



OAAAT
OTMA

Organisation
ambulante Arzttarife

Organisation
tarifs médicaux ambulatoires

Documentation relative à la collecte de données 2027 (données 2026)

Publié le: 19.09.2025

Actualisé le: 30.04.2026

Mises à jour (après la publication initiale de la documentation du 19.09.2025)



Datum	Art	Folie	Aktualisierung
17.10.2025	Précision	Modifications par rapport aux collectes de données des années précédentes (1/3)	Complément à l'impact de la décision des partenaires tarifaires concernant la <i>Convention transitoire Modalités d'application à la pathologie</i> pour la collecte des données de l'OTMA.
09.01.2026	Modification	Fichier <i>medical</i>	La nomenclature du centre de prise en charge de coûts dans la variable <i>service_center</i> est désormais conforme au <i>Règlement sur les services spécialisés avec la Liste des services spécialisés</i> et non plus au concept des données des patients ambulatoires des hôpitaux (PSA) de l'OFS.
09.01.2026	faute d'orthographe	Fichier <i>medical</i> : exigences minimales (1/3)	Correction dans <i>nombre de variables</i> de "17 variables" et "16 pipes" à "16 variables" et "15 pipes".
09.01.2026	faute d'orthographe	Déroulement prévisionnel de la collecte des données	Correction dans la <i>transmission des données</i> de "données 2024 " à "données 2026 ".
30.04.2026	Complément et consolidation	Modifications par rapport aux collectes de données des années précédentes	Complément à la définition des cas et attribution de clés de cas (<i>keys</i>). Consolidation de l'étendue de la transmission des données. Consolidation de l'extension du domaine d'application des forfaits ambulatoires.

Situation initiale



- OTMA SA et ses prédécesseurs ont déjà collecté des données pendant plusieurs années pour le développement, le perfectionnement et la mise à jour de la structure tarifaire forfaitaire par patient. La collecte de données 2027 avec les données 2026 permettra pour la première fois de recueillir des données basées sur le nouveau système tarifaire (TARDOC et forfaits ambulatoires).
- La présente documentation relative à la collecte de données contient des compléments d'information sur les aspects formels et les exigences minimales afin que les hôpitaux puissent fournir les données à l'OTMA SA dans un format uniforme.
- Après avoir fourni les données, les hôpitaux recevront un retour d'information sur les exigences minimales. L'OTMA SA ne peut pas accepter les ensembles de données qui ne respectent pas les exigences minimales.

Modifications par rapport aux collectes de données des années précédentes (1/3)



Inclusion du point de vue du patient

- Le fichier *medical* contient désormais la variable pseudonymisée *patient*. Elle permet d'identifier le parcours du patient, même si plusieurs cliniques d'un même hôpital traitent le même patient dans le cadre de cas différents (par exemple dans le domaine de la radio-oncologie).

Convention transitoire modalités d'application à la pathologie ([Annexe B2](#))

- **Prestations de pathologie fournies en externe:** Les partenaires tarifaires ont décidé que les obligations d'enregistrement du gestionnaire de cas définies dans la convention transitoire pour les prestations de pathologie externes ne s'appliquent pas à la collecte de données par OTMA SA. Concrètement, l'enregistrement des positions TARDOC lors du contact avec le patient et la comptabilisation des frais de pathologie ne sont plus nécessaires. OTMA SA collecte les données relatives aux prestations de pathologie fournies en externe dans le cadre de la collecte de données régulièrement prévue auprès des assureurs maladie.
- **Prestations de pathologie fournies en interne:** Ces prestations continuent d'être enregistrées: les prestations de pathologie internes d'un prestataire sont toujours attribuées au contact patient du prélèvement ou de la commande conformément à l'annexe B. Les coûts sont également attribués au contact patient.
- Il s'agit d'une distinction ponctuelle pendant la collecte de données de 2027. La **convention transitoire** est limité au 31.12.2026.

Livraison de toutes les prestations enregistrées

- Les hôpitaux mettent généralement à la disposition de l'OTMA SA toutes les prestations enregistrées dans le fichier *medical*, qu'il s'agisse de prestations relevant du champ d'application des forfaits ambulatoires ou de prestations relevant du champ d'application du TARDOC ou d'autres tarifs médicaux ambulatoires.
- Contrairement à la facturation à l'attention des organismes payeurs, dans le cas des cas relevant du domaine d'application du tarif forfaitaire patient, ce ne sont pas seulement les positions CPTMA pertinentes pour le regroupement qui sont fournies, mais toutes les positions CP TMA. En outre, toutes les informations relatives à tous les médicaments, matériels, implants, analyses de laboratoire, etc. enregistrés sont transmises (cf. diapositive prochaine).
- C'est le seul moyen de garantir que toutes les positions pertinentes pour les cas relevant du champ d'application du forfait patient soient transmises de manière transparente et puissent ainsi être prises en compte dans le développement des forfaits ambulatoires.

Modifications par rapport aux collectes de données des années précédentes (2/3)



Exemple de relevé de l'ensemble des positions CPTMA et des informations relatives à tous les médicaments, matériels, implants, analyses de laboratoire, etc. enregistrés pour les cas relevant du champ d'application des forfaits ambulatoires :

Niveau de détail de la facturation des supports de coûts*

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		Extraction du cristallin ou phaco-émulsification, y compris l'implantation éventuelle d'une lentille artificielle [...]	M600.01
9000321		01.01.2026	005	C02.15C	L	1	1878.64	Opération de la cataracte, unil. ou interventions intra-oculaires complexes au niveau du segment antérieur	M600.01

Niveau de détail de la collecte des données OTMA SA*

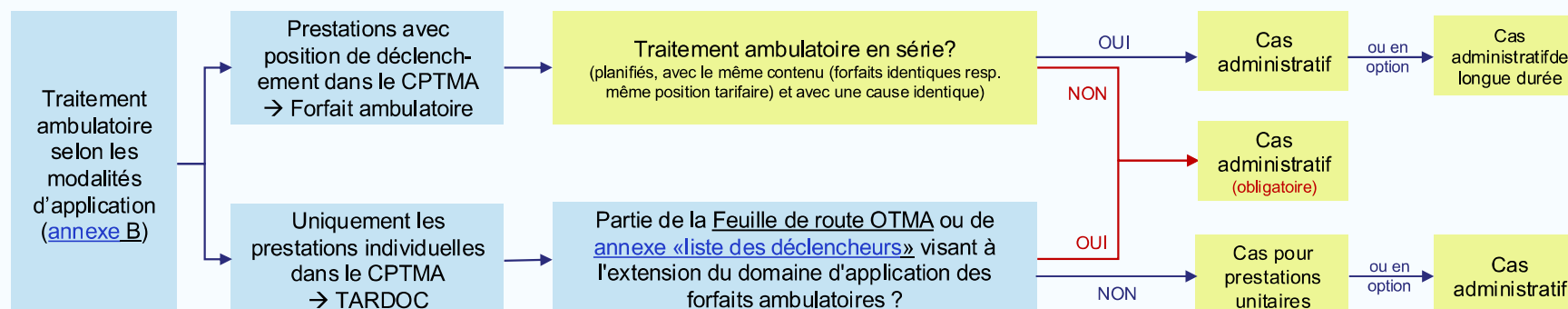
patient	patient_pdx	service_dt	service_tar	service_cd	service_lat	service_qty	service_amount	service_txt	Service_center
9000321	H269	01.01.2026	TMA	C02.CN.0040	L	1		Extraction du cristallin ou phaco-émulsification, y compris l'implantation éventuelle d'une lentille artificielle [...]	M600.01
9000321		01.01.2026	TMA	WA.10.0010		33		Activité de l'anesthésiste durant l'intervention chirurgicale [...], Monitored Anesthesia Care (MAC), par période de 1 min	M600.01
9000321	H269	01.01.2026	402	7680300580117		1	13.00	MAXIDEX Susp Opht Tropffl 5 ml	M600.01
9000321	H269	01.01.2026	402	7680581790045		1	5.30	LIPOSIC Augengel 10 g	M600.01
9000321	H269	01.01.2026	940	41030		1	297.00	Lentille intraoculaire monofocale TECNIS Simplicity, préconfigurée, dioptrie 19,5 AMO	M600.01
9000321	H269	01.01.2026	940	41010		1	47.60	Couteau à incision ultrasharp 20G stérile (1 x 5)	M600.01

*Remarque : il s'agit ici d'exemples illustrant l'étendue des données fournies, et non de l'ensemble complet des variables conformément à la diapositive *Contenu et format*.

Modifications par rapport aux collectes de données des années précédentes (3/3)

Extension du domaine d'application des forfaits ambulatoires, définition des cas et attribution des clés de cas (key)

- Le domaine d'application des forfaits ambulatoires sera élargi à l'avenir (cf. [Feuille de route OTMA](#)). Les traitements ambulatoires concernés (cf. [annexe «liste des déclencheurs»](#)) seront déjà gérés comme des «cas administratifs» dans REKOLE® à compter du 01.01.2026 – même si la facturation au moyen du forfait ambulatoire n'interviendra que plus tard (cf. graphique ci-dessous et présentation de H+ : [Remplacement du TARMEDEffets sur REKOLE](#)
- Cela permet de saisir les données pertinentes relatives aux coûts et aux prestations dans le cadre de la collecte de données 2027 et de calculer les tarifs des traitements ambulatoires concernés par cette extension.
- Concrètement, à partir de la collecte de données de 2027, la définition des cas et, partant, l'attribution des clés de cas (key) s'appuieront sur la «traitement ambulatoire» selon les modalités d'application [annexe B](#) (tuiles bleues), la feuille de route OTMA (tuiles bleues) ainsi que sur la définition L'UFI des coûts, des revenus et des prestations de H+ au moyen de 3 types de cas (tuiles vertes, cf. [Remplacement du TARMEDEffets sur REKOLE](#), diapositive 21 et suivantes) :



Contenu et format

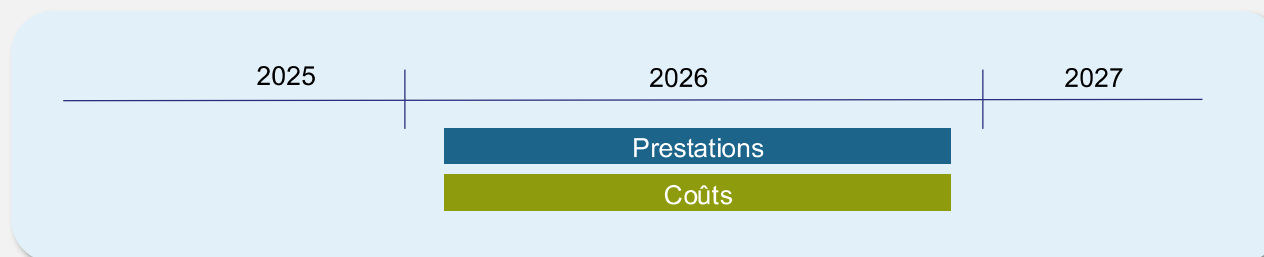
Les données sont collectées dans deux fichiers : le fichier *medical* contient les données relatives aux prestations médicales, tandis que le fichier *cost* contient les données relatives aux coûts selon REKOLE®. Les deux fichiers peuvent être reliés entre eux à l'aide de clés de cas primaires (key). Les clés de cas peuvent être fictives, mais elles doivent permettre à l'hôpital de répondre à d'éventuelles questions au niveau du cas.

medical		cost	
Désignation: Sigle de l'hôpital_2026_medical.format du fichier Exemple: ISG_2026_medical.txt		Désignation: Sigle de l'hôpital_2026_cost.format de fichier Exemple: ISG_2026_cost.txt	
[key:	clé de cas primaire]	[year:	année de données]
[patient:	numéro de patient, pseudonymisé]	[key:	clé de cas primaire]
[patient_birth:	date de naissance]	[v101:	médicaments]
[patient_age:	âge]	[v102:	sang et produits sanguins]
[patient_gender:	sexe]	[v103:	matériel médical]
[patient_pdx:	diagnostic]	...	
[service_dt:	date de traitement]		
[service_tar:	type de tarif]		
[service_cd:	position tarifaire]	[v453:	corps médical du laboratoire de cathétérisme cardiaque]
[service_lat:	latéralité]		
[service_qty:	nombre]		
[service_amount:	montant]		
[patient_garant:	répondant des coûts]		
[service_seq:	numéro de séance]		
[service_txt:	description]		
[service_center:	centre de prise en charge des coûts]		

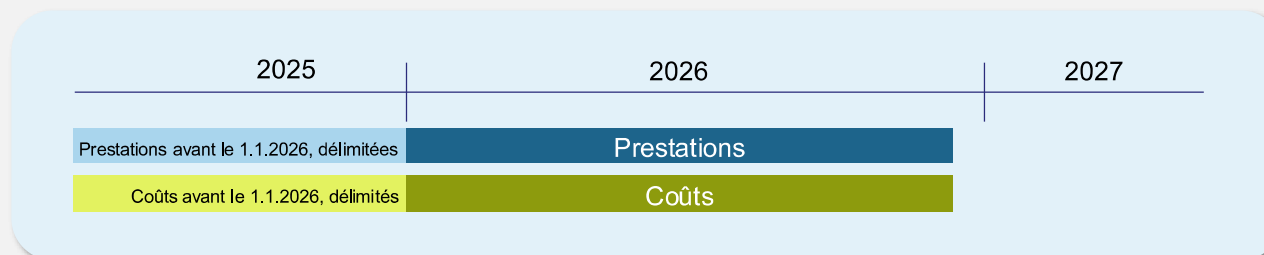
Étendue de la livraison de données

Type de cas A

L'hôpital transmet les cas ambulatoires avec ouverture du cas **et** clôture du cas entre le 1.1.2026 et le 31.12.2026



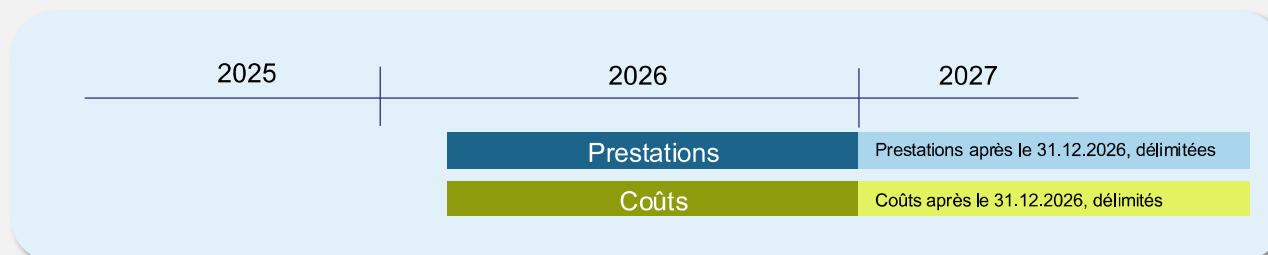
L'hôpital transmet les cas ambulatoires avec ouverture du cas avant le 1.1.2026 et clôture du cas entre le 1.1.2026 et le 31.12.2026, à condition que les prestations et coûts soient délimités à la période 2026.



Étendue de la livraison de données

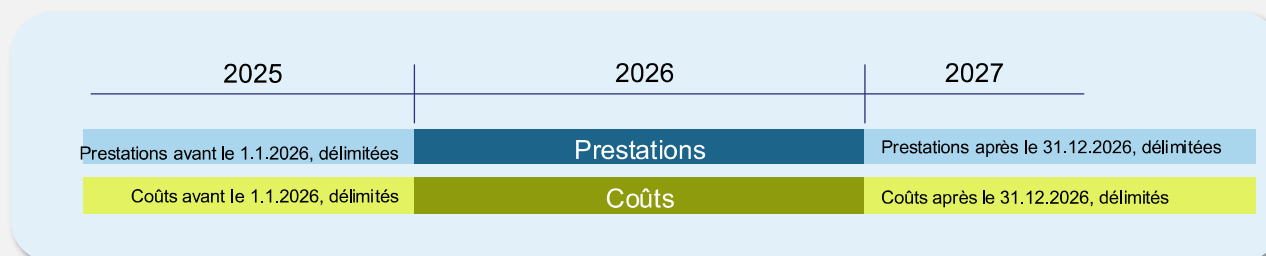
Type de cas B

L'hôpital transmet les cas ambulatoires avec ouverture du cas en 2026 et clôture du cas après le 31.12.2026, à condition que les prestations et coûts soient délimités à la période 2026.



Type de cas C

L'hôpital transmet les cas ambulatoires avec ouverture du cas avant le 1.1.2026 et clôture du cas après le 31.12.2026, à condition que les prestations et coûts soient délimités à la période 2026.



Étendue de la livraison de données



Restriction 1

Le cas comporte au moins une position du **catalogue des prestations des tarifs médicaux ambulatoires (CPTMA)** ou un code tarifaire des types de tarifs suivants:

- **003** (Nouveaux forfaits Tarmed);
- **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 : Généralités



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 les coûts d'un cas peuvent être reliés à l'aide d'une clé primaire (variable « key » dans les deux fichiers). Toutes les valeurs de la variable « key » dans le fichier medical doivent également figurer dans la variable « key » du fichier cost. L'inverse est également vrai.

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 «|».

Autres exigences selon les transparents Fichier médical : exigences minimales

Remarque 1

Jeu de données medical

Outre les positions relatives aux prestations médicales ambulatoires selon le CPTMA, toutes les prestations **enregistrées** pour le cas sont transmises dans l'ensemble de données *medical*. Cela comprend notamment les chiffres tarifaires des types de tarifs suivants (liste 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 prestations relevant du type de tarif 003 qui, à partir du 1er janvier 2026, ne seront plus couvertes par le système tarifaire global, les chiffres tarifaires seront transmis conformément au TarifDesign (cf. [données de référence](#)). Lors de la transmission de chiffres tarifaires internes, un tableau de correspondance (chiffre interne -> chiffre tarifaire selon TarifDesign) doit être joint.

Fichier *medical* (Modifications par rapport à la collecte de données 2026 avec les données 2025 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: 0001000201
patient	Numéro de patient	Valeur (alpha-)numérique	9000321	Transmis sous forme pseudonymisée.
patient_birth	Date de naissance du patient	jj.mm.aaaa	05.01.1961	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	15.01.2023	
service_tar	Type de tarif de la prestation	Selon le Forum Datenaustausch	TMA	
service_cd	Position CPTMA ou numéro tarifaire de la prestation	Selon le tarif respectif	AA.00.0010	
service_lat	Latéralité de la prestation fournie	L=gauche, R=droite, B = deux côtés	L	Vide si le contenu n'est pas pertinent ou inconnu
service_qty	Type de tarif de la prestation	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 déterminant pour le calcul des coûts selon REKOLE®.	Montant en CHF	16.80	Pour tous les postes de prestations, à l'exception des postes tarifaires selon CPTMA. Les extournes ont une valeur négative.
patient_garant	Répondant des coûts	1=LAMal, 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	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 selon Règlement sur les services spécialisés avec la Liste des services spécialisés	M600.01	Le règlement des services spécialisés est disponible sur notre site web: Système tarifaire global > Conventions et les annexes > Annexe B: Modalités d'application et documents explicatifs.

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



Nombre de variables

Le fichier contient 16 variables. La ligne contient 15 barres verticales. La dernière variable n'est pas fermée par une barre verticale.

Étendue

Outre CPTMA (type de tarif TMA), toutes les prestations issues d'autres tarifs sont également fournies.

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.

patient

Chaque patient dispose d'un numéro unique (pseudonymisé). Celui-ci permet de suivre son parcours de soins, mais ne permet pas d'identifier le patient concerné.

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.

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



patient_gender

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

service_dt

Date au format jj.mm.aaaa (12.06.2026)

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 pour les positions issues du CPTMA : TMA
Types de tarifs 222, 322, 500, 501, 502, 503 : types de tarifs valables selon la [liste des types de tarifs FoDa](#) (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_lat

Soit L (pour gauche), R (pour droite), B (pour les deux côtés), soit vide (pour inconnu ou sans signification au regard du contenu)

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



service_amount

Pour toutes les positions de prestations – en particulier les tarifs 402, 410, 452 et 940 – le montant déterminant pour le calcul des coûts selon REKOLE® de la prestation en CHF. Les positions tarifaires selon LKAAT en sont exclues.

Exemple: pour la lentille *TECNIS Simplicity intraoculaire monofocale, préconfigurée dioptrie 19,5 AMO* selon le tarif 940, le montant est de CHF 297,00.

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 en incluant l'en-tête. Les en-têtes des variables REKOLE sont décrites dans l'annexe de cette documentation et téléchargées sur le site web de l'OTMA.

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

Autres exigences selon la diapositive Fichier cost : exigences minimales

Note 1 PIG

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

Note 2 FuL

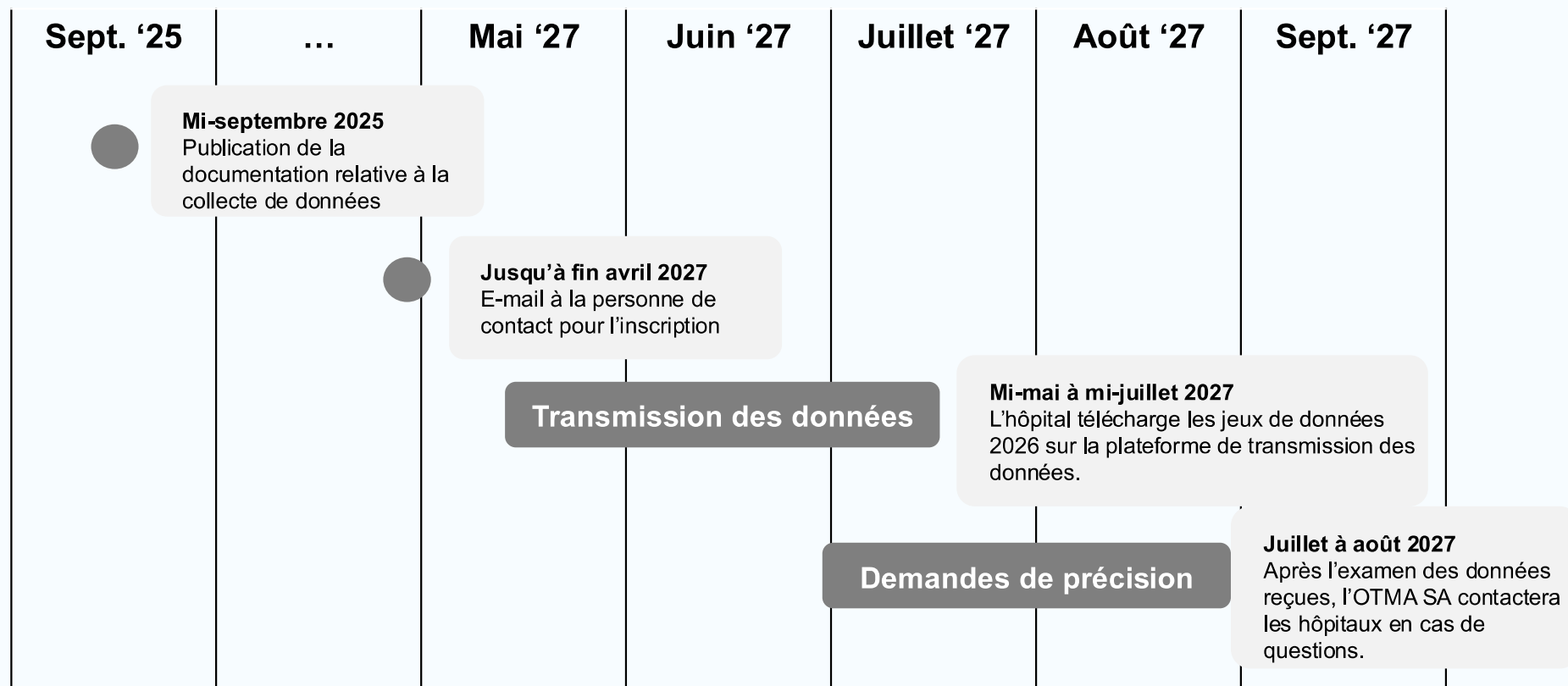
Soit aucun coût n'a été engagé pour la recherche et l'enseignement universitaire (FuL), soit les coûts de la FuL ne sont pas inclus dans les coûts par cas.

Fichier *cost*: Exigences minimales



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.

Déroulement prévisionnel de la collecte des données



Transmission des données et contact



Transmission des données

Canal de transmission sécurisé avec compte individuel pour chaque hôpital sur Sharepoint de l'OTMA SA. La personne désignée par l'hôpital a accès au dossier individuel de l'hôpital sur Sharepoint.

Contacte

Les questions relatives à la collecte des données 2027 doivent être adressées par écrit à l'OTMA SA datenerhebung@oaat-otma.ch. Les hôpitaux qui n'ont pas conclu de contrat de fourniture de données doivent le faire avant la fourniture des données et envoyer leur demande à datenerhebung@oaat-otma.ch.



OAA T
OTMA

Organisation
ambulante Arzttarife
Organisation
tarifs médicaux ambulatoires

