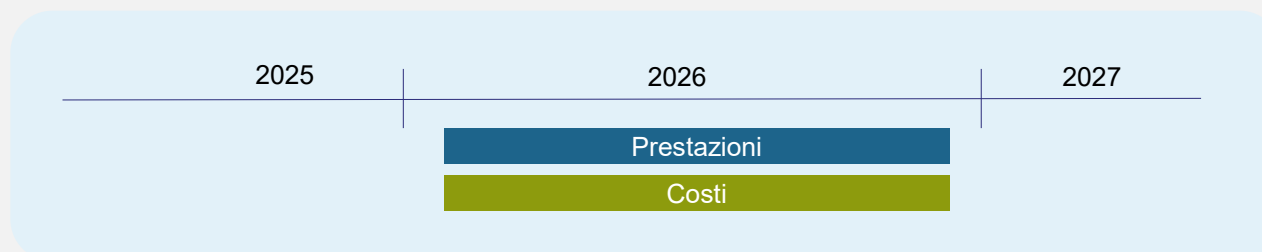
patient	patient_pdx	service_dt	service_tar	service_cd	service_lat	service_qty	service_amount	service_txt	Service_center
9000321	H269	01.01.2026	TMA	C02.CN.0040	L	1		Estrazione del cristallino/facoemulsificazione incl. ev. impianto di cristallino artificiale in corso di estrazione/facoemulsificazione, incl. ev. inserimento di anello di tensione capsulare	M600.01
9000321		01.01.2026	TMA	WA.10.0010		33		Attività dell'anestesista durante l'intervento operatorio (durata dell'anestesia), Monitored Anesthesia Care (MAC), per ogni 1 min	M600.01
9000321		01.01.2026	402	05050474701571		1	126.72	Healon Pro ser 10mg=1ml 0,85ml (pce)	M600.01
9000321		01.01.2026	940	41030		1	297.00	Lente intraoculare monofocale TECNIS Simplicity, preconfigurata con diottria 19,5 AMO	M600.01
9000321		01.01.2026	940	41010		1	47.60	Bisturi ultrasharp 20G sterile (1 x 5)	M600.01

*Nota: si tratta di esempi volti a illustrare la portata della fornitura dei dati e non dell'insieme completo delle variabili secondo la diapositiva *Contenuto e formato*.

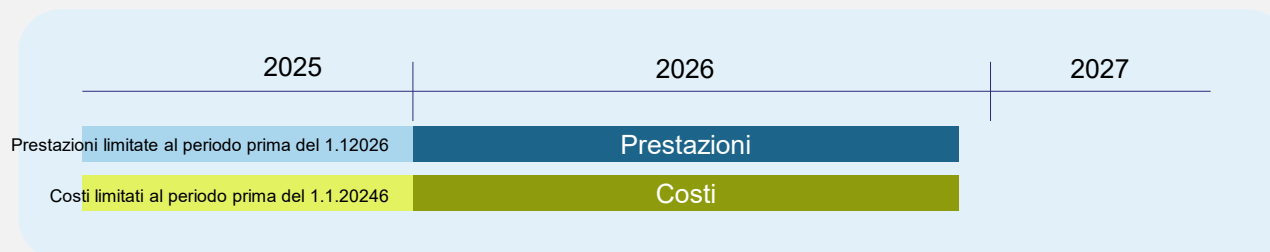
Estensione della fornitura di dati

Tipo di file A

L'ospedale trasmette i casi ambulatoriali con apertura e chiusura del caso tra il 1° gennaio 2026 e il 31 dicembre 2026.



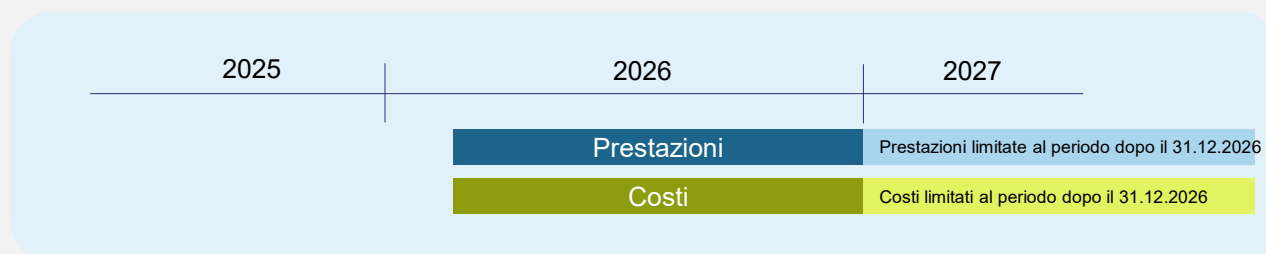
L'ospedale trasmette i casi ambulatoriali con apertura del caso prima del 1° gennaio 2026 e chiusura del caso tra il 1° gennaio 2026 e il 31 dicembre 2026, a condizione che le prestazioni e i costi siano delimitati al periodo 2026.



Estensione della fornitura di dati

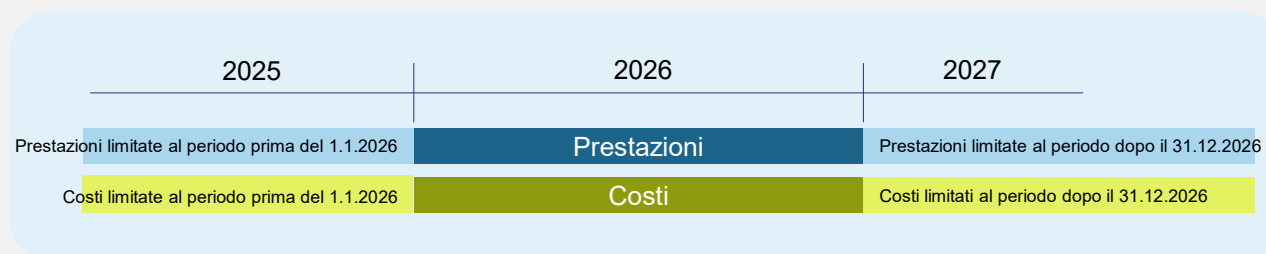
Tipo di file B

L'ospedale trasmette i casi ambulatoriali con apertura del caso nel 2026 e chiusura del caso dopo il 31.12.2026, a condizione che le prestazioni e i costi siano delimitati al periodo 2026.



Tipo di file C

L'ospedale trasmette i casi ambulatoriali con apertura del caso prima del 1° gennaio 2026 e chiusura del caso dopo il 31 dicembre 2026, purché le prestazioni e i costi siano circoscritti al periodo 2026.



Estensione della fornitura di dati



Limitazione 1

Il caso presenta almeno una posizione dal **elenco delle prestazioni per tariffe mediche ambulatori (EPTMA)** o un codice tariffario dei seguenti tipi tariffari:

- **003** (forfait TARMED, nuova)
- **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 die 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.

File *medical*



Formato

L'ospedale trasmette il file medical in formato .txt, .csv o .dat, compresa l'intestazione, come indicato nella diapositiva 11.

Il file contiene 15 colonne. Le colonne sono separate dal simbolo «|».

Ulteriori requisiti come indicato nelle diapositive File medical: requisiti minimi

Avvertenza 1

Record di dati medical

Nel set di dati *medical* vengono trasmesse, oltre alle posizioni relative alle prestazioni mediche ambulatoriali secondo LKAAT, tutte le prestazioni **registrate** del caso. Ciò comprende in particolare i codici tariffari 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

Tarif 003

Per le prestazioni secondo il tipo di tariffa 003 che dal 1° gennaio 2026 non rientrano più nel campo di applicazione del sistema tariffario complessivo, i codici tariffari vengono trasmessi secondo il TarifDesign (cfr. [dati di riferimento](#)). In caso di trasmissione di codici tariffari interni, è necessario allegare una tabella di mappatura (codice interno -> codice tariffario secondo il TarifDesign).

File *medical* (Modifiche rispetto alla raccolta dati 2026 con dati 2025 contrassegnati in giallo)



Variable	Name	Inhalt	Beispiel	Bemerkung
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: 0001000201
patient	Numero del paziente	Valore (alfa-)numerico	9000321	Viene trasmesso in forma pseudonimizzata.
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	Posizione EPTMA o codice tariffario della prestazione	Secondo la rispettiva tariffa	AA.00.0010	
service_lat	Lateralità della prestazione fornita	L = sinistra, R = destra, B = entrambi i lati	L	Lasciare vuoto se il contenuto non è significativo o sconosciuto.
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 determinante della prestazione per il calcolo dei costi secondo REKOLE®.	Importo in CHF	16.80	Per tutte le voci di prestazione, ad eccezione delle voci tariffarie secondo EPTMA. 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	Consultazione medica, primi 5 min	
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)



Numero di variabili

Il file contiene 17 variabili. La riga contiene 16 pipe. L'ultima variabile non è chiusa da una pipe.

Estensione

Oltre a EPTMA (tipo di tariffa TMA), vengono forniti anche tutti i servizi previsti da altre tariffe.

Chiave primaria (key)

I 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*.

patient

Ogni paziente ha un numero (pseudonimizzato) unico. Questo numero rende tracciabile il suo percorso terapeutico, ma non consente di risalire al singolo paziente.

patient_age

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

patient_birth

Data nel formato gg.mm.aaaa (12.06.1990) o vuoto se patient_age > 0.

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



patient_gender	1 (per maschile), 2 (per femminile) oppure 3 o vuoto (per sconosciuto).
service_dt	Data nel formato dd.mm.yyyy (12.06.2025)
service_tar	Tipo di tariffa secondo i dati anagrafici di riferimento definiti da Forum Datenaustausch (non cifre tariffarie interne).
service_cd	Tipo di tariffa TMA: Posizioni dal EPTMA Tipi di tariffa 500, 501, 502, 503: Codici tariffari validi secondo l' elenco dei tipi di tariffa (nessun codice tariffario interno). Tipo di tariffa 003: vedi nota 2 alla diapositiva 10.
service_qty	Numero decimale (vedi requisito minimo «Numero decimale» nella diapositiva 9).
service_lat	L (per sinistra), R (per destra), B (per entrambi i lati) o vuoto (per sconosciuto o non pertinente al contenuto)

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



service_amount

Per tutte le voci di prestazione – in particolare le tariffe 402, 410, 452 e 940 – l'importo della prestazione in CHF determinante per il calcolo dei costi secondo REKOLE®. Sono escluse le voci tariffarie secondo LKAAT.

Esempio: per la lente *TECNIS Simplicity monofocale intraoculare, preconfigurata con diottria 19,5 AMO* secondo la tariffa 940, l'importo è di CHF 297.00.

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

Nota 1 GwL

Le prestazioni di servizio pubblico (GwL) nei costi per caso forniti vengono calcolate secondo REKOLE®.

Nota 2 FuL

Non sono stati sostenuti costi per la ricerca e l'insegnamento universitario (FuL) oppure i costi della FuL non sono inclusi nei costi del caso.

File cost: requisiti minimi



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.

Svolgimento della rilevazione dei dati



Trasmissione dei dati e contatto



Trasmissione dei dati

Canale di trasmissione protetto con account individuale dell'ospedale su Sharepoint della OAAT AG. La persona designata dall'ospedale ottiene l'accesso alla cartella individuale dell'ospedale su Sharepoint.

Contatto

Le domande relative alla raccolta dati 2027 devono essere inviate per iscritto all'OAAT AG all'indirizzo datenerhebung@oaat-otma.ch. Gli ospedali che non dispongono di un contratto di fornitura dati devono stipularne uno prima di procedere alla fornitura dei dati e inviare la loro richiesta all'indirizzo datenerhebung@oaat-otma.ch.



O A A T
O T M A

Organisation
ambulante Arzttarife
Organisation
tarifs médicaux ambulatoires

