



OBSAN RAPPORT

04/2023

Catalogue allemand d'interventions ambulatoires: contenu, volumes concernés et part ambulatoire en Suisse

Sacha Roth, Sonia Pellegrini, Reto Jörg



Schweizerisches Gesundheitsobservatorium
Observatoire suisse de la santé
Osservatorio svizzero della salute
Swiss Health Observatory

L'Observatoire suisse de la santé (Obsan) est une institution mandatée par la Confédération et les cantons. L'Obsan analyse les informations existant en Suisse dans le domaine de la santé. Il soutient la Confédération, les cantons et d'autres institutions du secteur de la santé publique dans leur planification, leur prise de décisions et leur action. Pour plus d'informations, veuillez consulter www.obsan.ch.

Éditeur

Observatoire suisse de la santé (Obsan)

Auteurs

Sacha Roth, Sonia Pellegrini, Reto Jörg (Obsan)

Groupe d'accompagnement

- Aref Al-Deb'i, Kanton Basel-Stadt, Gesundheitsdepartement;
- Christoph Altherr, Kanton Zürich, Amt für Gesundheit;
- Carmen Brenner-Meyer, Canton du Valais, Service de la santé publique;
- Stephanie Christensen, Kanton Basel-Stadt, Gesundheitsdepartement;
- Christine Huber, Kanton Aargau, Gesundheitsdepartement;
- Jenni Kehler Hausteiner, Canton de Vaud, Département de la santé et de l'action sociale;
- Michaël Papaloizos, Association suisse des médecins avec activité chirurgicale et invasive (FMCH);
- Mirjam Rufer, Fédération des médecins suisses (FMH);
- Philipp Sinniger, Kanton Luzern, Dienststelle Gesundheit und Sport;
- Dorota Zgliniski, Office fédéral de la santé publique (OFSP).

Direction du projet à l'Obsan

Sacha Roth

Série et numéro

Obsan Rapport 04/2023

Référence bibliographique

Roth, S., Pellegrini, S. & Jörg, R. (2023). *Catalogue allemand d'interventions ambulatoires: contenu, volumes concernés et part ambulatoire en Suisse* (Obsan Rapport 04/2023). Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.

Renseignements/informations

www.obsan.ch

Observatoire suisse de la santé, CH-2010 Neuchâtel

obsan@bfs.admin.ch, tél. +41 58 463 60 45

Mise en page

Obsan

Graphiques

Obsan

Infographie

Office fédéral de la statistique (OFS), Publishing et diffusion PUB

Photo de couverture

[iStock.com / Matjaz Slanic](https://www.istock.com/photo/matjaz-slanic)

Page de couverture

Office fédéral de la statistique (OFS), Publishing et diffusion PUB

En ligne

www.obsan.ch → Publications

Impression

www.obsan.ch → Publications

Office fédéral de la statistique, CH-2010 Neuchâtel

order@bfs.admin.ch, tél. +41 58 463 60 60

Impression réalisée en Suisse

Copyright

Obsan, Neuchâtel 2023

La reproduction est autorisée, sauf à des fins commerciales, si la source est mentionnée.

Numéro OFS

874-2304

ISBN

978-2-940670-19-2



Schweizerisches Gesundheitsobservatorium
Observatoire suisse de la santé
Osservatorio svizzero della salute
Swiss Health Observatory

Catalogue allemand d'interventions ambulatoires: contenu, volumes concernés et part ambulatoire en Suisse

Auteurs Sacha Roth, Sonia Pellegrini, Reto Jörg
Éditeur Observatoire suisse de la santé (Obsan)

Neuchâtel 2023

Table des matières

Résumé	3	3.3	Contenu du catalogue allemand en termes de volume d'hospitalisations	19
Contexte	3	3.4	Est-ce que le catalogue allemand cible les hospitalisations avec un potentiel de transfert élevé?	19
Objectifs	3			
Démarche et méthode	3			
Limites à prendre en compte	4	4	Dans quelle mesure les interventions concernées par le catalogue allemand sont-elles pratiquées en ambulatoire en Suisse?	20
Résultats	4	4.1	Pour quels groupes d'interventions la proportion ambulatoire est-elle la plus élevée?	20
Discussion	5	4.2	Analyse de sensibilité	21
Zusammenfassung	7			
Ausgangslage	7	5	Dans quelle mesure les hospitalisations remplissent-elles les critères de transférabilité?	22
Ziele	7	5.1	Rappel des différents scénarios	22
Vorgehen und Methode	7	5.2	Nombre d'hospitalisations potentiellement transférables pour l'ensemble du catalogue allemand	23
Grenzen	8	5.3	Degré de réalisme du potentiel de transfert	23
Ergebnisse	8	5.4	Pour quels groupes d'interventions le nombre d'hospitalisations potentiellement transférables est-il le plus élevé?	23
Diskussion	9	6	Gros plan: analyse par sous-groupe d'interventions	25
1 Introduction	11	6.1	Contenu du catalogue allemand en termes d'hospitalisations	25
1.1 Contexte	11	6.2	Proportion de cas déjà réalisés en ambulatoire	26
1.2 Objectifs	11	6.3	Nombre d'hospitalisations potentiellement transférables	27
1.3 Démarche	11	7	Synthèse et discussion	28
1.4 Structure du document	11	8	Bibliographie	32
2 Méthode	13	9	Annexes	33
2.1 Situation en Suisse	13			
2.2 Description du catalogue allemand de prestations pouvant/devant être réalisées en ambulatoire	13			
2.3 Passage des codes CHOP individuels à des groupes d'interventions	14			
2.4 Données	14			
2.5 Univers d'analyse	15			
2.6 Estimation des hospitalisations transférables	16			
3 Quelles sont les interventions concernées par le catalogue allemand et que représentent-elles en termes de volumes en Suisse?	17			
3.1 Degré de recoupement avec la liste fédérale	17			
3.2 Contenu du catalogue allemand en termes d'interventions	17			

Résumé

Contexte

L'Allemagne définit depuis 1992 un catalogue de prestations devant ou pouvant être réalisées en ambulatoire¹. Ce catalogue est édicté dans le but d'accorder la possibilité de fournir certaines prestations en ambulatoire et de définir les conditions-cadres de leur rémunération.

La Suisse connaît un système différent. Les listes fédérales² et cantonales³ entrées en vigueur à partir de 2017 rendent obligatoire la prise en charge ambulatoire des interventions y figurant, sauf exception justifiant un séjour stationnaire.

Les listes suisses et allemandes ont donc des buts différents. Elles se distinguent aussi par leur ampleur: le catalogue allemand (version 2019) contient près de 2900 codes OPS (Operationen- und Prozedurenschlüssel) tandis que la liste fédérale (2023) contient 218 codes CHOP (Classification Suisse des Interventions Chirurgicales) ([annexe 1a de l'OPAS](#)).

Quelques cantons s'appuient sur le catalogue allemand pour ajuster leur planification hospitalière au virage ambulatoire. En dehors de ceux-ci, le contenu de ce catalogue, et plus particulièrement son équivalent dans la classification suisse des interventions chirurgicales (CHOP), est peu connu, bien qu'il fasse l'objet de discussions. En accord avec l'OFSP et les cantons, l'Observatoire suisse de la santé (Obsan) explore ce contenu sous l'angle de la thématique «l'ambulatoire avant le stationnaire».

Objectifs

Ce rapport décrit le contenu du catalogue allemand, transcodé vers la nomenclature CHOP. Ses objectifs sont les suivants:

- Décrire la nature des interventions figurant sur le catalogue allemand (en termes de groupes de codes CHOP).
- Décrire le volume d'interventions en termes de :
 - Nombre d'hospitalisations concernées
 - Part d'interventions déjà pratiquées en ambulatoire
 - Nombre d'hospitalisations potentiellement transférables.

Démarche et méthode

Pour nous épauler dans ce travail, un groupe d'accompagnement a été formé. Ce groupe a eu un rôle consultatif et a donné son avis dans les différentes phases du projet. Il a également aidé à l'interprétation des résultats et à leur mise en perspective.

La démarche suivie dans l'analyse peut être résumée en trois étapes:

- Étape 1: Transcodage du catalogue AOP vers la nomenclature CHOP, puis de la nomenclature CHOP vers la nomenclature Tarmed.
- Étape 2: Définition d'une approche pour le groupement des 2000 codes CHOP en groupes d'interventions intelligibles.
- Étape 3: Analyse statistique des volumes, de la part ambulatoire et du nombre d'hospitalisations potentiellement transférables.

L'étude a un caractère exploratoire en ceci que le passage d'une nomenclature à l'autre est un exercice comportant une part d'interprétation, de même que le regroupement des codes CHOP en interventions.

Pour réaliser ces analyses, deux sources de données ont été utilisées:

- La statistique médicale (MS) de l'Office fédéral de la statistique (OFS) pour les interventions effectuées dans le secteur hospitalier stationnaire,
- Le relevé des données des patients ambulatoires des hôpitaux et des maisons de naissance (PSA) de l'OFS pour l'estimation du nombre d'interventions en ambulatoire. Cette base de données ne couvre pas les interventions effectuées dans les cabinets médicaux, ce qui constitue une limite de l'étude.

Le périmètre de l'étude comprend les hospitalisations de 2019 en soins somatiques aigus, relevant de la LAMal, non urgentes et non liées à un accouchement.

¹ Le titre exact de ce catalogue est «Katalog ambulant durchführbarer Operationen und sonstiger stationärer Eingriffe gemäß § 115b SGB V im Krankenhaus». Abrégé catalogue AOP dans ce rapport.

² [Annexe 1a de l'Ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins \(OPAS\)](#).

³ [Aperçu CDS «l'ambulatoire avant le stationnaire»](#).

Limites à prendre en compte

Cette étude présente certaines limites qui sont importantes à connaître pour l'interprétation des résultats:

- Pour les interventions effectuées en ambulatoire, seule l'activité ambulatoire des hôpitaux est prise en compte, celle des cabinets privés n'ayant pas pu être analysée. La proportion de cas réalisés en ambulatoire est donc sous-estimée.
- Les résultats concernant les hospitalisations qui remplissent les critères de transférabilité vers l'ambulatoire sont des résultats statistiques et théoriques qui donnent une estimation maximale du nombre d'hospitalisations potentiellement transférables. Pour une estimation plus proche de la réalité du terrain, il faudrait tenir compte:
 - De critères de transférabilité supplémentaires: aspects personnels du patient (p. ex. présence de proches aidants), interventions multiples complexes⁴.
 - Des infrastructures médicales existantes et de l'état actuel des connaissances et des pratiques médicales.

Ces critères supplémentaires sont difficiles voire impossibles à examiner avec les données à disposition. En outre, tenir compte des infrastructures et des connaissances médicales nécessiterait une expertise des différentes sociétés médicales, tâche qui va au-delà de ce qui peut être réalisé dans la présente étude.

Résultats

Degré de recoupement avec la liste fédérale

Comme mentionné plus haut, le catalogue allemand est plus étendu que la liste fédérale. Il concerne davantage de groupes d'interventions et contient également davantage de codes CHOP. Le catalogue allemand contient les quatre groupes suivants, absents de la liste fédérale: *Système lymphatique*, *Neurologie*, *Peau* et *Non classé*. À contrario, tous les groupes d'interventions de la liste fédérale figurent dans le catalogue allemand.

Le catalogue allemand contient principalement des codes CHOP liés à l'Appareil locomoteur.

Pour donner du sens aux quelque 2000 codes CHOP issus du transcodage et faciliter la présentation et l'interprétation des résultats, il a été nécessaire de les regrouper en groupes d'interventions suffisamment homogènes. Ce groupement a été effectué sur la base de la localisation des interventions (voir infographie). Onze groupes d'interventions ont ainsi été définis, qui peuvent eux-mêmes être subdivisés en 50 sous-groupes d'interventions.

Plus de la moitié des 1965 codes CHOP figurant sur le catalogue allemand font partie du groupe «*Appareil locomoteur*». Il est en ceci similaire à la liste fédérale, où le groupe de l'*Appareil locomoteur* est également le plus représenté dans des proportions semblables. Toujours en nombre de codes CHOP, les trois autres groupes d'interventions les plus fréquents sont *Yeux*, *Peau* et *Oreilles, nez, bouche et gorge*, représentant chacun environ 8% du catalogue allemand.

Les interventions figurant sur le catalogue allemand sont déjà largement prises en charge en ambulatoire en Suisse.

Près de la moitié des hospitalisations comprises dans le périmètre de l'étude (210'000 sur 475'000 hospitalisations en 2019)⁵ comporte au moins un code d'intervention figurant dans le catalogue allemand. Elles concernent majoritairement les cinq groupes d'interventions suivants: *Appareil locomoteur*, *Appareil urinaire*, *Ventre*, *Cœur et vaisseaux* et *Organes génitaux féminins*.

Globalement, une grande partie de ces interventions – près de 60% – sont déjà réalisées en ambulatoire en Suisse. Cette proportion est même sous-estimée puisque la prise en charge en cabinets privés n'a pas pu être évaluée pour des raisons méthodologiques.

Selon le groupe d'interventions, la proportion de cas ambulatoires varie toutefois sensiblement. Certains groupes d'interventions sont déjà largement pratiqués en ambulatoire. Plus des deux tiers des interventions liées au *Système lymphatique*, aux *Yeux* et à la *Peau* sont déjà réalisés en ambulatoire. À l'autre extrême, seul un tiers des interventions liées à l'*Appareil urinaire* sont actuellement ambulatoires.

Les interventions actuellement stationnaires répondent-elles aux critères de transférabilité?

Après avoir montré la part d'interventions déjà réalisées en ambulatoire, le rapport se pose la question du nombre d'hospitalisations qui pourraient encore être transférées en ambulatoire. Dans l'idée de donner une fourchette du nombre d'hospitalisations théoriquement transférables, quatre scénarios ont été définis, classés du plus conservateur au moins conservateur. Ils sont construits sur les critères usuels de la durée de séjour hospitalier (LOS), du niveau de complexité ou comorbidité (PCCL) ainsi que sur la mention du code CHOP à titre de traitement principal (Rapport Obsan 61)⁶.

Dans le scénario le plus conservateur, le nombre d'hospitalisations théoriquement transférables se situe à 38'000 sur 475'000 hospitalisations (scénario A). Si le critère du traitement principal est relâché - alors que la durée de séjour reste à une nuit (scénario B), le potentiel de transfert augmente peu, passant de

⁴ C'est-à-dire une hospitalisation dont certains traitements doivent être effectués en stationnaire alors que d'autres pourraient être réalisés en ambulatoire (p. ex. ménisectomie et reconstruction du ligament croisé antérieur du genou).

⁵ C'est-à-dire qu'il s'agit d'une hospitalisation dont au moins un traitement parmi l'ensemble des traitements effectués (principaux et secondaires) figure sur le catalogue allemand.

⁶ A. PCCL=0 LOS≤1 nuit et traitement principal; B. PCCL=0 LOS≤1 nuit; C. PCCL=0 LOS≤2 nuits et traitement principal; D. PCCL=0 LOS≤2 nuits.

38'000 à 48'000 hospitalisations. En faisant passer le critère de la durée de séjour d'une nuit à deux nuits tout en ne considérant que le traitement principal (scénario C), le nombre d'hospitalisations théoriquement transférables augmente fortement en passant de 38'000 à 84'000. Enfin, si le critère du traitement principal est relâché (scénario D, le moins conservateur), le potentiel de transfert augmente très fortement pour atteindre 109'000 hospitalisations. L'analyse des scénarios montre que le critère de la durée de séjour (une nuit versus deux nuits) a plus d'influence sur le potentiel de transfert que le critère du traitement principal. Considérer qu'une hospitalisation de deux nuits peut être effectuée en ambulatoire ne va pas de soi et une analyse approfondie devrait être menée pour cibler les entrées la veille de l'opération.

La liste fédérale cible déjà les groupes d'interventions ayant le plus grand potentiel de transfert

Pour chaque code CHOP identifié à partir du catalogue allemand, on observe, en moyenne, que 55 hospitalisations remplissent les critères de transférabilité. Pour la liste fédérale, pour chaque code CHOP, ce sont 190 hospitalisations qui répondent aux mêmes critères (version 2019 avec six groupes d'interventions). On en conclut que la liste fédérale avait correctement ciblé les interventions offrant le plus grand potentiel de transfert. Son extension à 18 groupes au 1^{er} janvier 2023 vient compléter la démarche. Ainsi le grand nombre total d'hospitalisations transférables auquel aboutit l'analyse du catalogue allemand est davantage à mettre en lien avec son ampleur plutôt qu'avec des interventions présentant un potentiel de transfert intrinsèquement élevé.

Gros plan sur certains (sous-)groupes d'interventions

Une dimension intéressante reste néanmoins l'identification des (sous-)groupes d'interventions présentant le plus grand nombre d'hospitalisations potentiellement transférables. Ainsi, les groupes *Appareil locomoteur*, *Ventre* et *Appareil urinaire* apparaissent comme ayant le plus grand potentiel théorique (5'000 hospitalisations au moins dans le cas du scénario le plus conservateur). À l'opposé, les trois groupes d'interventions *Système nerveux*, *Peau* et *Système lymphatique* présentent un potentiel théorique de transfert inférieur à 1'000 hospitalisations chacun (scénario le plus conservateur).

À un niveau de détail plus fin, on observe que les sous-groupes d'interventions suivants présentent le nombre d'hospitalisations théoriquement transférables le plus élevé (supérieur à 2000 hospitalisations en 2019 dans le cadre du scénario le plus conservateur): *Hernie inguinale*, *Genou* et *Urètre et urètre*. À l'opposé, les sous-groupes dont le nombre d'hospitalisations potentiellement transférables est le moins élevé (inférieur à 500 hospitalisations en 2019) sont: *Amygdales et végétations adénoïdes*, *Oreilles* ou *Larynx et trachée*.

Des informations permettant de guider les priorités

La part d'interventions déjà réalisées en ambulatoire donne une information sur le degré d'avancement du processus de transfert. En combinant cette information et le nombre d'hospitalisations

potentiellement transférables, il est possible de voir où placer les priorités si l'on souhaitait encourager davantage le transfert vers l'ambulatoire. Il s'agit des (sous-)groupes d'interventions où le processus de transfert est déjà en cours (part ambulatoire déjà élevée) tout en ayant un nombre d'hospitalisations potentiellement transférables encore élevé. Les groupes d'interventions *Appareil locomoteur*, *Ventre* et *Cœur et vaisseaux* ainsi que les sous-groupes d'interventions *Genou* et *Hernie inguinale* possèdent ces deux caractéristiques.

À contrario, pour les groupes d'interventions *Appareil urinaire*, et les sous-groupes *Nez et sinus*, *Chirurgie du pied*, *Épaule*, *aisselle et clavicule* et *Urètre et urètre* la faible proportion de cas ambulatoires (alors que le nombre d'hospitalisations théoriquement transférables est relativement élevé) peut être un signe que certaines barrières, comme l'infrastructure de soins, les connaissances médicales ou de mauvaises incitations financières, limitent actuellement le transfert vers l'ambulatoire.

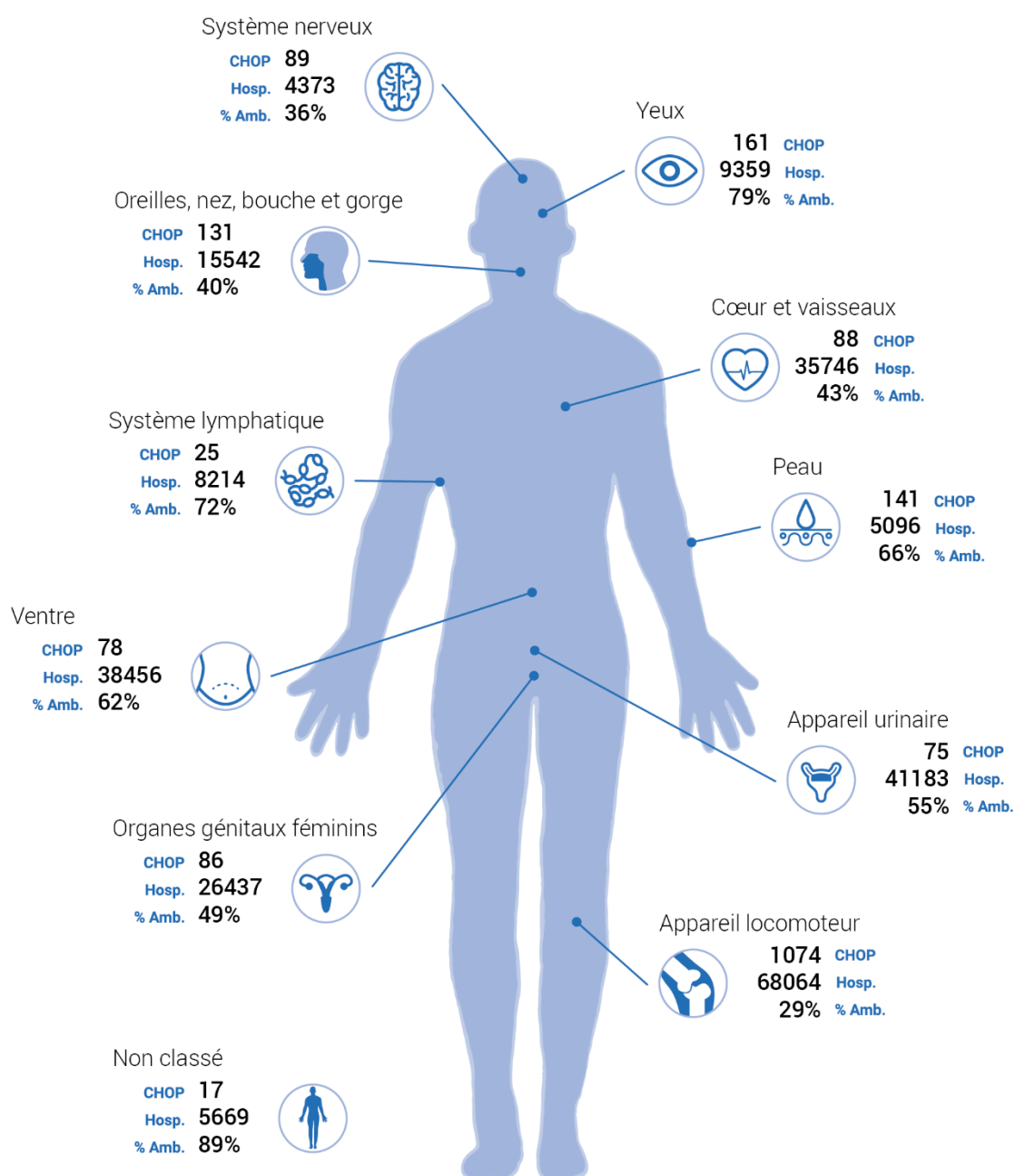
Enfin, d'autres groupes comme *Peau* ou *Système lymphatique* et des sous-groupes comme *Larynx et trachée*, *Amygdales et végétations adénoïdes* présentent moins d'intérêt, tant le nombre d'hospitalisations potentiellement transférables est limité.

Discussion

En proposant un transcodage du catalogue allemand, puis en décrivant la nature et les volumes des interventions concernées ainsi que la part d'interventions déjà réalisées en ambulatoire, la présente étude met à disposition des informations utiles dans le cadre des réflexions menées autour du transfert vers l'ambulatoire.

L'analyse apporte également une estimation globale du potentiel théorique de transfert, tout en identifiant les (sous-)groupes d'interventions ayant les volumes transférables a priori les plus importants. Il importe ici de noter que ce potentiel est d'une part théorique et d'autre part n'est pas forcément réalisable à court terme. L'analyse ne tient en effet pas compte des critères d'exception (p. ex. absence de proches, interventions multiples). Or, l'expérience des cantons a montré qu'en pratique, le volume d'hospitalisations transférables qui peut être atteint s'élève à environ la moitié du potentiel théorique. De plus, il est possible que la situation en Suisse (manque d'adaptations des infrastructures, connaissances technico-médicales, mauvaises incitations financières ou autres) retarde le processus de transfert (voir *Limites à prendre en compte*). Évaluer cet aspect nécessiterait de consulter les différentes sociétés médicales, tâche qui va au-delà de ce qui peut être réalisé dans la présente étude. Si la volonté devait exister d'étendre les listes cantonales ou fédérales sur la base des présentes analyses, une telle consultation serait indispensable afin d'évaluer le degré de réalisme de la démarche. Le monitoring de l'extension, au 1^{er} janvier 2023, de la liste fédérale étendue, apportera certainement des éléments complémentaires de réflexion en montrant déjà les effets du passage de 6 à 18 groupes d'interventions. L'analyse a en effet aussi montré que la liste fédérale avait adéquatement ciblé des interventions ayant un grand potentiel de transfert.

**Aperçu du catalogue allemand par groupe d'intervention:
nombre de codes CHOP, d'hospitalisations et part ambulatoire**



CHOP Nombre de codes CHOP analysés *
Hosp. Nombre d'hospitalisations
% Amb. Part ambulatoire

* Nombre de codes CHOP figurant sur le catalogue allemand

Zusammenfassung

Ausgangslage

Deutschland führt seit 1992 einen Katalog⁷ mit Leistungen, die ambulant durchgeführt werden müssen oder können. Der Katalog dient als Übersicht über die ambulant durchführbaren Leistungen und legt die Rahmenbedingungen für deren Vergütung fest.

In der Schweiz ist es etwas anders: Die Listen des Bundes⁸ und der Kantone⁹, die ab 2017 in Kraft getreten sind, führen alle Eingriffe auf, die grundsätzlich ambulant durchgeführt werden müssen, ausser wenn besondere Umstände eine stationäre Behandlung erfordern. In der Schweiz und in Deutschland haben die Listen folglich unterschiedliche Zwecke. Auch ihr Umfang ist anders: Der deutsche Katalog (Version 2019) enthält knapp 2900 OPS-Codes¹⁰, während die Liste der Schweiz auf Bundesebene (Version 2023) lediglich 218 CHOP-Codes¹¹ umfasst ([Anhang 1a KLV](#)).

Einige Kantone stützen sich auf den deutschen Katalog, um ihre Spitalplanung in die vorgesehene Richtung der ambulanten Versorgung zu lenken. Abgesehen davon ist der Inhalt des deutschen Katalogs und namentlich seine Entsprechung in der Schweizerischen Operationsklassifikation (CHOP) kaum bekannt, obschon er Gegenstand von Diskussionen ist. In Absprache mit dem BAG und den Kantonen nimmt das Gesundheitsobservatorium (Obsan) den Katalog im Rahmen der Thematik «Ambulant vor Stationär» genauer unter die Lupe.

Ziele

Dieser Bericht beschreibt den Inhalt des deutschen Katalogs, wobei er in die CHOP-Nomenklatur transkodiert wird. Ziele sind:

- Beschreibung der Art der Eingriffe im deutschen Katalog (Gruppen gemäss CHOP-Codes)
- Beschreibung des Volumens der Eingriffe im Hinblick auf:
 - Anzahl Hospitalisierungen
 - Anteil bereits ambulant durchgeführter Eingriffe
 - Anzahl potenziell verlagerbarer Hospitalisierungen

Vorgehen und Methode

Für die Erarbeitung der Studie wurde als Unterstützung eine Begleitgruppe gebildet. Sie hatte eine beratende Funktion und gab Rückmeldungen zu den verschiedenen Projektphasen. Zudem half sie bei der Interpretation und Einordnung der Ergebnisse. Die gewählte Vorgehensweise lässt sich in drei Schritte zusammenfassen:

- Schritt 1: Transkodierung des AOP-Katalogs in die CHOP-Nomenklatur und anschliessend von der CHOP-Nomenklatur in die Tarmed-Nomenklatur
- Schritt 2: Festlegung eines Ansatzes zur Gruppierung der 2000 CHOP-Codes zu sinnvollen Eingriffsgruppen
- Schritt 3: statistische Analyse der betroffenen Eingriffe, des ambulanten Anteils und der Anzahl potenziell verlagerbarer Hospitalisierungen

Die Studie hat insofern einen explorativen Charakter, als die Übertragung von einer Nomenklatur in die andere teilweise auf Interpretationen beruht; dasselbe gilt für die Gruppierung der CHOP-Codes zu Eingriffsgruppen.

Für die Analysen wurden zwei Datenquellen verwendet:

- Die Medizinische Statistik (MS) des Bundesamtes für Statistik (BFS) für Eingriffe, die im spitalstationären Bereich erfolgen, und
- die Erhebung der ambulanten Patientendaten von Spitälern und Geburtshäusern (PSA) des BFS zur Schätzung der Anzahl ambulanter Eingriffe. Mit dieser Datenbasis nicht abgedeckt sind Eingriffe in Arztpraxen, was die Aussagekraft der Studie einschränkt.

Die Analysen in der vorliegenden Studie umfassen alle KVG-pflichtigen Hospitalisierungen in der Akutpflege im Jahr 2019. Ausgeschlossen wurden Notfälle sowie alle Eingriffe, die in Zusammenhang mit einer Geburt erfolgten..

⁷ Katalog ambulant durchführbarer Operationen und sonstiger stationärer ersetzender Eingriffe gemäß § 115b SGB V im Krankenhaus (AOP-Katalog)

⁸ [Anhang 1a der Krankenpflege-Leistungsverordnung \(KLV\)](#)

⁹ [Übersicht GDK «ambulant vor stationär»](#)

¹⁰ Operationen- und Prozedurenschlüssel

¹¹ Schweizerische Operationsklassifikation

Grenzen

Die Studie weist gewisse Einschränkungen auf, denen bei der Interpretation der Ergebnisse Rechnung getragen werden muss:

- Bei den ambulanten Eingriffen werden lediglich die Leistungen der Spitäler berücksichtigt, jene der Arztpraxen konnten dagegen nicht analysiert werden. Der Anteil der ambulant behandelten Fälle wird folglich unterschätzt.
- Die Ergebnisse zu den Hospitalisierungen, die die Kriterien der Verlagerbarkeit in den ambulanten Bereich erfüllen, sind statistische und theoretische Informationen, mit denen das Maximum der potenziell verlagerbaren Hospitalisierungen geschätzt wird. Um eine realistische Schätzung zu erhalten, müssten folgende Kriterien berücksichtigt werden:
 - zusätzliche Verlagerbarkeitskriterien: persönliche Aspekte der Patientinnen und Patienten (z.B. betreuende Angehörige), komplexe Mehrfacheingriffe¹²
 - vorhandene medizinische Infrastruktur und aktueller Stand des medizinischen Fachwissens und der medizinischen Praxis

Diese zusätzlichen Kriterien können mit den verfügbaren Daten nur schwer oder gar nicht untersucht werden. Um die Aspekte der Infrastruktur und des Fachwissens zu berücksichtigen, wäre eine Konsultation der verschiedenen medizinischen Fachgesellschaften erforderlich, was den Rahmen der Studie sprengen würde.

Ergebnisse

Grad der Übereinstimmung der deutschen Liste mit der Liste des Bundes

Wie bereits erwähnt ist der deutsche Katalog umfassender als die Liste des Bundes. Er bezieht sich auf eine grössere Anzahl Eingriffsgruppen und enthält (nach der Transkodierung in die Schweizer Klassifikation) auch mehr CHOP-Codes. Folgende vier Gruppen im deutschen Katalog fehlen in der Liste des Bundes: Lymphsystem, Neurologie, Haut, Anderes. Umgekehrt kommen alle in der Liste des Bundes aufgeführten Eingriffsgruppen auch im deutschen Katalog vor.

Der deutsche Katalog enthält mehrheitlich CHOP-Codes, die mit dem Bewegungsapparat zusammenhängen.

Um die rund 2000 CHOP-Codes aus der Transkodierung sinnvoll zu gliedern sowie die Darstellung und Interpretation der Ergebnisse zu vereinfachen, wurden die Eingriffe in möglichst homogene Gruppen eingeteilt. Diese Gruppierung erfolgte auf Basis einer Lokalisierung der Eingriffe (siehe Infografik). So wurden elf Eingriffsgruppen gebildet, die sich in 50 Untergruppen gliedern lassen.

Mehr als die Hälfte der 1965 CHOP-Codes, die im deutschen Katalog enthalten sind, gehören zur Gruppe *Bewegungsapparat*. Diese Gruppe ist in der Liste des Bundes ebenfalls am umfangreichsten, wobei auch die Anteile vergleichbar sind. Darauf folgen die drei Eingriffsgruppen *Augen*, *Haut* sowie *Ohren, Nase, Mund, Hals*, die im deutschen Katalog je rund 8% der enthaltenen CHOP-Codes ausmachen.

Die Eingriffe im deutschen Katalog erfolgen in der Schweiz bereits weitgehend ambulant.

Nahezu die Hälfte der in die Studie einbezogenen Hospitalisierungen (210 000 von 475 000 Hospitalisierungen im Jahr 2019)¹³ beziehen sich auf mindestens einen Code, der im deutschen Katalog enthalten ist. Dabei handelt es sich im Wesentlichen um Eingriffe aus den folgenden fünf Gruppen: *Bewegungsapparat*, *Harnorgane*, *Bauch*, *Herz und Gefässe* sowie *weibliche Geschlechtsorgane*. Insgesamt wird bereits ein grosser Teil dieser Eingriffe – nahezu 60% – bereits ambulant durchgeführt. Dieser Anteil wird unterschätzt, da die Behandlungen in privaten Arztpraxen aufgrund fehlender Daten nicht untersucht werden konnten.

Je nach Eingriffsgruppe fällt der ambulante Anteil sehr unterschiedlich aus. Einige Eingriffsgruppen werden bereits weitgehend ambulant durchgeführt. So erfolgen mehr als zwei Drittel der Eingriffe am lymphatischen System, an den Augen und an der Haut ambulant. Bei den Eingriffen an den Harnorganen erfolgt dagegen lediglich ein Drittel ambulant.

Erfüllen die derzeit stationär durchgeführten Eingriffe die Kriterien für die Verlagerbarkeit?

Nach dem Überblick über den Anteil der bereits ambulant durchgeführten Eingriffe wird untersucht, wie viele Hospitalisierungen sich theoretisch ebenfalls vom stationären in den ambulanten Bereich verlagern liessen. Um die Bandbreite der Anzahl potenziell verlagerbarer Hospitalisierungen abzubilden, wurden vier Szenarien erstellt, die vom konservativsten zum progressivsten geordnet sind. Sie basieren auf den üblichen Kriterien: Dauer des Spitalaufenthalts (LOS), Komplexitätsgrad durch Komplikationen und Komorbiditäten (PCCL) sowie Erfassung des jeweiligen CHOP-Codes als Hauptbehandlung (Obsan Bericht 61)¹⁴.

Im konservativsten Szenario liegt die Anzahl potenziell verlagerbarer Hospitalisierungen bei 38 000 von 475 000 Hospitalisierungen (Szenario A). Wird das Kriterium der Hauptbehandlung weggelassen, während die Aufenthaltsdauer bei einer Nacht bleibt (Szenario B), nimmt das Verlagerungspotenzial leicht zu auf 48 000 Hospitalisierungen. Wenn die Mindestaufenthaltsdauer von einer auf zwei Nächte erhöht und ausschliesslich die Hauptbehandlung berücksichtigt wird (Szenario C), erhöht sich die Anzahl der potenziell verlagerbaren Hospitalisierungen erheblich auf

¹² Hospitalisierung, bei der bestimmte Eingriffe stationär erfolgen müssen, während andere ambulant durchgeführt werden könnten (z.B. Menishektomie und Rekonstruktion des vorderen Kreuzbandes)

¹³ Hospitalisierung, bei der mindestens eine der erfolgten Behandlungen (Haupt- und Nebenbehandlungen) im deutschen Katalog vorkommt

¹⁴ A. PCCL = 0, LOS ≤ 1 Nacht und Hauptbehandlung; B. PCCL = 0, LOS ≤ 1 Nacht; C. PCCL = 0, LOS ≤ 2 Nächte und Hauptbehandlung; D. PCCL = 0, LOS ≤ 2 Nächte.

84 000. Wird das Kriterium der Hauptbehandlung gelockert (Szenario D, das progressivste), steigt das Potenzial nochmals sehr stark auf 109 000 Hospitalisierungen. Die Analyse der Szenarien zeigt demnach, dass das Kriterium der Aufenthaltsdauer (1 vs. 2 Nächte) deutlich mehr Einfluss auf das identifizierte Verlagerungspotenzial hat als das Kriterium der Hauptbehandlung. Es ist allerdings nicht selbstverständlich, dass eine Hospitalisierung von zwei Nächten und drei Tagen durch eine ambulante Behandlung ersetzt werden kann, und es wäre eine vertiefte Analyse der Eintritte am Tag vor der Operation erforderlich, um diese Frage zu klären.

Die Liste des Bundes konzentriert sich bereits auf die Eingriffsgruppen mit dem grössten Verlagerungspotenzial.

Für jeden aus der deutschen Liste transkodierten CHOP-Code erfüllen im Schnitt 55 Hospitalisierungen die Verlagerbarkeitskriterien. Bei der Liste des Bundes trifft dies auf 190 Hospitalisierungen zu (Version 2019 mit sechs Eingriffsgruppen). Daraus lässt sich schliessen, dass in der Liste des Bundes die Eingriffe mit dem grössten Verlagerungspotenzial bereits eingeschlossen sind. Mit der Erweiterung auf 18 Gruppen per 1. Januar 2023 wird das Potenzial weiter ausgeschöpft. Die grosse Gesamtzahl an verlagerbaren Hospitalisierungen, die bei der Analyse des deutschen Kataloges eruiert wurde, ist eher auf deren Umfang als auf ein grundsätzlich hohes Verlagerungspotenzial der einzelnen Eingriffe zurückzuführen.

Fokus auf bestimmte (Unter-)Gruppen von Eingriffen

Dennoch ist es interessant, die (Unter-)Gruppen zu identifizieren, in denen die meisten Hospitalisierungen potenziell verlagert werden könnten. Das grösste theoretische Verlagerungspotenzial weisen die Gruppen *Bewegungsapparat*, *Bauch* und *Harnorgane* auf (mindestens 5000 Hospitalisierungen gemäss dem konservativsten Szenario). Umgekehrt liegt das theoretische Verlagerungspotenzial bei den Eingriffsgruppen *Nervensystem*, *Haut* und *lymphatisches System* jeweils bei weniger als 1000 Hospitalisierungen (konservativstes Szenario).

Auf etwas höherem Detaillierungsgrad weisen folgende Untergruppen von Eingriffen die meisten Hospitalisierungen auf, die sich theoretisch verlagern liessen (über 2000 Hospitalisierungen im Jahr 2019 gemäss dem konservativsten Szenario): *Leistenhernie*, *Knie* sowie *Harnleiter* und *Harnröhre*. Am anderen Ende des Spektrums weisen folgende Untergruppen das tiefste Verlagerungspotenzial auf (weniger als 500 Hospitalisierungen im Jahr 2019): *Tonsillen und Adenoiden*, *Ohren* sowie *Larynx* und *Trachea*.

Nützliche Informationen für eine bessere Priorisierung

Der Anteil der bereits ambulant durchgeführten Eingriffe gibt Aufschluss über den Fortschritt des Verlagerungsprozesses. Indem diese Information mit der Anzahl der potenziell verlagerbaren Hospitalisierungen kombiniert wird, zeigt sich, welche Eingriffe beim Vorantreiben der Verlagerung in den ambulanten Bereich zu priorisieren wären. Konkret handelt es sich um diejenigen (Unter-)

Gruppen von Eingriffen, bei denen die Verlagerung bereits im Gang ist (hoher ambulanter Anteil), die Zahl potenziell verlagerbarer Hospitalisierungen aber weiterhin hoch ausfällt. Dies trifft auf die Eingriffsgruppen *Bewegungsapparat*, *Bauch* und *Herz und Gefässe* sowie die Untergruppen *Knie* und *Leistenhernie* zu.

Umgekehrt kann der geringe Anteil ambulanter Behandlungen (trotz relativ hohem theoretischem Verlagerungspotenzial) bei der Eingriffsgruppe *Harnorgane* und den Untergruppen *Nase und Nebenhöhlen*, *Fusschirurgie*, *Schulter*, *Achsel*, *Schlüsselbein* sowie *Harnleiter* und *Harnröhre* ein Hinweis dafür sein, dass bestimmte Grenzen wie beispielsweise die Infrastruktur, die medizinischen Fachkenntnisse oder finanzielle Fehlanreize eine Verlagerung zum ambulanten Bereich aktuell einschränken.

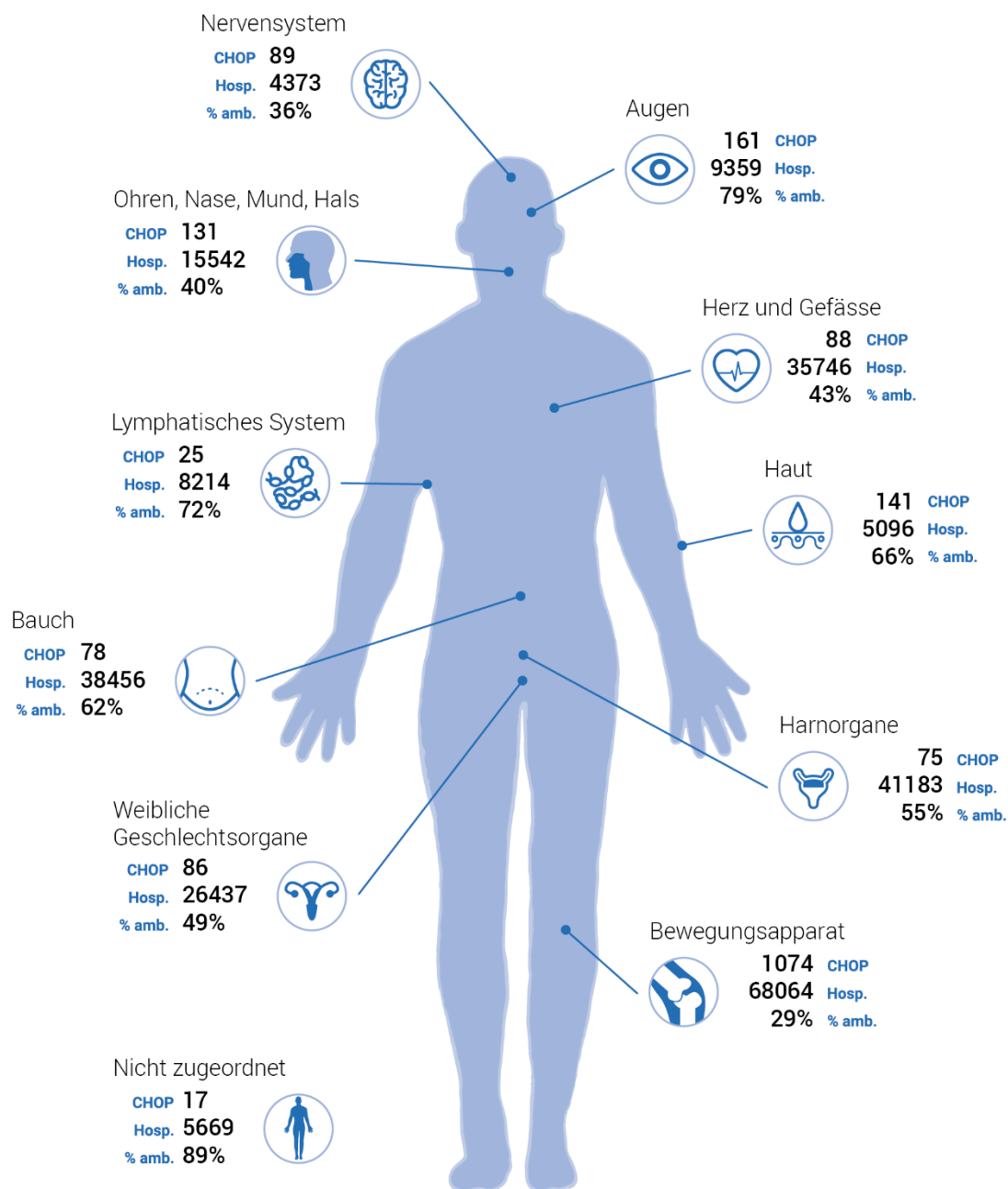
Weitere Gruppen wie *Haut* oder *lymphatisches System* sowie Untergruppen wie *Larynx* und *Trachea* oder *Tonsillen* und *Adenoiden* sind weniger prioritär, da die Anzahl potenziell verlagerbarer Hospitalisierungen eher klein ist.

Diskussion

Durch die Transkodierung des deutschen Katalogs und der anschliessenden Beschreibung der Art und des Ausmasses der betroffenen Behandlungen sowie des Anteils bereits ambulant durchgeführter Eingriffe liefert die vorliegende Analyse Informationen, die bei den Überlegungen zur Verlagerung in den ambulanten Bereich nützlich sind.

Die Analyse enthält auch eine allgemeine Schätzung des theoretischen Verlagerungspotenzials, indem die (Unter-)Gruppen von Eingriffen mit dem höchsten Potenzial ermittelt werden. Dabei gilt es zu unterstreichen, dass es sich um theoretische Annahmen handelt, die sich auch nicht zwangsläufig auf kurze Frist umsetzen lassen. So trägt die Analyse den Ausnahmekriterien nicht Rechnung (z.B. keine betreuenden Angehörigen, multiple Eingriffe). Die Erfahrung der Kantone hat gezeigt, dass sich das Ausmass der potenziell verlagerbaren Hospitalisierungen in der Praxis auf rund die Hälfte des theoretischen Potenzials beläuft. Es ist ausserdem möglich, dass die aktuelle Situation in der Schweiz (fehlende Anpassungen der Infrastruktur, medizinisch-technisches Fachwissen, finanzielle Fehlanreize oder anderes) eine Verlagerung verzögert (vgl. *Grenzen*). Um diesen Aspekt zu beurteilen, bedarf es einer Konsultation der medizinischen Fachgesellschaften, was den Rahmen der vorliegenden Studie sprengen würde. Sollte sich aus der Analyse der Wunsch ergeben, die Listen der Kantone oder des Bundes zu erweitern, wäre eine solche Konsultation unumgänglich, um die praktische Umsetzbarkeit zu beurteilen. Das Monitoring der Erweiterung der Liste des Bundes vom 1. Januar 2023 wird sicherlich zusätzliche Denkanstösse liefern, indem die Auswirkungen der Erweiterung von 6 auf 18 Eingriffsgruppen aufgezeigt werden. Die Analyse hat auch ergeben, dass die Eingriffe mit grossem Verlagerungspotenzial in der Liste des Bundes bereits gut identifiziert sind.

Übersicht des deutschen Katalogs nach Eingriffsgruppe: Anzahl CHOP-Codes, Anzahl der Hospitalisierungen und ambulanter Anteil



CHOP Anzahl der analysierten CHOP-Codes *
 Hosp. Anzahl der Hospitalisierungen
 % amb. Ambulanter Anteil

* Anzahl der CHOP-Codes im deutschen Katalog

1 Introduction

1.1 Contexte

Depuis 1992, l'Allemagne définit un catalogue de prestations pouvant ou devant être réalisées en ambulatoire. Ce catalogue a pour but de légiférer la prise en charge ambulatoire. Toutes les prestations de substitution à l'hospitalisation qui peuvent être réalisées en ambulatoire sont répertoriées dans un catalogue (catalogue des interventions ambulatoire, AOP). En outre, des rémunérations identiques pour les hôpitaux et pour les médecins ont été convenues pour les prestations de ce catalogue. La version 2019 (du 01.01.2019) du catalogue, utilisée pour la présente étude, est composée de près de 2900 codes OPS différents (Operationen- und Prozedurenschlüssel).

En Suisse, un tel catalogue n'existe pas. La liste fédérale ou les listes cantonales entrées en vigueur à partir de 2017 s'en approchent, mais s'en différencient par leur ampleur et leur but. Ce dernier étant de rendre obligatoire la prise en charge ambulatoire pour les interventions y figurant, sauf exception nécessitant une opération dans le secteur stationnaire. Concernant l'ampleur, la liste fédérale 2023 contient 218 codes CHOP (Classification Suisse des Interventions Chirurgicales) ([annexe 1a de l'OPAS](#)), alors que la version 2019 du catalogue allemand contient près de 2900 codes OPS.

Étant donné que nos systèmes de santé sont comparables, si des experts allemands définissent des interventions qui *doivent* ou *peuvent* être effectuées en ambulatoire, il est pertinent de se demander si cela serait globalement possible en Suisse également. Aujourd'hui, le contenu du catalogue allemand, auquel quelques cantons recourent pour ajuster leur planification hospitalière, fait l'objet de discussions tout en restant encore peu connu en Suisse. C'est pourquoi l'Observatoire suisse de la santé (Obsan) s'est proposé, en accord avec les cantons et la Confédération, de transposer ce catalogue à la situation suisse et d'en explorer le contenu.

1.2 Objectifs

Ce rapport explore le contenu du catalogue allemand sous l'angle de la thématique «ambulatoire avant le stationnaire». Il décrit le contenu du catalogue allemand, transcodé vers la nomenclature CHOP. Ses objectifs sont les suivants:

- Décrire son contenu en termes de nature des interventions (groupes de codes CHOP) concernées.
- Décrire son contenu en termes de volumes d'interventions:
 - Nombre d'hospitalisations concernées

- Part d'interventions déjà pratiquées en ambulatoire
- Nombre d'hospitalisations potentiellement transférables.

1.3 Démarche

Pour nous épauler dans ce travail, un groupe d'accompagnement a été formé, composé de représentants des cantons, de l'OFSP, de la FMH et de la FMCH (voir imprimé). Ce groupe a eu un rôle consultatif, partageant son expertise et son avis dans les différentes phases du projet. Il a également aidé à l'interprétation des résultats et à leur mise en perspective.

La démarche suivie dans l'analyse peut être résumée en trois étapes:

- Étape 1: Transcodage du catalogue AOP vers la nomenclature CHOP, puis de la nomenclature CHOP vers la nomenclature Tarmed.
- Étape 2: Définition d'une approche pour le groupement des 2000 codes CHOP en groupes d'interventions intelligibles.
- Étape 3: Analyse statistique des volumes, de la part ambulatoire et du potentiel théorique de transfert.

L'étude a un caractère exploratoire en ceci que le passage d'une nomenclature à l'autre est un exercice comportant une part d'interprétation, de même que le regroupement des codes CHOP en interventions.

1.4 Structure du document

Le rapport est structuré comme suit:

Au chapitre 2, le lecteur trouvera les éléments de méthode. En particulier le transcodage du catalogue allemand vers les codes CHOP utilisés en Suisse, puis des codes CHOP vers les positions TARMED (section 2.1), l'approche retenue pour le groupement des codes CHOP en groupes d'interventions intelligibles (section 2.2), la présentation des données utilisées (section 2.3), de l'univers d'analyse (section 2.4) et les différents scénarios retenus pour l'estimation du potentiel théorique de transfert vers l'ambulatoire (section 2.5).

Le chapitre 3 est consacré au contenu du catalogue allemand: degré de recoupement avec la liste fédérale (section 3.1), description du catalogue en termes d'interventions (section 3.2) et volume d'interventions (section 3.3).

Le chapitre 4 montre dans quelle mesure les interventions du catalogue sont déjà pratiquées en ambulatoire en Suisse.

Le chapitre 5 estime de manière théorique le potentiel de transfert, d'abord pour l'ensemble du catalogue allemand (section 5.1), puis par groupes d'interventions (section 5.2). Aux sections 5.3 et 5.4, le degré d'avancement du transfert et son degré de réalisme sont discutés.

Le chapitre 6 propose un «gros plan» en analysant les principaux indicateurs des chapitres 3, 4 et 5 avec des groupes d'interventions plus détaillés. Enfin, une synthèse est proposée au chapitre 7.

2 Méthode

2.1 Situation en Suisse

En Suisse, depuis le 1^{er} janvier 2019, l'art 3c et l'annexe 1a de l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS) prescrivent la réglementation «l'ambulatoire avant le stationnaire» (AVS pour «*ambulant vor stationär*»). Ce principe s'appliquait à six groupes d'interventions électives, c'est-à-dire non urgentes.

Parallèlement aux travaux de la Confédération, cinq cantons avaient introduit dès début 2018 leurs propres listes comprenant treize groupes d'interventions. Début 2022, quatorze cantons avaient publié des listes plus étendues où figuraient de 16 à 19 groupes. À partir du 1^{er} janvier 2023, la liste fédérale a été élargie et harmonisée avec celles des cantons. Elle contient 18 groupes d'interventions.

Ainsi, les données 2019, utilisées pour cette étude (voir point 2.4), sont déjà influencées par les conséquences de l'introduction de ces différentes listes. C'est-à-dire, pour les groupes d'interventions figurant sur ces listes, une baisse de la prise en charge stationnaire, une augmentation de la prise en charge ambulatoire et donc une augmentation de la part des cas effectués en ambulatoire (Roth et Pellegrini, 2020).

2.2 Description du catalogue allemand de prestations pouvant/devant être réalisées en ambulatoire

Contexte en Allemagne

En Allemagne, dans le cadre de la loi sur les structures de santé (GSG), les prestataires de soins se sont vu accorder la possibilité de fournir certaines prestations en ambulatoire (chirurgie ambulatoire). Toutes les prestations de substitution à l'hospitalisation qui peuvent être réalisées en ambulatoire sont répertoriées dans un catalogue (catalogue AOP). Ce dernier a été élaboré, à partir de 1992, par l'association fédérale des médecins conventionnés (KBV), l'association des caisses d'assurance maladie obligatoires

(GKV) et l'association des hôpitaux allemands (DKG). En outre, ces trois acteurs ont convenu, pour ces prestations ambulatoires, de rémunérations identiques pour les hôpitaux et pour les médecins.

L'un des objectifs du catalogue AOP est de créer de nouvelles possibilités de coopération entre les hôpitaux et les médecins et ainsi de favoriser la prise en charge ambulatoire. (sources: [AOP - § 115b SGB V - Ambulantes Operieren im Krankenhaus \(reimbursement.institute\)](#) et [Ambulantes Operieren \(§ 115b SGB V\) | Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V. \(dkgev.de\)](#))

La version 2019 du catalogue a été utilisée pour la présente étude. Elle est composée de 2879 codes OPS (Operationen- und Prozedurenschlüssel) répartis en deux catégories: la première catégorie regroupe les 1269 codes OPS qui *doivent* être réalisés en ambulatoire, alors que la seconde catégorie regroupe les 1610 codes qui *peuvent* être réalisés en ambulatoire.

Transcodage du catalogue allemand vers la classification suisse des interventions chirurgicales (CHOP) puis vers le TARMED

Pour répondre aux objectifs de l'étude, il faut pouvoir analyser à la fois la prise en charge stationnaire, dont le codage médical s'effectue grâce la classification suisse des interventions chirurgicales (CHOP), et la prise en charge ambulatoire dont le codage médical est régi par le TARMED¹⁵.

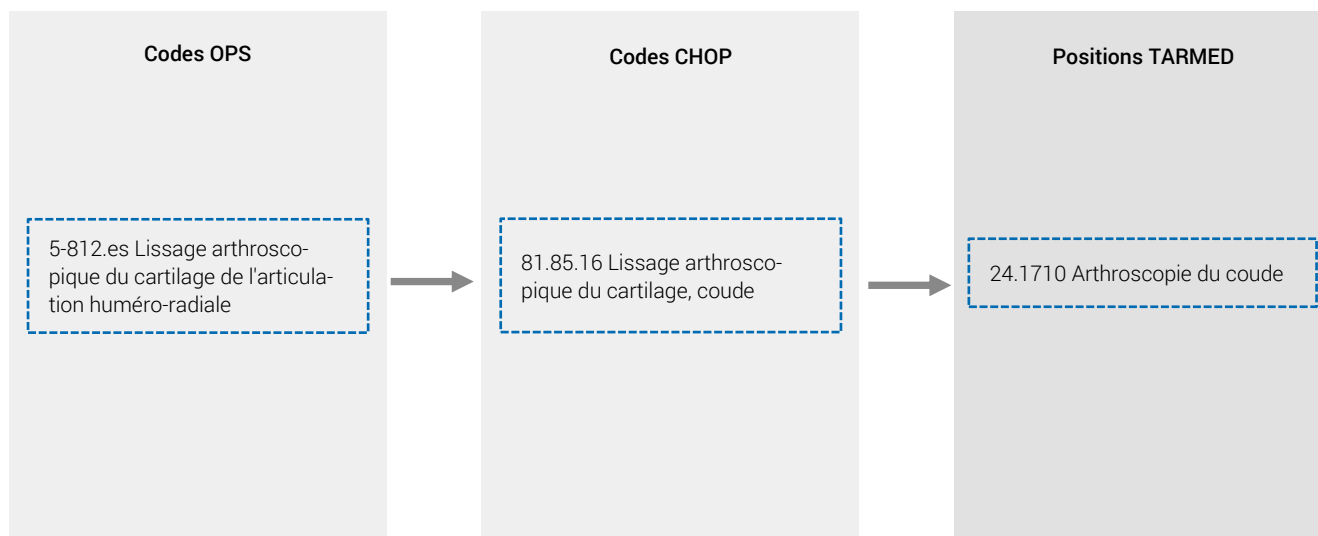
Pour ce faire, il est nécessaire de disposer du transcodage du catalogue allemand vers la classification suisse des interventions chirurgicales (CHOP) et du transcodage de ces codes CHOP vers des positions TARMED.

La correspondance entre deux nomenclatures différentes (OPS-CHOP et CHOP-TARMED) peut aboutir à des propositions en partie différentes selon les experts consultés. Dans le cas présent, le travail de transcodage a été effectué par [l'entreprise ID Suisse AG](#), établie en Suisse et en Allemagne et proposant des logiciels qui permettent le codage de diagnostics et de procédures dans les diverses classifications.

¹⁵ Le TARMED est une structure tarifaire nationale pour les prestations médicales qui s'applique exclusivement aux prestations ambulatoires fournies dans les cabinets médicaux, les cliniques et les hôpitaux.

G 2.1 Transcodage du catalogue allemand

Transcodages



Source: présentation propre

© Obsan 2023

Transcodage du catalogue allemand vers la classification suisse des interventions chirurgicales (CHOP)

Dans une première étape, l'entreprise mandatée a identifié les codes CHOP correspondant aux codes OPS figurant dans le catalogue allemand. Par exemple, le code OPS 5-812.es *Lissage arthroscopique du cartilage de l'articulation huméro-radiale* correspond au code CHOP 81.85.16. *Lissage arthroscopique du cartilage, coude*. Cela est représenté dans le schéma G 2.1 comme le passage du premier rectangle au deuxième. Nous obtenons ainsi une liste de 1965 codes CHOP correspondant aux 2879 codes OPS du catalogue allemand¹⁶.

Transcodage de la liste de codes CHOP vers le TARMED.

La deuxième étape a été de transcoder les codes CHOP en positions TARMED. En suivant l'exemple du schéma G 2.1, la position TARMED 24.1710 *Arthroscopie du genou* correspond au code CHOP 81.85.16. *Lissage arthroscopique du cartilage, coude*. Ce transcodage est représenté dans le schéma G 2.1, par le passage du deuxième rectangle au troisième. À l'issue de ce deuxième transcodage, nous obtenons une liste de 792 positions TARMED.

2.3 Passage des codes CHOP individuels à des groupes d'interventions

Pour donner du sens à ces presque 2000 codes CHOP et faciliter la présentation des résultats et leur interprétation, il est nécessaire de les regrouper en groupes d'interventions suffisamment homogènes. L'approche retenue, après discussion avec le groupe d'accompagnement, est celle qui a été utilisée par le canton de Berne dans le cadre de son rapport «*Aktualisierte Bedarfsgprognosen bis 2030*» (voir page 28)¹⁷. Cette approche regroupe les codes CHOP **selon leur localisation**. Le seul critère retenu pour la création d'un groupe d'interventions est un minimum de 500 hospitalisations en Suisse en 2019. Ce groupement permet de définir 11 grands groupes d'interventions qui peuvent eux-mêmes être subdivisés en 50 sous-groupes d'interventions. Les résultats présentés dans ce rapport se concentrent sur ces 11 grands groupes et sur les 18 sous-groupes d'interventions présentant le potentiel de transfert le plus élevé (Annexe 1).

2.4 Données

Les deux sources de données suivantes sont utilisées:

- La statistique médicale (MS) de l'Office fédéral de la statistique (OFS) pour les interventions effectuées dans le secteur hospitalier stationnaire,

¹⁶ Parmi ces 1965 codes certains sont des codes CHOP dits «autres», c'est-à-dire qui finissent par 00 ou 99 et qui peuvent être considérés comme correspondant à un code OPS.

¹⁷ L'approche non retenue est celle qui se base sur la structure de la nomenclature CHOP.

- Le relevé des données des patients ambulatoires des hôpitaux et des maisons de naissance (PSA) de l'OFS pour les interventions effectuées dans le secteur hospitalier ambulatoire.

La statistique médicale (MS) recense chaque année tous les cas d'hospitalisations (séjours stationnaires) effectués en Suisse. Les informations médicales sur les traitements (code CHOP), l'information sur la division hospitalière, l'âge et le sexe des patients sont exploités dans le cadre de cette étude. Le niveau de complexité clinique du patient (PCCL)¹⁸ et les costweights effectifs sont calculés à l'aide du groupe SwissDRG.

Les données sur les patients dans le secteur ambulatoire hospitalier (PSA) est une enquête exhaustive obligatoire qui porte sur l'ensemble des prestations ambulatoires facturées par les hôpitaux et les maisons de naissance. La base de données contient des données individuelles sur les caractéristiques sociodémographiques des patients, sur les prestations facturées et sur les diagnostics.

La correspondance entre les codes CHOP et les actes du TARMED est par définition imparfaite et repose sur une appréciation d'experts. Il convient donc de comparer avec prudence le nombre d'interventions stationnaires et ambulatoires. À noter aussi que PSA ne couvre pas les interventions effectuées dans les cabinets médicaux, ce qui constitue une limite de l'étude.

2.5 Univers d'analyse

Hospitalisations

Les hospitalisations sont analysées pour l'année 2019¹⁹ sur la base des données de la MS (G. 2.2, cercle gris). Comme ce projet s'inscrit dans la thématique «l'ambulatoire avant le stationnaire», les critères de sélections usuels de cette thématique (Obsan Rapport 08/2021) sont utilisés pour cette étude (G. 2.2, cercle bleu clair) et permettent de définir l'univers d'analyse de ce projet.

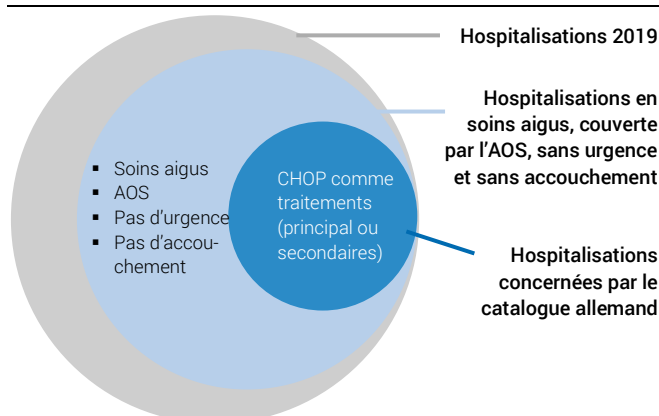
Concrètement, les critères de sélection suivants sont appliqués:

- Hospitalisations couvertes par la LAMal: les cas couverts par d'autres régimes d'assurance, par exemple la LAA, sont donc exclus.
- Hospitalisations planifiées: les urgences ne sont pas considérées dans cette analyse. Les urgences sont des situations spécifiques pour lesquelles «le choix» du mode de prise en charge ne dépend pas des mêmes critères qu'une intervention planifiée.

- Hospitalisations en soins aigus: nous limitons notre analyse aux soins aigus. Les cas de psychiatrie, de réadaptation et de gériatrie ne sont pas pris en compte.
- Les réhospitalisations dans les 18 jours forment un seul cas avec la première hospitalisation, conformément aux règles SwissDRG.
- Les nouveau-nés sont exclus pour éviter un double comptage avec la mère²⁰.
- Les accouchements²¹ sont exclus. Deux interventions (dilatation et curetage utérin après accouchement ou avortement et aspiration curetage d'utérus après accouchement ou avortement) ne peuvent pas être considérées comme transférables dans le cadre d'un accouchement. Pour simplifier l'analyse, tous les accouchements ont été exclus.
- Sortie à l'année de référence.

Ensuite, parmi ces cas, nous sélectionnons ceux dont au moins un traitement (exprimé par un code CHOP) figure sur le catalogue allemand (G. 2.2, cercle bleu foncé). Ainsi, une hospitalisation peut compter pour plusieurs groupes d'interventions. Par exemple, une hospitalisation qui répertorie un code CHOP attribué au groupe d'interventions «Ventre» et un autre attribué au groupe «Organes génitaux féminins» sera comptée une fois pour chacun de ces deux groupes d'interventions. À l'inverse, une hospitalisation qui répertorie plusieurs codes CHOP attribués au même groupe d'interventions ne sera comptée qu'une fois pour ce groupe d'interventions. Cette stratégie est retenue afin d'avoir la même logique que pour le secteur ambulatoire.

G 2.2 Sélection des hospitalisations



Note : Hospitalisations de la statistique médicale de l'OFS

Source: présentation propre

© Obsan 2023

¹⁸ Il existe cinq niveaux de complexité: de 0, le moins complexe à 4, le plus complexe.

¹⁹ Nous avons décidé d'analyser les données 2019, car elles ne sont pas impactées par les conséquences de la crise du Covid-19, au contraire des données 2020 (OFS, 2021) et dans une moindre mesure de celles de 2021 (Roth et Pellegrini, 2021).

²⁰ Les nouveau-nés sont définis par un ensemble de DRG.

²¹ La définition d'un accouchement est celle utilisée par l'Office fédéral de la santé publique dans sa documentation "Qualitätsindikatoren des Schweizer Akutspitäler 2015". (https://spitalstatistik.bagapps.ch/data/download/qip15_publication.pdf?v=1591328614, s. 152)

Cas ambulatoires

Les cas ambulatoires sont analysés pour l'année 2019 sur la base des données PSA. Nous sélectionnons les cas ambulatoires (hospitaliers) dont au moins une position TARMED figure sur la liste des positions TARMED étudiées. Ainsi, un cas peut également compter pour plusieurs groupes d'interventions. Par exemple, un cas qui répertorie une position TARMED attribuée au groupe d'interventions «Col utérin» et une autre attribuée au groupe «Curetage» sera compté une fois pour chacun de ces deux groupes d'interventions. À l'inverse, un cas qui répertorie plusieurs positions TARMED attribuées au même groupe d'interventions ne sera compté qu'une fois pour ce groupe.

2.6 Estimation des hospitalisations transférables

Dans l'idée de donner une fourchette du nombre théorique et statistique d'hospitalisations transférables, nous travaillons avec quatre scénarios (T 2.1). Ces scénarios sont construits sur les trois critères suivants: 1. le niveau de complexité clinique du patient²² (Patient clinical complexity level, PCCL), 2. la durée de séjour exprimé en nombre de nuits (LOS), 3. le traitement principal doit être un code CHOP du catalogue allemand.

1. Le niveau de complexité clinique du patient (PCCL). Une prise en charge ambulatoire à la place d'une hospitalisation n'est pas envisageable pour tous les cas. Elle peut l'être pour des hospitalisations sans complication ou comorbidité du patient. Ainsi, pour tous les scénarios, le PCCL le plus bas (0) est considéré. Il s'agit de patient sans complication et sans comorbidité. Les patients avec un PCCL plus grand que zéro ont souvent des comorbidités ou sont des cas complexes qui demandent un contrôle post-opératoire plus long et dont l'intervention est donc moins susceptible d'être réalisée en ambulatoire.
2. La durée de séjour doit être inférieure à une nuit ou à deux nuits, selon les scénarios. La limite supérieure est fixée à deux nuits pour considérer les cas où, pour des raisons organisationnelles, les patients sont admis à l'hôpital le jour avant l'intervention (par exemple pour y passer des examens préliminaires qui auraient aussi pu être réalisés en ambulatoire) et/ou que l'intervention se déroule dans l'après-midi, empêchant une sortie le jour même.
3. Le troisième critère est que le traitement principal de l'hospitalisation doit être un code CHOP qui figure sur le catalogue allemand. En ajoutant ce critère pour les scénarios A et C, les critères de transférabilité deviennent plus restrictifs. Cela permet d'éviter de considérer comme transférables des hospitalisations dont, parmi l'ensemble des traitements secondaires, un ou plusieurs sont concernés par le catalogue allemand.

T 2.1 Scénarios pour l'estimation des hospitalisations transférables

Scénarios	Critères de transférabilité		
	PCCL	Durée de séjour (LOS)	Traitement principal
A	0	<=1 nuit	Oui
B	0	<=1 nuit	
C	0	<=2 nuits	Oui
D	0	<=2 nuits	

Traitement principal: oui signifie que le traitement principal est un code CHOP figurant sur le catalogue allemand, vide signifie que ce critère n'est pas considéré.

Source: présentation propre

© Obsan 2023

Le scénario D est le scénario que nous avons utilisé dans plusieurs projets, notamment dans le premier mandat de l'Office fédéral de la santé publique (Obsan Dossier 63).

Le critère de la durée de séjour fixée à deux nuits a été discuté au sein du groupe d'accompagnement. Il a été reconnu que cette limite de deux nuits permet de considérer les cas où les patients sont admis avant le jour de l'intervention et/ou que l'intervention se déroule dans l'après-midi, empêchant une sortie le jour même. Néanmoins, il a aussi été avancé que ces pratiques devenaient de plus en plus rares et que la durée de deux nuits peut être, pour certaines interventions, trop optimiste pour considérer l'hospitalisation comme transférable.

Un autre aspect a été discuté au sein du groupe d'accompagnement sans arriver à une décision tranchée. Il s'agit de savoir si on peut considérer comme transférable une hospitalisation dont le traitement concerné par le catalogue allemand est secondaire, c'est-à-dire quand il y a un autre traitement principal (scénarios B et D). Il y a certainement une limite à définir comme transférable une hospitalisation avec plusieurs autres traitements. Cependant, les données distinguent uniquement le traitement principal des traitements secondaires, sans ordre particulier pour ces derniers. Il est ainsi impossible de mettre une limite par rapport aux traitements secondaires.

²² Il existe cinq niveaux de complexité: de 0, le moins complexe à 4, le plus complexe.

3 Quelles sont les interventions concernées par le catalogue allemand et que représentent-elles en termes de volumes en Suisse?

Les résultats en bref

Le catalogue allemand contient près de 2000 codes CHOP, soit presque dix fois plus que la liste fédérale (janvier 2023).

Plus de la moitié des codes CHOP du catalogue allemand font partie du groupe de l'*Appareil locomoteur*.

En 2019, près de la moitié des hospitalisations non urgentes, en soins aigus, couvertes par l'AOS et hors accouchements étaient concernées par au moins un code du catalogue allemand. Cela représente 210'000 hospitalisations sur 475'000.

En termes d'hospitalisations, le catalogue allemand concerne principalement cinq groupes d'interventions (*Appareil locomoteur*, *Système urinaire*, *Ventre*, *Cœur et vaisseaux* et *Organes génitaux féminins*). Ces cinq groupes couvrent 80% des hospitalisations concernées par au moins un code du catalogue allemand.

En moyenne, le catalogue allemand cible bien les hospitalisations avec le potentiel de transfert le plus élevé.

Ce chapitre décrit le contenu du catalogue allemand. La description se concentre sur quatre aspects: le degré de recoupement avec la liste fédérale qui prévaut en Suisse ([annexe 1a de l'OPAS](#)) (section 3.1), la répartition des codes CHOP du catalogue allemand dans les onze groupes d'interventions définis à la section 2.2 (section 3.2.), le volume d'hospitalisations concernées par au moins un code CHOP du catalogue allemand et leur répartition dans les onze groupes d'interventions (section 3.3), la possibilité de cibler les hospitalisations avec un potentiel de transfert élevé grâce au catalogue allemand (section 3.4).

3.1 Degré de recoupement avec la liste fédérale

Le catalogue allemand est plus étendu que la liste fédérale ([OPAS, Annexe 1a, version du 01.01.2023](#)). Il concerne davantage de groupes d'interventions et il contient également davantage de codes CHOP. Le catalogue allemand contient les quatre groupes suivants, absents de la liste fédérale: *Système lymphatique*, *Système nerveux*, *Peau* et *Non classé*.

À contrario, il n'y a pas de groupes d'interventions de la liste fédérale qui ne sont pas dans le catalogue allemand. Néanmoins, les groupes d'interventions et les sous-groupes communs entre la liste fédérale et le catalogue allemand ne contiennent pas forcément exactement les mêmes codes CHOP.

En termes de codes CHOP, le catalogue allemand est également plus étendu que la liste fédérale. Il en contient 1965 alors que la liste fédérale en contient 218. Environ 55% des codes CHOP de la liste fédérale (version du 01.01.2023) se retrouvent dans le catalogue allemand.

3.2 Contenu du catalogue allemand en termes d'interventions

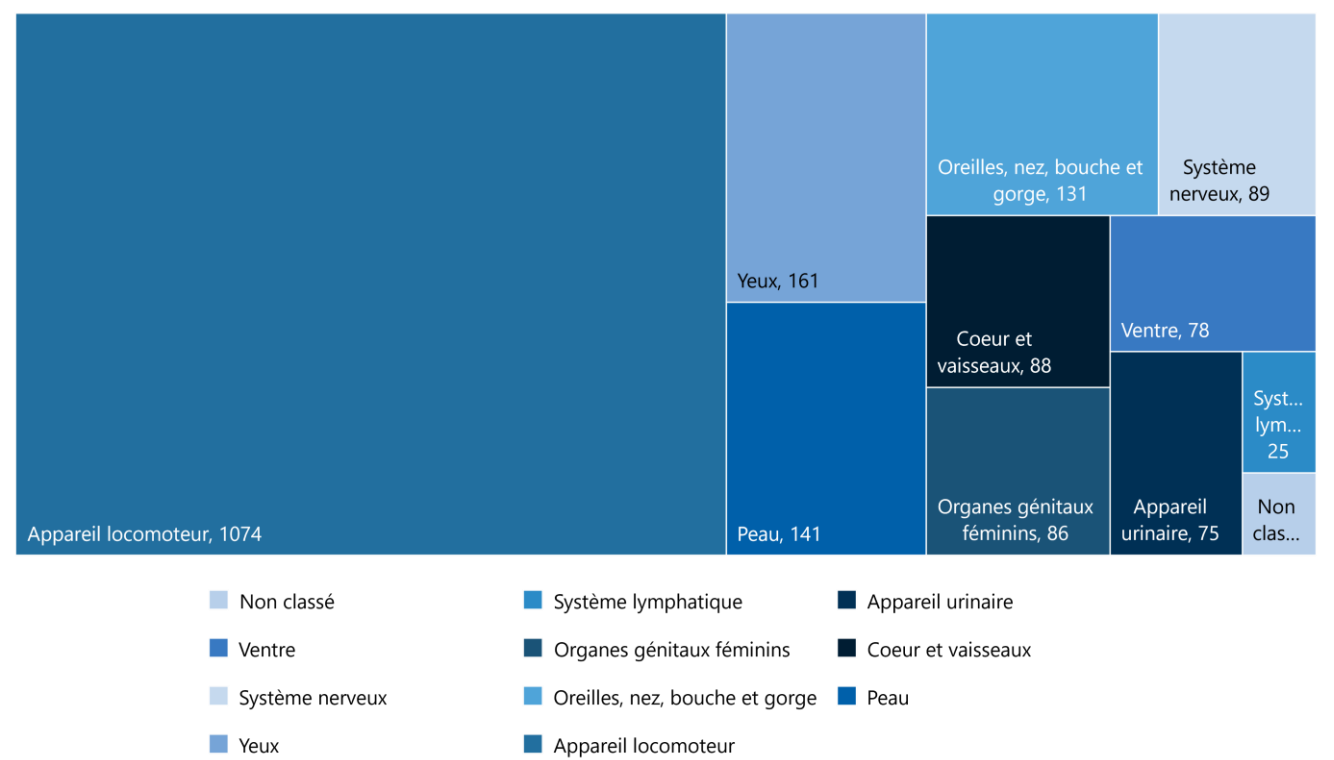
Le catalogue allemand répertorie principalement des codes CHOP appartenant au groupe *Appareil locomoteur*. Plus de la moitié de 1965 codes CHOP font en effet partie de ce groupe (1074 codes CHOP, 54%) (G 3.1)²³. Les trois groupes *Yeux*, *Peau* et *Oreilles, nez, bouche et gorge* représentent chacun environ 8% des codes CHOP. Les cinq groupes suivants: *Appareil urinaire*, *Cœur et vaisseaux*, *Ventre*, *Organes génitaux féminins* et *Système nerveux* représentent environ 4% chacun. Les deux derniers groupes: *Non classé* et *Système lymphatique* représentent chacun environ 1%.

²³ Par rapport à la nomenclature CHOP, ce chapitre est surreprésenté. Dans la nomenclature CHOP de 2019, 26% de codes CHOP sont classés dans le chapitre *Opérations du système musculo-squelettique* (qui correspond ici au groupe *Appareil locomoteur*).

Cette répartition trouve des similitudes avec la liste fédérale. Le groupe *Appareil locomoteur* est également le plus représenté et dans des proportions similaires au catalogue allemand (46% des codes CHOP). Même constat pour le groupe *Yeux* (6% contre 8%). À contrario, l'importance de certains groupes d'interventions diffère entre le catalogue allemand et la liste fédérale.

Les groupes d'interventions *Chirurgie générale et viscérale* (*Ventre* pour le catalogue allemand) et *Cardiologie et chirurgie vasculaire* (*Cœur et vaisseaux*) sont sur-représentés dans la liste fédérale par rapport au catalogue allemand, respectivement 11% contre 4% et 25% contre 4%. D'autres sont au contraire sous-représentés: *Appareil urinaire* (1% contre 4%) et *Oreilles, nez, bouche et gorge* (1% contre 7%).

G 3.1 Répartition des codes CHOP parmi les groupes principaux

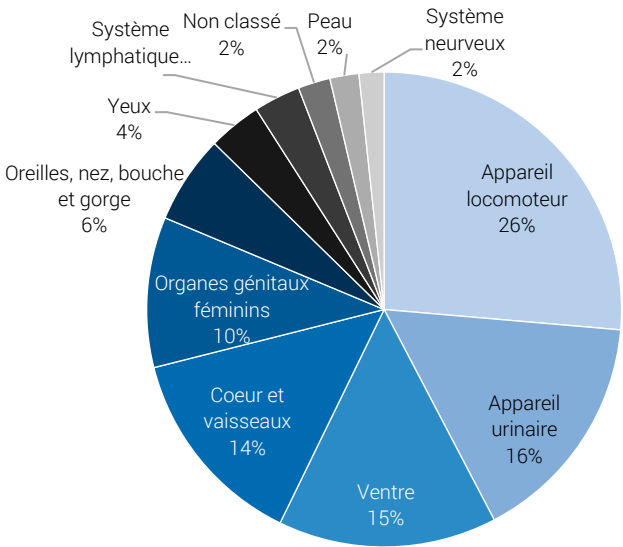


3.3 Contenu du catalogue allemand en termes de volume d'hospitalisations

Sur les quelques 475'000 hospitalisations qui constituent le périmètre de cette étude (voir section 2.4), 45% sont des hospitalisations dont au moins un code CHOP figure sur le catalogue allemand (soit environ 210'000 hospitalisations)²⁴. À titre de comparaison, en prenant la liste fédérale dans sa version du 01.01.2019 (constituée de près de 80 codes CHOP), environ 20'000 hospitalisations pourraient être identifiées parmi ces 475'000 hospitalisations, soit un peu moins de 5%. Certes, le volume d'hospitalisations identifiées par le catalogue allemand est largement plus important que celui identifié par la liste fédérale, mais rapporté au nombre de codes CHOP, c'est le contraire. En moyenne, un code CHOP du catalogue allemand identifie 105 hospitalisations, alors qu'un code CHOP de la liste fédérale identifie 250 hospitalisations.

En volume, les hospitalisations concernées par au moins un code CHOP du catalogue allemand se répartissent principalement dans cinq groupes d'interventions: *Appareil locomoteur* (26%), *Système urinaire* (16%), *Ventre* (15%), *Cœur et vaisseaux* (14%) et *Organes génitaux féminins* (10%). À eux seuls, ces cinq groupes représentent plus de 80% des hospitalisations concernées par le catalogue. Les 20% restant sont répartis entre les six autres groupes.

G 3.3 Répartition des volumes d'hospitalisations concernées par le catalogue allemand



Source: OFS – Statistique médicale des hôpitaux © Obsan 2023

²⁴ En ne considérant que le traitement principal, 133'000 hospitalisations seraient concernées par le catalogue allemand (soit 28% des 475'000 hospitalisations qui constituent le périmètre de cette étude).

²⁵ C'est-à-dire celles dont au moins un code CHOP figure sur le catalogue allemand.

3.4 Est-ce que le catalogue allemand cible les hospitalisations avec un potentiel de transfert élevé?

Pour continuer dans la description du catalogue allemand, il est intéressant de s'assurer qu'il cible bien les hospitalisations avec un potentiel de transfert élevé. Autrement dit, s'assurer que le catalogue allemand peut également s'appliquer à la situation suisse pour estimer un potentiel de transfert. Nous comparons ici le potentiel de transfert pour les hospitalisations relevant²⁵ du catalogue allemand avec celui des hospitalisations non concernées par ce dernier.

C'est effectivement le cas. Les hospitalisations relevant du catalogue allemand ont un potentiel de transfert théorique plus élevé que celles qui ne le sont pas (T 5.1): dans le cadre du scénario B, 23% contre 10% et dans le cadre du scénario D, 52% contre 23%²⁶.

Cela montre que le catalogue allemand cible bien les hospitalisations dont le potentiel de transfert est plus important. En effet, quel que soit le scénario, le potentiel théorique de cas transférables est environ deux fois plus élevé pour les hospitalisations concernées par au moins un code CHOP du catalogue allemand que celles qui ne le sont pas (T 5.1).

T 5.1 Proportion de cas transférables selon que l'hospitalisation est concernée ou non par le catalogue allemand.

Hospitalisations	Nombre d'hospitalisations	Transférables (%)			
		A	B	C	D
Concernées par le catalogue allemand	210'000	18%	23%	40%	52%
Non concernées par le catalogue allemand	265'000	-*	10%	-*	23%

Note: Scénario A: PCCL 0, LOS <=1 nuit et traitement principal, scénario B: PCCL 0, LOS <=1 nuit, scénario C: PCCL 0, LOS <=2 nuits et traitement principal, scénario D: PCCL 0, LOS <=2. *Par définition, le critère du traitement principal ne peut pas être appliqué pour les hospitalisations non concernées par le catalogue allemand.

Source: OFS – Statistique médicale des hôpitaux © Obsan 2023

4 Dans quelle mesure les interventions concernées par le catalogue allemand sont-elles pratiquées en ambulatoire en Suisse?

Les résultats en bref

Seule l'activité ambulatoire des hôpitaux est prise en compte ici. Celle des cabinets privés n'a pas pu être considérée (voir section 2.3). La proportion de cas réalisés en ambulatoire est donc sous-estimée.

Les interventions du catalogue sont déjà bien pratiquées en ambulatoire hospitalier. En moyenne, près de 60% de ces interventions sont déjà réalisées en ambulatoire hospitalier.

Cette proportion varie fortement selon le groupe d'interventions. Elle se situe entre 29% et 89%.

La prise en charge ambulatoire hospitalière est particulièrement développée pour les groupes d'interventions *Système lymphatique* et *Yeux*. Elle est supérieure à 70%.

Les groupes d'interventions *Système nerveux* et *Appareil urinaire* ont la prise en charge ambulatoire hospitalière la moins développée. Elle est inférieure à 40%.

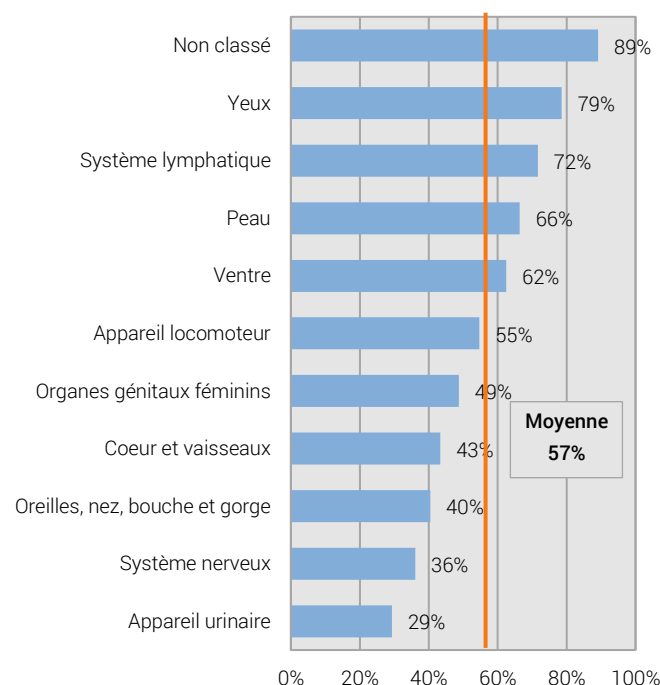
Après avoir décrit le contenu du catalogue allemand au chapitre 3, du point de vue des codes CHOP constituant des volumes d'hospitalisations, il est intéressant de se demander dans quelle mesure ces groupes d'interventions sont déjà réalisés en ambulatoire hospitalier en Suisse. C'est ce qui est présenté dans ce chapitre, d'abord pour l'ensemble du catalogue allemand (section 4.1), puis dans le cadre d'une analyse de sensibilité en distinguant les catégories 1 et 2 de celui-ci (section 4.2).

4.1 Pour quels groupes d'interventions la proportion ambulatoire est-elle la plus élevée?

Une prise en charge ambulatoire existe en Suisse pour tous les groupes d'interventions du catalogue allemand. Selon le groupe, entre 29% et 89% des cas sont aujourd'hui déjà pris en charge de manière ambulatoire (G 4.1). Cette prise en charge est même souvent la norme, dans le sens où plus de la moitié des interventions

sont réalisées en ambulatoire dans les six groupes suivants: *Appareil locomoteur*, *Ventre*, *Peau*, *Système lymphatique*, *Yeux* et *Non classé*. Sans distinction du groupe d'interventions, 57% des cas sont réalisés en ambulatoire. Il est important ici de préciser à nouveau que seule l'activité ambulatoire des hôpitaux est prise en compte, celle des cabinets privés n'ayant pas pu être considérée (voir section 2.3). La proportion de cas réalisés en ambulatoire est donc sous-estimée.

G 4.1 Proportion des cas réalisés en ambulatoire selon le groupe d'interventions



Note: le trait orange représente la proportion moyenne des cas ambulatoires sans distinction du groupe d'interventions

Sources: OFS – Statistique médicale des hôpitaux; Relevé des données des patients ambulatoires des hôpitaux (PSA) © Obsan 2023

4.2 Analyse de sensibilité

Le catalogue allemand distingue deux catégories de codes OPS: ceux qui *doivent* être réalisés en ambulatoire et ceux qui *peuvent* l'être. Schématiquement, la catégorie 1 contient des codes dont le traitement peut s'effectuer en ambulatoire sans difficulté particulière, alors que la catégorie 2 contient plutôt des codes dont le traitement ambulatoire est en voie de développement. Il est intéressant d'utiliser cette distinction pour estimer de manière différenciée la proportion de cas réalisés en ambulatoire. On s'attend à ce que la proportion ambulatoire de la première catégorie soit plus élevée que celle de la seconde.

De manière générale, cette hypothèse se vérifie. Pour l'ensemble des groupes d'interventions, la proportion de cas ambulatoires s'élève à 61% pour la catégorie 1 et à 55% pour la catégorie 2. Cette différence a priori limitée masque des différences plus prononcées pour certains groupes d'interventions: *Organes génitaux féminins* (catégorie 1: 80%, catégorie 2: 26%) et *Peau* (catégorie 1: 92%, catégorie 2: 37%). Seules exceptions à cette tendance, les groupes d'interventions *Cœur et vaisseaux*, *Système lymphatique* et *Non classé* ont une proportion de cas réalisés en ambulatoire moins élevée pour la catégorie 1.

5 Dans quelle mesure les hospitalisations remplissent-elles les critères de transférabilité?

Les résultats en bref

Les résultats concernant les hospitalisations qui remplissent les critères de transférabilité vers l'ambulatorio sont des résultats statistiques et théoriques qui donnent une estimation maximale. Ils ne visent en aucun cas à estimer le potentiel réel de transfert vers l'ambulatorio.

De manière générale, le potentiel de transfert théorique est à relativiser par rapport à la réalité du terrain, notamment les infrastructures en place et les connaissances médicales.

Selon le scénario considéré, le nombre d'hospitalisations potentiellement transférables est compris entre 38'000 et 109'000 sur les 475'000 hospitalisations du périmètre de l'étude.

Ce potentiel est avant tout dû au grand nombre de codes CHOP contenu dans le catalogue allemand. En moyenne, le potentiel de transfert par code CHOP est plus petit pour le catalogue allemand que celui qui avait été estimé pour la liste fédérale (version 2019).

Les groupes suivants sont ceux qui ont le potentiel le plus élevé en termes de nombre d'hospitalisations: *Appareil locomoteur*, *Ventre* et *Système urinaire*.

Ce potentiel est très limité pour les groupes *Système nerveux*, *Système lymphatique* et *Peau*.

Après avoir montré ce qui est déjà réalisé dans l'ambulatorio hospitalier en Suisse, il est intéressant de se poser la question de ce qui pourrait encore être réalisé en ambulatorio. C'est-à-dire le nombre d'hospitalisations qui pourraient être transférées du stationnaire vers l'ambulatorio. Ce chapitre propose une estimation statistique et théorique du nombre d'hospitalisations qui remplissent les critères de transférabilité vers l'ambulatorio à l'aide de quatre scénarios. Ces scénarios et leurs limites sont brièvement présentés à la section 5.1 (voir section 2.5 pour plus de détails). Les résultats sont présentés à la section 5.2 pour l'ensemble du catalogue et sont mis en perspective par rapport à leur degré de réalisme à la section 5.3. Les résultats par groupe d'interventions,

à la section 5.4, montrent pour quels groupes le potentiel de transfert est élevé.

5.1 Rappel des différents scénarios

Dans l'idée de donner une fourchette du nombre d'hospitalisations transférables en théorie, nous travaillons avec quatre scénarios. Ces scénarios sont construits sur les trois critères suivants: 1. le niveau de complexité clinique du patient²⁷ (Patient clinical complexity level, PCCL), 2. la durée de séjour exprimée en nombre de nuits (LOS), 3. le traitement principal doit être un code CHOP du catalogue allemand. Le tableau T 5.1 rappelle les critères de transférabilité inhérents à chaque scénario. Le chapitre 2.5 donne plus de détails à ce sujet.

T 5.1 Scénarios pour l'estimation des hospitalisations transférables

Scénarios	Critères de transférabilité		
	PCCL	Durée de séjour (LOS)	Traitement principal
A	0	<=1 nuit	Oui
B	0	<=1 nuit	
C	0	<=2 nuits	Oui
D	0	<=2 nuits	

Traitement principal: oui signifie que le traitement principal est un code CHOP figurant sur le catalogue allemand, vide signifie que ce critère n'est pas considéré.

Source: présentation propre

© Obsan 2023

Le scénario D est le scénario que nous avons utilisé dans plusieurs projets, notamment dans le premier mandat de l'Office fédéral de la santé publique qui visait à estimer le potentiel de transfert de six groupes d'interventions (Obsan Dossier 63).

Ces scénarios sont utiles pour estimer un nombre théorique et statistique d'hospitalisations transférables. Pour les rendre plus

²⁷ Il existe cinq niveaux de complexité: de 0, le moins complexe à 4, le plus complexe.

proches de la réalité du terrain, il faudrait disposer d'informations sur des aspects privés du patient, comme la présence de proches aidants ou la distance entre son domicile et le lieu de l'intervention. Ces éléments ne sont pas répertoriés dans les données à notre disposition. Il faudrait également tenir compte d'autres critères comme les interventions multiples complexes (c'est-à-dire une hospitalisation dont certains traitements doivent se réaliser en stationnaire alors que d'autres pourraient être réalisés en ambulatoire (p. ex: ménisectomie et reconstruction du ligament croisé antérieur du genou),) qui pourraient justifier une prise en charge stationnaire. De tels critères sont difficiles voire impossibles à implémenter.

Un autre aspect a été discuté au sein du groupe d'accompagnement sans arriver à une décision tranchée. Il s'agit de savoir si on peut considérer comme transférable une hospitalisation dont le traitement concerné par le catalogue allemand est secondaire, c'est-à-dire quand il y a un autre traitement principal (scénarios B et D). Il y a certainement une limite à définir comme transférable une hospitalisation avec plusieurs autres traitements. Cependant, les données distinguent uniquement le traitement principal des traitements secondaires, sans ordre particulier pour ces derniers. Il est ainsi impossible de mettre une limite par rapport aux traitements secondaires. C'est l'une des raisons qui plaide en faveur de l'estimation du potentiel de transfert avec plusieurs scénarios.

5.2 Nombre d'hospitalisations potentiellement transférables pour l'ensemble du catalogue allemand

Pour l'ensemble du catalogue allemand, le nombre d'hospitalisations potentiellement transférables se situe à 38'000²⁸ hospitalisations dans le cadre du scénario A (scénario le plus conservateur). En faisant passer le critère de la durée de séjour d'une nuit à deux nuits (scénario C), le nombre d'hospitalisations potentiellement transférables augmente fortement en passant de 38'000 à 84'000¹³. Si par contre le critère du traitement principal est relâché - alors que la durée de séjour reste à une nuit (scénario B), le potentiel de transfert augmente peu, passant de 38'000 à 48'000¹³ hospitalisations. Enfin, si ces deux critères sont relâchés (scénario D, le moins conservateur), le potentiel de transfert augmente très fortement pour atteindre 109'000¹³ hospitalisations. On remarque donc une forte sensibilité du potentiel de transfert au critère de la durée de séjour par rapport au critère du traitement principal.

Le nombre d'hospitalisations potentiellement transférables peut paraître de prime abord élevé, mais il est avant tout dû au nombre important de codes CHOP contenu dans le catalogue allemand. À titre de comparaison, en prenant la liste fédérale de 2019 ([six groupes d'interventions](#)) et les mêmes critères de transférabilité que le scénario D, le nombre d'hospitalisations potentiellement transférables s'élève à près de 13'500 pour environ

70 codes CHOP. Ce qui fait environ 190 hospitalisations transférables par code CHOP. Avec le catalogue allemand, ce ratio tombe à 55 hospitalisations par codes CHOP.

5.3 Degré de réalisme du potentiel de transfert

Ces quatre scénarios proposent une fourchette pour l'estimation théorique du nombre d'hospitalisations transférables. Ils ne visent en aucun cas l'estimation du potentiel réel de transfert vers l'ambulatoire. Les discussions au sein du groupe d'accompagnement et les expériences des cantons montrent que le nombre ainsi calculé surestime le nombre réel d'hospitalisations transférables. Nous avons déjà mentionné le fait que les critères de transférabilité ne tiennent pas compte des interventions multiples complexes et de l'appui ou non de proches aidants. À cela s'ajoute le fait que nous manquons d'informations sur l'état de développement des infrastructures et des pratiques médicales pour évaluer plus précisément le nombre d'hospitalisations transférables. En effet, il s'agit de deux aspects importants pour que le transfert vers l'ambulatoire puisse se réaliser dans la pratique. Il faudrait pour cela consulter les sociétés de médecine sur la faisabilité effective du transfert dans le contexte suisse actuel. En d'autres termes, il faudrait poser la question de la faisabilité du transfert par rapport à la technologie médicale existante, par rapport à l'état des connaissances médicales et des infrastructures, sans oublier d'autres facteurs, comme les différences de rémunérations entre une prise en charge stationnaire et ambulatoire. Une telle démarche permettrait d'identifier également les freins au transfert.

5.4 Pour quels groupes d'interventions le nombre d'hospitalisations potentiellement transférables est-il le plus élevé?

Après avoir estimé le nombre d'hospitalisations potentiellement transférables pour l'ensemble du catalogue allemand, il est intéressant de montrer pour quels groupes d'interventions ce volume est le plus grand (la section 6.3 présente les résultats de cette analyse par sous-groupes d'interventions). Selon le scénario retenu, le nombre d'hospitalisations potentiellement transférables varie fortement par groupe d'interventions (G 5.1). Mais l'ordre d'importance des groupes d'interventions, en termes d'hospitalisations transférables, ne change pratiquement pas quel que soit le scénario. Cela permet donc de pointer les sept groupes d'interventions pour lesquels le potentiel est le plus important: *Yeux, Oreilles, nez, bouche et gorge, Cœur et vaisseaux, Organes génitaux féminins, Système urinaire, Ventre et Appareil locomoteur*.

Ces sept groupes d'interventions ont un potentiel de transfert de plus de 2'000 hospitalisations chacun dans le cas du scénario le plus conservateur et de plus de 7'000 hospitalisations dans le scénario le moins conservateur. Notons encore que le potentiel de

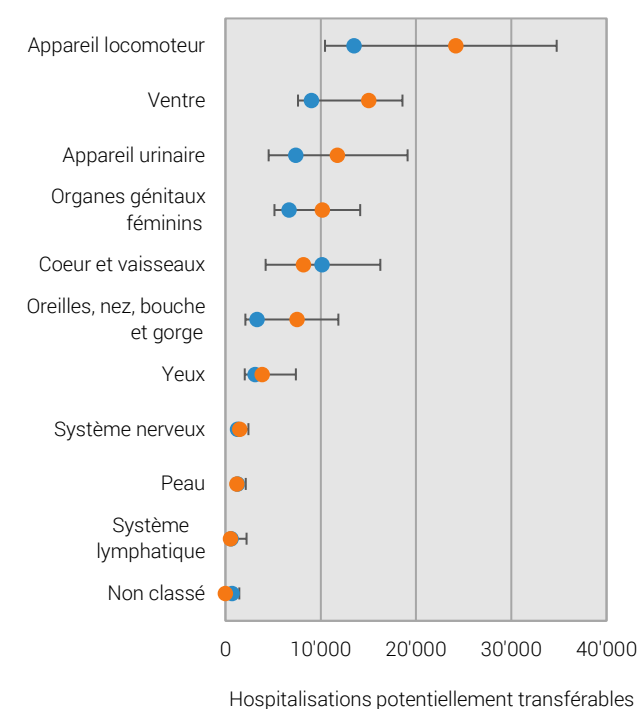
²⁸ Ce nombre d'hospitalisations transférables est plus petit que le nombre d'hospitalisations obtenu par l'addition des hospitalisations transférables de tous les groupes d'interventions (section 5.2). Cela

provient du fait qu'une hospitalisation peut être considérée dans plusieurs groupes d'interventions (section 2.4).

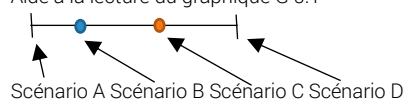
transfert du groupe *Appareil locomoteur* est largement supérieur aux autres groupes, notamment dans le scénario le moins conservateur.

Les quatre autres groupes d'interventions ont un potentiel de transfert en termes de cas très limité, se situant à moins de 1000 hospitalisations dans le cas du scénario le plus conservateur et aux alentours de 2000 hospitalisations dans le cas du scénario le moins conservateur.

G 5.1 Nombre de cas potentiellement transférables par groupe d'interventions et selon le scénario



Aide à la lecture du graphique G 5.1



Note: l'addition des hospitalisations transférables de tous les groupes d'interventions donne plus de cas transférables que le nombre présenté de la section 5.1. Cela provient du fait qu'une hospitalisation peut être considérée dans plusieurs groupes d'interventions.

Source : OFS – Statistique médicale des hôpitaux

© Obsan 2023

6 Gros plan: analyse par sous-groupe d'interventions

Les résultats en bref

Les résultats ci-dessous concernent une sélection de sous-groupes d'interventions et non l'ensemble du catalogue allemand:

Les quatre sous-groupes d'interventions *Chirurgie du pied*, *Vessie*, *Épaule, aisselle, clavicule* et *Hernie inguinale* représentent à eux seuls près de 25% des 475'000 hospitalisations de notre analyse en 2019.

L'ambulatoire est déjà très développé pour les sous-groupes suivants: *Chirurgie de la main*, *Larynx et trachée*, *Cataracte*. 85% au moins de la prise en charge s'effectue en ambulatoire hospitalier.

L'ambulatoire est très peu développé pour les sous-groupes suivants: *Sein*, *Ovaire*, *Urètre et urètre* et *Épaule, aisselle, clavicule*. Moins de 15% de la prise en charge s'effectue en ambulatoire hospitalier.

Le potentiel de transfert, en termes d'hospitalisations, est le plus élevé pour les sous-groupes: *Hernie inguinale*, *Chirurgie du pied*, *Nez et sinus*.

Après avoir discuté des résultats présentés par groupe d'interventions (chapitres 3, 4 et 5). Ce chapitre propose un gros plan sur une sélection de sous-groupes d'interventions plus précis (Encadré 5.1).

La section 6.1 présente la répartition des hospitalisations dans ces sous-groupes. La section 6.2 montre quelle part est déjà réalisée dans l'ambulatoire hospitalier et la section 6.3 estime le potentiel théorique de transfert et montre pour quels sous-groupes il est le plus élevé.

6.1 Contenu du catalogue allemand en termes d'hospitalisations

En regardant de manière plus détaillée, par sous-groupe d'interventions, les 18 sous-groupes sélectionnés représentent près de 130'000, soit presque 50% des quelque 260'000 hospitalisations concernées par au moins un code CHOP du catalogue allemand.

Parmi ces 18 sous-groupes, quatre représentent plus de 10'000 hospitalisations: *Chirurgie du pied*, *Vessie*, *Épaule, aisselle, clavicule* et *Hernie inguinale* (G 6.1). À eux seuls, ils représentent

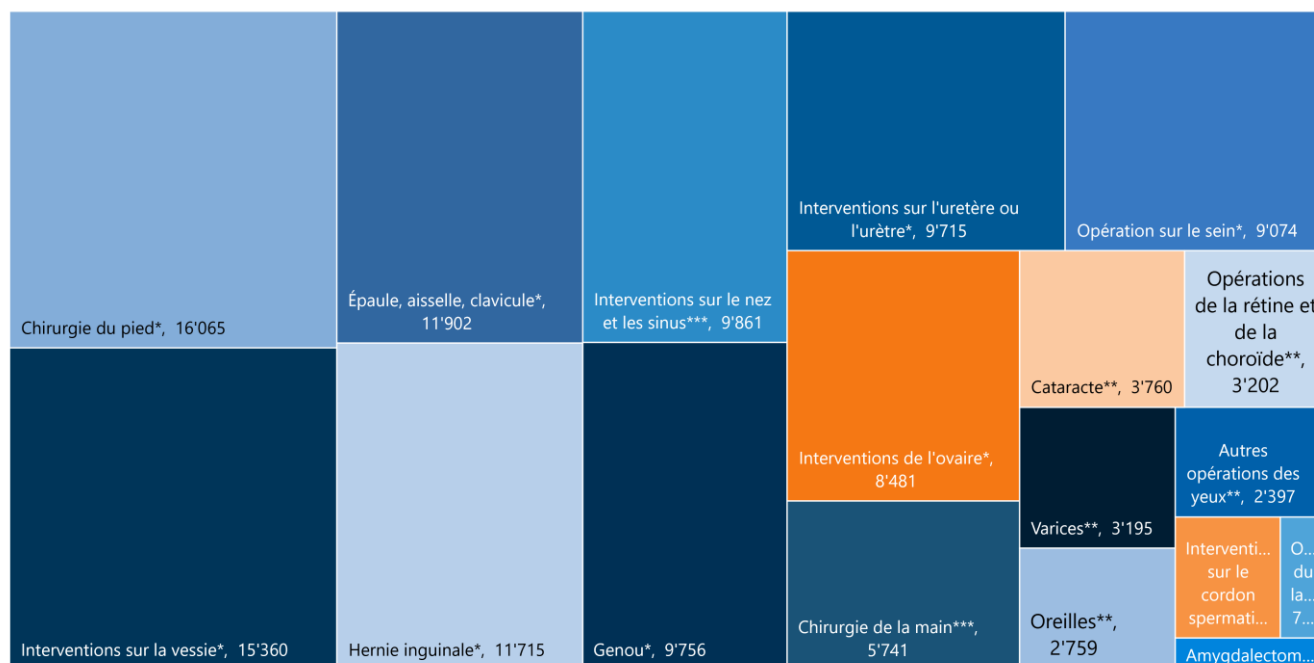
Encadré 5.1 Sélection des sous-groupes d'interventions

Il n'est pas possible de présenter et commenter les résultats pour les 49 sous-groupes d'interventions. Nous proposons une sélection de 18 groupes pour lesquels les résultats seront présentés dans ce chapitre. Nous avons sélectionné 20% des groupes d'interventions ayant le plus grand potentiel de transfert, en nombre d'hospitalisations (* dans le tableau ci-dessous), en pourcentage (** dans le tableau ci-dessous) ou les deux (***) dans le tableau ci-dessous). Les 18 groupes d'interventions ainsi sélectionnés sont énumérés ci-dessous:

Groupes d'interventions	Sous-groupes d'interventions
Yeux	Cataracte **
Yeux	Rétine, choroïde, vitré et chambre postérieure de l'œil**
Yeux	Yeux autres localisations (p. ex: paupière, cornée, système lacrymal, conjonctive)**
Ventre	Hernie inguinale *
Appareil locomoteur	Chirurgie de la main * **
Appareil locomoteur	Épaule, aisselle, clavicule *
Appareil locomoteur	Chirurgie du pied *
Appareil locomoteur	Genou *
Organes génitaux féminins	Sein *
Organes génitaux féminins	Ovaire *
Cœur et vaisseaux	Varices **
Oreilles, nez, bouche et gorge	Amygdales et végétations adénoïdes**
Oreilles, nez, bouche et gorge	Nez et sinus * **
Oreilles, nez, bouche et gorge	Larynx et trachée**
Oreilles, nez, bouche et gorge	Oreilles **
Appareil urinaire	Vessie *
Appareil urinaire	Urètre et urètre *
Appareil urinaire	Cordon spermatique, canal déférent et testicules**

presque 25% des 260'000 hospitalisations concernées par le catalogue allemand. Cinq sous-groupes représentent entre 5'000 et 10'000 hospitalisations: *Nez et sinus*, *Genou*, *Urètre et urètre*, *Sein*, *Ovaire*, *chirurgie de la main*. Les huit autres groupes représentent moins de 5'000 hospitalisations chacun.

G 6.1 Proportion des interventions réalisées en ambulatoire selon le groupe d'interventions



Source: OFS – Statistique médicale des hôpitaux

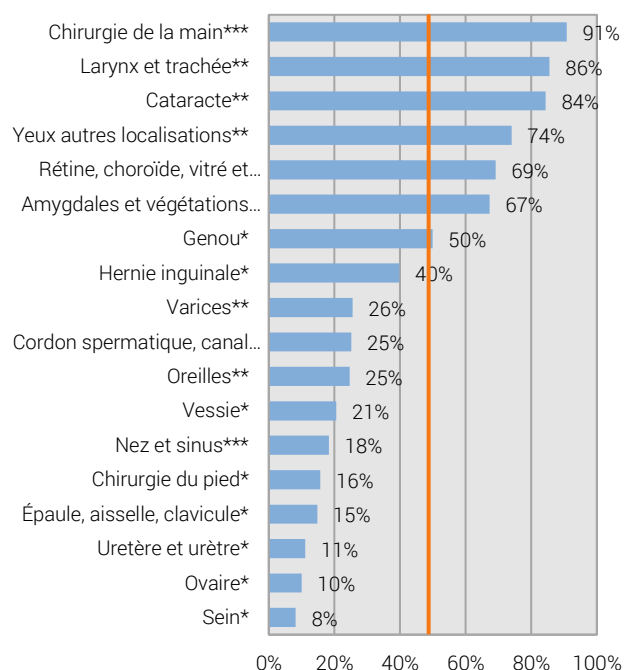
© Obsan 2023

6.2 Proportion de cas déjà réalisés en ambulatoire

La proportion de cas réalisés en ambulatoire varie énormément entre les sous-groupes d'interventions sélectionnés: de 8% pour le groupe *Opération du sein* à 91% pour le groupe *Chirurgie de la main* (G 6.2). Pour sept sous-groupes sur 18, la majorité des cas sont traités en ambulatoire, car leur proportion est plus élevée que 50%. A contrario, un nombre important de sous-groupes (dix) ont une proportion de cas réalisés en ambulatoire relativement basse, moins de 25%.

Ces résultats nuancent quelque peu les résultats présentés à la section 4.1 pour les 11 groupes d'interventions où la proportion de cas réalisés en ambulatoire la plus faible s'élevait à près de 30% (groupe *Appareil urinaire*).

G 6.2 Proportion des cas réalisés en ambulatoire selon le groupe d'interventions



Note: la ligne orange (50%) représente la frontière entre une prise en charge stationnaire plus grande que la prise en charge ambulatoire (en dessous de 50%) et l'inverse (en dessus de 50%).

Source: OFS – Statistique médicale des hôpitaux; Relevé des données des patients ambulatoires des hôpitaux (PSA) © Obsan 2023

6.3 Nombre d'hospitalisations potentiellement transférables

Selon le scénario retenu, le nombre d'hospitalisations potentiellement transférables varie fortement (G 6.3). Pour l'ensemble des 18 sous-groupes sélectionnés, ce potentiel varie de 21'000 à 73'000 hospitalisations.

Les limites concernant les scénarios, développées à la section 5.1, et les nuances par rapport au degré de réalisme du potentiel de transfert, expliquées à la section 5.3, s'appliquent ici dans l'estimation du potentiel théorique de transfert pour une sélection de sous-groupes d'interventions.

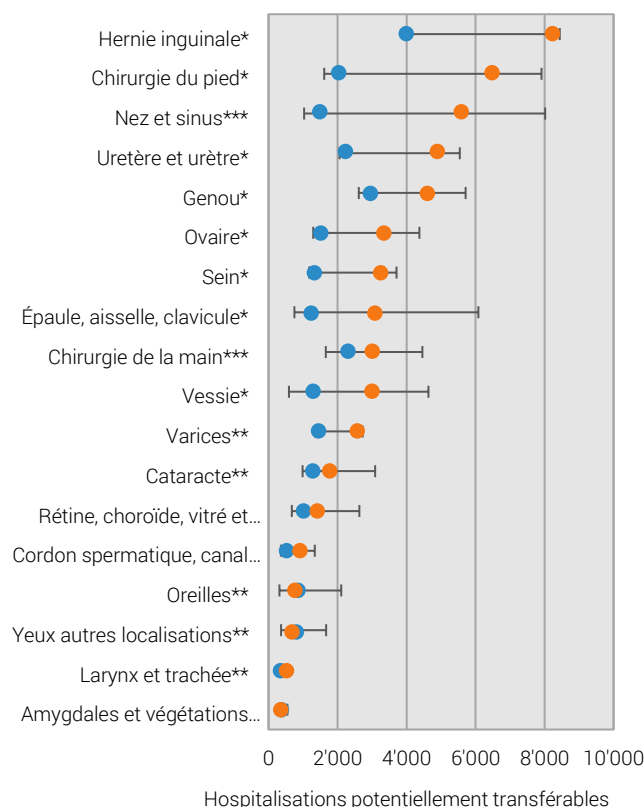
Contrairement à ce qui a été montré à la section 5.2, l'ordre d'importance des groupes d'interventions en termes d'hospitalisations transférables varie selon le scénario. Les différents scénarios n'ont donc pas le même effet sur ces sous-groupes d'interventions. Par exemple, pour le sous-groupe d'interventions *Hernie inguinale*, le fait de considérer le traitement principal comme critère de transférabilité a peu d'influence sur le nombre d'hospitalisations transférables. Il se situe aux environs de 3'900 hospitalisations transférables dans les scénarios A et B (qui se différencient uniquement par la prise en compte ou non du traitement principal) et autour de 8'300 dans les scénarios B et D (qui se différencient uniquement par la prise en compte ou non du traitement principal) (G 6.3). A contrario, le potentiel de transfert du sous-groupe d'interventions *Oreilles triple* si l'on considère ou non le traitement principal comme critère de transférabilité. Concernant la durée de séjour, le potentiel de transfert du sous-groupe d'interventions *Nez et sinus* est très influencé par cette dernière. Il est multiplié par cinq si l'on considère une durée de séjour de deux nuits au lieu d'une nuit (G 6.3 scénario A versus C ou scénario B versus D). À l'inverse, le potentiel de transfert du sous-groupe *Amygdales et végétations adénoïdes* est peu influencé par la durée de séjour.

En termes d'hospitalisations potentiellement transférables, trois sous-groupes d'interventions ont un potentiel de transfert proche de 8'000 hospitalisations dans le cadre du scénario le moins conservateur: *Hernie inguinale*, *Chirurgie du pied* et *Nez et sinus* (G 6.3 scénario D). Dans le cadre du scénario le plus conservateur, les sous-groupes d'interventions *Hernie inguinale*, *Genou* et *Uretère et urètre* ont le nombre d'hospitalisations potentiellement transférables le plus élevé, avec respectivement 4'000, 2'600 et 2'000 hospitalisations (G 6.3, scénario A).

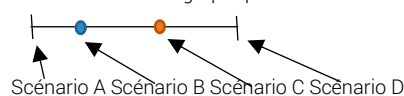
Concernant les sous-groupes d'interventions avec le nombre d'hospitalisations potentiellement transférables le plus faible, on trouve, dans le cadre du scénario le moins conservateur, avec

moins de 1700 hospitalisations: *Amygdales et végétations adénoïdes*, *Larynx et trachée*, *Yeux autres localisations* et *Cordon spermatique, canal déférent et testicules* (G 6.3 scénario D). Dans le cadre du scénario le plus conservateur, le nombre d'hospitalisations potentiellement transférables de ces sous-groupes monte à 370 hospitalisations ou moins.

G 6.3 Nombre d'hospitalisations potentiellement transférables par sous-groupe d'interventions et selon le scénario



Aide à la lecture du graphique G 6.2



Source: OFS – Statistique médicale des hôpitaux

© Obsan 2023

7 Synthèse et discussion

Depuis 1992, l'Allemagne a défini un catalogue de prestations devant ou pouvant être réalisées en ambulatoire. Ce catalogue est plus large que la liste fédérale définissant les interventions devant être effectuées de manière ambulatoire en Suisse (Annexe 1a, OPAS). Le contenu de ce catalogue, auquel quelques cantons recourent pour ajuster leur planification hospitalière, fait l'objet de discussions tout en restant encore peu connu en Suisse.

C'est pourquoi l'Obsan, avec l'accord de l'OFSP et des cantons, en explore le contenu. Il en décrit la teneur en termes de nature et de volumes d'interventions: nombre d'hospitalisations, part déjà pratiquée en ambulatoire et potentiel de transfert. Ce travail décrit le contenu du catalogue allemand transcodé à la situation suisse. Il donne également des indications sur ce qui pourrait être priorisé pour développer le transfert vers l'ambulatoire: volumes de cas transférables importants et processus de transfert en cours. À bien des égards, l'étude a un caractère exploratoire et des limites s'imposent dans l'interprétation des résultats.

Limites à prendre en compte

Cette étude présente certaines limites qui sont énumérées ci-dessous:

- Pour les interventions effectuées en ambulatoire, seule l'activité ambulatoire des hôpitaux est prise en compte, celle des cabinets privés n'ayant pas pu être considérée. La proportion de cas réalisés en ambulatoire est donc sous-estimée.
- Les résultats concernant les hospitalisations qui remplissent les critères de transférabilité vers l'ambulatoire sont des résultats statistiques et théoriques qui donnent une estimation maximale. Pour une estimation plus proche de la réalité du terrain, il faudrait tenir compte:
 - De critères de transférabilité supplémentaires: aspects personnels du patient (p. ex. proches aidants), interventions multiples complexes²⁹.
 - Des infrastructures médicales à disposition et de l'état des connaissances et des pratiques médicales.

Ces critères supplémentaires sont toutefois difficiles, voire impossibles, à mettre en œuvre avec les données à disposition. En outre, tenir compte des infrastructures et des connaissances médicales

nécessiterait une expertise des différentes sociétés médicales, tâche qui va au-delà de ce qui peut être réalisé dans la présente étude.

Nature des interventions du catalogue allemand

Pour donner du sens aux quelque 2000 codes CHOP issus du transcodage et faciliter la présentation et l'interprétation des résultats, il a été nécessaire de les regrouper en groupes d'interventions suffisamment homogènes. Ce groupement a été effectué sur la base de la localisation des interventions (voir infographie). Onze groupes d'interventions ont ainsi été définis, qui peuvent eux-mêmes être subdivisés en 50 sous-groupes d'interventions.

Plus de la moitié des près de 2000 codes CHOP du catalogue allemand font partie du groupe *Appareil locomoteur*. Toujours en termes de codes CHOP, les trois autres groupes les plus importants sont *Yeux, Peau et Oreilles, nez, bouche et gorge* et représentent chacun environ 8% du catalogue allemand.

Volume des hospitalisations concernées par au moins un code du catalogue allemand

Le catalogue allemand couvre près de la moitié des hospitalisations comprises dans le périmètre de l'étude (210'000 sur 475'000 hospitalisations en 2019)³⁰. Ces hospitalisations concernent principalement quelques localisations: *Appareil locomoteur, Système urinaire, Ventre, Cœur et vaisseaux* et *Organes génitaux féminins*.

Part déjà réalisée en ambulatoire

Pour l'ensemble du catalogue allemand, 57% des interventions sont déjà pratiquées en ambulatoire. Parmi les groupes d'interventions figurant sur ce catalogue, on trouve des groupes d'interventions déjà bien pratiqués en ambulatoire en Suisse. On peut distinguer les groupes d'interventions dont le développement de l'ambulatoire est:

²⁹ C'est-à-dire une hospitalisation dont certains traitements doivent se réaliser en stationnaire alors que d'autres pourraient être réalisés en ambulatoire (p. ex. ménisectomie et reconstruction du ligament croisé antérieur du genou).

³⁰ C'est-à-dire qu'il s'agit d'une hospitalisation dont au moins un traitement figure sur le catalogue allemand

- **Bien ou très avancé, voire en phase finale de déploiement.** Les groupes d'interventions *Système lymphatique*, *Yeux* et *Peau* ont en effet une part d'interventions réalisées en ambulatoire supérieure à 66%. En analysant des groupes d'interventions plus détaillées (sous-groupes), les sous-groupes suivants ont une part d'interventions supérieure à 66%: *Chirurgie de la main*, *Cataracte*, *Yeux autres localisations*, *Larynx et trachée*, *Rétine*, *choroïde, vitré et chambre postérieure de l'œil* et *Amygdales et végétations adénoïdes*.
- **En cours de déploiement.** Les groupes suivants: *Appareil locomoteur*, *Ventre*, *Organes génitaux féminins*, *Cœur et vaisseaux*, *Oreilles, nez, bouche et gorge* et *Système nerveux* ont une part d'interventions réalisées en ambulatoire comprise entre 33% et 66%. Les sous-groupes d'interventions suivants appartiennent également à cette catégorie: *Hernie inguinale* et *Genou*.
- **En phase initiale de déploiement.** La part ambulatoire est inférieure à 33% pour le groupe d'interventions *Système urinaire* et les sous-groupes d'interventions: *Sein*, *Ovaire*, *Urètre et urètre*, *Épaule, aisselle, clavicule*, *Chirurgie du pied*, *Nez et sinus*, *Vessie*, *Oreilles*, *Cordon spermatique, canal déférent et testicules*, et *Varices*.

Hospitalisations potentiellement transférables vers l'ambulatoire

De manière générale, le catalogue allemand cible les hospitalisations qui sont potentiellement le plus transférables. Les hospitalisations ayant au moins un code CHOP du catalogue allemand sont deux fois plus nombreuses (en proportion) à remplir les critères de transférabilité que les hospitalisations non concernées par ce dernier.

Pour estimer le nombre d'hospitalisations potentiellement transférables, quatre scénarios ont été définis, classés du plus conservateur au moins conservateur. Ils sont construits sur les critères usuels de la durée de séjour hospitalière (LOS), du niveau de complexité ou comorbidité (PCCL) ainsi que sur la mention du code CHOP à titre de traitement principal (Rapport Obsan 61)³¹.

Dans le scénario le plus conservateur, le nombre d'hospitalisations théoriquement transférables se situe à 38'000 sur 475'000 hospitalisations (scénario A). Si le critère du traitement principal est relâché - alors que la durée de séjour reste à une nuit (scénario B), le potentiel de transfert augmente peu, passant de 38'000 à 48'000 hospitalisations. En faisant passer le critère de la durée de séjour d'une nuit à deux nuits tout en ne considérant que le traitement principal (scénario C), le nombre d'hospitalisations théoriquement transférables augmente fortement en passant de 38'000 à 84'000. Enfin, le critère du traitement principal est relâché (scénario D, le moins conservateur), le potentiel de transfert augmente très fortement pour atteindre 109'000 hospitalisations. On remarque donc une forte sensibilité du potentiel de transfert au critère de la durée de séjour (2 nuits) par rapport au critère du traitement principal. Considérer qu'une hospitalisation de deux

nuits et trois jours peut être effectuée en ambulatoire ne va pas de soi et une analyse approfondie devrait être menée pour cibler les entrées la veille de l'opération.

En regardant plus en détail le nombre d'hospitalisations potentiellement transférables, il est possible de voir pour quels (sous)-groupes ce nombre est le plus élevé. Si l'on considère le scénario le moins conservateur (scénario D), les groupes d'interventions suivants ont un potentiel supérieur à 15'000 cas en 2019: *Appareil locomoteur*, *Appareil urinaire*, *Ventre et Cœur et vaisseaux*. De même, pour les sous-groupes d'interventions (plus de 6'000 cas)³²: *Hernie inguinale*, *Nez et sinus*, *Chirurgie du pied et Épaule, aisselle et clavicule*.

La liste fédérale cible déjà les groupes d'interventions ayant le plus grand potentiel de transfert

À partir du catalogue allemand, on observe, en moyenne, que pour chaque code CHOP, 55 hospitalisations remplissent les critères de transférabilité. Sur la liste fédérale, pour chaque code CHOP, ce sont 190 hospitalisations qui répondent aux critères (version 2019 avec six groupes d'interventions). On en conclut que la liste fédérale avait correctement ciblé les interventions avec le plus grand potentiel de transfert. Son extension à 18 groupes au 1^{er} janvier 2023 vient compléter la démarche. Ainsi, le nombre total élevé d'hospitalisations transférables auquel aboutit l'analyse du catalogue allemand est davantage à mettre en lien avec son ampleur plutôt qu'avec des interventions présentant un potentiel de transfert intrinsèquement élevé.

Quels sont les groupes d'interventions les plus intéressants en termes de transfert vers l'ambulatoire?

En couplant ces deux dimensions (part réalisée en ambulatoire et nombre d'hospitalisations potentiellement transférables), il est possible de voir où devraient être mises les priorités pour favoriser et encourager le transfert vers l'ambulatoire. Il s'agit des groupes d'interventions ou des sous-groupes dont le nombre d'hospitalisations transférables est élevé et dont le transfert est déjà en cours de déploiement.

Les groupes d'interventions *Appareil locomoteur*, *Ventre et Cœur et vaisseaux* ainsi que les sous-groupes d'interventions *Genou* et *Hernie inguinale* sont les groupes, respectivement les sous-groupes, les plus intéressants de ce point de vue.

À contrario, pour le groupe d'interventions *Appareil urinaire*, et les sous-groupes *Nez et sinus*, *Chirurgie du pied*, *Épaule, aisselle et clavicule*, *Urètre et urètre* la faible proportion de cas ambulatoires (alors que le potentiel de transfert est relativement élevé) peut être un signe que le transfert vers l'ambulatoire est limité par certaines barrières, comme l'infrastructure de soins ou les connaissances médicales.

³¹ A. PCCL=0 LOS≤1 nuit et traitement principal; B. PCCL=0 LOS≤1 nuit; C. PCCL=0 LOS≤2 nuits et traitement principal; D. PCCL=0 LOS≤2 nuits.

³² En considérant les autres scénarios: le nombre de cas potentiellement transférables serait plus petit et d'autres sous-groupes présenteraient le potentiel le plus élevé.

Enfin, d'autres groupes comme celui de la *Peau* ou du *Système lymphatique* et des sous-groupes comme ceux du *Larynx et trachée*, *Amygdales et végétations adénoïdes* présentent moins d'intérêt tant le potentiel de transfert est limité.

Discussion

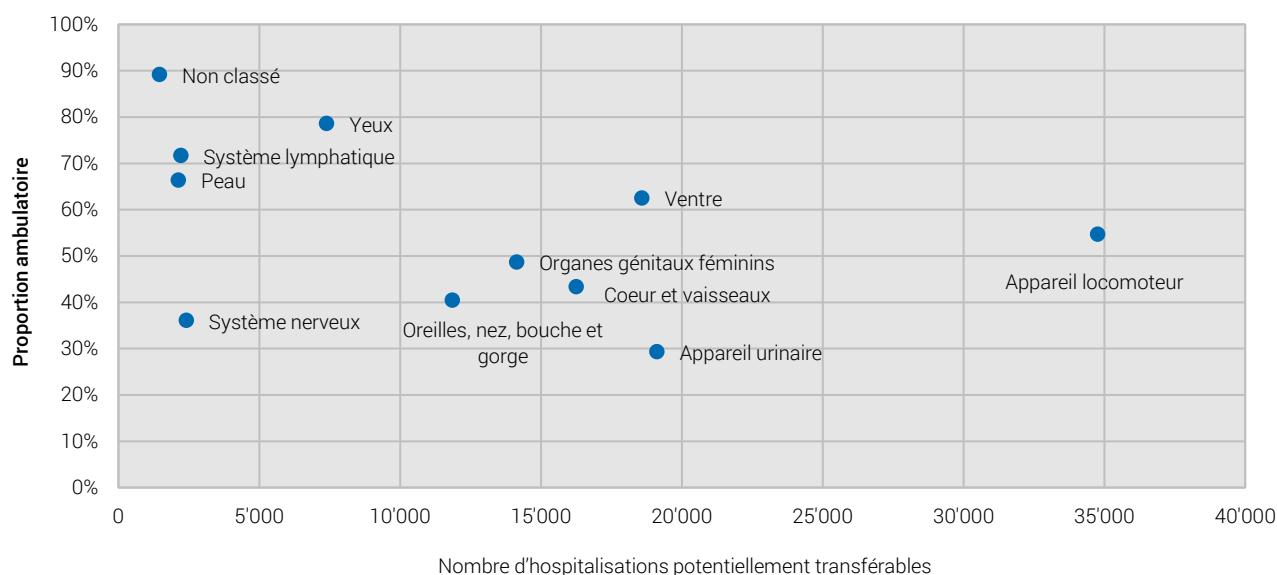
Cette étude décrit le contenu du catalogue allemand, transcodé dans la nomenclature suisse, du point de vue de la nature des interventions qu'il contient, du volume des hospitalisations, de la part déjà réalisée en ambulatoire et du nombre d'hospitalisations

théoriquement transférables vers l'ambulatoire. Elle met ainsi à disposition des informations utiles dans le cadre des réflexions menées autour du transfert vers l'ambulatoire.

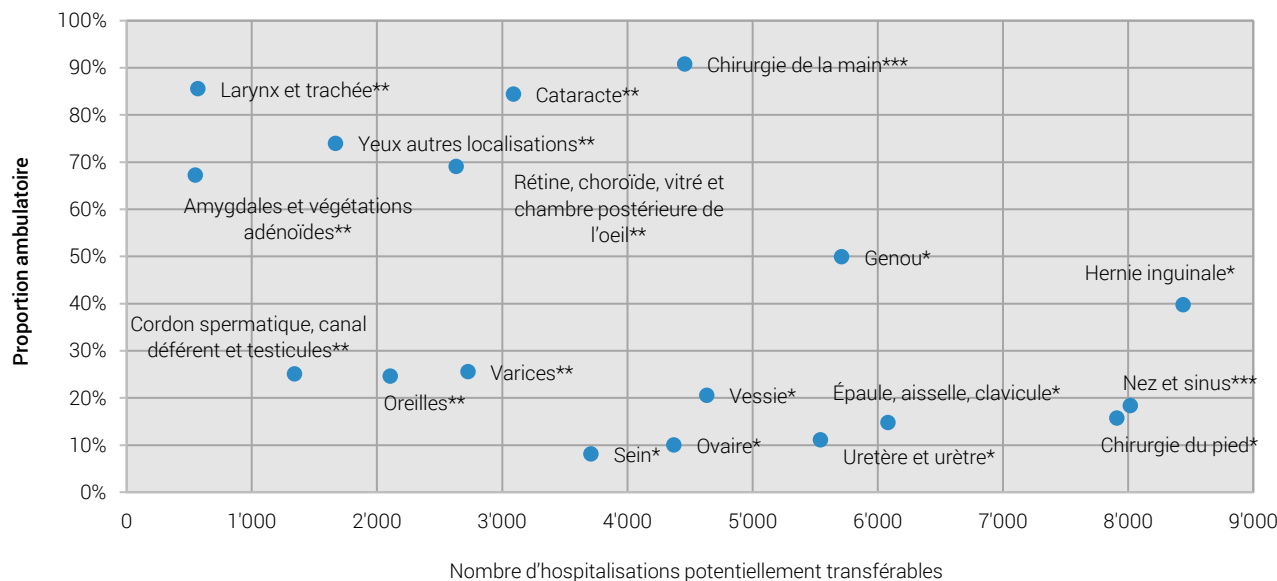
En effet, partant du principe que l'Allemagne possède un système de santé comparable à celui de la Suisse et que, si des experts allemands arrivent à la conclusion que les interventions figurant sur le catalogue doivent ou peuvent être effectuées en ambulatoire, il est justifié de se poser la question de la nature et du nombre d'hospitalisations potentiellement transférables en Suisse ainsi que de la faisabilité de ce transfert.

G 7.1 Nombre d'hospitalisations potentiellement transférables et proportion ambulatoire

Groupes d'interventions



Sous-groupes d'interventions



Note: Sélection des 20% des sous-groupes d'interventions ayant le plus grand potentiel de transfert,* en nombre,** en pourcentage,*** les deux.

Source: OFS – Statistique médicale des hôpitaux

© Obsan 2023

Concernant, le nombre et la nature des hospitalisations transférables, ce rapport donne des indications sur ce qui pourrait être priorisé si l'on souhaitait prolonger la politique de transfert obligatoire vers l'ambulatoire: volumes des hospitalisations transférables importants et processus de transfert déjà en cours. Ces résultats sont bien entendu une estimation statistique et théorique du nombre d'hospitalisations qui remplissent des critères de transférabilité qui ne tiennent pas compte de critère d'exception (p. ex. absence de proches, interventions multiples). Le monitoring de l'extension, au 1^{er} janvier 2023, de la liste fédérale étendue, apportera certainement des éléments complémentaires de réflexion en montrant déjà les effets du passage de 6 à 18 groupes d'interventions. L'analyse a en effet aussi montré que la liste fédérale avait adéquatement ciblé des interventions qui avaient un grand potentiel de transfert.

Concernant, la faisabilité du transfert, le rapport met en avant l'existence d'un nombre d'hospitalisations théoriquement transférables vers l'ambulatoire, mais pas nécessairement réalisables à court terme ou pas dans toute son ampleur. En effet, au-delà des chiffres présentés dans ce rapport, pour évaluer correctement la faisabilité de ce transfert en Suisse, il faudrait consulter les sociétés de médecine, les hôpitaux et cliniques spécialisées et les cantons. En d'autres termes, poser la question du degré de réalisme du transfert par rapport à la technologie médicale existante, à l'état des connaissances médicales, au niveau de la formation du corps médical et par rapport à l'état des infrastructures. Il serait également intéressant de consulter ces acteurs sur les facteurs pouvant freiner ce transfert, comme les différences de rémunérations entre la prise en charge stationnaire et ambulatoire.

Pour poursuivre ces analyses, certaines pistes mériteraient d'être exploitées. Pour mieux définir l'avancée du transfert vers l'ambulatoire et avoir une meilleure compréhension du dynamisme du transfert, il faudrait analyser l'évolution temporelle des différents indicateurs étudiés dans ce rapport. Enfin, il serait intéressant de considérer les disparités cantonales, tant les situations initiales en termes d'infrastructures et de développement de l'ambulatoire sont inégales (Roth et Pellegrini, 2018).

8 Bibliographie

- CDS (2022). Aperçu CDS «L'ambulatoire avant le stationnaire», version du 1.12.2022. [TB_GDK_AVOS_Kantone_20221201_df.pdf](https://www.gdk-cds.ch/TB_GDK_AVOS_Kantone_20221201_df.pdf) (gdk-cds.ch)
- Catalogue AOP (Katalog der ambulanten Operationen): [Ambulantes Operieren \(§ 115b SGB V\) | Deutsche Krankenhauesgesellschaft e. V. \(dkgev.de\)](https://www.ambulant-operieren.ch/) et [Ambulantes Operieren im Krankenhaus - OPS Codes \(reimbursement.institute\)](https://www.reimbursement.institute/Ambulantes-Operieren-im-Krankenhaus-OPS-Codes).
- OFS (2021). L'activité de neuf cabinets médicaux sur dix a été affectée par la pandémie en 2020. Communiqué de presse. Neuchâtel: Office fédéral de la statistique. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/aktuell/medienmitteilungen.assetdetail.17844887.html>.
- OFS (2021). Statistique des établissements hospitaliers 2020. Communiqué de presse. Neuchâtel: Office fédéral de la statistique. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/actualites/quoi-de-neuf.assetdetail.19564590.html>
- OFSP (2015). Qualitätsindikatoren des Schweizer Akutspitäler 2015. https://spitalstatistik.bagapps.ch/data/download/qip15_publication.pdf?v=1591328614_s.152
- OFSP (2020). L'ambulatoire avant le stationnaire. <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-leistungen-tarife/Aerztliche-Leistungen-in-der-Krankenversicherung/ambulant-vor-stationaer.html>
- OFSP (2022). Annexe 1a de l'Ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS) Version du 1^{er} janvier 2022. <https://www.bag.admin.ch/dam/bag/fr/dokumente/kuv-leistungen/leistungen-und-tarife/aerztliche-leistungen/Anhang1a-KLV/klv-anhang1a-aenderungen010102022.pdf.download.pdf/OPAS%20Annexe%201a,%20Modifikation%20du%201er%20d%C3%A9cembre%202021%20par%20le%201er%20janvier%202022.pdf>
- OFSP (2023). Annexe 1a de l'Ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS) Version du 1^{er} janvier 2023. https://www.bag.admin.ch/dam/bag/fr/dokumente/kuv-leistungen/leistungen-und-tarife/aerztliche-leistungen/Anhang1a-KLV/klv-anhang1a-aenderungen_010123_provisorisch.pdf.download.pdf/Annexe%201a%20de%20l'E2%80%99OPAS,%20Modifications%20du%2028%20novembre%202022%20pour%20le%201er%20janvier%202023.pdf
- Roth, S. et Pellegrini, S. (2018). Le développement de l'ambulatoire dans une perspective cantonale. Analyse de six groupes de prestations chirurgicales (Obsan Bulletin 1/2019). Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.
- Roth, S. & Pellegrini, S. (2020). L'ambulatoire avant le stationnaire. Monitoring de la limitation de la prise en charge stationnaire pour une sélection d'interventions électives (selon OPAS, art. 3c et annexe 1a). Rapport court établi sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) (Obsan Rapport 14/2020). Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.
- Roth, S. & Pellegrini, S. (2021). L'ambulatoire avant le stationnaire. Actualisation 2020 du monitoring de la limitation de la prise en charge stationnaire pour une sélection d'interventions électives (selon OPAS, art. 3c et annexe 1a). Rapport court établi sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP). (Obsan Rapport 08/2021). Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.

9 Annexes

Annexe 1 Groupes analysés

Groupes d'interventions	Sous-groupes d'interventions analysés
Yeux	Cataracte **
	Rétine, choroïde, vitré et chambre postérieure de l'œil**
	Yeux autres localisations (p. ex: paupière, cornée, système lacrymal, conjonctive)**
Ventre	Hernie inguinale *
Appareil locomoteur	Chirurgie de la main * **
	Épaule, aisselle, clavicule *
	Chirurgie du pied *
	Genou *
Organes génitaux féminins	Sein *
	Ovaire *
Cœur et vaisseaux	Varices **
Oreilles, nez, bouche et gorge	Amygdales et végétations adénoïdes**
	Nez et sinus * **
	Larynx et trachée**
	Oreilles **
Appareil urinaire	Vessie *
	Uretere et urètre *
	Cordon spermatique, canal déferent et testicules**
Système lymphatique	-
Système nerveux	-
Peau	-
Non classé	-

Note: Sélection des 20% des sous-groupes d'interventions ayant le plus grand potentiel de transfert,* en nombre,** en pourcentage,*** les deux.

Source: présentation propre

© Obsan 2023



Konferenz der kantonalen Gesundheits-
direktorinnen und -direktoren
Conférence des directrices et directeurs
cantonaux de la santé
Conferenza delle direttrici e dei direttori
cantionali della sanità



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Département fédéral de l'intérieur DFI
Dipartimento federale dell'interno DFI



Das Schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan) ist eine gemeinsame Institution von Bund und Kantonen.
L'Observatoire suisse de la santé (Obsan) est une institution commune de la Confédération et des cantons.
L'Osservatorio svizzero della salute (Obsan) è un'istituzione comune della Confederazione e dei Cantoni.