

OBSAN RAPPORT
08/2021

L'ambulatoire avant le stationnaire

Actualisation 2020 du monitoring de la limitation de la prise en charge stationnaire pour une sélection d'interventions électorives (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'Observatoire suisse de la santé 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.

Impressum

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 Zglinski, Office fédéral de la santé publique (OFSP)

Série et numéro

Obsan Rapport 08/2021

Référence bibliographique

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.

Renseignements/informations

Observatoire suisse de la santé
Espace de l'Europe 10
CH-2010 Neuchâtel
Tél. 058 463 60 45
obsan@bfs.admin.ch
www.obsan.ch

Langue du texte original

Français

Mise en page/graphiques

Obsan

Image page de titre

[iStock.com / Matjaz Slanic](https://iStock.com/Matjaz_Slanic)

Page de couverture

Section DIAM, Prepress/Print

En ligne

www.obsan.ch → Publications

Impression

www.obsan.ch → Publications
Office fédéral de la statistique, CH-2010 Neuchâtel
order@bfs.admin.ch, tél. 058 463 60 60
Impression réalisée en Suisse

Copyright

Obsan, Neuchâtel 2021
La reproduction est autorisée, sauf à des fins commerciales, si la source est mentionnée.

Numéro OFS

874-2108

ISBN

978-2-940670-17-8



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

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)

Auteurs

Sacha Roth, Sonia Pellegrini

Éditeur

Observatoire suisse de la santé (Obsan)

Neuchâtel 2021

Table des matières

Résumé	3	7 Synthèse	20
Zusammenfassung	5	8 Bibliographie	21
1 Introduction	7	9 Annexes	22
1.1 Contexte	7	Annexe 1 Extrapolation des données du pool tarifaire	22
1.2 Mandat	7	Annexe 2 Positions TARMED analysées	23
1.3 Rappel des principaux résultats de la première année du monitoring	8	Annexe 3 Critères à satisfaire pour un traitement en milieu stationnaire	24
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	13		
4.1 Évolution dans le secteur hospitalier stationnaire	13		
4.2 Évolution dans le secteur ambulatoire (hôpitaux et cabinets)	14		
4.3 Évolution cumulée des secteurs stationnaire et ambulatoire (total)	16		
4.4 Évolution de la proportion d'interventions en ambulatoire	17		
5 Justification d'une prise en charge stationnaire	18		
6 Conséquences sur les coûts	19		

Résumé

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 », stipule, qu'à partir de cette date, six groupes d'interventions chirurgicales électives sont pris en charge par l'assurance obligatoire de soins (AOS) uniquement à la condition d'être réalisées en ambulatoire, sauf exception nécessitant une opération dans le secteur stationnaire. Les répercussions effectives de cette mesure font l'objet d'un monitoring.

L'Office fédéral de la santé publique (OFSP) a mandaté l'Observatoire suisse de la santé (Obsan) d'effectuer un monitoring pour les deux années qui suivent l'introduction de la modification de l'ordonnance précitée, soit les années 2019 et 2020. Les évolutions suivantes sont observées :

- l'importance du transfert de prestations vers le secteur ambulatoire, 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 reprend et actualise les principaux indicateurs de la première année de monitoring (Roth & Pellegrini, 2020) et présente sous une forme succincte la méthode d'analyse et les principaux résultats à l'issue de la seconde et dernière année du monitoring. Les résultats détaillés ont été livrés au mandant sous forme de tableaux Excel.

Au terme de la première année d'application (2019), les résultats ont montré que l'introduction d'une liste fédérale d'interventions devant être effectuées en ambulatoire obtient les effets escomptés (Roth & Pellegrini, 2020), à savoir :

- une diminution du nombre d'interventions stationnaires dans des proportions supérieures aux années précédentes;
- une augmentation du nombre d'interventions ambulatoires pour la majorité des groupes d'interventions analysés;
- une diminution des coûts stationnaires et une augmentation des coûts ambulatoires de moindre importance;
- une diminution des dépenses pour les cantons et une légère augmentation pour l'AOS.

La seconde année du monitoring (2020) est malheureusement fortement impactée par les conséquences de la crise sanitaire liée à la Covid-19. L'hypothèse retenue dans ce rapport est que la crise a engendré une baisse de l'activité en cabinets privés et de l'activité hospitalière, notamment pendant l'interdiction des interventions et des traitements non urgents (du 17 mars au 26 avril 2020), et ainsi provoqué une diminution générale du nombre d'interventions stationnaires et ambulatoires.

De manière générale, les tendances observées en 2019 se confirment au terme de la deuxième année d'application. Depuis l'entrée en vigueur de ladite modification de l'OPAS, la prise en charge stationnaire a reculé dans chacun des six groupes d'interventions ciblés. Le recul se situe dans une proportion comprise entre -26% (ménisectomie) et -58% (hémorroïdes et amygdalectomie), des valeurs supérieures à celle des années précédentes. La liste a eu pour effet d'accélérer le processus de transfert vers l'ambulatoire déjà en cours. Depuis 2019, le taux d'interventions ambulatoires a augmenté pour la majorité des groupes d'interventions analysés.

La proportion d'interventions justifiées pour une prise en charge stationnaire varie fortement selon les critères examinés. En considérant les critères de l'OPAS qu'il est possible d'analyser sur la base des données existantes ainsi qu'un critère qui tient compte des interventions multiples, la proportion d'interventions justifiées pour une prise en charge stationnaire varie de 43% à 95% selon le groupe d'interventions. Puisque certains critères échappent à l'analyse, il faut interpréter ces résultats avec précaution.

Les coûts totaux liés à ces interventions ont diminué de 59 millions de francs depuis 2019. Les coûts à charge des cantons ont diminué de 48 millions de francs (-42%) et ceux à charge de l'AOS de 11 millions (-5%). La diminution des dépenses à charge de l'AOS se limite à 2020 (il y avait une légère augmentation en 2019). Il s'agit vraisemblablement d'une conséquence de la crise de la Covid-19.

Cependant, en comparant l'évolution de la première année après l'entrée en vigueur de la modification de l'OPAS (2019) avec celle de la deuxième année (2020), des changements de tendances apparaissent :

- La diminution du recours stationnaire est moins prononcée.
- Le recours ambulatoire diminue pour la majorité des groupes d'interventions analysés, alors qu'il augmentait en 2019. Cette diminution engendre une diminution des coûts ambulatoires en 2020.

Il est difficile de distinguer les évolutions dues à la modification de l'OPAS de celles dues à la crise de la Covid-19. On peut tout de même supposer que la diminution du taux d'interventions ambulatoires en 2020 est une conséquence de la crise de la Covid-19. Il est plus difficile de faire des hypothèses sur les raisons de l'évolution du taux d'interventions stationnaires.

Même si sur la période 2019-2020, les indicateurs évoluent dans le sens souhaité par l'introduction d'une liste fédérale, il serait pertinent de mener des analyses complémentaires pour distinguer clairement les effets de la liste de ceux de la crise de la Covid-19. L'évaluation prévue l'année prochaine (2022) apportera probablement des éléments de réponse. Il serait également utile de poursuivre le monitoring des évolutions 2021, année moins influencée par la crise de la Covid-19, pour s'assurer que les indicateurs continuent d'évoluer dans le sens souhaité. En outre, il serait intéressant de monitorer d'autres interventions transférables du stationnaire à l'ambulatoire et voir si la modification de l'OPAS a amené un transfert spontané ou si un élargissement de la liste s'avèrerait nécessaire.

Zusammenfassung

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). Somit wird bei sechs Gruppen von elektiven Eingriffen nur noch die ambulante Durchführung von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) vergütet, ausser es liegen besondere Umstände vor, die eine stationäre Durchführung erfordern. Die effektiven Auswirkungen dieser Massnahme werden in einem Monitoring beobachtet.

Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) hat das Schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan) beauftragt, ein Monitoring für die zwei Jahre nach Einführung der erwähnten Verordnungsänderung durchzuführen, d.h. für die Jahre 2019 und 2020. Folgende Entwicklungen werden analysiert:

- Entwicklung der Fallzahlen der definierten ambulanten und stationären Eingriffe bzw. das Ausmass der Verlagerung zur ambulanten Leistungserbringung;
- Auswirkungen auf die Kosten für die OKP und die Kantone sowie auf die Totalkosten;
- Anteil der stationär durchgeführten Eingriffe mit Begründung gemäss den Ausnahmekriterien unter Ziffer II, [Anhang 1a](#) KLV.

Der vorliegende Bericht greift die wichtigsten Indikatoren des ersten Monitoringjahres (Roth & Pellegrini, 2020) auf und aktualisiert sie. Ferner stellt er kurz die Analyseverfahren und die wichtigsten Ergebnisse nach Abschluss des zweiten und letzten Monitoringjahres dar. Die detaillierten Ergebnisse wurden dem Auftraggeber in Form von Excel-Tabellen geliefert.

Die Zahlen am Ende des ersten Jahres (2019) haben gezeigt, dass die Einführung einer gesamtschweizerischen Liste ambulant durchzuführender Eingriffe die erwartete Wirkung erzielt (Roth & Pellegrini, 2020), nämlich:

- Ein Rückgang der Anzahl stationärer Eingriffe in einem höherem Ausmass als in den Vorjahren;
- Ein Anstieg der Anzahl ambulanter Eingriffe bei der Mehrheit der untersuchten Eingriffsgruppen;
- Ein Rückgang der stationären Kosten und ein Anstieg der ambulanten Kosten von geringerer Bedeutung; Ein Rückgang der Ausgaben für die Kantone und ein leichter Anstieg für die OKP;

Das zweite Jahr des Monitorings (2020) wird leider stark von den Folgen der sanitären Krise im Zusammenhang mit Covid-19 beeinflusst. Die diesem Bericht zugrunde gelegte Hypothese ist, dass die Krise zu einem Rückgang der Aktivität in Privatpraxen

und Spitälern geführt hat, insbesondere während des Verbots von nicht dringenden Eingriffen und Behandlungen (vom 17. März bis 26. April 2020), das folglich einen allgemeinen Rückgang der Anzahl stationärer und ambulanter Eingriffe bedingte.

Grundsätzlich bestätigen sich die 2019 beobachteten Trends auch im zweiten Monitoringjahr. Seit Inkrafttreten der KLV-Regelung zu AvS ist die stationäre Leistungserbringung in jeder der sechs Eingriffsgruppen zurückgegangen. Ihr Rückgang liegt zwischen -26% (Meniskektomie) und -59% (Hämorrhoiden) und damit über den Werten der vorangegangenen Jahre. Der bereits laufende Prozess der Verlagerung in den ambulanten Bereich wurde mit der Einführung der Liste beschleunigt. Die Rate der ambulant durchgeführten Eingriffe ist seit 2019 bei der Mehrheit der analysierten Eingriffsgruppen gestiegen.

Der Anteil Eingriffe, für die eine stationäre Durchführung nachgewiesenermassen gerechtfertigt ist, variiert stark je nach betrachteten Kriterien. Unter Berücksichtigung der KLV-Ausnahmekriterien, die anhand von bestehenden Daten analysiert werden können, sowie eines Kriteriums zu Mehrfacheingriffen, ergibt sich je nach Eingriffsgruppe ein Anteil zwischen 43% und 95% gerechtfertigterweise stationär durchgeführter Eingriffe. Diese Ergebnisse sollten jedoch mit Vorsicht interpretiert werden, da vereinzelt Kriterien in dieser Analyse nicht erfasst werden können.

Die Gesamtkosten für die sechs Eingriffsgruppen sind seit 2019 um 60 Millionen Franken gesunken. Die Kosten zulasten der Kantone sind um 48 Millionen Franken (-42%) und die Kosten zulasten der OKP um 11 Millionen Franken (-5%) gesunken. Der Rückgang der Ausgaben zulasten der OKP beschränkt sich auf das Jahr 2020 (2019 gab es einen leichten Anstieg). Dabei handelt es sich wahrscheinlich um eine Folge der Covid-19-Krise.

Vergleicht man jedoch die Entwicklung im ersten Jahr nach Inkrafttreten der KLV-Änderung (2019) mit der Entwicklung im zweiten Jahr (2020), so zeigen sich Trendveränderungen:

- Der Rückgang der stationären Leistungserbringung ist weniger ausgeprägt.
- Die ambulante Leistungserbringung geht bei den meisten der Eingriffsgruppen zurück, während sie 2019 zunahm. Dieser Rückgang führt zu einer Abnahme der ambulanten Kosten im Jahr 2020.

Es ist schwierig zu ermitteln, inwiefern diese Entwicklungen auf die KLV-Änderung oder auf die Covid-19-Krise zurückzuführen sind. Vermutlich ist jedoch der Rückgang der Rate ambulanter Eingriffe im Jahr 2020 als Folge der Covid-19-Krise zu sehen.

Mögliche Gründe für die Entwicklung der Rate der stationären Eingriffe sind hingegen schwieriger zu eruieren.

Auch wenn sich die Indikatoren im Zeitraum 2019-2020 in die durch die Einführung einer national einheitlichen Liste gewünschte Richtung entwickeln, wären zusätzliche Analysen interessant, um die Auswirkungen der Liste klar von denen der Covid-19-Krise abgrenzen zu können. Die für 2022 geplante Evaluation sollte einige Antworten dazu liefern. Um sicherzustellen, dass sich die Indikatoren weiterhin in die gewünschte Richtung entwickeln, wäre es zudem sinnvoll, das Monitoring für das Jahr 2021, das weniger durch die Covid-19-Krise beeinflusst wurde, fortzusetzen. Ebenfalls interessant wäre es, weitere verlagerbare Eingriffe zu untersuchen, um zu sehen, ob sie sich spontan in den ambulanten Bereich verlagern oder ob sich eine Erweiterung der Liste als notwendig erweisen könnte.

1 Introduction

1.1 Contexte

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 font l'objet d'un monitoring (OFSP 2019). L'évolution des éléments suivants est observée :

1. le nombre d'interventions ambulatoires et stationnaires;
2. les coûts;
3. la qualité des traitements concernés;
4. les processus administratifs de facturation et de vérification.

Ce monitoring porte sur les deux années qui suivent l'introduction de la modification de l'ordonnance précitée, soit les années 2019 et 2020. Un premier rapport a présenté les résultats pour l'année 2019 (Roth & Pellegrini, 2020). Ce second et dernier rapport de monitoring en reprend et actualise les principaux indicateurs.

L'année 2020 est malheureusement fortement impactée par les conséquences de la crise sanitaire de la Covid-19. L'hypothèse retenue est que la crise a engendré une baisse de l'activité en cabinets privés et de l'activité hospitalière, notamment pendant l'interdiction des interventions et traitements non urgents (du 17 mars au 26 avril 2020), et ainsi provoqué une diminution générale du nombre d'interventions stationnaires et ambulatoires¹. Avec les données à disposition, il est difficile de distinguer les évolutions dues à la modification de l'OPAS de celles dues à la crise sanitaire. Les résultats doivent être interprétés avec précaution en gardant à l'esprit la situation exceptionnelle prévalant 2020.

À l'issue de ce monitoring, l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) réalisera une évaluation. Ces résultats permettront de

décider si et comment il convient de renforcer ou d'adapter la réglementation « L'ambulatoire avant le stationnaire ».

1.2 Mandat

Dans le cadre du monitoring précité, l'OFSP a mandaté l'Observatoire suisse de la santé (Obsan) pour livrer des informations chiffrées concernant les points 1 et 2 ci-avant, à savoir :

- 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 à l'issue de la seconde et dernière année du monitoring.

Concrètement, les questions auxquelles cherche à répondre la présente analyse sont les suivantes (voir [cahier des charges](#)):

1. Transfert de prestations vers le secteur ambulatoire: comment le nombre d'interventions ambulatoires et stationnaires évolue-t-il selon le type de prestataire (type d'hôpital, public, privé) et selon le type d'assurance du patient (assurance de base versus assurance complémentaire)?
2. Quels sont les conséquences sur les coûts pour les cantons, les assureurs-maladie, les prestataires de soins ainsi que sur les coûts totaux?
3. Quelles sont les raisons invoquées pour une prise en charge stationnaire (critères selon l'annexe 1a de l'OPAS, autres raisons, complications, ...)?

¹ Selon [une étude de l'OFS](#), 90% des cabinets médicaux ont connu une réduction de leur activité en 2020. D'après un [communiqué de l'OFS](#), le nombre de personnes hospitalisées a diminué de 5,8% en

2020 (maison de naissance et hôpitaux). Selon une autre [étude de PWC et de SpitalBenchmark](#), le volume de prestations des hôpitaux a baissé de près de 5% en soins aigus.

1.3 Rappel des principaux résultats de la première année du monitoring

Au terme de la première année d'application (2019), les résultats ont montré que l'introduction d'une liste fédérale d'interventions devant être effectuées en ambulatoire obtient les effets escomptés, à savoir :

- une diminution du nombre et du taux d'interventions stationnaires dans des proportions supérieures aux années précédentes;
- une augmentation du taux d'interventions ambulatoires pour la majorité des groupes d'interventions analysés;
- Une diminution des coûts stationnaires et une augmentation des coûts ambulatoires de moindre importance, permettant une diminution des dépenses de santé de 34 millions de francs;
- une diminution des dépenses pour les cantons (-35 millions; -30%) et une légère augmentation pour l'AOS (+0,6 million; +0,25%).

Le présent rapport montre si les évolutions 2019 se confirment sur la période couvrant les deux années suivant l'introduction de la modification de l'OPAS et compare l'évolution des deux années suivant l'entrée en vigueur de la modification de l'OPAS (2019 et 2020).

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 thématique du chapitre 5 n'était pas traitée dans le premier rapport de monitoring (Roth & Pellegrini, 2020) et les résultats cantonaux présentés dans le premier rapport n'ont pas été actualisés, selon les souhaits du mandant. La synthèse tire un bilan au terme de la deuxième 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'intervention 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).
- 1.6 Une hausse des durées de séjour des cas hospitalisés (hypothèse que ceux-ci sont en moyenne plus sévères)
- 1.7 Une diminution des entrées en fin de journée à l'hôpital (à partir de 16 heures)

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

Les analyses concernent la liste de six groupes d'interventions mentionnée [au tableau I de l'annexe 1a de l'OPAS](#) (voir première colonne du tableau T1). Pour la présentation des résultats, le groupe d'interventions « arthroscopies du genou, y c. opérations du ménisque » est désagrégée en deux interventions et le groupe d'interventions « examens et interventions au niveau du col utérin ou de l'utérus » en trois interventions. Cette désagrégation permet d'obtenir des groupes plus homogènes du point de vue médical. Au total, l'analyse porte donc sur neuf groupes d'interventions (T 3.1).

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

T 3.1 Liste des interventions analysées

Groupe d'interventions	Libellé
Opérations unilatérales des veines variqueuses des membres inférieurs	Varices
Interventions pour hémorroïdes	Hémorroïdes
Opérations unilatérales de hernies inguinales	Hernies inguinales
Examens / interventions au niveau du col utérin ou de l'utérus	<ul style="list-style-type: none"> Col utérin Examens de l'utérus Curetage
Arthroscopies du genou, y c. opérations du ménisque	<ul style="list-style-type: none"> Méniscectomie Arthroscopie du genou
Opérations sur des amygdales et des végétations adénoïdes	Amygdalectomie

Source: présentation propre sur la base du tableau I de l'annexe 1a, OPAS

© Obsan 2021

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 neuf groupes d'interventions sont identifiées dans le PT grâce aux positions TARMED. Ces positions ont été définies par l'OFSP.

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.
- 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 2020.
- 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.

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

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

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, un baserate médian de 9600 francs⁵ 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 toutes les années de 2015 à 2020.

La participation cantonale au financement des coûts du secteur stationnaire s'obtient en multipliant les coûts du secteur stationnaire par 0,55⁷. 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.

⁵ Valeur estimée d'après les données de HSK sans les maisons de naissance et les établissements avec tarification au forfait journalier. Le baserate médian est identique pour les années 2015 à 2020.

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 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

Deux ans après son introduction, la modification de l'OPAS ([art. 3c](#) et [annexe 1a](#)) a engendré les effets attendus en termes de transfert de prestations vers le secteur ambulatoire, à savoir :

- une diminution de la prise en charge stationnaire, comprise entre -26% (*ménissectomie*) et -58% (*hémorroïdes* et *amygdalectomie*).
- une augmentation de la prise en charge ambulatoire pour la majorité des groupes d'interventions analysés.

Par rapport à 2019, on observe en 2020 :

- Une baisse moins prononcée de la prise en charge stationnaire.
- Un changement de tendance dans l'évolution de la prise en charge ambulatoire. Elle passe d'une augmentation à une diminution. La crise de la Covid-19 peut en être la raison.

Ce chapitre présente l'évolution des taux standardisés d'interventions stationnaires, ambulatoires et totales (stationnaires et ambulatoires). Dans un premier temps, l'évolution des taux sera comparée entre la période avant et après la modification de l'OPAS. Dans un second temps, afin de considérer la crise de la Covid-19, l'évolution des taux est comparée entre la première année après la modification de l'OPAS (2019) et la deuxième année (2020).

4.1 Évolution dans le secteur hospitalier stationnaire

Comparaison avant/après la modification de l'OPAS

Il est attendu de la modification de l'OPAS ([art. 3c](#) et [annexe 1a](#)) qu'elle amène, dès 2019, une baisse du nombre d'interventions effectuées dans le secteur stationnaire, se traduisant par une baisse des taux standardisés d'interventions stationnaires. Cette évolution est effectivement observée pour chacun des neuf

groupes d'interventions analysés (G 4.1). Depuis 2019, la baisse annuelle moyenne la plus importante est de 35% (pour quatre groupes d'interventions *amygdalectomie*, *hémorroïdes*, *hernies inguinales* et *varices*) et la plus faible est de 14% (*arthroscopie du genou*) (T 4.1, colonne (2)).

Cette diminution intervient dans un contexte préexistant de transfert vers l'ambulatoire et de diminution du taux standardisé d'interventions stationnaires (G 4.1). Celui-ci était en effet déjà en baisse sur la période 2015⁸-2018, avec des valeurs comprises entre 5% (*amygdalectomie* et *arthroscopie du genou*) et 19% (*varices*) (T 4.1, colonne (3)). Pour chacun des neuf groupes d'interventions analysés, la baisse annuelle moyenne du taux d'interventions stationnaires après la modification de l'OPAS est plus forte que la baisse moyenne annuelle avant la modification (période 2015-2018), signalant une accélération du transfert vers l'ambulatoire depuis l'introduction de la modification de l'OPAS.

T 4.1 Variation du taux standardisé d'interventions stationnaires, Suisse, de 2015 à 2020

Groupes d'interventions	TCAM		Variation		
	2019-2020	2015-2018	2019	2020	Période 2019-2020
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
Amygdalectomie ●	-35%	-5%	-37%	-33%	-58%
Arthroscopie du genou ●	-14%	-5%	-17%	-11%	-26%
Ménissectomie ●	-28%	-16%	-42%	-12%	-49%
Col utérin ●	-29%	-12%	-37%	-21%	-50%
Curetage ●	-23%	-13%	-28%	-17%	-40%
Examens de l'utérus ●	-15%	-9%	-18%	-13%	-28%
Hernies inguinales ●	-35%	-15%	-47%	-20%	-57%
Hémorroïdes ●	-35%	-9%	-49%	-18%	-58%
Varices ●	-35%	-19%	-33%	-36%	-57%

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. ● Evolution conforme aux attentes : la diminution après la modification de l'OPAS est plus prononcée qu'avant.

Source: OFS – Statistique médicale des hôpitaux

© Obsan 2021

⁸ L'analyse mandatée porte sur les années 2015–2018. Il est cependant possible que la baisse du taux standardisé d'interventions ait commencé avant.

Comparaison 2019 et 2020

En 2020, le taux standardisé d'interventions stationnaires a baissé pour tous les groupes d'interventions et ce de manière plus prononcée qu'entre 2015 et 2018 (T 4.1, colonnes (3) et (5)). Cette nouvelle baisse est un signe que le potentiel de transfert n'était pas complètement épuisé. Par contre, la baisse est moins prononcée en 2020 qu'en 2019 pour tous les groupes d'interventions, à l'exception des *varices*. C'est certainement le signal d'un retour progressif à l'évolution qui prévalait avant la modification de l'OPAS (évolution 2015-2018).

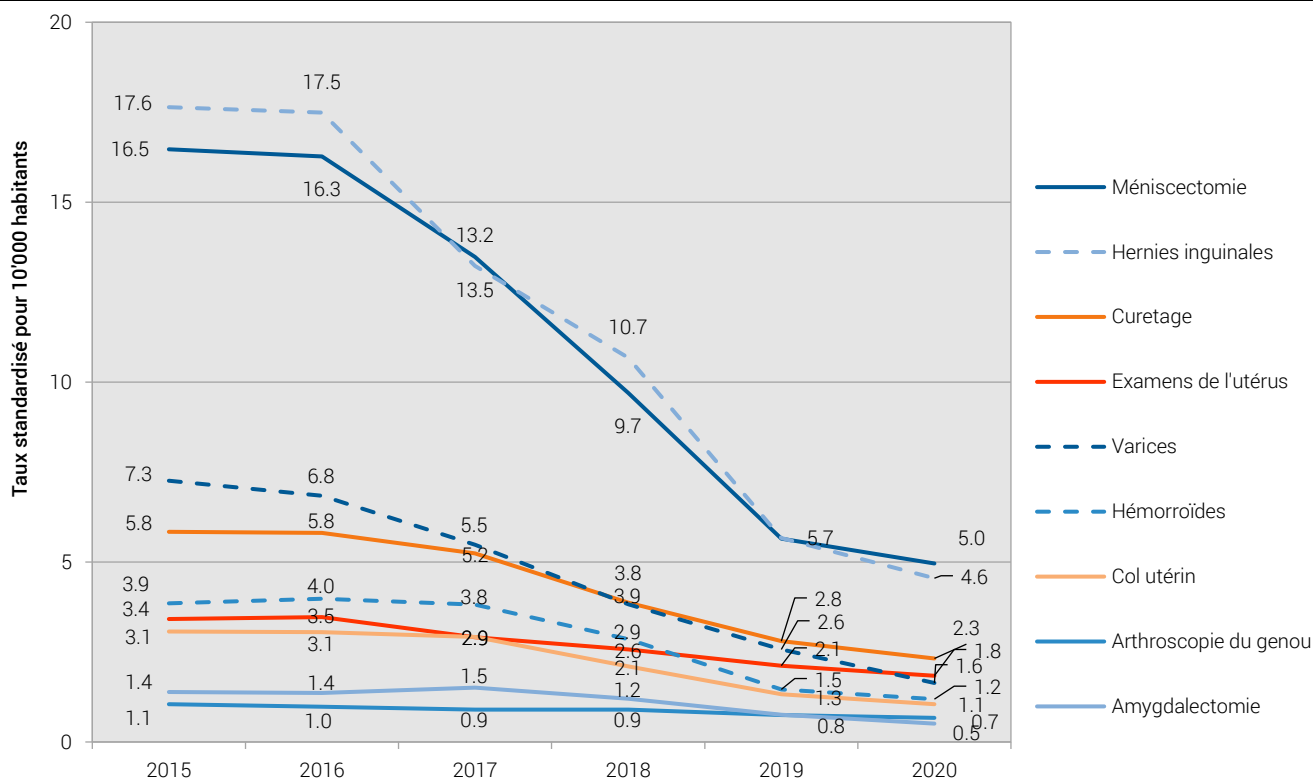
L'interdiction des interventions et traitements non urgents pendant la première vague de la crise de la Covid-19 devrait avoir eu pour conséquence une diminution du nombre d'interventions stationnaires. Les analyses effectuées dans le cadre de ce monitoring ne permettent pas d'isoler les effets du Covid de l'effet de la modification de l'OPAS. On peut supposer « qu'en temps normal », le taux standardisé d'interventions aurait moins baissé et se serait plus approché de son évolution d'avant la modification de l'OPAS (2015-2018).

4.2 Évolution dans le secteur ambulatoire (hôpitaux et cabinets)

Comparaison avant/après la modification de l'OPAS

Avec la modification de l'OPAS, on s'attend à ce que les interventions soient transférées du milieu stationnaire vers le milieu ambulatoire, faisant augmenter ou baisser de manière moins prononcée le taux d'interventions ambulatoires par rapport à l'évolution avant la modification de l'OPAS (2015-2018). Cette évolution est effectivement observée pour six des neuf groupes d'interventions analysés (G 4.2). Pour les cinq groupes suivants : *arthroscopie du genou, ménissectomie, hernies inguinales, hémorroïdes* et *varices* l'augmentation du taux d'interventions a été plus forte après la modification de l'OPAS (T 4.2, colonne (2) et (3)). Alors que pour le groupe *examens de l'utérus* la baisse du taux d'interventions a été moins prononcée après la modification de l'OPAS. Pour les trois autres groupes, *amygdalectomie, curetage* et *examens de l'utérus* l'évolution du taux d'interventions n'est pas compatible avec un transfert du stationnaire vers l'ambulatoire, puisqu'il baisse ou augmente moins fortement après la modification de l'OPAS qu'avant.

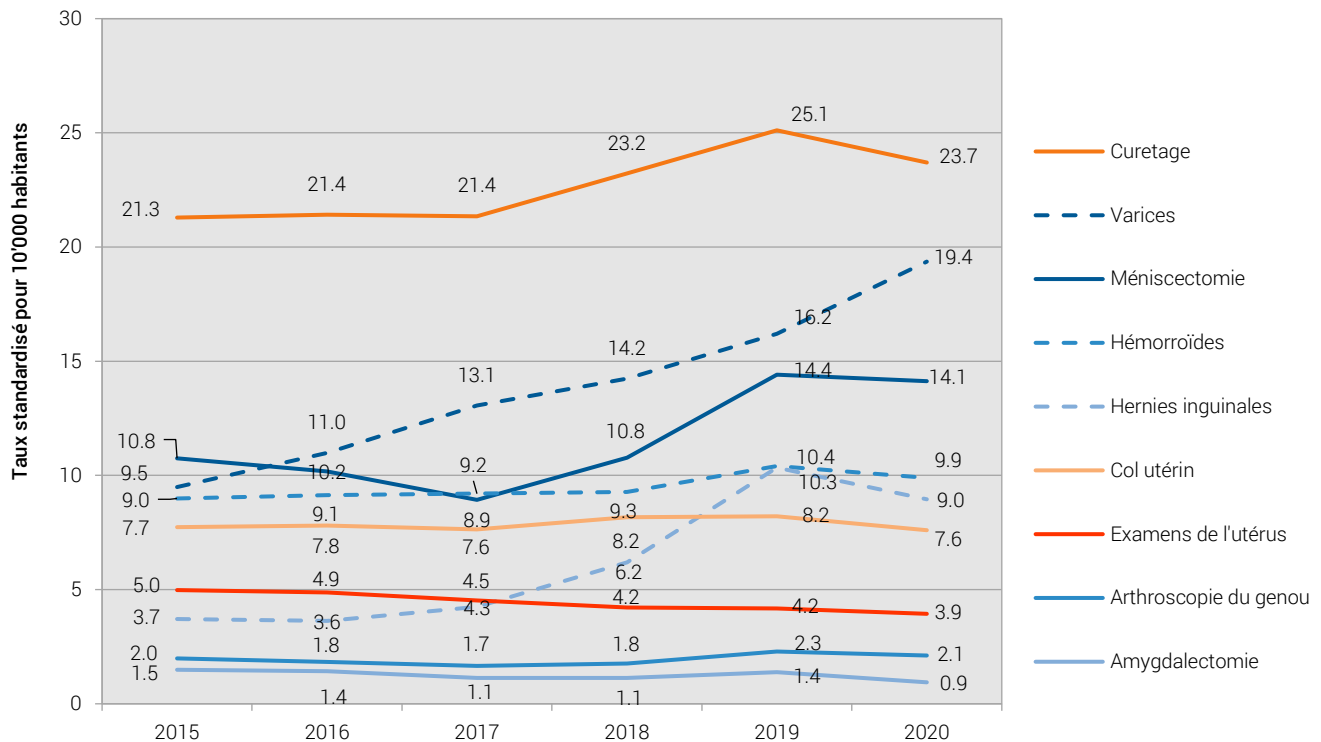
G 4.1 Taux standardisé d'interventions stationnaires, Suisse, de 2015 à 2020



Source: OFS – Statistique médicale des hôpitaux

© Obsan 2021

G 4.2 Taux standardisé d'interventions ambulatoires, Suisse, de 2015 à 2020



Source: OFS – Statistique médicale des hôpitaux

© Obsan 2021

Comparaison 2019 et 2020

Néanmoins, il ne faut pas tirer de conclusion trop hâtives, car l'évolution en 2020 est certainement affectée par la crise de la Covid-19. En effet, cette année-là, le taux d'interventions ambulatoire standardisé a en général diminué. Cela concerne tous les groupes d'interventions, à l'exception des varices (T 4.2, colonne (5)). Ceci alors qu'en 2019, tous les groupes d'interventions avaient connu une hausse du taux standardisé (à l'exception du groupe examens de l'utérus (T 4.2, colonne (4))).

Il est donc probable que la baisse du taux standardisé ambulatoire observée en 2020 soit une conséquence de l'arrêt de l'activité hospitalière à cause de la crise de la Covid-19. Ainsi, en temps « normal », le taux d'interventions ambulatoires aurait probablement continué d'augmenter en 2020. Une poursuite du monitoring pour les années 2021 et 2022 permettrait de clarifier ce point.

T 4.2 Variation du taux standardisé d'interventions ambulatoire, Suisse, de 2015 à 2020

Groupes d'interventions	TCAM		Variation		
	2019–2020	2015–2018	2019	2020	Période 2019-2020
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
Amygdalectomie ●	-9%	-9%	22%	-32%	-18%
Arthroscopie du genou ●	9%	-4%	30%	-8%	20%
Méniscectomie ●	15%	0%	34%	-2%	31%
Col utérin ●	-4%	2%	0%	-7%	-7%
Curetage ●	1%	3%	8%	-6%	2%
Examens de l'utérus ●	-3%	-6%	-1%	-6%	-6%
Hernies inguinales ●	20%	18%	67%	-13%	45%
Hémorroïdes ●	3%	1%	12%	-5%	7%
Varices ●	17%	14%	14%	20%	36%

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. ● évolution conforme aux attentes de la modification de l'OPAS, ● non conforme.

Source: OFS – Statistique médicale des hôpitaux

© Obsan 2021

4.3 Évolution cumulée des secteurs stationnaire et ambulatoire (total)

En principe, le transfert du stationnaire vers l'ambulatoire ne devrait pas avoir d'influence sur le taux total d'interventions (cumul des interventions stationnaires et ambulatoires). Le taux total d'interventions devrait rester stable ou suivre la tendance passée.

Pour trois des neuf groupes d'interventions étudiés, la variation du taux total d'interventions après la modification de l'OPAS est comparable à celle avant la modification⁹ (T 4.3, colonnes (2) et (3)) : *examens de l'utérus, hernies inguinales, hémorroïdes*. Pour quatre groupes d'interventions *arthroscopie du genou, ménissectomie, curetage et varice*, la variation du taux total d'interventions après la modification de l'OPAS est proche de celle qui s'observait avant la modification. Pour les groupes d'interventions *amygdalectomie* et *col utérin* la diminution est plus marquée après la modification de l'OPAS qu'avant. 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) et que l'année 2020 est impactée par la Covid-19.

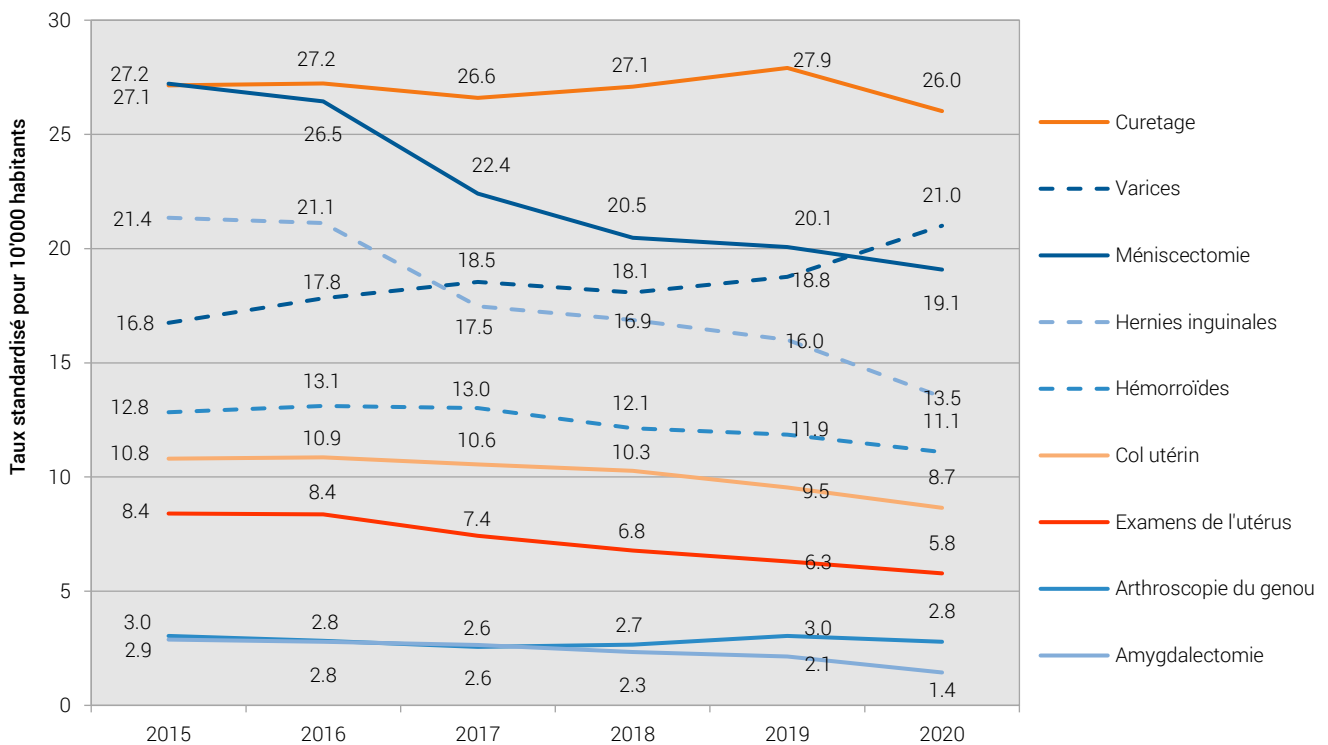
T 4.3 Variation du taux total standardisé d'interventions, Suisse, de 2015 à 2020

Groupes d'interventions	TCAM		Variation		
	2019-2020	2015-2018	2019	2020	Période 2019-2020
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
Amygdalectomie	-22%	-7%	-9%	-33%	-38%
Arthroscopie du genou	2%	-4%	14%	-9%	5%
Ménissectomie	-3%	-9%	-2%	-5%	-7%
Col utérin	-8%	-2%	-7%	-9%	-16%
Curetage	-2%	0%	3%	-7%	-4%
Examens de l'utérus	-8%	-7%	-7%	-8%	-15%
Hernies inguinales	-11%	-8%	-5%	-16%	-20%
Hémorroïdes	-4%	-2%	-2%	-6%	-9%
Varices	8%	3%	4%	12%	16%

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

Source: OFS – Statistique médicale des hôpitaux © Obsan 2021

G 4.3 Taux total standardisé d'interventions, Suisse, de 2015 à 2020



Source: OFS – Statistique médicale des hôpitaux

© Obsan 2021

⁹ C'est-à-dire que la variation moyenne annuelle 2018-2020 se situe dans l'intervalle de la variation moyenne annuelle 2015-2018 +/- un écart-type des variations annuelles 2015-2018.

4.4 Évolution de la proportion d'interventions en ambulatoire

Comme le taux d'interventions stationnaire baisse et le taux d'interventions ambulatoire à tendance augmenter, la proportion d'interventions ambulatoires augmente pour tous les groupes d'interventions analysés (G 4.4). L'augmentation annuelle moyenne depuis l'introduction de la modification de l'OPAS est très marquée pour les groupes d'interventions *hernies inguinales* (+34%), *ménissectomie* (+19%) et *amygdalectomie* (+16%).

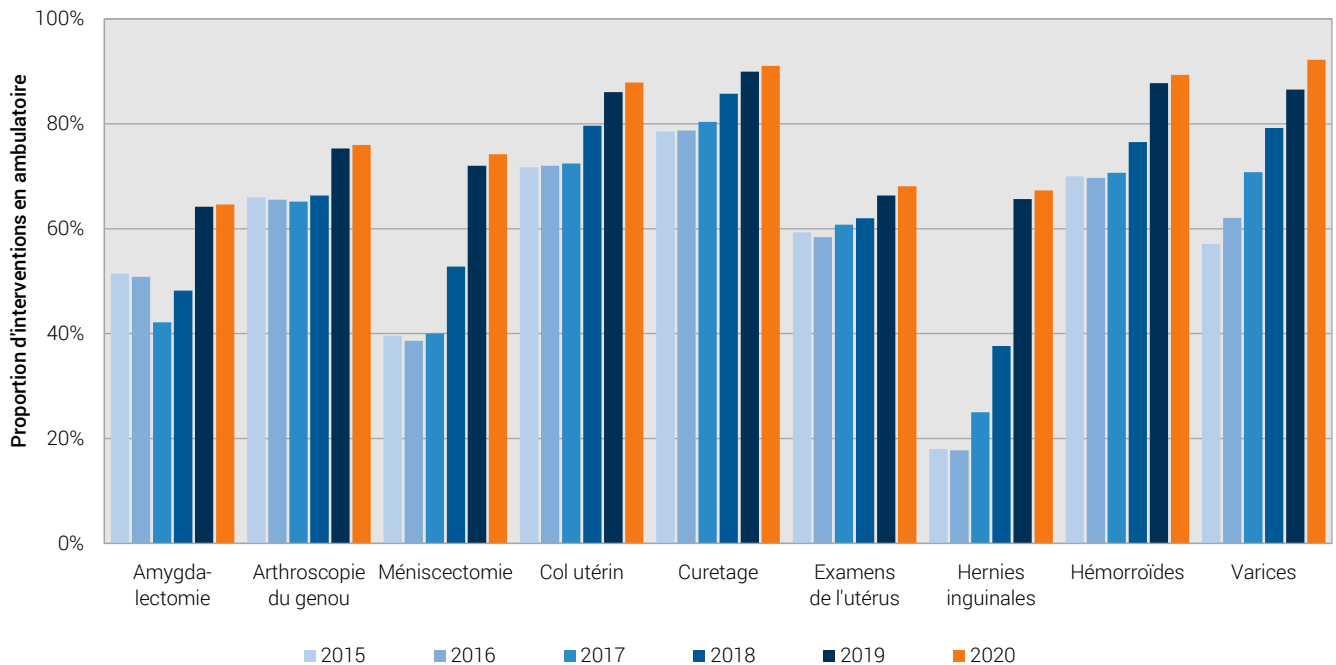
Cette augmentation accentue la tendance à la hausse de la proportion d'interventions ambulatoires. C'est-à-dire que la variation moyenne depuis 2019 est plus forte que la variation moyenne entre 2015 et 2018 pour tous les groupes

d'interventions, sauf pour les *varices*. Pour ce dernier groupe, la variation moyenne entre 2015 et 2018 (+12%) est légèrement supérieure à celle depuis 2019 (+8%).

Notons encore que l'augmentation de la proportion d'interventions ambulatoires est particulièrement marquée en 2019, alors qu'en 2020, l'augmentation est plus marginale et se situe aux alentours de 2%, sauf pour les *varices* (+7%).

A minima, 65%-70% des interventions sont réalisées de manière ambulatoire pour les trois groupes d'interventions *amygdalectomie*, *examens de l'utérus* et *hernies inguinales*. Les groupes *Curetage* et *varices* dépassent 90% d'interventions ambulatoires.

G 4.4 Proportion d'interventions ambulatoires, Suisse, de 2015 à 2020



Sources: OFS – Statistique médicale des hôpitaux, SASIS AG – Tarifpool

© Obsan 2021

5 Justification d'une prise en charge stationnaire

Les résultats en bref

La proportion d'interventions justifiées pour une prise en charge stationnaire varie fortement selon les critères considérés. Puisque certains critères échappent à l'analyse faute d'être répertoriés dans les données, il faut interpréter ces résultats avec précaution. 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 43% à 95% selon le groupe d'interventions.

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 définis¹⁰. 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.

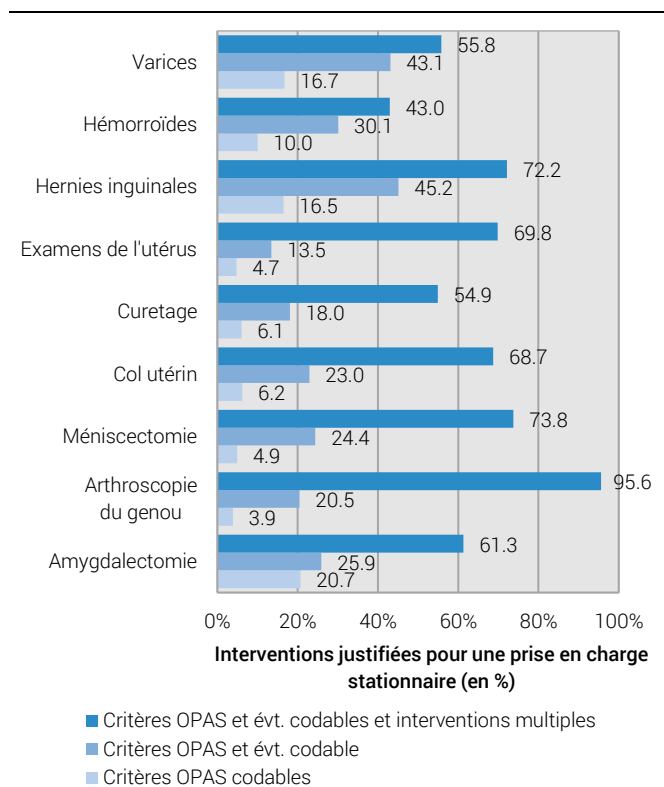
D'autres critères qui ne figurent pas dans l'OPAS pourraient justifier une prise en charge stationnaire : par exemple une intervention multiple. Ici, une intervention multiple est définie comme une hospitalisation cumulant un traitement listé dans l'Annexe 1 OPAS (sous forme de code CHOP) et un ou plusieurs 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 2020, la proportion d'interventions stationnaires justifiées par un des « critères OPAS codables » se situe entre 4%

(arthroscopie du genou) et 21% (amygdalectomie) en 2020 (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 43% (hémorroïdes) et 96% (arthroscopie du genou).

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, 2020



Sources: OFS – Statistique médicale des hôpitaux, SASIS AG – Tarifpool © Obsan 2021

¹⁰ 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, 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 59 millions de francs;
- une diminution des dépenses pour les cantons (-48 millions; -42%) et pour l'AOS (-11 millions; -5%);
- la diminution des dépenses à charge de l'AOS se limite à 2020 (il y avait une légère augmentation en 2019). Il s'agit vraisemblablement d'une conséquence de la crise sanitaire liés à la Covid-19.

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. Les effets attendus sont les suivants. Du fait de la diminution du nombre d'interventions stationnaires, les coûts stationnaires devraient baisser, tandis que l'augmentation des interventions ambulatoires devrait faire augmenter les coûts ambulatoires. Sur la base des résultats du Dossier Obsan 63 (Roth & Pellegrini, 2018), les coûts totaux (stationnaire et ambulatoire) devraient diminuer, les interventions ambulatoires étant en moyenne moins coûteuses.

Du point de vue des financeurs et toujours sur la base des résultats du Dossier Obsan 63, on prévoit une diminution des coûts à la charge des cantons et à une neutralité des coûts pour l'AOS.

Comme nous l'avons vu dans les chapitres précédents, les conséquences de la crise de la Covid-19 sur le nombre d'interventions ne sont pas quantifiables dans le cadre de cette étude. Néanmoins, selon l'hypothèse retenue d'une baisse du nombre d'interventions, les coûts devraient eux aussi baisser.

De manière générale, l'évolution des coûts est conforme aux prévisions tant du point de vue des coûts que des financeurs (G 6.1).

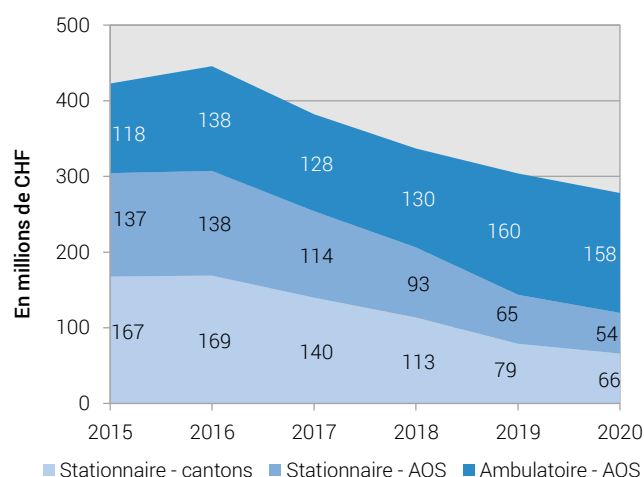
Du point de vue des coûts, depuis la modification de l'OPAS, les coûts totaux liés aux neuf groupes d'interventions analysés ont diminué de 337 à 278 millions de francs (-59 millions), les

coûts stationnaires ont diminué également, passant de 206 à 120 millions de francs (-86 millions), tandis que les coûts ambulatoires ont augmenté de 130 à 158 millions de francs (+28 millions)¹¹. Ces tendances, à savoir une diminution des coûts totaux et des coûts stationnaires et une augmentation des coûts ambulatoires sont déjà en cours depuis 2016.

On note un ralentissement de la baisse des coûts stationnaires en 2020 (-17%) par rapport à 2019 (-30%) et une diminution des coûts ambulatoires en 2020 (-1%) alors qu'ils avaient fortement augmenté en 2019 (+23%). Cette légère diminution est conforme avec la diminution du recours présenté au chapitre 4 et est certainement due à la crise sanitaire de la Covid-19.

Du point de vue des financeurs, les coûts à charge des cantons diminuent de 114 millions de francs à 66 millions entre 2018 et 2020 (-48 millions; -42%). Les coûts à charge de l'AOS diminuent de 223 millions francs à 212 millions (-11 millions; -5%). Comparé à la tendance depuis 2015, les coûts à charge des cantons diminuent plus fortement entre 2018 et 2020, alors que la diminution des coûts à charge de l'AOS depuis 2018 est plus faible que celle des années précédentes.

G 6.1 Répartition des coûts par financeur, pour les neuf groupes d'interventions, Suisse, de 2015 à 2020



Sources: OFS – Statistique médicale des hôpitaux, SASIS AG – pool tarifaire © Obsan 2021

ambulatoires ont tendance à diminuer pour la majorité des groupes d'interventions.

¹¹ Selon les analyses effectuées avec les données PSA (données des patients ambulatoires des hôpitaux, OFS), les coûts moyens

7 Synthèse

L'introduction, avec effet au 1er janvier 2019, d'une liste fédérale des interventions devant être effectuées de manière ambulatoire obtient les effets escomptés. Au terme de la deuxième année d'application, le nombre et le taux d'interventions stationnaires a reculé dans chacun des six groupes d'interventions ciblés. Le recul se situe dans une proportion comprise entre 26% (*méniscectomie*) et 59% (*hémorroïdes*), des valeurs supérieures à celle des années précédentes. La liste a eu pour effet d'accélérer le processus de transfert vers l'ambulatoire déjà en cours.

La proportion d'interventions justifiées pour une prise en charge stationnaire varie fortement selon les critères retenus. 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 43% à 95% selon le groupe d'interventions. Puisque certains critères échappent à l'analyse, il faut interpréter ces résultats avec précaution.

Les coûts totaux liés à ces interventions ont diminué de 59 millions de francs depuis 2019. Les coûts à charge des cantons ont diminué de 48 millions de francs (-42%) et ceux à charge de l'AOS de 11 millions de francs (-5%). La diminution des dépenses à charge de l'AOS se limite à 2020 (il y avait une légère augmentation en 2019). Il s'agit vraisemblablement d'une conséquence de la crise de la Covid-19.

Une poursuite du monitoring au-delà des deux années prévues initialement permettrait d'avoir plus de recul et montrerait si les tendances de 2019 se poursuivent en 2021 et 2022. Les chiffres 2020 sont en effet impactés par la suspension des interventions non urgentes dans le cadre des mesures « Covid », ce qui rend des conclusions définitives délicates à tirer. Il serait aussi intéressant de monitorer d'autres interventions transférables du stationnaire à l'ambulatoire et voir si la modification de l'OPAS a amené un transfert spontané ou si un élargissement de la liste s'avérerait nécessaire.

8 Bibliographie

Eurostat (2013). Revision of the European Standard Population, eurostat methodologies and working papers, eurostat 2013, p.121.

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/medienmitteilung.assetdetail.17844887.html>.

OFS (2021). Statistique des établissements hospitalier 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_publikation.pdf?v=1591328614_s.152

OFSP (2019). Konzept Monitoring «Ambulant vor Stationär» (AvS). Version du 11.04.2019

OFSP (2020). L'ambulatorio avant le stationnaire. <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/versicherungen/krankensversicherung/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'ambulatorio. 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.

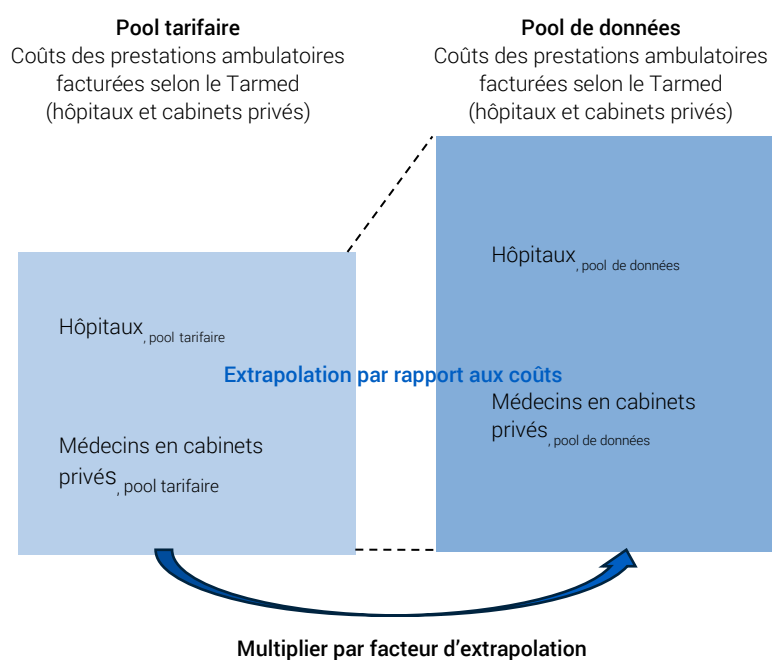
Roth, S. & Pellegrini, S. (2020). L'ambulatorio avant le stationnaire. Monitoring de la limitation de la prise en charge stationnaire pour une sélection d'interventions électives (selon OPAS, art. 3c et annexe 1a). Rapport court établi sur mandat de l'Office fédéral de

la santé publique (OFSP) (Obsan Rapport 14/2020). Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.

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 2021

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 2020

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

Source: SASIS SA – pool tarifaire et pool de données

© Obsan 2021

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)
	24.5610	Arthroscopie du genou
	24.5710	+ Résection partielle ou totale de ménisque interne ou externe lors d'une arthroscopie du genou, par ménisque
Ménisectomie	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
	24.5710	+ Résection partielle ou totale de ménisque interne ou externe lors d'une arthroscopie du genou, par ménisque
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
Curetage	22.0645	Hystérocopie avec curetage et/ou biopsie(s)
	22.1210	Curetage-biopsie ou aspiration diagnostique de l'endomètre
	22.1220	Curetage explorateur fractionné
Examens de l'utérus	22.0605	Hystérocopie diagnostique, sans curetage (également hystérocopie 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 incarcerated 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	Tonsillotomie 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 et 18.1230.25.00	Ablation thermique de la veine saphène (grande ou petite) par laser ou radiofréquence - gauche ou droite
	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 2021

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 20184, âge)
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*
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 -2, -4, -5
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)

© 2021 Obsan



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.