



OBSAN RAPPORT
14/2020

L'ambulatoire avant le stationnaire

Monitorage 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'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.

Impressum

Éditeur

Observatoire suisse de la santé (Obsan)

Mandant

Office fédéral de la santé publique (OFSP)

Auteurs

- Sacha Roth, Obsan
- Sonia Pellegrini, Obsan

En collaboration avec

– Dorota Zglinski, Office fédéral de la santé publique (OFSP)

Série et numéro

Obsan Rapport 14/2020

Référence bibliographique

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.

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

Mise en page/graphiques

Obsan

Page de couverture

Office fédéral de la statistique (OFS), section DIAM, Prepress/Print

Photo de couverture

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

En ligne

www.obsan.ch → Publications

Imprimés

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 2020
La reproduction est autorisée, sauf à des fins commerciales,
si la source est mentionnée.

Numéro OFS

874-2007

ISBN

978-2-940670-10-9

© Obsan 2020



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

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)

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

Neuchâtel 2020

Table des matières

Résumé	3	5	Conséquences sur les coûts	15
Zusammenfassung	4	6	Disparités cantonales	16
1 Introduction	5	7	Synthèse	18
1.1 Contexte	5	8	Bibliographie	19
1.2 Mandat	5	9	Annexes	20
1.3 Structure du document	5	Annexe 1	Extrapolation des données du pool tarifaire	20
2 Effets souhaités de la modification de l'OPAS (art. 3c et annexe 1a)	6	Annexe 2	Positions TARMED analysées	21
2.1 Effets souhaités concernant le transfert de prestations vers le secteur ambulatoire	6	Annexe 3	Critères à satisfaire pour un traitement en milieu stationnaire	23
2.2 Effets souhaités concernant les justifications d'une prise en charge stationnaire	6			
2.3 Effets souhaités concernant les coûts	6			
3 Méthode	7			
4 Transfert de prestations vers le secteur ambulatoire	10			
4.1 Évolution dans le secteur hospitalier stationnaire	10			
4.2 Évolution dans le secteur ambulatoire (hôpitaux et cabinets)	12			
4.3 Évolution cumulée des secteurs stationnaire et ambulatoire (total)	13			
4.4 Évolution de la proportion d'interventions en ambulatoire	14			

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'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'OFSP a mandaté l'Observatoire suisse de la santé (Obsan) d'effectuer un monitoring des évolutions suivantes:

- l'importance du transfert de prestations vers le secteur ambulatoire ;
- les conséquences sur les coûts à charge de l'AOS, des cantons et totaux.
- le transfert de prestations vers le secteur ambulatoire au niveau des cantons.

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

Les chiffres montrent que l'introduction, avec effet au 1^{er} janvier 2019, d'une liste fédérale des interventions devant être effectuées en ambulatoire atteint ses objectifs. Au terme de la première année d'application, le nombre et le taux d'interventions stationnaires ont reculé dans chacun des six groupes d'interventions ciblés. Le recul se situe dans une proportion comprise entre 17% (ménisectomie) et 48% (hémorroïdes), des valeurs supérieures à celle des années précédentes. La liste a eu pour effet d'accélérer un processus de transfert vers l'ambulatoire déjà en cours.

Au niveau cantonal, il existe différents cas de figure dans l'évolution des taux d'interventions stationnaires. Pour les cantons qui avaient déjà introduit leurs propres listes avant 2019 (LU ; AG, BS, VS, ZG, ZH ; JU, NE), le taux d'interventions stationnaires n'a pas autant baissé en 2019 par rapport aux cantons sans liste (il a même parfois augmenté). Cela pourrait être dû au fait que la diminution du taux a eu lieu au moment de l'introduction de la liste cantonale.

Les coûts totaux liés à ces interventions ont diminué de 34 millions de CHF en 2019. Les coûts à charge des cantons ont

diminué de 35 millions (-30%), alors que les coûts à charge de l'AOS ont légèrement augmenté de 0,6 million (+0,25%).

La poursuite du monitoring permettra d'avoir plus de recul et montrera si les tendances de 2019 se poursuivent en 2020. L'analyse sera toutefois impactée par la suspension des interventions non urgentes dans le cadre des mesures « Covid », de sorte que des conclusions définitives seront délicates à tirer.

Zusammenfassung

Am 1. Januar 2019 ist die Regelung in der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) zu «Ambulant vor Stationär» in Kraft getreten ([Artikel 3c](#) und [Anhang 1a](#) KLV). Somit wird bei sechs Gruppen von elektiven Eingriffen nur noch die ambulante Durchführung aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) vergütet, ausser es liegen besondere Umstände vor, die eine stationäre Durchführung erfordern. Die effektiven Auswirkungen dieser Massnahme sollen in einem Monitoring beobachtet werden.

Das BAG hat das Schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan) beauftragt, folgende quantitative Auswirkungen zu monitorisieren:

- Entwicklung der Fallzahlen der definierten ambulanten und stationären Eingriffe bzw. das Ausmass der Verlagerung zur ambulanten Leistungserbringung
- Entwicklung der Kosten für die OKP, die Kantone und total
- Darstellung der Verlagerungseffekte auf Niveau der einzelnen Kantone

Die detaillierten Ergebnisse wurden dem BAG in Form von Excel-Tabellen geliefert. Im vorliegenden Kurzbericht werden die Methodik der Analyse kurz beschrieben und die wichtigsten Ergebnisse des Monitorings zusammengefasst.

Die Zahlen zeigen, dass die Einführung einer gesamtschweizerischen Liste mit elektiven, ambulant durchzuführenden Eingriffen die gewünschte Wirkung zeigt. Im ersten Jahr nach der Einführung der Regelung sind sowohl die Eingriffsraten wie auch die Anzahl der stationären Eingriffe in allen sechs Gruppen der Eingriffe zurückgegangen. Der Rückgang der Eingriffsraten fällt 2019 zwischen 17% (Menishektomie) und 48% (Hämorrhoiden) höher aus, als der Rückgang der Raten in den Jahren zuvor. Die Einführung der Listen hat somit den vorbestehenden Trend zur vermehrt ambulanten Durchführung beschleunigt.

Die Darstellung der Eingriffsraten pro Kanton zeigt zum Teil unterschiedliche Muster. Insbesondere in Kantonen, welche eigene, erweiterte Listen bereits vor 2019 eingeführt hatten (LU; AG, BS, VS, ZG, ZH; JU, NE), sieht man 2019 teilweise nur noch einen kleinen Verlagerungseffekt. Dies könnte darauf zurückzuführen sein, dass die Verlagerung bereits im Vorjahr stattgefunden hatte.

Die Gesamtkosten für die betroffenen Interventionen sind 2019 um 34 Millionen Franken zurückgegangen. Die von den

Kantonen getragenen Kosten sanken um 35 Millionen (-30%), während die von der OKP getragenen Kosten leicht um 0,6 Millionen anstiegen (+0,25%).

Es ist vorgesehen die Analysen zum Monitoring 2020 weiterzuführen, um die Entwicklung der Auswirkungen zu beobachten. Allerdings kann man schon heute sagen, dass die Vergleichbarkeit der Ergebnisse eingeschränkt sein wird, da im Rahmen der Massnahmen zu «COVID» die elektiven Eingriffe zeitweise nicht mehr stattfinden konnten.

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 s'étend sur les deux années qui suivent l'introduction de la modification de l'ordonnance précitée, soit les années 2019 et 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 ». Un premier mandat de l'OFSP, basé sur des données 2015-2016, a estimé le potentiel de transfert du secteur stationnaire vers le secteur ambulatoire et l'impact d'un tel transfert sur les coûts de la santé (Roth & Pellegrini, 2018). Certains points de méthode, notamment les critères justifiant une intervention stationnaire, ont évolué entre ce premier rapport et la présente analyse, rendant difficile les comparaisons entre ces deux analyses.

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-dessus, 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 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.

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 en comparaison régionale (cantons), 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, ...)?

Pour cette dernière question, la méthode appliquée ne permet pas de bien répondre à la question. L'OFSP a décidé d'effectuer des analyses complémentaires ultérieurement.

1.3 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 volumes d'interventions stationnaires, ambulatoires et total), au chapitre 5 (effet sur les coûts et sur les financeurs) et au chapitre 6 (disparités cantonales). La synthèse tire un bilan provisoire au terme de la première 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)¹ 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 2019, le taux de couverture des prestations TARMED était de 98% pour les médecins en cabinets privés et de 96% 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).

¹ 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	Col utérin
	Examens de l'utérus
	Curetage
Arthroscopies du genou, y c. opérations du ménisque	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 2020

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 mère².
- Les accouchements³ 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 2019.
- 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.

² Les nouveau-nés sont définis par un ensemble de DRG.

³ La définition d'un accouchement est celle utilisée par l'Office fédéral de la santé publique dans sa documentation

"Qualitätsindikatoren des Schweizer Akutspitäler 2015".

(http://www.bag-anw.admin.ch/2016_taglab/2016_spitalstatistik/data/download/qip15_spezifikationen_42.pdf?v=1498839218, s. 152)

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, un baserate médian de 9600 CHF⁴ 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)⁵.

La participation cantonale au financement des coûts du secteur stationnaire s'obtient en multipliant les coûts du secteur stationnaire par 0,55⁶. 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 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 2018. Nous ne disposons pas des données 2019 au moment des analyses. Nous avons gardé le même baserate médian que pour les années précédentes.

⁵ Ces estimations ne considèrent pas l'activité en cabinet privé. Cependant, des estimations de Curafutura qui inclues les cabinets privés et l'ambulatoire hospitalier, sont proches de celles obtenues avec PSA.

⁶ 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

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

- une diminution du taux d'interventions stationnaires, comprise entre 17% (*ménisectomie*) et 48% (*hémorroïdes*)
- une augmentation du taux d'interventions ambulatoires pour la majorité des groupes d'interventions analysés.

4.1 Évolution dans le secteur hospitalier stationnaire

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 (G4.1). Cette évolution est effectivement observée pour chacun des neuf groupes d'interventions analysés (G4.1). En 2019, la baisse la plus importante est de près de 50% (pour les deux groupes d'interventions *hémorroïdes* et *hernies inguinales*) et la plus faible de 17% (pour le groupe d'interventions *ménisectomie*) (T 4.1).

Cette diminution intervient dans un contexte préexistant de transfert vers l'ambulatoire et de diminution du taux standardisé d'interventions stationnaire (G4.1). Celui-ci était en effet déjà en

baisse sur la période 2015⁷-2018, avec des valeurs comprises entre 5% (pour les deux groupes d'interventions *amygdalectomie* et *arthroscopie du genou*) et 19% (pour le groupe des *varices*) (T 4.1). Pour chacun des neuf groupes d'interventions analysés, la baisse du taux d'interventions stationnaires observée en 2019 est toutefois plus forte que la baisse moyenne annuelle observée sur la période 2015-2018, signalant une accélération du transfert vers l'ambulatoire.

T 4.1 Variation du taux standardisé d'interventions stationnaires, Suisse, 2015-2019

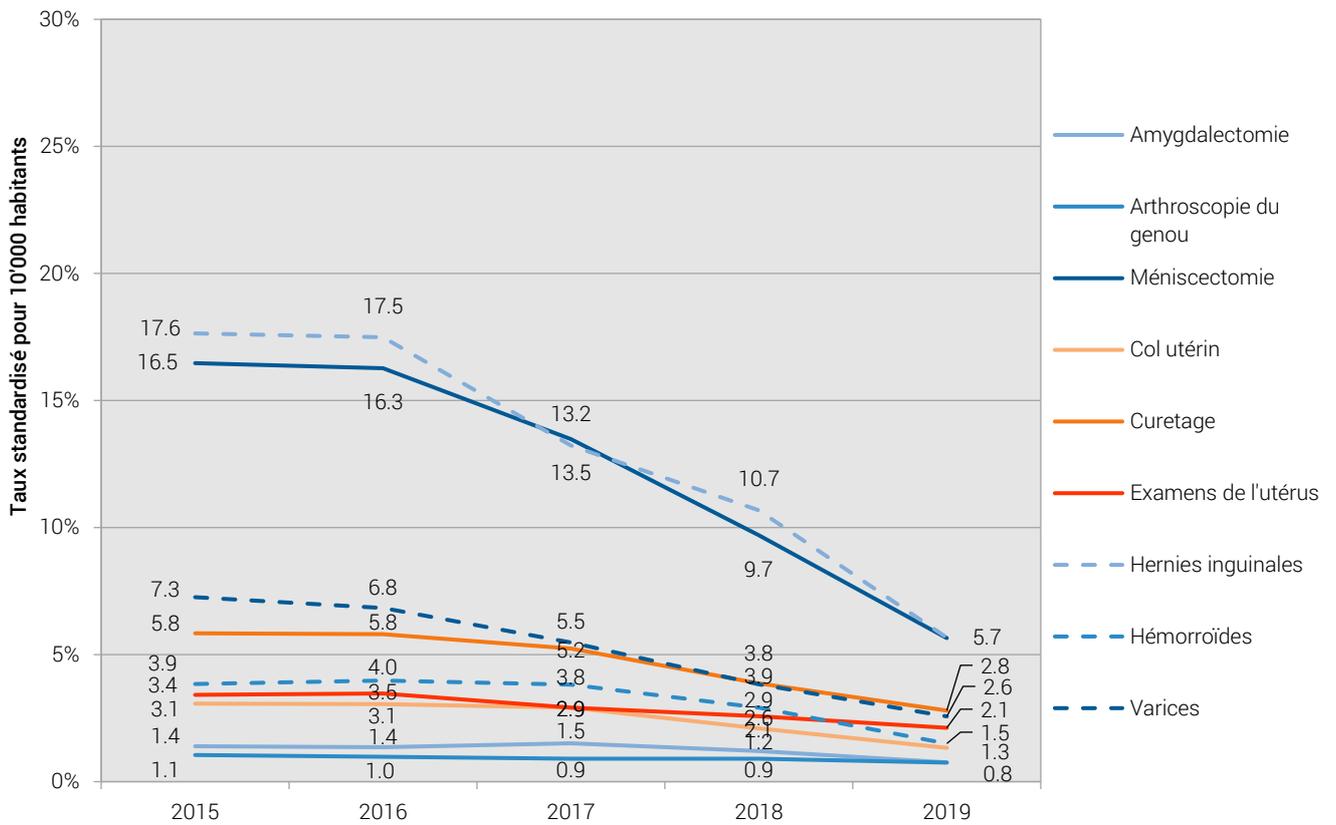
Groupes d'interventions	Δ 2018–2019	TCAM 2015-2018
Amygdalectomie	-37%	-5%
Arthroscopie du genou	-17%	-5%
Ménisectomie	-42%	-16%
Col utérin	-37%	-12%
Curetage	-28%	-13%
Examens de l'utérus	-18%	-9%
Hernies inguinales	-47%	-15%
Hémorroïdes	-48%	-9%
Varices	-33%	-19%

Note : Taux de croissance annuel moyen (TCAM) = $TCAM(t_0, t) = (x(t)/x(t_0))^{1/n} - 1$, n = nombre d'année

Source: OFS – Statistique médicale des hôpitaux © Obsan 2020

⁷ L'analyse porte 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, 2015 - 2019



Source: OFS – Statistique médicale des hôpitaux

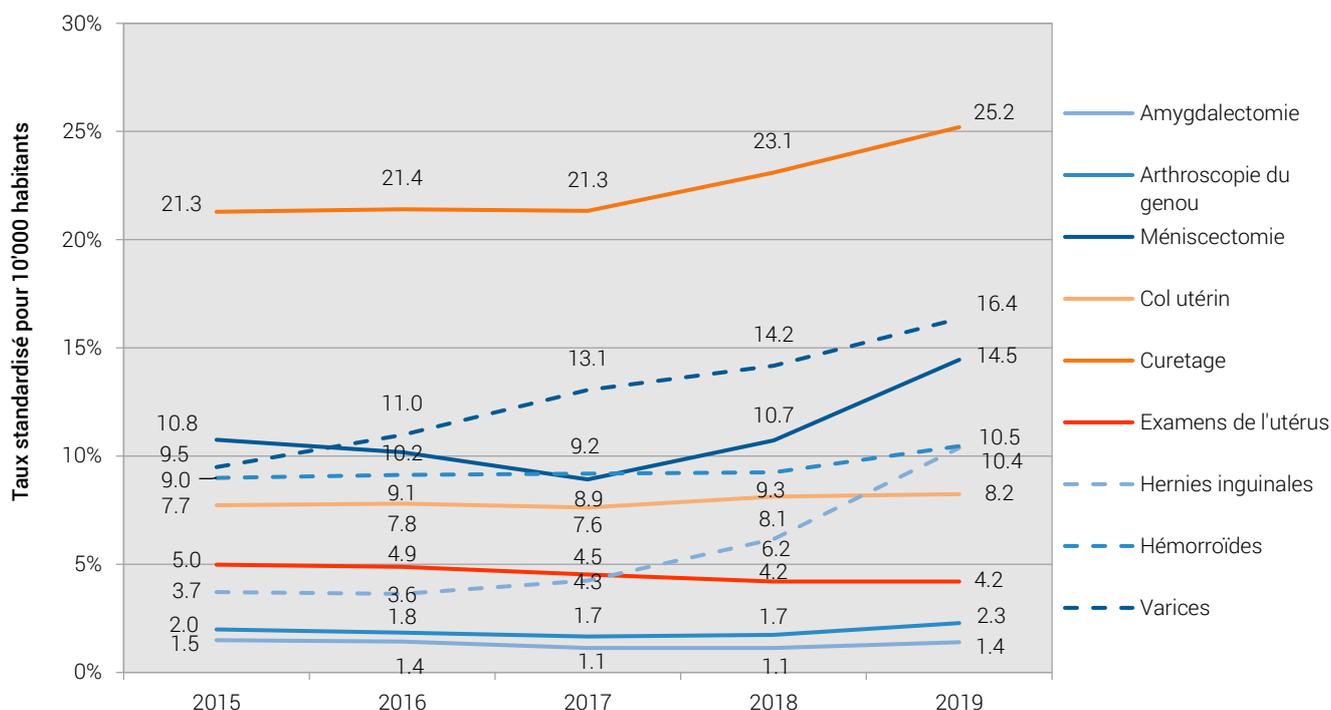
© Obsan 2020

4.2 Évolution dans le secteur ambulatoire (hôpitaux et cabinets)

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 le taux d'interventions ambulatoire en parallèle de la baisse du taux d'interventions

stationnaire (vu ci-dessus). Cette évolution est effectivement observée pour huit des neuf groupes d'interventions analysés (G 4.2). L'augmentation se situe entre 1% pour le groupe d'interventions *col utérin* et 69% pour le groupe *hernies inguinales*. Pour le groupes d'interventions *examens de l'utérus* le taux d'interventions ambulatoires reste stable entre 2018 et 2019.

G 4.2 Taux standardisé d'interventions ambulatoires, Suisse, 2015 - 2019



Source: OFS – Statistique médicale des hôpitaux

© Obsan 2020

En comparant l'évolution du taux standardisé d'interventions ambulatoires entre 2015 et 2018 et entre 2018 et 2019, on peut différencier plusieurs cas de figure :

- Un renforcement de la tendance à la hausse pour les groupes *ménisectomie*, *curetage*, *hernies inguinales*, *hémorroïdes* et *varices*.
- Une modération de la tendance à la hausse pour le groupe *col utérin*.
- Une modération de la tendance à la baisse pour le groupe *examens de l'utérus*.
 - Une inversion de la tendance à la baisse pour les groupes *amygdalectomie* et *arthroscopie du genou*.

Ces quatre cas de figure sont compatibles avec un transfert du stationnaire vers l'ambulatoire.

T 4.2 Variation du taux standardisé d'interventions ambulatoire, Suisse, 2015-2019

Groupes d'interventions	Δ 2018–2019	TCAM 2015-2018
Amygdalectomie	23%	-9%
Arthroscopie du genou	31%	-4%
Ménisectomie	35%	0%
Col utérin	1%	2%
Curetage	9%	3%
Examens de l'utérus	0%	-6%
Hernies inguinales	69%	18%
Hémorroïdes	13%	1%
Varices	15%	14%

Note : Taux de croissance annuel moyen (TCAM) = $TCAM(t_0, t) = (x(t)/x(t_0))^{1/n} - 1$, n = nombre d'année

Source: OFS – Statistique médicale des hôpitaux © Obsan 2020

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 cinq des neuf groupes d'interventions étudiés, la variation du taux total d'interventions entre 2018 et 2019 est comparable à celle entre 2015 et 2018⁸ (T 4.3). Les groupes d'interventions qui font exception sont l'*arthroscopie du genou* et le *curetage*, pour lesquels on observe un changement de tendance avec une augmentation du taux total d'interventions entre 2018 et 2019, la *ménissectomie*, qui connaît une diminution moins marquée entre 2018-2019 que la diminution annuelle moyenne entre 2015 et 2018 et les interventions sur le *col utérin* dont la diminution est plus marquée entre 2018-2019 que la diminution annuelle moyenne entre 2015 et 2018. Ces résultats sont à interpréter avec prudence, puisque le nombre d'interventions stationnaires et ambulatoires ne sont pas répertoriées de la manière (voir chapitre 3).

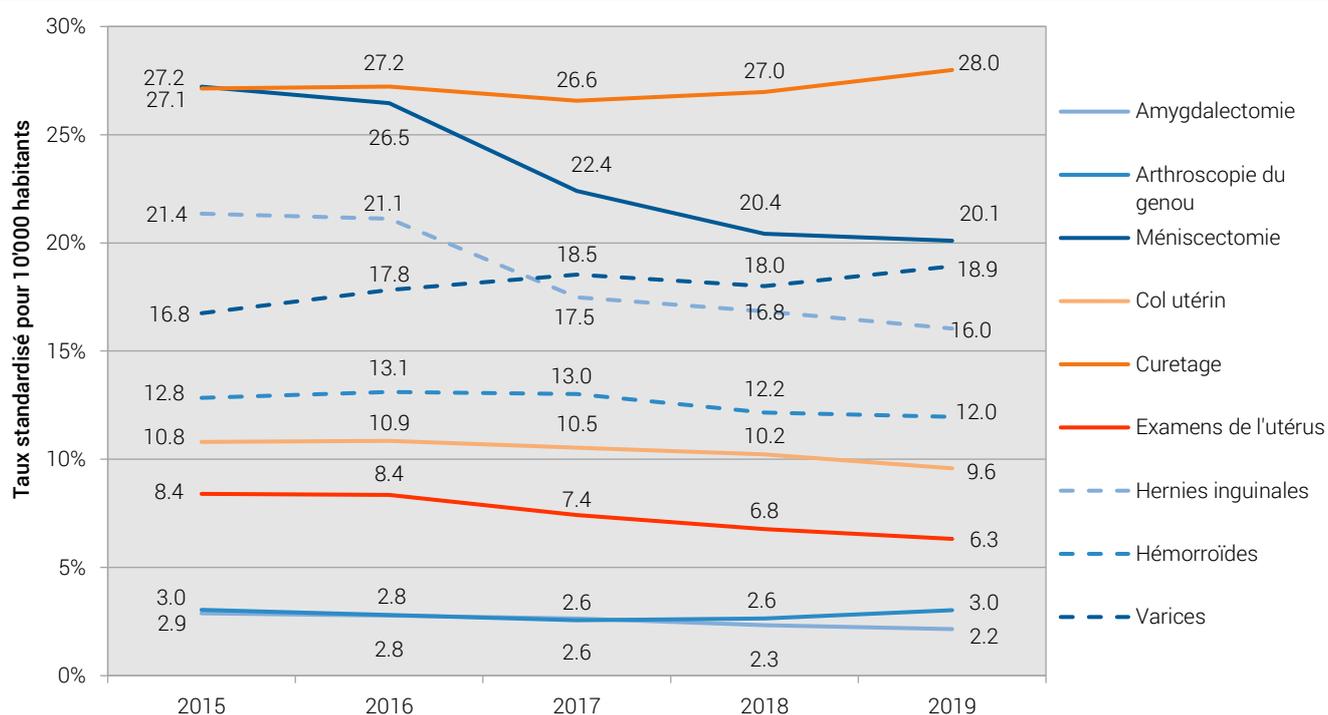
T 4.3 Variation du taux total standardisé d'interventions, Suisse, 2015-2019

Groupes d'interventions	Δ 2018–2019	TCAM 2015-2018
Amygdalectomie	-8%	-7%
Arthroscopie du genou	14%	-5%
Ménissectomie	-2%	-9%
Col utérin	-6%	-2%
Curetage	4%	0%
Examens de l'utérus	-7%	-7%
Hernies inguinales	-5%	-8%
Hémorroïdes	-2%	-2%
Varices	5%	2%

Note : Taux de croissance annuel moyen (TCAM) = $TCAM(t_0, t) = (x(t)/x(t_0))^{1/n} - 1$, n = nombre d'année

Source: OFS – Statistique médicale des hôpitaux © Obsan 2020

G 4.3 Taux total standardisé d'interventions, Suisse, 2015 - 2019



Source: OFS – Statistique médicale des hôpitaux

© Obsan 2020

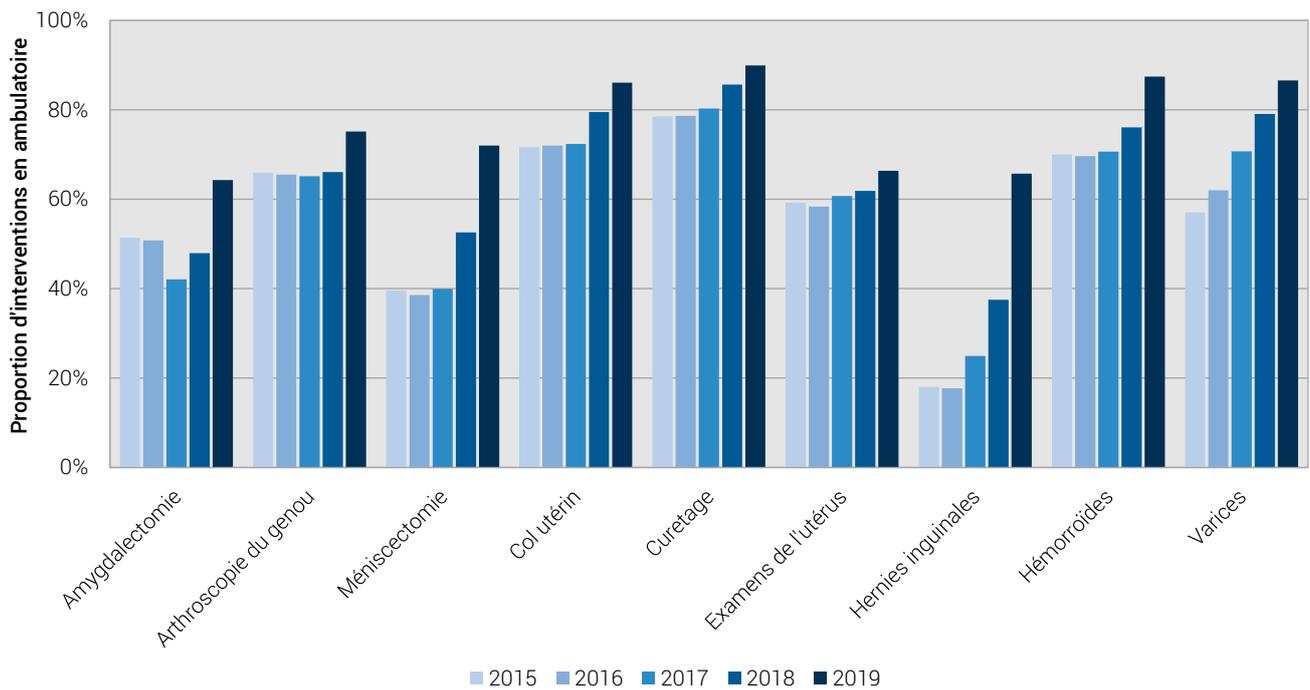
⁸ C'est-à-dire que la variation 2019/2019 se situe dans l'intervalle de la variation moyenne annuelle 2015-2018 +/- un écart-type des variations annuelles 2015-2018.

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 entre 2018 et 2019 est très marquée pour les groupes d'interventions *hernies inguinales* (+75%), *ménissectomie* (+37%) et *amygdalectomie* (+34%).

Cette augmentation accentue la tendance à la hausse de la proportion d'interventions ambulatoires. C'est-à-dire que la variation entre 2018 et 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 (+11%) est légèrement supérieure à celle entre 2018 et 2019 (+9%).

G 4.4 Proportion d'interventions ambulatoires, Suisse, 2015 – 2019



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

© Obsan 2020

5 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 plus faible importance, permettant une diminution des dépenses de santé de 34 millions de CHF.
- une diminution des dépenses pour les cantons (-35 millions ; -30%) et une légère augmentation pour l'AOS (+0,6 million ; +0,25%).

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 du fait que les interventions ambulatoires sont 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

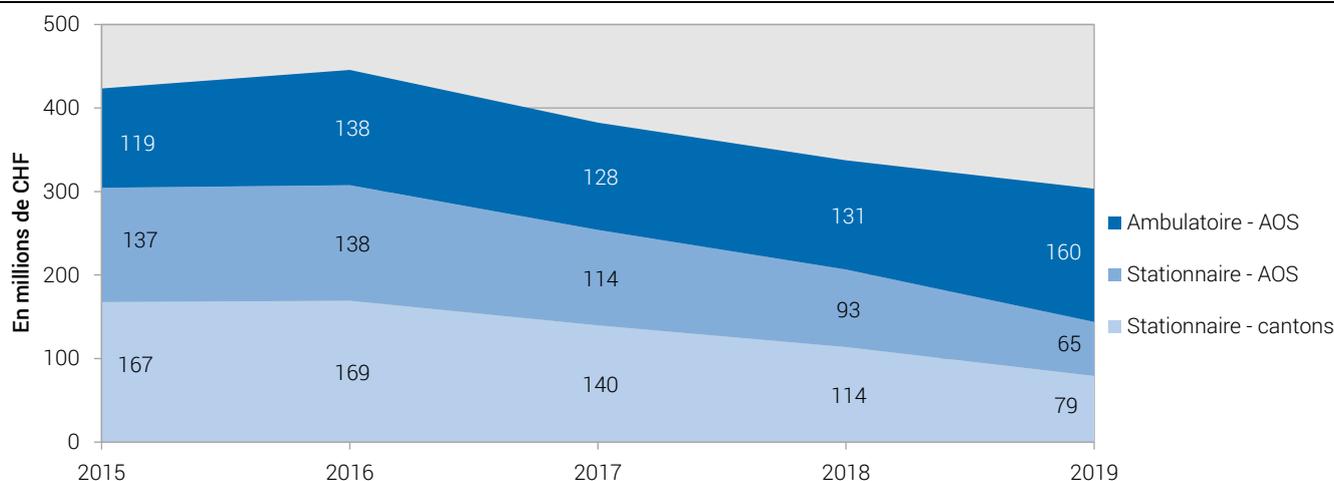
coûts à la charge des cantons et à une neutralité des coûts pour l'AOS.

De manière générale, l'évolution des coûts en 2019 est conforme aux prévisions tant du point de vue des coûts que des financeurs (G5.1).

Du point de vue des coûts, entre 2018 et 2019, les coûts totaux liés aux neuf groupes d'interventions analysés ont diminué de 338 à 304 millions de CHF (-34 millions), les coûts stationnaires ont diminué également, passant de 207 à 144 millions de CHF (-63 millions), tandis que les coûts ambulatoires ont augmenté de 131 à 160 millions de CHF (+29 millions). 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. Par contre, les variations sont plus importantes entre 2018 et 2019 que la moyenne des années précédentes, signalant une accélération du transfert vers l'ambulatoire. La variation des coûts totaux est quant à elle comparable à celles des autres années.

Du point de vue des financeurs, les coûts à charge des cantons diminuent de 114 millions à 79 millions de CHF entre 2018 et 2019 (-35 millions ; -30%). Les coûts à charge de l'AOS augmentent légèrement de 223,8 millions à 224,4 millions de CHF (+0,6 millions ; +0,25%). Comparé à la tendance depuis 2015, les coûts à charge des cantons diminuent plus fortement entre 2018 et 2019. Les coûts à charge de l'AOS augmentent légèrement entre 2018 et 2019, alors qu'ils avaient tendance à diminuer les années précédentes.

G 5.1 Répartition des coûts par financeur, pour les neuf groupes d'interventions, Suisse, 2015-2019



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

© Obsan 2020

6 Disparités cantonales

Les résultats en bref

Au niveau cantonal, la modification de l'OPAS l'OPAS ([art. 3c](#) et [annexe 1a](#), OPAS) a engendré :

- une diminution du taux d'interventions stationnaires dans la plupart des cantons. Cette diminution est variable selon les cantons et selon le groupe d'interventions observé.

Certains cantons ont précédé la modification de l'OPAS et ont instauré leur propre liste d'interventions devant être effectuées en ambulatoire⁹. Ces interventions recoupent en partie celles inscrites dans l'OPAS. Dès lors, dans l'analyse des disparités cantonales, il convient de tenir compte de ce cas de figure.

Pour cantons sans liste, il est attendu de la modification de l'OPAS 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. Pour les cantons avec une liste cantonale, on s'attend à ce que la baisse du taux standardisé d'interventions stationnaires intervienne plutôt l'année de l'introduction de la liste cantonale.

Cette évolution est effectivement observée dans la plupart des cantons (G 7.1). Il y a quelques exceptions selon le groupe d'interventions observé, mais elles sont dans la majorité des cas de petits cantons dont une variation de quelques cas peut avoir un fort impact ou des cantons ayant instauré une liste cantonale avant 2019.

⁹ Le canton de Lucerne a instauré une telle liste le 1^{er} juillet 2017, les cantons d'Argovie, de Schaffhouse, du Valais, de Zoug et de Zurich

le 1^{er} janvier 2018 et les cantons de Bâle-Ville, du Jura et de Neuchâtel le 1^{er} juillet 2018.

G 6.1 Variation du taux standardisé d'interventions stationnaires, cantons et Suisse, 2015 - 2019

Légende

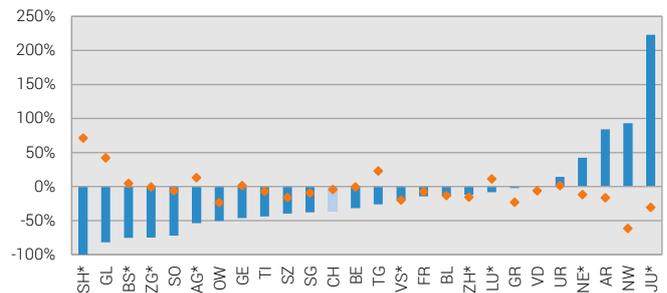
Δ 2018-2019

◆ TCAM 2015-2019

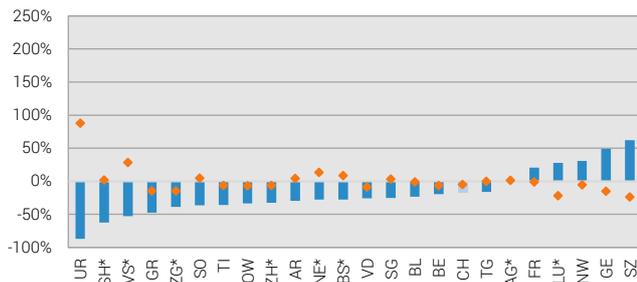
* Liste cantonale (LU le 01.07.2017 ; AG, SH, VS, ZG et ZH le 01.01.2018 ; BS, JU et NE le 01.07.2018).

Note: Les cantons dont le taux standardisé d'interventions stationnaires vaut zéro en 2018 ne sont pas présenté.

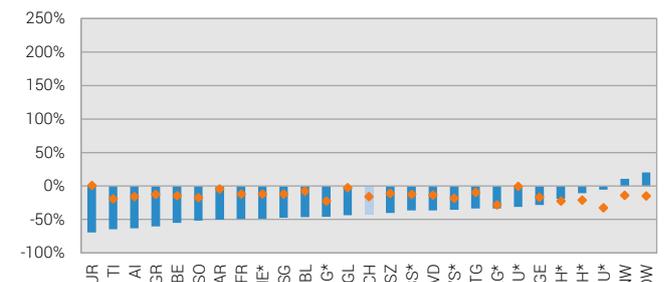
Amygdalectomie



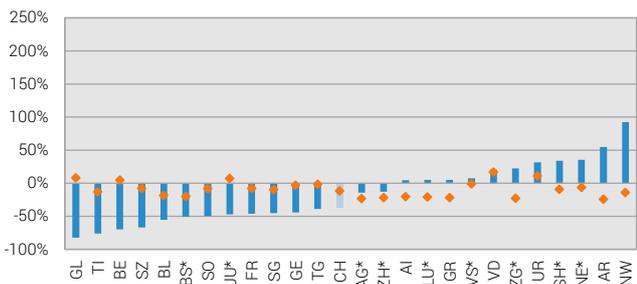
Arthroscopie du genou



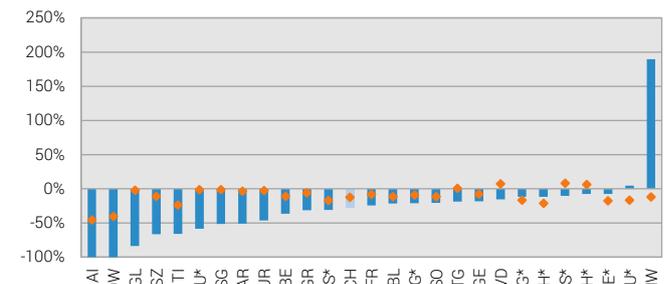
Ménisectomie



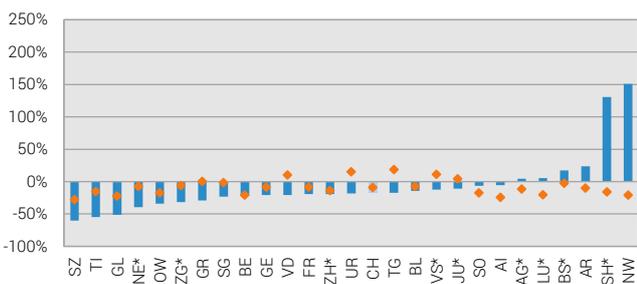
Col utérin



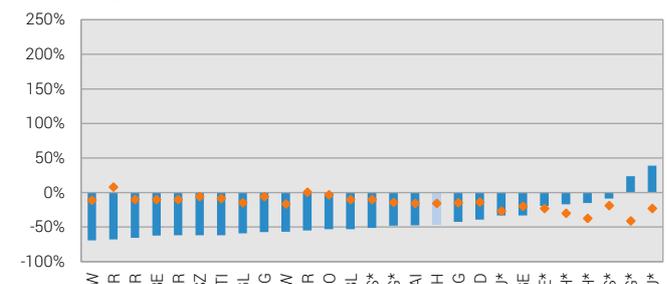
Curetage



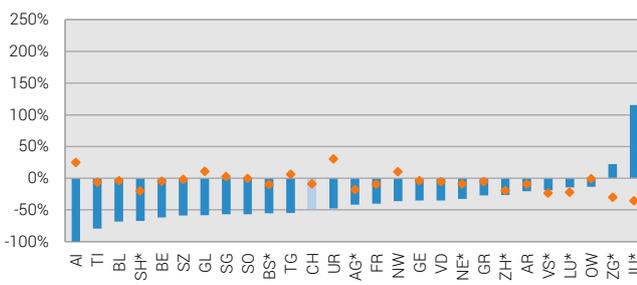
Examen de l'utérus



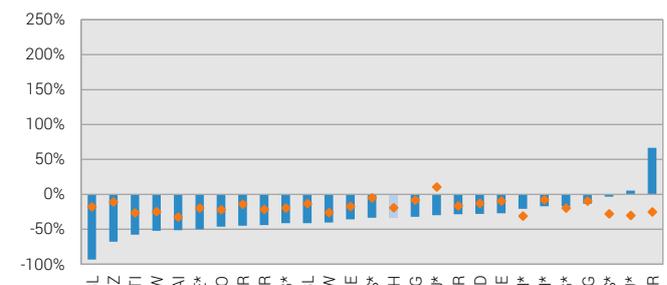
Hernies inguinales



Hémorroïdes



Varices



Note : Taux de croissance annuel moyen (TCAM)= $TCAM(t_0, t) = (x(t) / x(t_0))^{1/n} - 1$, n=nombre d'année

Source: OFS – Statistique médicale des hôpitaux

© Obsan 2020

7 Synthèse

L'introduction, avec effet au 1er janvier 2019, d'une liste fédérale des interventions devant être effectuées de manière ambulatoire atteint largement ses objectifs. Au terme de la première 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 17% (ménisectomie) et 48% (hémorroïdes), des valeurs supérieures à celle des années précédentes. La liste a eu pour effet d'accélérer un processus de transfert vers l'ambulatoire déjà en cours.

Les coûts totaux liés à ces interventions ont diminué de 34 millions de CHF en 2019. Les coûts à charge des cantons ont diminué de 35 millions (-30%), alors que les coûts à charge de l'AOS ont légèrement augmenté de 0,6 million (+0,25%).

La poursuite du monitoring permettra d'avoir plus de recul et montrera si les tendances de 2019 se poursuivent en 2020. L'analyse sera toutefois impactée par la suspension des interventions non urgentes dans le cadre des mesures « Covid », de sorte que des conclusions définitives seront délicates à tirer.

8 Bibliographie

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

OFSP (2015). Qualitätsindikatoren des Schweizer Akutspitäler 2015. http://www.bag-anw.admin.ch/2016_taglab/2016_spitalstatistik/data/download/qip15_spezifikationen_42.pdf?v=1498839218, 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/krankensversicherung/krankenversicherung-leistungen-tarife/Aerztliche-Leistungen-in-der-Krankenversicherung/ambulant-vor-stationaer.html>

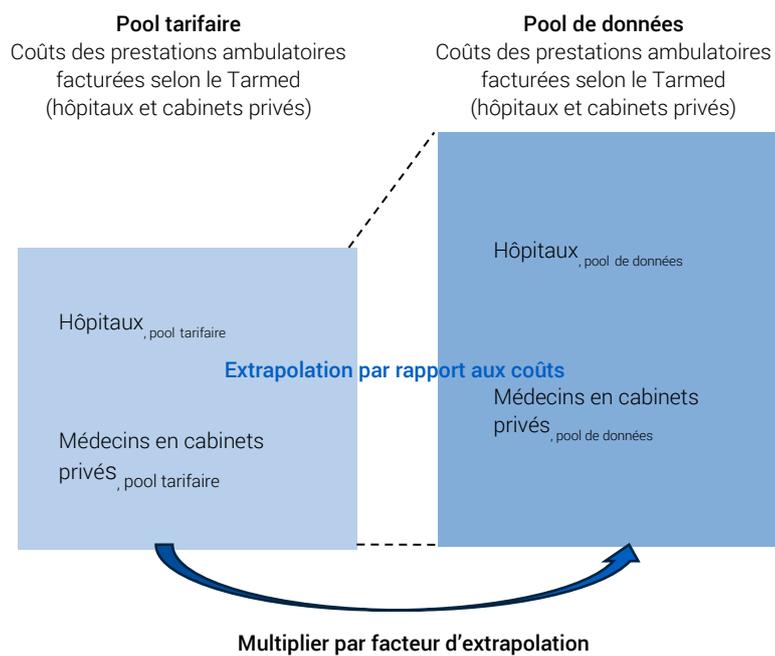
OFSP (2020). Annexe 1a de l'Ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS) Edition du 1^o juillet 2020. https://www.bag.admin.ch/dam/bag/fr/dokumente/kuv-leistungen/leistungen-und-tarife/aerztliche-leistungen/Anhang1a-KLV/anhang-1a-klv-01-07-2020.pdf.download.pdf/Anhang_1a_1.7.2020_FR.pdf

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.

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 2020

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, 2015-2019

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

Source : SASIS SA – pool tarifaire et pool de données

© Obsan 2020

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
Ménissectomie	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
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

Groupe d'interventions	Position TARMED / forfait TARMED	Description
	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 2020

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)

© 2020 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.