



OBSAN RAPPORT

01/2024

L'ambulatoire avant le stationnaire

Actualisation 2022 du monitoring de la
limitation de la prise en charge stationnaire
(selon OPAS, art. 3c et annexe 1a).

Rapport court établi sur mandat
de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP)

Sacha Roth, Sonia Pellegrini



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)

Mandant

Office fédéral de la santé publique (OFSP)

Auteurs

– Sacha Roth, Obsan
– Sonia Pellegrini, Obsan

Avec la collaboration de

Dorota Zgliniski, Office fédéral de la santé publique (OFSP)

Série et numéro

Obsan Rapport 01/2024

Référence bibliographique

Roth, S. & Pellegrini, S. (2024). *L'ambulateur avant le stationnaire. Actualisation 2022 du monitoring de la limitation de la prise en charge stationnaire (selon OPAS, art. 3c et annexe 1a). Rapport court établi sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP)* (Obsan Rapport 01/2024). 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

Image page de titre

iStock.com / 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 2024

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

Numéro OFS

874-2401

ISBN

978-2-940670-41-3

[Version corrigée du 18.01.2024. Corrections voir Erratum en dernière page.](#)



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

L'ambulatoire avant le stationnaire

Actualisation 2022 du monitoring de la limitation de la prise en charge stationnaire (selon OPAS, art. 3c et annexe 1a).

Rapport court établi sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP)

Auteurs
Éditeur

Sacha Roth, Sonia Pellegrini
Observatoire suisse de la santé (Obsan)

Neuchâtel 2024

Table des matières

Résumé	3	7 Synthèse	19
Zusammenfassung	5	8 Bibliographie	20
1 Introduction	7	9 Annexes	21
1.1 Contexte	7	Annexe 1 Extrapolation des données du pool tarifaire	21
1.2 Mandat	7	Annexe 2 Positions TARMED analysées	22
1.3 Rappel des principaux résultats du premier monitoring	7	Annexe 3 Critères à satisfaire pour un traitement en milieu stationnaire	23
1.4 Structure du document	8		
2 Effets souhaités de la modification de l'OPAS (art. 3c et annexe 1a)	9		
2.1 Effets souhaités concernant le transfert de prestations vers le secteur ambulatoire	9		
2.2 Effets souhaités concernant les justifications d'une prise en charge stationnaire	9		
2.3 Effets souhaités concernant les coûts	9		
3 Méthode	10		
4 Transfert de prestations vers le secteur ambulatoire	12		
4.1 Évolution dans le secteur hospitalier stationnaire	12		
4.2 Évolution dans le secteur ambulatoire (hôpitaux et cabinets)	14		
4.3 Évolution cumulée des secteurs stationnaire et ambulatoire (total)	15		
4.4 Évolution de la proportion d'interventions en ambulatoire	16		
5 Justification d'une prise en charge stationnaire	17		
6 Conséquences sur les coûts	18		

Résumé

2019, introduction d'une première liste d'interventions remboursées par l'AOS uniquement si elles sont effectuées en ambulatoire

La modification de l'Ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins, portant sur la limitation de la prise en charge stationnaire pour des interventions électives, est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2019 ([art. 3c](#) et [annexe 1a](#), OPAS). Cette réglementation, connue sous la désignation « L'ambulatoire avant le stationnaire » (AvS), stipule que six groupes d'interventions chirurgicales électives sont désormais pris en charge par l'assurance obligatoire de soins (AOS) uniquement à la condition d'être réalisées en ambulatoire, sauf exception nécessitant une prise en charge stationnaire. Les répercussions effectives de cette mesure ont fait l'objet d'un premier monitoring couvrant les années 2015 à 2020 (Roth & Pellegrini, 2020, 2021).

2023, harmonisation de la liste fédérale avec les listes cantonales et poursuite du monitoring

Dans le prolongement de ce premier monitoring, une évaluation a été réalisée (IDHEAP, 2022). L'une des recommandations de cette évaluation était d'harmoniser la liste fédérale avec les différentes listes cantonales. L'Office fédéral de la santé publique (OFSP) a évalué cette recommandation et a établi une liste uniforme pour toute la Suisse, comprenant 18 groupes d'interventions (entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2023). La liste des interventions s'étant étendue, l'OFSP a chargé l'Obsan de poursuivre le monitoring jusqu'en 2025 (données 2024).

Mandat

Ce rapport actualise les principaux indicateurs des précédents rapports avec les données 2021 et 2022. Il ne concerne encore que les six groupes d'interventions figurant sur la version du 1^{er} janvier 2019 de l'OPAS. L'élargissement de la liste à 18 groupes d'interventions se fera dans le prochain rapport (données 2023).

Dans le cadre du monitoring précité, l'OFSP a mandaté l'Obsan d'analyser les évolutions suivantes:

- l'importance du transfert de prestations vers le secteur ambulatoire ainsi que l'évolution du nombre d'interventions;
- les conséquences sur les coûts à charge de l'AOS et des cantons ainsi que sur les coûts totaux;

- la proportion de prises en charge stationnaire avec justification (selon les critères de dérogation définis au point II, [annexe 1a](#) OPAS).

Le présent rapport présente sous une forme succincte la méthode d'analyse et les principaux résultats pour les années 2015 à 2022. Les résultats détaillés ont été livrés au mandant sous forme de tableaux Excel.

2021 et 2022 confirment les résultats précédents

De manière générale, les tendances observées dans le précédent rapport (Roth & Pellegrini, 2021) se confirment en analysant deux années supplémentaires. Depuis l'entrée en vigueur de la modification de l'OPAS, la prise en charge stationnaire a reculé dans chacun des six groupes d'interventions ciblés. Ce recul se situe dans une proportion comprise entre -30% (*utérus*) et -56% (*varices, hernie inguinale et col utérin*), des diminutions supérieures à celles observées avant l'introduction de la liste fédérale. La liste a eu pour effet d'accélérer le processus de transfert vers l'ambulatoire déjà en cours. Depuis 2019, la prise en charge ambulatoire a augmenté pour tous les groupes d'interventions analysés, à l'exception du groupe *col utérin*. Corollaire de la diminution de la prise en charge stationnaire et de l'augmentation de la prise en charge ambulatoire, la proportion d'interventions ambulatoires a augmenté pour tous les groupes d'interventions.

Forte baisse de la prise en charge stationnaire la première année suivant l'introduction de la liste

L'essentiel de la baisse de la prise en charge stationnaire est obtenu la première année, voire encore la deuxième année, suivant l'introduction de la liste d'interventions. De manière générale, les variations ces années-là sont les plus fortes de toute la période analysée (2015 à 2022).

Après sa forte baisse en 2019, la prise en charge stationnaire des six groupes d'interventions reste relativement stable sur la période suivante. C'est vraisemblablement le signe que le potentiel initial de transfert est en grande partie exploité dans le contexte médical et législatif actuel. La prise en charge stationnaire semble avoir atteint un palier. Son évolution future sera guidée par d'autres facteurs, parmi lesquels le progrès technico-médical

mais aussi d'autres changements comme l'introduction du TAR-DOC ou du financement uniforme des prestations ambulatoires et stationnaires (EFAS).

Augmentation de la proportion d'interventions stationnaires justifiées et évolution des coûts

La proportion d'interventions stationnaires justifiées d'après les critères de l'OPAS varie fortement selon les critères examinés. En considérant les critères de l'OPAS que les données existantes permettent d'analyser ainsi qu'un critère pour tenir compte des interventions multiples, la proportion d'interventions stationnaires justifiées varie de 50% à 86% selon le groupe d'interventions. Depuis l'introduction de la liste fédérale, ces proportions sont en augmentation. Puisque certains critères échappent à l'analyse, il faut interpréter ces résultats avec précaution.

Après une forte baisse en 2019 et 2020, les coûts totaux et les coûts stationnaires liés à ces six groupes d'interventions augmentent quelque peu à partir de 2021. Néanmoins, depuis l'introduction de la liste, les coûts totaux ont diminué de 26 millions de francs. L'augmentation des coûts stationnaires à partir de 2021 est principalement due à un effet prix, c'est-à-dire à une augmentation du coût moyen d'une intervention. Cette augmentation du coût moyen était prévisible et attendue dans les effets à moyen terme de la modification de l'OPAS. Du point de vue des financeurs, les coûts à charge des cantons ont diminué de 38 millions de francs (-35%) et ceux à charge de l'AOS ont augmenté de 12 millions (6%), depuis 2018.

Perspectives

Les prochaines actualisations de ce rapport présenteront les effets de l'introduction de la liste élargie. Elles montreront si les groupes d'interventions supplémentaires ajoutés à la liste suivent la même évolution que les six groupes d'interventions analysés jusqu'ici.

Zusammenfassung

2019: Einführung einer ersten Liste von Eingriffen, die nur bei ambulanter Durchführung von der OKP vergütet werden

Am 1. Januar 2019 ist die Regelung in der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) zu «Ambulant vor Stationär» (AvS) in Kraft getreten ([Artikel 3c](#) und [Anhang 1a KLV](#)). Sie bezeichnete ursprünglich sechs Gruppen von elektiven Eingriffen, bei denen nur noch die ambulante Durchführung von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) vergütet wird, sofern nicht besondere Umstände eine stationäre Durchführung erfordern. Die realen Auswirkungen dieser Massnahme waren Gegenstand eines ersten Monitorings, das die Jahre 2015 bis 2020 umfasste (Roth & Pellegrini, 2020, 2021).

2023: Harmonisierung der Eingriffslisten von Bund und Kantonen und Verlängerung des Monitorings

Im Anschluss an das erste Monitoring wurde eine Evaluation durchgeführt (IDHEAP, 2022). Eine der Empfehlungen dieser Evaluation lautete, die Listen mit ambulant durchzuführenden Eingriffen von Bund und Kantonen zu harmonisieren. Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) hat diese Empfehlung geprüft und eine schweizweit einheitliche Liste ausgearbeitet, die neu 18 Gruppen von Eingriffen umfasst (Inkrafttreten am 1. Januar 2023). Aufgrund der Erweiterung der Liste in Anhang 1a KLV beauftragte das BAG das Obsan mit der Weiterführung des Monitorings bis 2025 (Daten 2024).

Mandat

Im vorliegenden Bericht werden die wichtigsten Indikatoren der vorhergehenden Bericht mit den Daten für 2021 und 2022 aktualisiert. Berücksichtigt werden die sechs in der Fassung der KLV vom 1. Januar 2019 aufgeführten Eingriffsgruppen. Die Analyse der erweiterten Liste mit 18 Eingriffsgruppen ist für den nächsten Bericht (Daten 2023) vorgesehen.

Im Rahmen des oben erwähnten Monitorings hat das BAG das Obsan mit der Analyse folgender Entwicklungen beauftragt:

- Ausmass der Verlagerung zur ambulanten Leistungserbringung und Entwicklung der entsprechenden Fallzahlen;
- Auswirkungen auf die Kosten zulasten der OKP und der Kantone sowie auf die Gesamtkosten;

- Anteil der stationär durchgeführten Eingriffe mit Begründung (gemäss den Ausnahmekriterien in Ziffer II, [Anhang 1a KLV](#)).

Der vorliegende Bericht stellt die Analysemethode und die wichtigsten Ergebnisse für die Jahre 2015 bis 2022 in Kurzform dar. Die detaillierten Ergebnisse wurden dem Auftraggeber in Form von Excel-Tabellen zur Verfügung gestellt.

Die Jahre 2021 und 2022 bestätigen die bisherigen Ergebnisse

Die im vorhergehenden Bericht (Roth & Pellegrini, 2021) beobachteten Trends werden durch die Analyse von zwei weiteren Datenjahren grundsätzlich bestätigt. Die stationäre Leistungserbringung ist seit dem Inkrafttreten der KLV-Regelung in allen sechs Eingriffsgruppen zurückgegangen. Ihr Rückgang liegt zwischen -30% (Uterus) und -56% (Krampfadern, Leistenbruch und Gebärmutterhals) und damit über den Werten der Jahre vor Einführung der KLV-Regelung zu AvS. Der bereits laufende Prozess der Verlagerung in den ambulanten Bereich wurde somit mit der Einführung der Liste beschleunigt. Im Gegenzug hat seit 2019 die ambulante Leistungserbringung bei allen analysierten Eingriffsgruppen mit Ausnahme der Gruppe Gebärmutterhals zugenommen. Durch den Rückgang der stationären und die Zunahme der ambulanten Leistungserbringung ist der Anteil der ambulant durchgeführten Eingriffe bei allen Eingriffsgruppen gestiegen.

Starker Rückgang der stationären Leistungserbringung im ersten Jahr nach der Einführung der KLV-Regelung

Der stärkste Rückgang der stationär durchgeführten Eingriffe findet im ersten bzw. noch im zweiten Jahr nach der Einführung der KLV-Regelung statt. Generell sind in diesen beiden Jahren die grössten Veränderungen im gesamten Betrachtungszeitraum (2015 bis 2022) zu beobachten.

Nach dem starken Rückgang im Jahr 2019 blieben die Raten der stationär durchgeführten Eingriffe der sechs Eingriffsgruppen in den folgenden Jahren relativ stabil. Dies könnte darauf hindeuten, dass das ehemalige Verlagerungspotenzial unter den derzeitigen medizinischen und rechtlichen Rahmenbedingungen weitgehend ausgeschöpft ist. Die stationäre Leistungserbringung scheint ein Plateau erreicht zu haben. Ihre weitere Entwicklung wird künftig von anderen Faktoren beeinflusst, darunter der medizinisch-technische Fortschritt, aber auch Veränderungen wie die

Einführung von TARDOC oder die einheitliche Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen (EFAS).

Steigender Anteil der gerechtfertigten stationären Leistungserbringung und Kostenentwicklung

Der Anteil der Eingriffe, für die eine stationäre Durchführung nachweislich gerechtfertigt ist, variiert stark in Abhängigkeit der untersuchten Ausnahmekriterien. Analysiert werden konnten dabei nur KLV-Ausnahmekriterien, für die auswertbare Daten vorliegen, sowie das Kriterium «Mehrfacheingriffe». Daraus ergibt sich je nach Eingriffsgruppe ein Anteil zwischen 50% und 86% gerechtfertigter stationär durchgeführter Eingriffe. Seit der Einführung der KLV-Regelung sind diese Anteile gestiegen. Da ein Teil der Ausnahmekriterien von der Analyse nicht erfasst wird, sind diese Ergebnisse mit Vorsicht zu interpretieren.

Nach einem starken Rückgang in den Jahren 2019 und 2020 steigen die Gesamtkosten und die stationären Kosten der betroffenen Eingriffe ab 2021 wieder an. Über den gesamten Zeitraum sind die Gesamtkosten jedoch um 26 Millionen Franken gesunken. Der Anstieg der stationären Kosten ab 2021 ist vorwiegend auf einen Preiseffekt zurückzuführen, d.h. auf den Anstieg der durchschnittlichen Kosten pro Eingriff. Dieser Anstieg war absehbar und als mittelfristige Auswirkung der KLV-Regelung erwartet worden. Seit 2018 sind aus Sicht der Kostenträger die Kosten zulasten der Kantone um 38 Millionen Franken (-35%) gesunken und die Kosten zu Lasten der OKP um 12 Millionen Franken (6%) gestiegen.

Ausblick

Die nächsten Aktualisierungen dieses Berichts werden die Auswirkungen der erweiterten Liste unter Ziffer I Anhang 1a KLV darstellen. Sie werden Aufschluss darüber geben, ob sich die zusätzlich in die Liste aufgenommenen Eingriffsgruppen ähnlich entwickeln wie die bisher analysierten sechs Eingriffsgruppen..

1 Introduction

1.1 Contexte

2019, introduction d'une première liste d'interventions devant être réalisées de manière ambulatoire

La modification de l'Ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins, portant sur la limitation de la prise en charge pour des interventions électives, est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2019 ([art. 3c](#) et [annexe 1a](#), OPAS). Cette réglementation, connue sous la désignation « L'ambulatoire avant le stationnaire », stipule, qu'à partir de cette date, six groupes d'interventions chirurgicales électives sont pris en charge par l'AOS uniquement à la condition d'être réalisées en ambulatoire, sauf exception nécessitant une opération dans le secteur stationnaire (tableau II, [annexe 1a](#), OPAS).

Les répercussions effectives de cette mesure ont fait l'objet d'un monitoring portant sur les deux années suivant son introduction, soit les années 2019 et 2020 (Roth & Pellegrini, 2020, 2021).

2023, harmonisation de la liste fédérale avec les listes cantonales et poursuite du monitoring

Dans le prolongement de ce premier monitoring, une évaluation a été réalisée (IDHEAP, 2022). L'une de ses recommandations était d'harmoniser la liste fédérale avec les différentes listes cantonales. L'Office fédéral de la santé publique (OFSP) a évalué cette recommandation et a établi une liste uniforme pour toute la Suisse, comprenant 18 groupes d'interventions (entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2023). La liste des interventions s'étant étendue, l'OFSP a chargé l'Observatoire suisse de la santé (Obsan) de poursuivre le monitoring jusqu'en 2025 (données 2024).

1.2 Mandat

Le présent rapport actualise les principaux indicateurs de cette thématique avec les données 2021 et 2022¹. Il ne concerne donc encore que les six groupes d'interventions figurant sur la version du 1^{er} janvier 2019 de l'OPAS. Les deux années supplémentaires (2021 et 2022) apportent le recul nécessaire pour confirmer les

tendances décrites dans le précédent rapport (Roth & Pellegrini, 2021). Ceci est d'autant plus utile que 2020 (dernière année du monitoring) était fortement impactée par les conséquences de la crise sanitaire liée à l'épidémie de COVID-19.

Dans le cadre du monitoring précité, l'OFSP a mandaté l'Obsan pour livrer des informations chiffrées concernant:

- l'importance du transfert de prestations vers le secteur ambulatoire;
- la proportion de prises en charge stationnaire avec justification (selon les critères de dérogation définis au tableau II, [annexe 1a](#), OPAS);
- les conséquences sur les coûts à charge de l'AOS, des cantons et sur les coûts totaux.

Les résultats ont été livrés au mandant sous forme de tableaux Excel détaillés. Le présent document présente sous une forme succincte la méthode d'analyse et les principaux résultats actualisés avec les données 2021 et 2022.

1.3 Rappel des principaux résultats du premier monitoring

Au terme du premier monitoring qui s'étendait jusqu'en 2020 (Roth & Pellegrini, 2020, 2021) les résultats ont montré que l'introduction d'une liste fédérale d'interventions devant être effectuées en ambulatoire déploie les effets escomptés, à savoir :

- une diminution du nombre et du taux d'interventions stationnaires dans des proportions supérieures aux années précédentes;
- une accélération du processus déjà en cours de transfert vers l'ambulatoire. Depuis 2019, le taux d'interventions ambulatoires a augmenté pour la majorité des groupes d'interventions analysés.
- une diminution des coûts totaux liés à ces groupes d'interventions depuis 2019.
- une diminution des coûts à charge des cantons et de l'AOS. La diminution des dépenses à charge de l'AOS se limite à 2020 (il y avait une légère augmentation en 2019).

¹ L'élargissement de la liste à 18 groupes d'interventions (données 2023) n'est peut donc pas encore être réalisée, mais le sera dans le prochain rapport (données de l'année 2023).

En outre, il avait été relevé que la crise du Covid-19 apportait de l'incertitude quant à l'évolution de la prise en charge stationnaire et ambulatoire. Le présent rapport en couvrant les quatre années suivant l'introduction de la modification de l'OPAS permet de diminuer cette incertitude et de confirmer ou pas ces tendances.

1.4 Structure du document

Le document présente au chapitre 2 les effets attendus de la modification de l'OPAS ([art. 3c](#) et [annexe 1a](#), OPAS), puis au chapitre 3 les éléments de méthode essentiel à une bonne compréhension des résultats. Les résultats de l'analyse sont ensuite présentés au chapitre 4 (effets sur le volume d'interventions stationnaires, ambulatoires et total), au chapitre 5 (justification d'une prise en charge stationnaire) et au chapitre 6 (effet sur les coûts et sur les financeurs). La synthèse tire un bilan au terme de la quatrième année d'application de la mesure.

2 Effets souhaités de la modification de l'OPAS (art. 3c et annexe 1a)

Dans l'optique d'encourager le transfert de prestations vers le secteur ambulatoire, le DFI a introduit, au 1er janvier 2019, une liste d'interventions dont les coûts seront pris en charge uniquement en milieu ambulatoire, sauf exception nécessitant une opération dans le secteur stationnaire. Les effets souhaités de cette mesure, pertinents par rapport aux questions traitées dans le cadre du présent mandat, sont énumérés ci-dessous. En outre, on s'attend à ce que la modification de l'OPAS ([art. 3c](#) et [annexe 1a](#), OPAS) ait les mêmes effets dans tous les cantons, dans les différentes catégories d'hôpitaux et quel que soit la division hospitalière du patient (division commune ou (demi-)privée).

2.1 Effets souhaités concernant le transfert de prestations vers le secteur ambulatoire

Toutes choses égales par ailleurs, dès 2019, les interventions figurant à l'annexe 1a de l'OPAS sont transférées du secteur hospitalier stationnaire vers le secteur ambulatoire (hospitalier et cabinets). Ce transfert engendre, pour les six groupes d'interventions listés :

- 1.1 Une baisse des interventions stationnaires.
- 1.2 Une hausse des interventions ambulatoires.
- 1.3 Une stabilité des interventions totales (stationnaire et ambulatoire).
- 1.4 Corollaire des deux premières hypothèses, une augmentation de la proportion d'interventions ambulatoires.
- 1.5 Aucun report sur d'autres codes CHOP, respectivement sur des interventions non listées (aspect non traité dans le cadre de ce mandat).

2.2 Effets souhaités concernant les justifications d'une prise en charge stationnaire

- 2.1 Les interventions encore réalisées en stationnaire se justifient par les critères définis à l'annexe 1a, OPAS.

2.3 Effets souhaités concernant les coûts

- 3.1 Les coûts diminuent dans le secteur stationnaire et augmentent dans le secteur ambulatoire. Le coût total est plus bas qu'en 2018 (à nombre d'interventions équivalente).
- 3.2 Diminution des coûts pour les cantons, neutralité pour l'AOS (cf. Roth & Pellegrini, 2018).

3 Méthode

Données

Les trois 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;
- le pool tarifaire de SASIS SA (PT) pour les interventions effectuées dans le secteur ambulatoire (hospitalier et cabinets);
- le relevé des données des patients ambulatoires des hôpitaux et des maisons de naissance (PSA) de l'OFS pour l'estimation des coûts moyens d'une intervention en 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. L'information sur la division hospitalière est définie par la variable indiquant si le patient a été hospitalisé en chambre commune, privée ou semi-privée. Les modalités chambre privée et semi-privée sont regroupées. Le niveau de complexité clinique du patient (PCCL)² et les costweights effectifs sont calculés à l'aide du grouper SwissDRG.

Le pool tarifaire de SASIS SA (PT) regroupe toutes les factures saisies par les assureurs participant à la statistique. Il contient le détail des positions tarifaires. Nous utilisons les informations sur le nombre de positions tarifaires TARMED (tarif médical) facturées à l'AOS par les cabinets privés (médecins) et par le secteur ambulatoire des hôpitaux. Le pool tarifaire n'est pas une base de données exhaustive, car seule une partie des assureurs y contribuent. Son taux de couverture varie dans le temps et entre les prestataires de soins (médecins en cabinets privés, ambulatoire hospitalier). En 2020, le taux de couverture des prestations TARMED était de 100% pour les médecins en cabinets privés et de 98% pour l'ambulatoire hospitalier. Pour interpréter correctement les résultats une extrapolation des données est nécessaire (Annexe 1).

Les données sur les patients dans le secteur ambulatoire hospitalier (PSA) est une enquête exhaustive obligatoire qui portent 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.

Liste des interventions analysées

Pour le secteur stationnaire des hôpitaux, ces interventions sont identifiées dans la MS grâce à la liste des codes CHOP mentionnés au tableau I de [l'annexe 1a](#) de l'OPAS. Pour le secteur ambulatoire (hôpital et médecins en cabinets privés), ces groupes d'interventions sont identifiées dans le PT grâce aux positions TARMED. Ces positions ont été définies par l'OFSP (voir annexe 2).

Ces deux bases de données relèvent et répertorient les données de manière différente. La MS enregistre les cas d'hospitalisation, alors que le PT décompte des actes. Analyser des interventions précises avec le PT demande de définir les actes (positions TARMED) correspondant aux interventions analysées. 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.

Sélection des interventions stationnaires

Afin de couvrir au mieux le champ de l'analyse, une sélection des cas d'hospitalisation est effectuée. Le mandant désire analyser les hospitalisations en soins aigus, couvertes par la LAMal et planifiées. Les autres critères répondent à des nécessités statistiques. Concrètement, les critères de sélection suivants sont appliqués :

- Hospitalisations couvertes par la LAMal : l'Ordonnance sujette à modification concerne les cas couverts par la LAMal. Les cas couverts par d'autres régimes d'assurance, comme 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.
- Cas 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 mère³.

² Il existe cinq niveaux de complexité : de 0, le moins complexe à 4, le plus complexe.

³ Les nouveau-nés sont définis par un ensemble de DRG.

- Les accouchements⁴ 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.
- Années 2015 à 2022.
- Sortie à l'année de référence.

Ensuite, parmi ces cas, nous sélectionnons ceux dont au moins un code CHOP figure sur la liste de l'OPAS. Ainsi, un cas peut compter pour plusieurs groupes d'interventions. Par exemple, un cas qui répertorie un code CHOP attribué au groupe d'interventions « Col utérin » et un autre attribué au groupe « Curetage » sera compté une fois pour chacun de ces deux groupes d'interventions. À l'inverse, un cas qui répertorie plusieurs codes CHOP attribué au même groupe d'interventions ne sera compté qu'une fois pour ce groupe.

Sélection des interventions ambulatoires

Le nombre d'interventions ambulatoires est estimé en comptant la fréquence des positions TARMED correspondant aux groupes d'interventions analysées. L'annexe 2 présente les positions TARMED analysées.

Critères à satisfaire pour un traitement en milieu hospitalier

Le tableau II de l'annexe 1a de l'OPAS liste les critères à satisfaire pour un traitement en milieu hospitalier pour les groupes d'interventions mentionnés ci-dessous. Dans cette étude, nous avons utilisé les critères (CIM-10) de ce tableau. L'OFSP a complété cette liste pour tenir compte de certains critères « non-codables » (voir annexe 3 pour plus de détails).

Standardisation

Le taux standardisé a été calculé à l'aide de la méthode directe comme suit:

$$\text{Taux standardisé selon l'âge et le sexe} = \frac{\sum (N_{ij} * r_{ij})}{\sum N_{ij}}$$

N_{ij} : Nombre de personnes du groupe d'âge i et de sexe j dans la population standard

r_{ij} : Taux par âge i et sexe j dans la population étudiée

La population standard se réfère ici à la population standard européenne de 2010 (Eurostat 2013).

Avec la standardisation, on obtient le taux que présenterait la population étudiée si elle avait la même structure par âge et sexe que la population de référence. L'intervalle de confiance est une mesure de la précision de l'estimation. Il définit les limites à l'intérieur desquelles la valeur se trouve avec une probabilité de 95%. L'écart-type et l'intervalle de confiance à 95% ont été calculés sur la base d'une approximation de la variance des taux par la loi Gamma (Tiwari et al., 2006)

Estimation des coûts et du financement des cantons et de l'AOS

Les coûts du secteur stationnaire et du secteur ambulatoire sont estimés selon les relations mathématiques suivantes :

$$\text{Coûts du secteur stationnaire}_i = \text{nombre d'interventions}_i \times \text{costweight effectif}_i \times \text{baserate} \quad [1]$$

$$\text{Coûts du secteur ambulatoire}_i = \text{nombre d'interventions}_i \times \text{coût unitaire}_i \quad [2]$$

Avec, i = au groupe d'interventions analysé.

Pour ces estimations, le taux de base (baserate) médian annuel⁵ a été utilisé. Les coûts unitaires de chaque groupe d'interventions ont été estimés d'après les données de PSA (données des patients ambulatoires des hôpitaux, OFS)⁶ pour les années de 2017⁷ à 2020.

La participation cantonale au financement des coûts du secteur stationnaire s'obtient en multipliant les coûts du secteur stationnaire par 0,55⁸. La participation de l'AOS au financement des coûts du secteur stationnaire s'obtient en multipliant les coûts du secteur stationnaire par 0,45⁶. Les coûts du secteur ambulatoire sont financés par l'AOS.

⁴ 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.bagp.ch/data/download/qip15_publikation.pdf?v=1591328614, s. 152)

⁵ Valeur estimée d'après les données de HSK sans les maisons de naissance et les établissements avec tarification au forfait journalier. Entre 2015 et 2020, le taux de base médian est de 9'600 francs, en 2021 il s'élève à 9'650 francs et en 2022 à 9'661 francs.

⁶ Ces estimations ne considèrent pas l'activité en cabinet privé. Cependant, des estimations de Curafutura pour l'année 2019 qui inclues les cabinets privés et l'ambulatoire hospitalier, sont proches de celles obtenues avec PSA pour le monitoring 2019.

⁷ Un travail de plausibilisation, entre autres, doit encore être effectué par l'Obsan sur les données des années 2015 et 2016. A l'heure de la publication ce travail n'est pas terminé. Ces données ne sont donc pas utilisées.

⁸ Selon la LAMal, les cantons sont dans l'obligation de financer au moins 55% des coûts stationnaires, le reste étant financé par l'AOS.

4 Transfert de prestations vers le secteur ambulatoire

Les résultats en bref

Quatre années après l'introduction de la modification de l'OPAS ([art. 3c](#) et [annexe 1a](#)), il ressort que :

- l'essentiel de la baisse de la prise en charge stationnaire est obtenu la première année voire la deuxième année après l'introduction de la liste fédérale ;
- le potentiel initial de transfert est vraisemblablement en grande partie exploité. Après une forte baisse, la prise en charge stationnaire varie peu et semble avoir atteint un palier.

Le recul supplémentaire de deux ans confirme les résultats obtenus lors du premier monitoring (jusqu'en 2020) et confirme que l'introduction de la modification de l'OPAS ([art. 3c](#) et [annexe 1a](#)) a déployé les effets attendus en termes de transfert de prestations vers le secteur ambulatoire, à savoir :

- une diminution de la prise en charge stationnaire pour tous les groupes d'interventions,
- une augmentation de la prise en charge ambulatoire pour tous les groupes d'interventions, à l'exception du groupe *col utérin*.

Ce chapitre présente l'évolution des taux standardisés d'interventions stationnaires, ambulatoires et totaux (stationnaires et ambulatoires), ainsi que l'évolution de la proportion d'interventions ambulatoires. Il s'agira ici de montrer dans quelle mesure les effets de l'introduction de la modification de l'OPAS (voir chapitre 1.3 concernant le rappel des résultats du premier monitoring) se maintiennent dans le temps.

4.1 Évolution dans le secteur hospitalier stationnaire

Le recul supplémentaire de deux ans confirme le résultat principal des premiers monitorages (Roth & Pellegrini, 2020, 2021): l'introduction de la liste fédérale a déployé les effets attendus en termes

de transfert de prestations vers le secteur ambulatoire. On observe bien une baisse de la prise en charge stationnaire pour tous les groupes d'interventions (G 4.1) et cette baisse est plus prononcée après l'introduction de la liste qu'avant.

L'essentiel de la baisse de la prise en charge stationnaire est obtenu la première année voire la deuxième année après l'introduction de la liste fédérale. Pour la plupart des groupes d'interventions la baisse de la prise en charge stationnaire est la plus forte en 2019, année d'introduction de la liste fédérale (G 4.2). Elle se situe entre 22% pour le groupe d'interventions *utérus* et 49% pour le groupe *hémorroïdes*. Pour les groupes d'interventions *amygdalectomies* et *varices*, il y a eu encore une forte baisse en 2020. Il s'agit certainement d'une conséquence la crise du COVID-19⁹.

La baisse de la prise en charge stationnaire très prononcée en 2019 est le signe d'une accélération du transfert vers l'ambulatoire depuis l'introduction de la liste fédérale. En effet, elle intervient dans un contexte préexistant de transfert vers l'ambulatoire et de diminution de la prise en charge stationnaire. Cette dernière était déjà en baisse sur la période 2015¹⁰-2018, avant l'introduction de la fédérale (G 4.1).

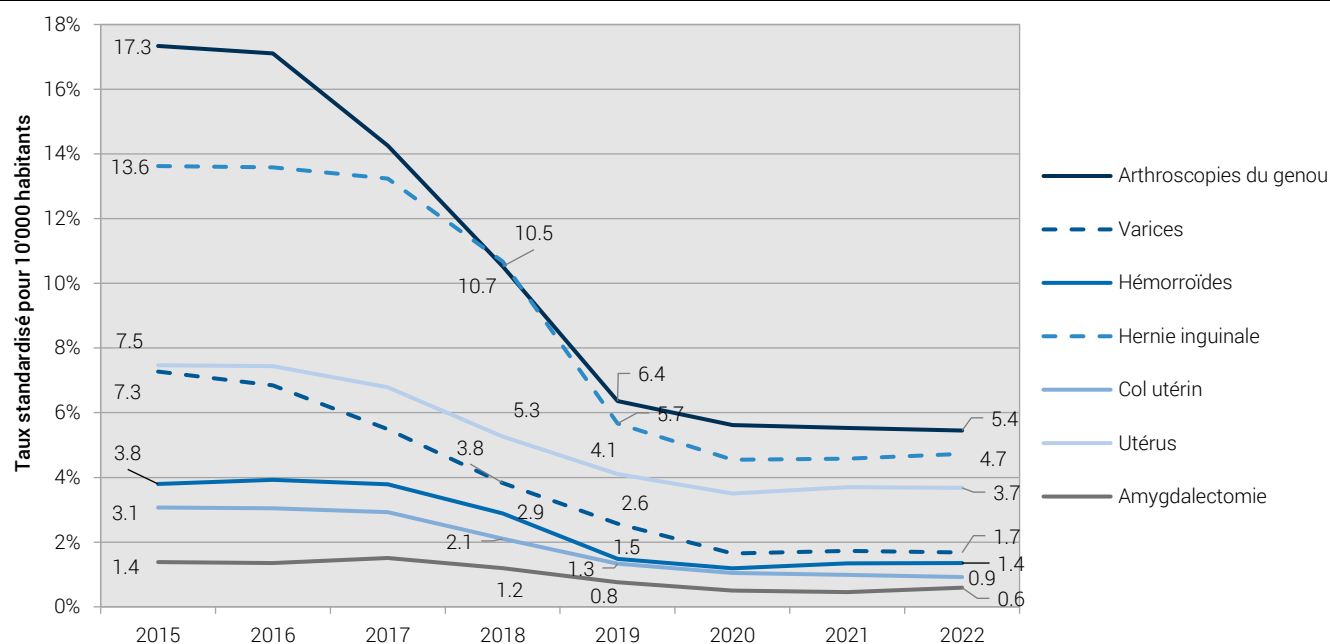
Le potentiel initial de transfert est vraisemblablement en grande partie exploité dans le contexte médical et législatif actuel. En effet, à partir de 2021, la prise en charge stationnaire reste relativement stable, avec des baisses ou même des hausses de moindres ampleurs (G 4.2). Après des années successives de baisse de la prise en charge stationnaire, elle augmente en 2021 et/ou en 2022 pour cinq groupes d'interventions. Elle augmente ces deux années pour les groupes d'interventions *hémorroïdes* (13% et 1%) et *hernie inguinale* (1% et 3%). Elle augmente uniquement en 2021 pour les groupes d'interventions *varices* et *utérus* et uniquement en 2022 pour le groupe *amygdalectomie*. La forte augmentation de ce groupe (+30%) doit être mise en perspective avec le niveau très bas de la prise en charge stationnaire (G.4.1).

⁹ L'interdiction des interventions et traitements non urgents pendant la première vague de la crise de la COVID-19 devrait avoir eu pour conséquence une diminution du nombre d'interventions stationnaires. Les analyses effectuées dans le cadre de ce monitoring ne permettent pas

d'isoler les effets de l'épidémie de COVID de l'effet de la modification de l'OPAS.

¹⁰ L'analyse mandatée porte sur les années 2015–2018. Il est cependant possible que la baisse du taux standardisé d'interventions ait commencé avant.

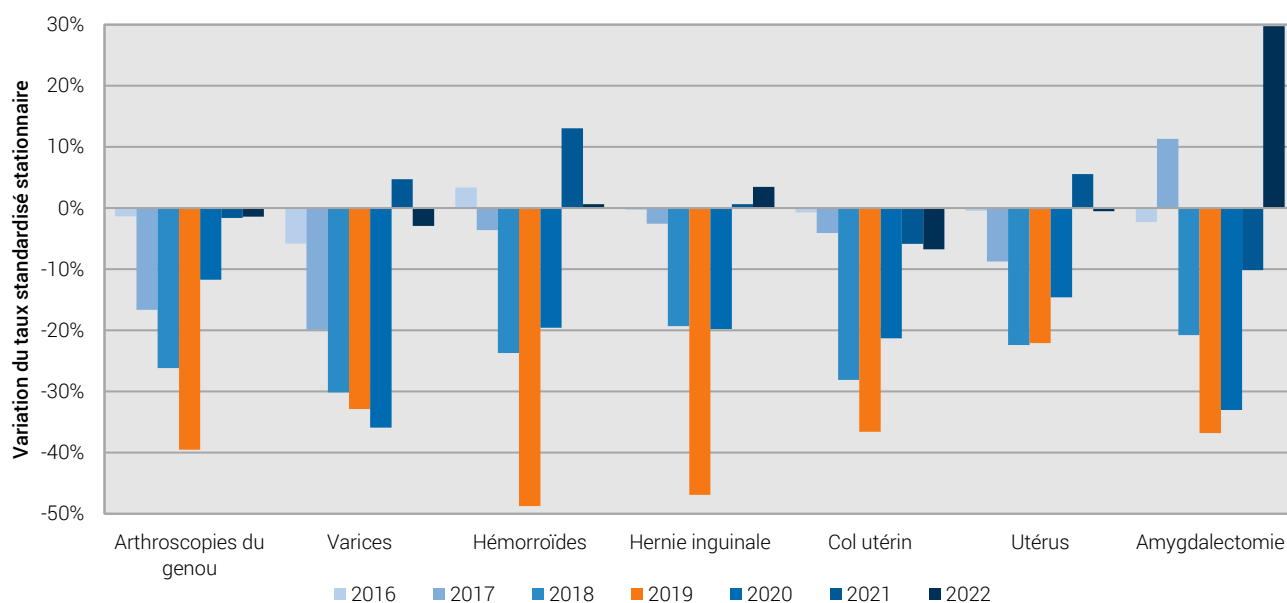
G 4.1 Taux standardisé d'interventions stationnaires, Suisse, de 2015 à 2022



Source: OFS – Statistique médicale des hôpitaux

© Obsan 2024

G 4.2 Variations annuelles du taux standardisé d'interventions stationnaires, Suisse, de 2015 à 2022



Source: OFS – Statistique médicale des hôpitaux

© Obsan 2024

4.2 Évolution dans le secteur ambulatoire (hôpitaux et cabinets)

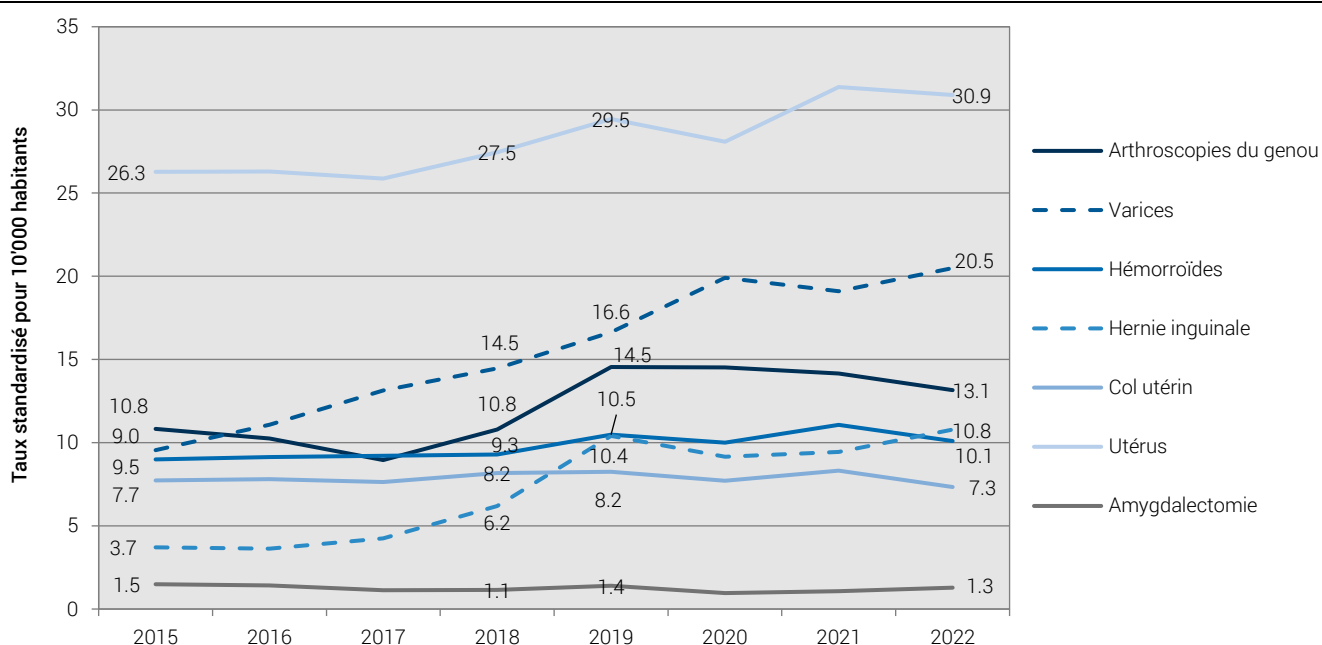
Corollaire de la forte diminution de la prise en charge stationnaire en 2019, la prise en charge ambulatoire augmente. 2019, année d'introduction de la modification de l'OPAS, concentre également l'essentiel de cette augmentation. Elle est la plus prononcée de la période pour la plupart des groupes d'interventions (G 4.4). La prise en charge ambulatoire augmente entre 1% pour le groupe d'interventions *col utérin* et 68% pour celui de *la hernie inguinale*. Pour le groupe d'interventions *utérus*, 2019 correspond à la deuxième plus forte augmentation. Pour le groupe d'interventions *varices*, l'augmentation 2019 n'est pas la plus prononcée de la période. Mais elle est proche de celle des années précédentes. La seule exception notable concerne le groupe d'interventions *col utérin* avec une augmentation marginale en 2019.

Les fortes augmentations de 2019 interviennent dans un contexte préexistant de hausse de la prise en charge ambulatoire (G 4.3). Avant l'introduction de la modification de l'OPAS (entre 2015 et 2018), la prise en charge ambulatoire augmente légèrement pour tous les groupes d'interventions. Seule la prise en charge ambulatoire du groupe d'interventions *amygdalectomie* a diminué pendant cette période (-8%).

La baisse de la prise en charge ambulatoire en 2020, perceptible pour tous les groupes, à l'exception du groupe *arthroscopie du genou*, est une conséquence de l'arrêt de l'activité hospitalière à cause de la crise du COVID-19.

Ensuite à partir de 2021, la prise en charge ambulatoire évolue de manière différenciée selon les groupes d'interventions. Elle augmente pour quatre groupes : *varices*, *hernie inguinale*, *utérus* et *amygdalectomie*. Elle reste relativement stable pour le groupe *hémorroïdes* et diminue pour les deux groupes restants.

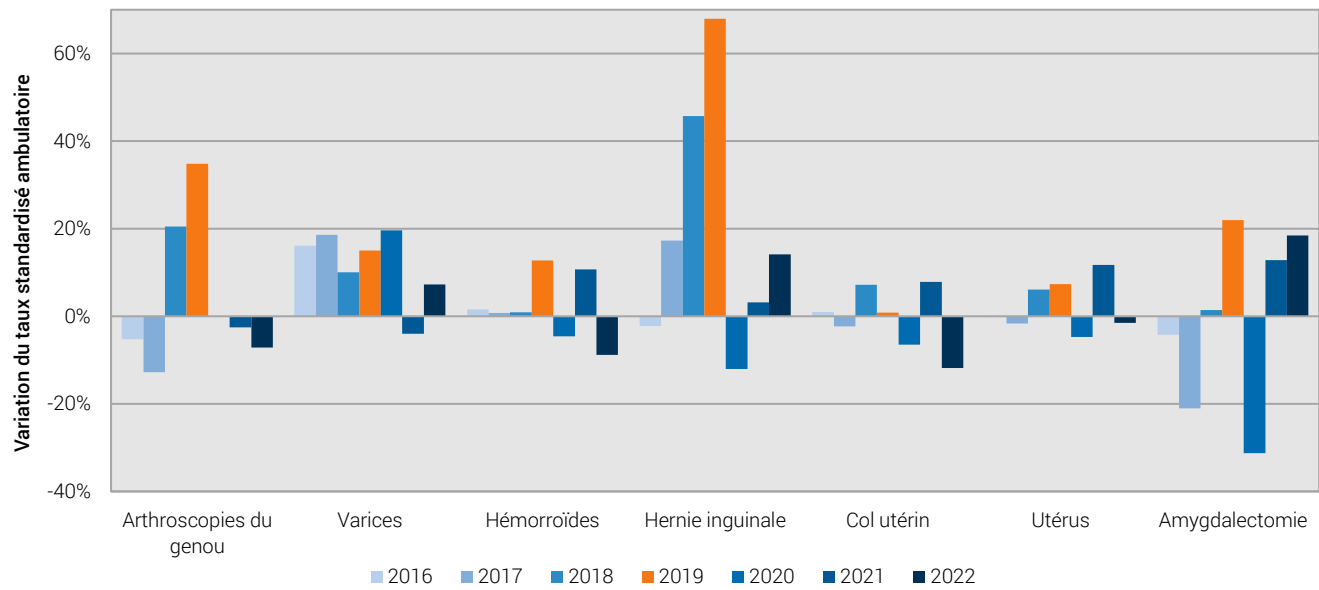
G 4.3 Taux standardisé d'interventions ambulatoires, Suisse, de 2015 à 2022



Source: SASIS SA – Pool tarifaire

© Obsan 2024

G 4.4 Variations annuelles du taux standardisé d'interventions ambulatoires, Suisse, de 2015 à 2022



Source: OFS – Statistique médicale des hôpitaux

© Obsan 2024

4.3 Évolution cumulée des secteurs stationnaire et ambulatoire (total)

En principe, le transfert du stationnaire vers l'ambulatoire ne devrait pas faire varier le nombre total d'interventions (cumul des interventions stationnaires et ambulatoires), puisque ce qui n'est plus fait en stationnaire devrait l'être en ambulatoire. De ce fait, le nombre total d'interventions devrait rester stable ou suivre la tendance passée.

C'est le cas pour l'ensemble des groupes d'interventions (G 4.5). Pour les groupes d'interventions *varices*, *amygdalectomie*, *hernies inguinales*, *hémorroïdes*, il n'y a pas de changement de tendance dans l'évolution du nombre total d'interventions ¹¹ (T 4.1, colonnes (2) et (3)). Pour les trois autres groupes les critères statistiques utilisés¹⁴ montrent un changement mineur dans l'évolution du nombre de total d'interventions (T 4.1, colonnes (2) et (3)). Ces résultats sont à interpréter avec prudence, puisque le nombre d'interventions stationnaires et ambulatoires ne sont pas répertoriées de la même manière (voir chapitre 3).

T 4.1 Variation du taux total standardisé d'interventions, Suisse, de 2015 à 2022

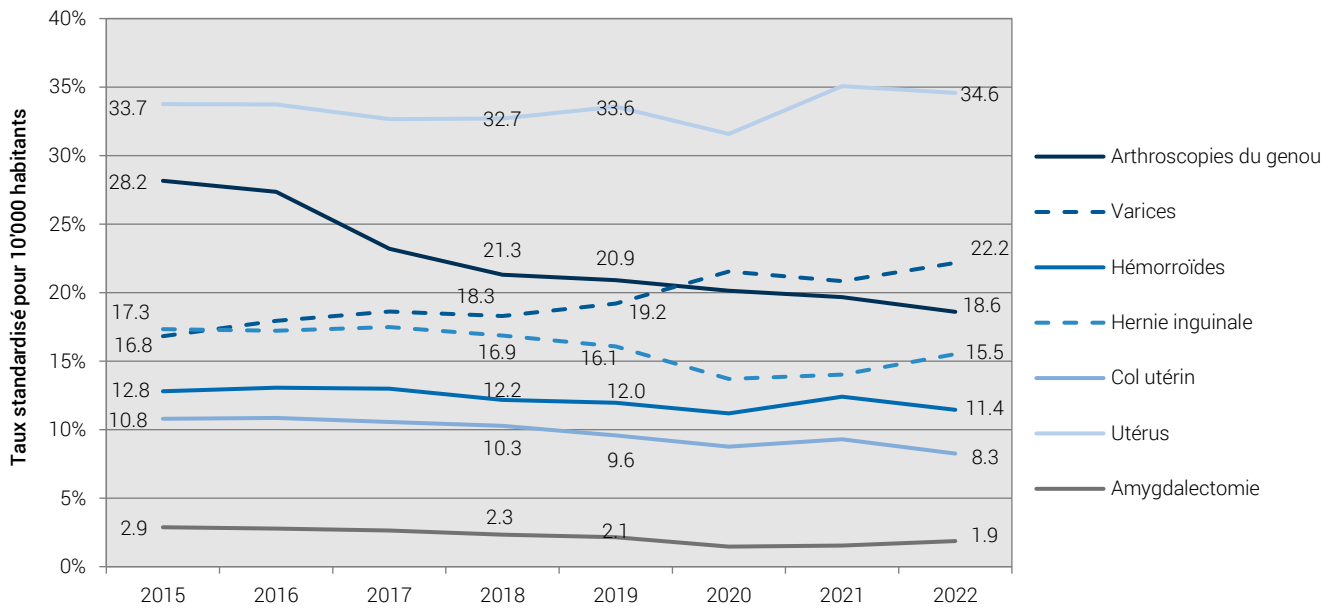
Groupes d'interventions	TCAM	
	2019–2022	2015–2018
(1)	(2)	(3)
Amygdalectomie*	-5%	-7%
Arthroscopie du genou	-3%	-9%
Col utérin	-5%	-2%
Utérus	1%	-1%
Hernies inguinales*	-2%	-1%
Hémorroïdes*	-2%	-2%
Varices*	5%	3%

Note : Taux de croissance annuel moyen (TCAM) = $TCAM(t_0, t_n) = (x(t_n) / x(t_0))^{1/n} - 1$, n = nombre d'année. * signifie qu'il n'y a pas de changement de tendance. Concrètement que la variation moyenne annuelle 2018-2022 se situe dans l'intervalle de la variation moyenne annuelle 2015-2018 +/- un écart-type des variations annuelles 2015-2018

Source: OFS – Statistique médicale des hôpitaux, SASIS SA – Pool tarifaire © Obsan 2024

¹¹ C'est-à-dire que la variation moyenne annuelle 2018-2022 se situe dans l'intervalle de la variation moyenne annuelle 2015-2018 +/- un écart-type des variations annuelles 2015-2018.

G 4.5 Taux total standardisé d'interventions, Suisse, de 2015 à 2022



Source: OFS – Statistique médicale des hôpitaux, SASIS SA – Pool tarifaire

© Obsan 2024

4.4 Évolution de la proportion d'interventions en ambulatoire

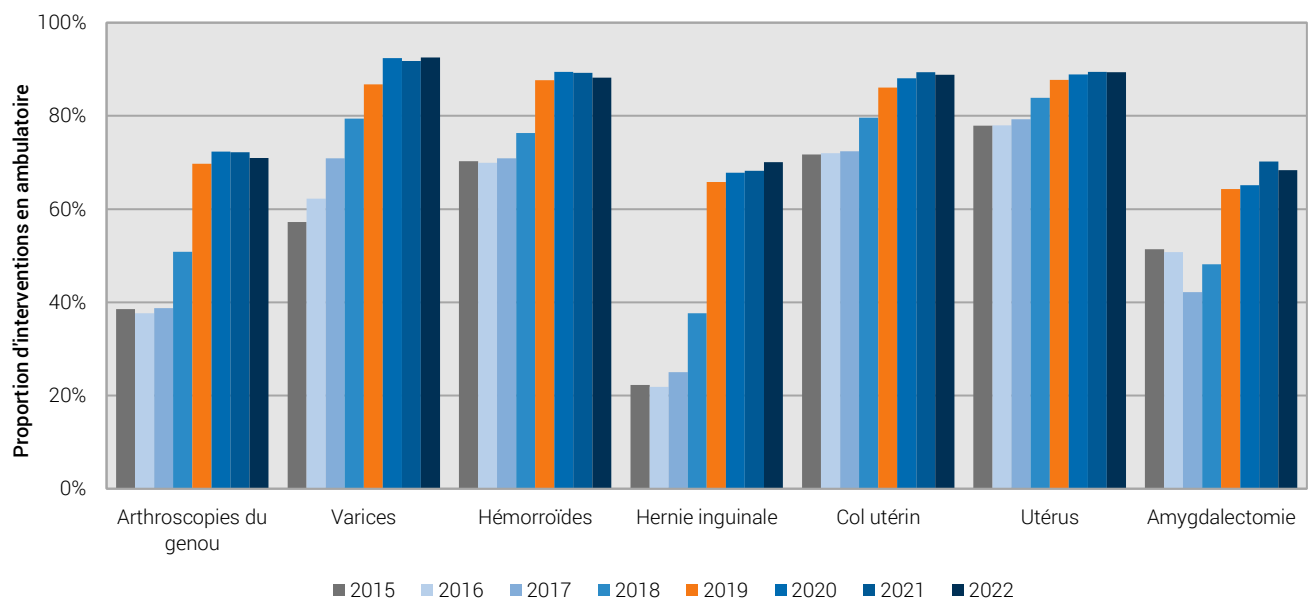
En 2022, à minima, 65%-70% des interventions sont réalisées de manière ambulatoire pour les trois groupes d'interventions *amygdalectomie*, *hernies inguinales* et *arthroscopie du genou*. Les autres groupes dépassent 85% d'interventions ambulatoires (G 4.4).

En termes d'évolution, comme la prise en charge stationnaire baisse et la prise en charge ambulatoire à tendance à augmenter,

la proportion d'interventions ambulatoires augmente pour tous les groupes d'interventions analysés (G 4.4).

Cette augmentation est particulièrement marquée en 2019, année d'introduction de la modification de l'OPAS. Les années suivantes, la proportion d'interventions ambulatoires reste relativement stable pour tous les groupes d'interventions, à l'exception du groupe des *varices* dont la proportion augmente encore en 2020.

G 4.6 Proportion d'interventions ambulatoires, Suisse, de 2015 à 2022



Sources: OFS – Statistique médicale des hôpitaux, SASIS AG – Pool tarifaire

© Obsan 2024

5 Justification d'une prise en charge stationnaire

Les résultats en bref

Selon les critères considérés, la proportion d'interventions justifiées pour une prise en charge stationnaire varie fortement. En considérant les critères de l'OPAS qui peuvent être analysés ainsi qu'un critère qui tient compte des interventions multiples, la proportion d'interventions justifiées pour une prise en charge stationnaire varie de 50% à 86% selon le groupe d'interventions. Ces proportions sont en augmentation depuis l'introduction de la liste fédérale. Puisque certains critères échappent à l'analyse faute d'être répertoriés dans les données, il faut interpréter ces résultats avec précaution.

La modification de l'OPAS prévoit que les interventions encore réalisées en stationnaire doivent être justifiées selon la liste de critères définis à [l'annexe 1a, tableau II de l'OPAS](#). Cette liste contient des critères :

- dont les codes sont définis¹². Dans ce document, ils sont appelés « critères OPAS codables ».
- dont les codes ne sont pas définis mais qui pourraient l'être, par exemple diabète sucré difficile à réguler, instable. Dans ce document, ils sont appelés « critères éventuellement codables ».
- non « codables », par exemple l'éloignement du domicile du patient d'un hôpital disposant d'un service d'urgence. Dans ce document, ils sont appelés « critères non codables ».

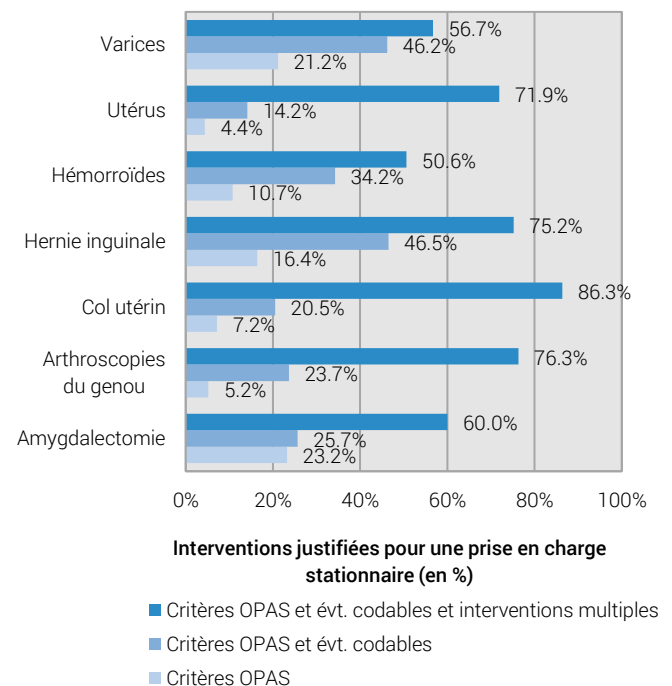
Les critères de ce dernier groupe ne peuvent pas être analysés, car ils ne sont pas répertoriés dans les données à notre disposition.

En outre, d'autres critères qui ne figurent pas dans l'OPAS pourraient justifier une prise en charge stationnaire : par exemple une intervention multiple. Ici, une intervention multiple est définie comme une hospitalisation cumulant un traitement listé dans l'Annexe 1 OPAS (sous forme de code CHOP) et un ou plusieurs traitements additionnels. Toutes les interventions multiples parmi les cas concernés par l'OPAS ont été analysés afin de répertorier les traitements additionnels. Ensuite, l'OFSP a distingué les traitements additionnels qui pourraient justifier une prise en charge stationnaire de ceux qui ne le justifient pas. Ce travail permet de présenter un critère supplémentaire appelé « interventions multiples ».

En 2022, la proportion d'interventions stationnaires justifiées par un des « critères OPAS codables » se situe entre 4% (*utérus*) et 23% (*amygdalectomie*) (G 5.1). En ajoutant les « critères éventuellement codables » puis le critère « interventions multiples », la part des interventions justifiées pour une prise en charge stationnaire augmente fortement pour se situer en 50% (*hémorroïdes*) et 86% (*col utérin*). De manière générale, ces proportions sont en augmentation depuis l'introduction de la liste fédérale.

Les interventions non justifiées par rapport à ces critères ne le sont pas forcément dans l'absolu. Les critères « non codables » échappent à notre analyse et d'autres raisons médicales, non considérées dans le cadre de cette analyse, pourraient justifier une prise en charge stationnaire (par exemple des complications pendant l'intervention ayant conduit à une hospitalisation ou une garantie de paiement de l'assureur).

G 5.1 Proportion d'interventions justifiées pour une prise en charge stationnaire, Suisse, 2022



Sources: OFS – Statistique médicale des hôpitaux

© Obsan 2024

¹² D'après la classification CIM-10-GM, version 2018.

6 Conséquences sur les coûts

Les résultats en bref

En termes de coûts et de financement, depuis son introduction la modification de l'OPAS ([art. 3c](#) et [annexe 1a](#), OPAS) a engendré les effets attendus, à savoir :

- une diminution des coûts stationnaires et une augmentation des coûts ambulatoires de moindre importance, permettant une diminution des dépenses de santé de 26 millions de francs;
- une diminution des dépenses pour les cantons (-38 millions; -35%) et une légère augmentation pour l'AOS (12 millions; +6%).

Ce chapitre s'intéresse à l'impact de la modification de l'OPAS ([art. 3c](#) et [annexe 1a](#), OPAS) sur les coûts ambulatoires, stationnaires et totaux ainsi qu'à leur distribution entre les deux financeurs, AOS et cantons. Le précédent monitoring (Roth & Pellegrini, 2020, 2021) avait montré une diminution des coûts stationnaire et une augmentation des coûts ambulatoires de moindre importance, permettant une diminution des dépenses de santé. Du point de vue des financeurs, il avait montré une diminution des dépenses à charge des cantons et de l'AOS. Pour cette dernière, la diminution était la conséquence de la crise sanitaire du Covid-19.

Concernant les coûts, quatre après l'introduction de la modification de l'OPAS, ces résultats se confirment. Depuis la modification de l'OPAS, les coûts totaux liés aux six groupes d'interventions ciblés ont diminué de 330 à 304 millions de francs (-26 millions), les coûts stationnaires ont également diminué, passant de 200 à 131 millions de francs (-69 millions), tandis que les coûts ambulatoires ont augmenté de 130 à 173 millions de francs (+43 millions)¹³.

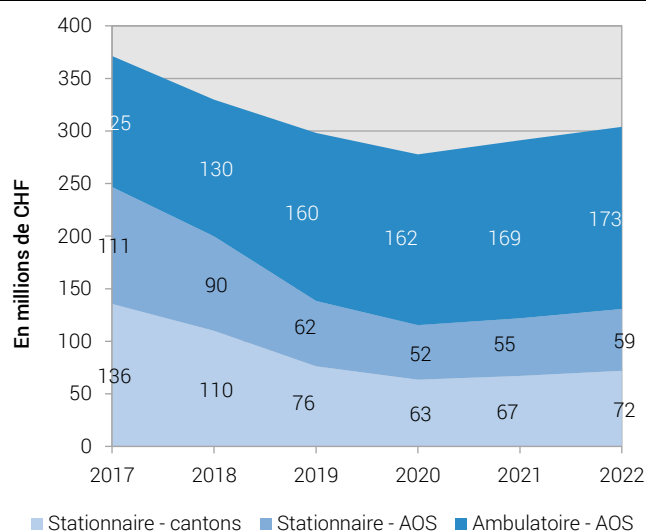
Néanmoins, à partir de 2020, de nouvelles tendances apparaissent. Les coûts totaux des six groupes d'interventions ciblés commencent à augmenter terminant ainsi une tendance à la baisse. Ils passent de 278 à 304 millions de francs entre 2020 et 2022 (G 6.1). Ce changement de tendance de l'évolution des coûts totaux est essentiellement dû à l'évolution des coûts stationnaires. Après une forte diminution jusqu'en 2020, ils ont augmenté en 2021 et en 2022, passant de 115 à 131 millions de francs.

L'évolution des coûts stationnaires n'est pas surprenante et est en adéquation avec la modification de l'OPAS. Dans un premier temps, les coûts stationnaires ont baissé grâce à une diminution

importante du nombre d'interventions (voir section 4.1). Dans un second temps, le nombre d'interventions stationnaires se stabilise. Il reste alors les cas les plus compliqués, les plus « lourds ». Ainsi, le coût moyen d'une intervention augmente et par rebond les coûts stationnaires également. De surcroît, le taux de base (base rate) a légèrement augmenté en 2021 et 2022. Cet effet vient renforcer l'effet prix décrit ci-dessus.

Du point de vue des financeurs, les coûts à charge des cantons diminuent de 110 millions de francs à 72 millions entre 2018 et 2022 (-38 millions; -35%). Les coûts à charge de l'AOS augmentent de 220 millions francs à 232 millions (+12 millions; +6%).

G 6.1 Répartition des coûts par financeur, pour l'ensemble des groupes d'interventions, Suisse, de 2017 à 2022



Sources: OFS – Statistique médicale des hôpitaux, SASIS SA – Pool tarifaire
© Obsan 2024

¹³ Selon les analyses effectuées avec les données PSA (données des patients ambulatoires des hôpitaux, OFS), les coûts moyens ambulatoires ont tendance à diminuer pour la majorité des groupes d'interventions.

7 Synthèse

De manière générale, les tendances observées dans le précédent rapport (Roth & Pellegrini, 2021) se confirment en analysant deux années supplémentaires. L'introduction, avec effet au 1er janvier 2019, d'une liste fédérale d'interventions devant être effectuées de manière ambulatoire obtient les effets escomptés. Au terme de la quatrième année d'application, la prise en charge stationnaire a reculé dans chacun des six groupes d'interventions ciblés. Depuis l'introduction de la liste fédérale, ce recul se situe dans une proportion comprise entre -30% (*utérus*) et -56% (*varices*, *hernie inguinale* et *col utérin*), des diminutions supérieures à celles observées avant l'introduction de la liste fédérale. L'introduction de la liste fédérale a eu pour effet d'accélérer le processus de transfert vers l'ambulatoire déjà en cours.

L'essentiel de la baisse de la prise en charge stationnaire est obtenu la première année, voire encore la deuxième année, suivant l'introduction de la liste fédérale. De manière générale, les variations ces années-là sont les plus fortes de toute la période analysée (2015 à 2022). Après sa forte baisse en 2019, la prise en charge stationnaire des six groupes d'interventions reste relativement stable. C'est vraisemblablement le signe que le potentiel initial de transfert est en grande partie exploité dans le contexte médical et législatif actuel. La prise en charge stationnaire semble avoir atteint un palier. Son évolution future sera guidée par d'autres facteurs, parmi lesquels le progrès technico-médical mais aussi des changements comme l'introduction du TARDOC ou le financement uniforme des prestations ambulatoires et stationnaires (EFAS).

La proportion d'interventions justifiées pour une prise en charge stationnaire varie fortement selon les critères retenus. En considérant les critères de l'OPAS ainsi qu'un critère qui tient compte des interventions multiples, la proportion d'interventions justifiées par des critères qui peuvent être analysés varie de 50% à 86% selon le groupe d'interventions. Depuis l'introduction de la liste fédérale, ces proportions sont en augmentation. Certains critères échappent néanmoins à l'analyse (par exemple : éloignement du domicile et de l'hôpital), il faut donc interpréter ces résultats avec précaution.

Après une forte baisse en 2019 et 2020, les coûts totaux et les coûts stationnaires liés à ces six groupes d'interventions augmentent à partir de 2021. Néanmoins, depuis l'introduction de la liste fédérale, les coûts totaux ont diminué de 26 millions de francs. L'augmentation des coûts stationnaires à partir de 2021 est principalement dû à un effet prix, c'est-à-dire à une augmentation du coût moyen d'une intervention. Cette augmentation du coût moyen était prévisible et attendue dans les effets à moyen terme

de la modification de l'OPAS. Du point de vue des financeurs, les coûts à charge des cantons ont diminué de 38 millions de francs (-35%) et ceux à charge de l'AOS ont augmenté de 12 millions (6%), depuis 2018.

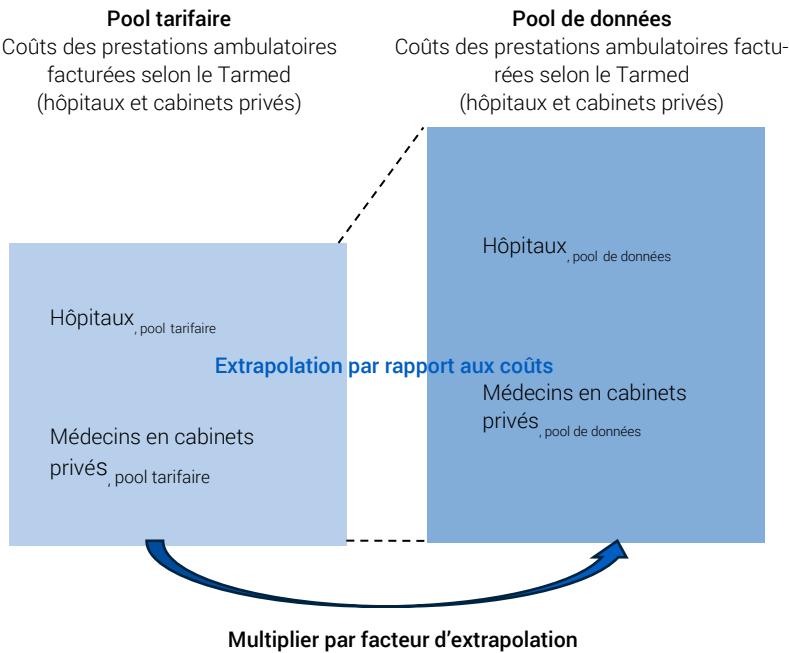
Les prochaines actualisations de ce rapport présenteront les effets de l'introduction de la liste élargie. Il s'agira de voir si tous les groupes d'interventions de cette liste suivront la même évolution que les six groupes d'interventions analysés dans ce présent rapport.

8 Bibliographie

- Bundi, Pirmin, Stéphane Bonny, Laura Gatto et Moulay Lablih (2022). Évaluation de la réglementation « l'ambulatoire avant le stationnaire » de l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins. Étude réalisée sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique. Lausanne : IDHEAP, Université de Lausanne
- Eurostat (2013). Revision of the European Standard Population, eurostat methodologies and working papers, eurostat 2013, p.121.
- OFSP (2015). Qualitätsindikatoren des Schweizer Akutspitäler 2015. https://spitalstatistik.bagapps.ch/data/download/qip15_publikation.pdf?v=1591328614, s. 152
- OFSP (2019). Konzept Monitoring «Ambulant vor Stationär» (AvS). Version du 11.04.2019
- 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 (2020). Annexe 1a de l'Ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS) Edition du 1^{er} juillet 2020. https://www.bag.admin.ch/dam/bag/fr/dokumente/kuv-leistungen/leistungen-und-tarife/aerztliche-leistungen/Anhang1a-KLV/Anhang-1a-klv-01-07-2020.pdf.download.pdf/Anhang_1a_1.7.2020_FR.pdf
- PWC et SpitalBenchmark. Répercussions financières de la pandémie de COVID-19 sur les hôpitaux suisses (livre blanc 4.0).
- Roth, S. et Pellegrini, S. (2018). Le potentiel de transfert du stationnaire vers l'ambulatoire. Analyse pour une sélection d'interventions chirurgicales. Étude réalisée sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) (Obsan Dossier 63). 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.
- Tiwari, R. C., Clegg, L. X., & Zou, Z. (2006). Efficient interval estimation for age-adjusted cancer rates. Statistical methods in medical research, 15(6), 547-569.

9 Annexes

Annexe 1 Extrapolation des données du pool tarifaire



Source: présentation propre

© Obsan 2024

T 9.1 Taux de couverture (%) des coûts des prestations TARMED du pool tarifaire par rapport aux coûts des prestations TARMED du pool de données, par prestataire, de 2015 à 2022

Prestataires	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Médecins en cabinets privés	90%	92%	97%	98%	100%	100%	100%	100%
Hôpital, secteur ambulatoire	88%	90%	95%	96%	98%	98%	99%	99%

Source: SASIS SA – Pool tarifaire et pool de données

© Obsan 2024

Annexe 2 Positions TARMED analysées

Groupe d'interventions	Position TARMED / forfait TARMED	Description
Arthroscopie du genou	0001.0810.001 et 0001.0810.002	Arthroscopie du genou (forfait)
	24.5710	+ Résection partielle ou totale de ménisque interne ou externe lors d'une arthroscopie du genou, par ménisque
	24.5615	+ résection d'un kyste articulaire ou tendineux ou d'une bourse profonde ou superficielle dans la région du genou, comme prestation additionnelle
	24.5700	+ Toilette méniscale lors d'une arthroscopie d'un genou
Col utérin	22.1010	Cryothérapie, électrothérapie de l'exocol
	22.1020	Avulsion de polype(s) cervicaux, toute méthode
	22.1030	Conisation du col, toute méthode
Utérus	22.0645	Hystéroscopie avec curetage et/ou biopsie(s)
	22.1210	Curetage-biopsie ou aspiration diagnostique de l'endomètre
	22.1220	Curetage explorateur fractionné
	22.0605	Hystéroscopie diagnostique, sans curetage (également hystéroscopie au cabinet médical)
	22.0690	Hystérosalpingographie, avec utilisation de l'adaptateur
Hémorroïdes	20.2210	Incision d'hémorroïdes
	20.2220	Cure chirurgicale d'hémorroïdes, excision de noyau hémorroïdaire, par noyau
	20.2240	Cure chirurgicale d'hémorroïdes, hémorroïdectomie radicale
	20.2250	Ligature élastique d'hémorroïdes
Hernies inguinales	20.0180	+ Traitement chirurgical laparoscopique d'une hernie inguinale ou fémorale, pré- ou transpéritonéale, par côté
	20.0230	+ Supplément en cas de hernie incarcérée sans résection intestinale, lors de traitement chirurgical de hernie inguinale
	20.0260	Traitement chirurgical unilatéral de hernie inguinale chez l'enfant jusqu'à 7 ans
	20.0290	Traitement chirurgical unilatéral de hernie inguinale chez la fillette de 7 à 16 ans
	20.0310	Traitement chirurgical unilatéral de hernie inguinale chez le garçon de 7 à 16 ans
	20.0330	Traitement chirurgical unilatéral de hernie inguinale chez l'adulte, technique sans tension
	20.0350	Traitement chirurgical unilatéral de hernie inguinale chez l'adulte, toute méthode (excepté technique sans tension)
Amygdalectomie	12.0140	Adénoïdectomie, comme prestation exclusive
	12.0170	Tonsillectomie au laser, par côté
Varices	0001.0210.001	Phlébectomie grande (forfait)
	0001.0215.001	Phlébectomie petite (forfait)
	0001.0220.003	Veine grande saphène (forfait)
	0001.0225.003	Veine petite saphène (forfait)
	0001.0235.001	Veines perforantes (forfait)
	0001.0260.002	Varices unilatérales (forfait)
	0001.0277.005	Ligature de veines perforantes, un seul côté y compris phlébectomie
	0001.0279.005	Phlébectomie isolée, un seul côté (forfait)
	18.1230.24.00	Ablation thermique de la veine saphène (grande ou petite) par laser ou radiofréquence - gauche ou droite
	18.1230.25.00	Ablation thermique de la veine saphène (grande ou petite) par laser ou radiofréquence - gauche ou droite
	0001.0227.003	Kombinations-Eingriff: Vena saphena magna und Vena saphena parva
	0001.0276.005	Einseitige Magna- und oder Parvacrossectomie mit oder ohne Stammvenenstripping inkl. Phlebektomie
	18.1200.01.05	Varizen - einseitig - Fallpauschale
	18.1204.00.05	Varizen - Vena saphena magna und parva - Fallpauschale
	18.1550	Ligature(s) unilatérale(s) de veines perforantes, comme prestation exclusive
	18.1560	Ligature(s) bilatérale(s) de veines perforantes, comme prestation exclusive
	18.1590	Stripping pour varices de la veine saphène interne, premier côté
	18.1610	+ Stripping pour varices de la veine saphène interne, second côté
	18.1620	Stripping pour varices de la veine saphène externe, premier côté
	18.1630	+ Stripping pour varices de la veine saphène externe, second côté
	18.1640	Stripping de la veine saphène externe et interne, premier côté
	18.1650	+ Stripping de la veine saphène externe et interne, second côté
	18.1660	Crossectomie isolée unilatérale
	18.1680	Recrossectomie isolée unilatérale de la veine saphène interne

Source: TARMED

© Obsan 2024

Annexe 3 Critères à satisfaire pour un traitement en milieu stationnaire

N°	Catégorie	Critère	Référence selon les données standard de MedStat3 (classification CIM-10-GM, version 2018)
Âge			
1.1	Enfant	≤3 ans	Âge
Comorbidité somatique sévère ou instable			
2.1	Malformations	Malformations congénitales de l'appareil circulatoire ou respiratoire	Q20*-Q34*
3.1	Système circulatoire	Insuffisance ventriculaire; NYHA >II	I50.13; I50.14; I50.04 !; I50.05 !
3.2		Hypertension artérielle difficile à réguler	I10-I15*
4.1	Problème broncho-pulmonaire, seulement en cas d'anesthésie générale	BPCO GOLD >II	J44*, cinquième position -0 ou -1
4.2		Asthme instable ou exacerbé	J45*
4.3		Syndrome d'apnée obstructive du sommeil, SAOS avec IAH ≥15 et pas de CPAP possible à domicile	G47.3
4.4		Oxygénothérapie de longue durée	non codé
5.1	Anomalies de la coagulation	Anomalies de la coagulation, purpura et autres affections hémorragiques	D65*-69*, à l'exception de D68.5
5.2		Traitement médical anticoagulant	Z92.1
5.3	Anticoagulation	Double antiagrégation plaquettaire	non codé
6.1	Insuffisance rénale	Insuffisance rénale, stade >3	N18.4; N18.5
7.1	Métabolisme	Diabète sucré difficile à réguler, instable	E10-E14
7.2		Obésité (IMC ≥40) (chez les enfants: >97e percentile)	E66*, cinquième position, -4, -5,-6,-7,-8
7.3		Malnutrition/cachexie (IMC <17,5; chez les enfants: PYMS-Score ≥3 et définition des stades de la malnutrition chez les enfants selon le manuel de codage5)	E40*-E46*, à l'exception de E44.1; R64; R63.6
7.4		Anomalies sévères du métabolisme	E70*-E72*; E74*-E77*; E80*; E84*; E85*
9.1	Psychisme	Dépendances (alcool, médicaments, drogue) avec complications	F10*-19*, quatrième position -0, -3, -4, -5, -6
9.2		Troubles mentaux sévères et instables, qui rendent impossible le suivi du traitement après une intervention ambulatoire	F2*, F40*, F41*, F45*, F71, F72, F73
Autres facteurs			
90		Besoin d'une surveillance permanente	Z74.3
91		Problèmes de compréhension pertinents avec le patient	H54.0, H90
92		Aucun interlocuteur, ou personne d'encadrement, compétent et majeur à domicile ou disponible par téléphone et à proximité pendant les 24 heures suivant l'intervention	Z59, Z60, Z63, Z74*, Z75.8, Z75.9, Z99
93		Aucune possibilité de transport jusqu'au domicile après l'intervention ou à nouveau vers un hôpital, y c. le taxi	non codé
94		Temps de parcours de >60 min. jusqu'à un hôpital disposant d'un service d'urgence permanent et de l'unité spécialisée correspondante	
Autres codes supplémentaires			
Demenz (MMS ≤ 26, Uhrentest ≤ 5)			F00*-F03*, G30*, G31*, B22.0
Einschränkung mobilität, neurologisch bedingt			G12*, G20, G21*, G22*, G81*, G82*

Note: les cellules en gris correspondent aux codes qui ne figurent pas dans l'OPAS mais qui ont été complétés par l'OFSP pour cette analyse, critères dits « éventuellement codables ».

Source: OPAS annexe 1a (art. 3c)

© 2024 Obsan



Erratum

Dans le Rapport Obsan 01/2024:

«L'ambulatoire avant le stationnaire»

Numéro OFS 874-2401 / ISBN 978-2-940670-41-3

Chapitre 4.3 : les trois renvois au tableau et au graphique ont été corrigés.

Chapitre 6: la diminution des dépenses de santé n'est pas de 36 millions, mais bien de 26 millions. Les chiffres ont été corrigés.

Chapitre 6: Entre 2020 et 2022, les coûts stationnaires ont augmenté de 115 millions à 131 millions et non pas de 162 millions à 173 millions. Les chiffres ont été corrigés.



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.