



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)

Sacha Roth, Sonia Pellegrini

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.

Paraissent dans la **série «Obsan Dossier»** des rapports de recherche destinés aux spécialistes de la santé. La réalisation des rapports est assurée par l'Obsan ou confiée à des experts externes. Le contenu des rapports est de la responsabilité de leurs auteurs. Les Dossiers de l'Obsan ne sont normalement disponibles que sous forme électronique (pdf).

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 Hofer-Zglinski, Office fédéral de la santé publique (OFSP)

Direction du projet à l'Obsan

Sacha Roth

Série et numéro

Obsan Dossier 63

Référence bibliographique

Roth, S. & 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

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

Page de couverture

Roland Hirter, Berne

Impression

en Suisse

Numéro OFS

1038-1801-05

Téléchargement du fichier PDF

www.obsan.ch → Publications (gratuit)

Ce document est disponible uniquement sous forme électronique.

ISBN

978-2-940502-71-4

© Obsan 2018



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

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)

Auteurs Sacha Roth, Sonia Pellegrini

Éditeur Observatoire suisse de la santé (Obsan)

Neuchâtel 2018

Table des matières

Résumé	3	5 Les conséquences sur les coûts d'un transfert de cas	24
Zusammenfassung	8	5.1 Les conséquences sur les coûts du système de santé	24
1 Introduction	13	5.2 Les conséquences sur les coûts à charge des cantons et de l'AOS	25
1.1 Mandat	13	6 Comparaison de l'assurance de base et de l'assurance (demi-) privée	26
1.2 Objectifs	13	7 Lexique	28
1.3 Démarche	13	8 Annexes	29
1.4 Structure du rapport	13	Annexe 1 Extrapolation des données du pool tarifaire	29
2 Méthode	14	Annexe 2 Liste des interventions et de codes CHOP correspondants	30
3 Évolution du nombre de cas par intervention analysée	17	Annexe 3 Positions TARMED analysées	34
3.1 Le nombre total de cas évolue différemment selon les interventions	17	Annexe 4 Fréquence des positions TARMED analysées et estimation du nombre de cas traités en ambulatoire	36
3.2 Le nombre de cas stationnaires diminue	18	Annexe 5 Coûts unitaires ambulatoires et stationnaires (en CHF)	38
3.3 Le nombre de cas en ambulatoire évolue différemment selon les interventions	18	Annexe 6 Nombre de cas potentiellement transférables par canton, 2016	39
3.4 Une majorité de cas sont traités en ambulatoire	19	Annexe 7 Costweights effectifs des cas transférables	39
4 Le potentiel de transfert par intervention analysée	21	Annexe 8 Fiche synthétique par groupe d'interventions	40
4.1 Une proportion de cas potentiellement transférables élevée	21		
4.2 Effet du transfert de cas sur la proportion de cas traités en ambulatoire	22		
4.3 Estimation des coûts stationnaires LAMal des cas potentiellement transférables	23		

Résumé

Mandat

L'Office fédéral de la santé publique (OFSP) a mandaté l'Obsan pour estimer le nombre de cas potentiellement transférables du domaine stationnaire des hôpitaux vers le domaine ambulatoire et l'impact d'un tel transfert sur les coûts de la santé. Ce mandat s'inscrit dans le projet de modification de l'annexe 1 de l'Ordonnance sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie (OPAS). La modification veut encourager le transfert du stationnaire vers l'ambulatoire pour six groupes d'interventions chirurgicales. Ce mandat doit amener de la transparence et une base de discussion factuelle dans le débat autour du transfert d'interventions du stationnaire vers l'ambulatoire.

Objectifs

L'objectif, défini par le mandant, est de calculer, pour une sélection d'interventions chirurgicales, le nombre de cas potentiellement transférables du stationnaire vers l'ambulatoire et les coûts qu'ils engendrent. Il s'agit également d'estimer l'impact du transfert de cas vers l'ambulatoire sur les coûts du système de santé. La liste des interventions analysées ainsi que les critères de transférabilité ont été définis par l'OFSP.

Méthode

L'étude porte sur six groupes d'interventions (T 1). Pour les analyses, l'intervention arthroscopies du genou, y c. opérations du ménisque est désagrégée en deux groupes et les examens/interventions au niveau du col utérin ou de l'utérus en trois groupes. 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 1).

T 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	Hernie inguinale
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 : Représentation propre

© Obsan 2018

Deux sources de données sont utilisées : la Statistique médicale (MS) de l'Office fédéral de la statistique (OFS) pour les interventions effectuées dans le domaine stationnaire et le pool tarifaire de SASIS SA (PT) pour les interventions effectuées dans

le domaine ambulatoire. Ces deux bases de données relèvent et répertorient les données de manière différente. La MS répertorie des cas (avec notamment les interventions et les diagnostics), alors que le PT décompte des actes (positions tarifaires). Il convient donc de comparer avec prudence le nombre de cas stationnaires et ambulatoires.

Les critères d'inclusion et d'exclusion des cas ont été définis par l'OFSP. Il s'agit principalement de circonscrire l'analyse aux cas couverts par la LAMal et d'exclure les urgences.

Pour chaque intervention, les indicateurs suivants ont été calculés :

- le nombre de cas traités en stationnaire et en ambulatoire. Les codes CHOP (stationnaire) et les positions TARMED à analyser ont été donnés par l'OFSP.
- la proportion de cas traités en ambulatoire.
- le nombre de cas potentiellement transférables du stationnaire vers l'ambulatoire. Les cas potentiellement transférables répondent à deux critères définis par l'OFSP : une durée de séjour inférieure ou égale à deux nuits et pas de complication ou comorbidité (le niveau de complexité clinique du patient (PCCL) est égal à zéro).
- l'impact sur les coûts du transfert de cas pour le système de santé, les cantons et l'AOS. Les informations nécessaires à ces calculs, base rate et coût unitaire ambulatoire ont été fournies par l'OFSP.

Les principaux résultats

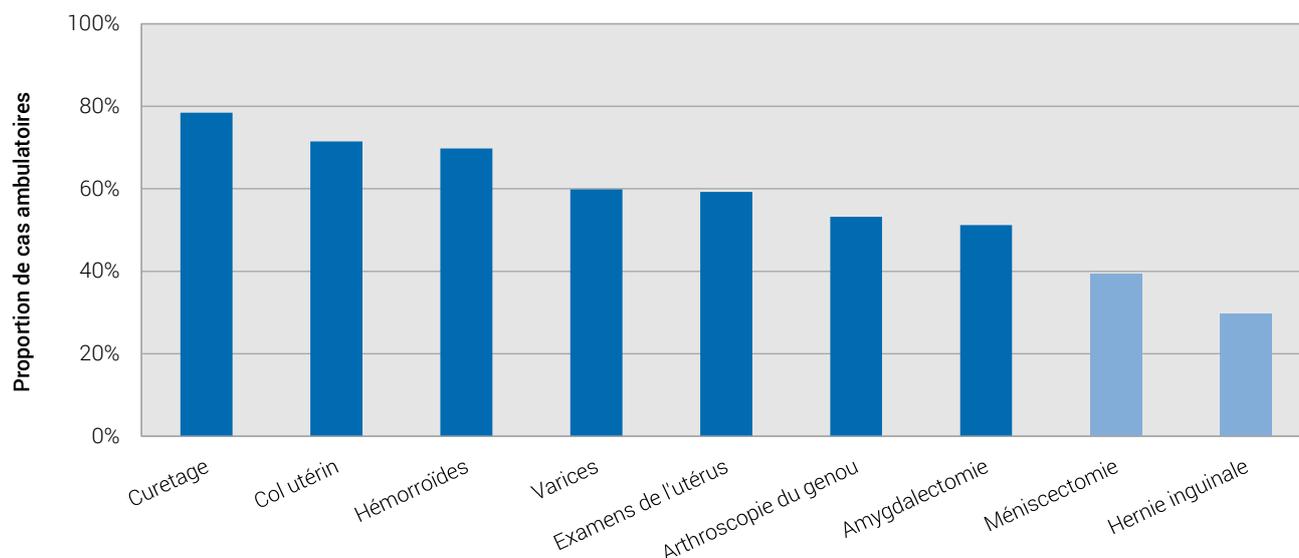
L'étude porte sur le nombre de cas stationnaires et ambulatoires et leurs coûts pour une sélection d'interventions chirurgicales. Elle met en lumière les points suivants :

- La majorité des cas analysés sont traités en ambulatoire. Pour la plupart des interventions étudiées, entre 50% et 70% de l'ensemble des cas sont pris en charge en ambulatoire.
- Une proportion importante des cas traités en stationnaire pourrait être transférée en ambulatoire. Cette proportion se situe entre 70% et 80% pour la plupart des interventions étudiées. Cela représente un total de 33'000 cas en 2016.
- Le transfert de ces cas en ambulatoire représente un potentiel d'économie d'environ 90 millions de francs pour le système de santé.
- L'AOS serait financièrement peu touchée par le transfert de ces cas. Il n'y a quasiment pas d'économie ni de surcharge à attendre. Les cantons, par contre, verraient leurs factures diminuer de l'ordre de 90 millions de francs.

La majorité des cas sont déjà pris en charge de manière ambulatoire

La plupart des interventions analysées sont déjà majoritairement prise en charge de manière ambulatoire en 2015¹. Selon l'intervention, entre 51% et 78% des cas sont traités en ambulatoire (G 1). Seules la hernie inguinale et la méniscectomie sont encore majoritairement traitées en stationnaire (proportion inférieure à 40%).

¹ Au moment de la réalisation de l'étude, le nombre de cas traités en ambulatoire n'était pas encore disponible pour l'année 2016.

G 1 Proportion de cas traités en ambulatoire (%), 2015

Sources: OFS – Statistique administrative et médicale des hôpitaux et SASIS SA – Pool tarifaire

© Obsan 2018

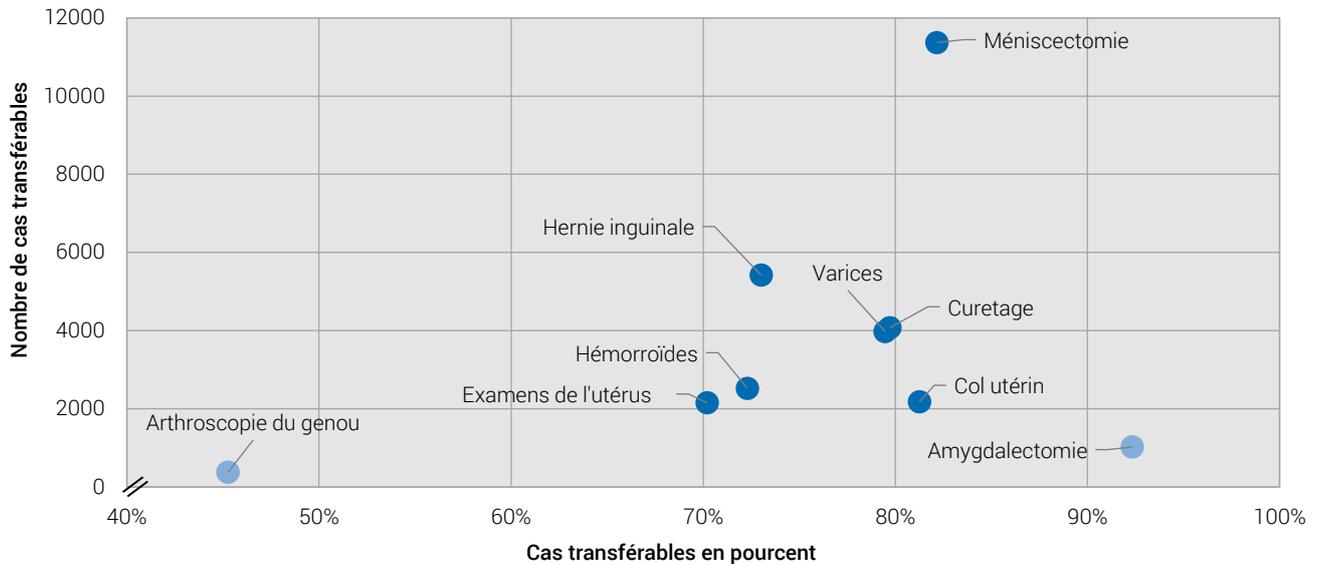
Pour la plupart des interventions, la proportion de cas ambulatoires augmente modérément entre 2013 et 2015. Cette tendance montre qu'une prise en charge ambulatoire devient de plus en plus fréquente. L'augmentation de la proportion de cas traités en ambulatoire reste toutefois très modérée pendant ces trois ans pour la plupart des interventions analysées.

Une part importante des cas sont potentiellement transférables du stationnaire vers l'ambulatoire

Parmi les cas encore traités en stationnaire, une proportion importante pourrait être transféré en ambulatoire (selon les critères de transférabilités définis par l'OFSP). Elle se situe, en général, entre 70% et 80% (G 2) des cas traités en stationnaire. L'arthroscopie du genou et l'amygdalectomie s'éloignent de cette fourchette avec respectivement 45% et 92% de cas potentiellement transférables.

Le nombre de cas potentiellement transférables varie selon l'intervention (G 2). Il est bas pour l'arthroscopie du genou (moins de 400 cas) et pour l'amygdalectomie (environ 1000 cas), alors qu'il est élevé pour la ménisectomie (plus de 11000 cas). Pour les autres interventions, le nombre de cas transférables se situe entre 2000 et 5500 cas en 2016. Globalement, pour toutes les interventions analysées, le nombre de cas potentiellement transférables se monte à 33'000 cas en 2016.

G 2 Cas transférables en nombre et en proportion, 2016



Sources: OFS – Statistique administrative et médicale des hôpitaux

© Obsan 2018

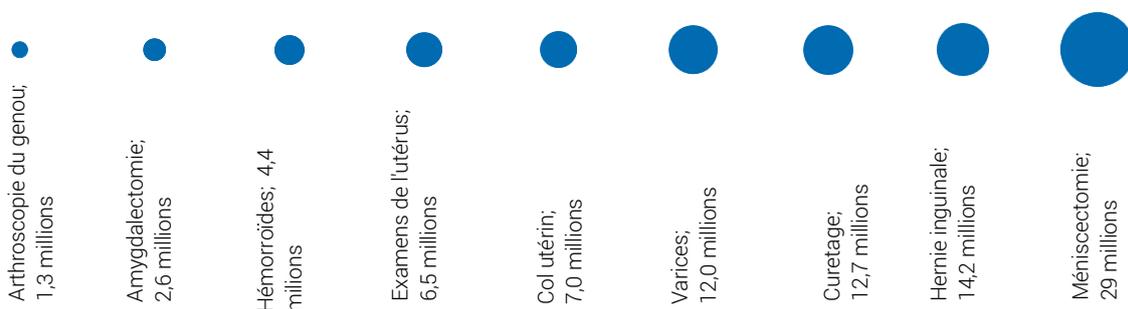
90 millions d'économies pour le système de santé

Le transfert des 33'000 cas du stationnaire vers l'ambulatoire représente un potentiel d'économie de l'ordre de 90 millions pour le système de santé suisse, en 2016. Ces estimations ont été réalisées avec la version 1.08 BR du TARMED, valable jusqu'au 31.12.2017. Avec la version 1.09 BR du TARMED, valable dès le 01.01.2018, l'estimation augmenterait de 3% environ pour se situer à 93 millions.

De manière générale, les résultats concernant les économies potentielles sont à interpréter avec précaution. Les positions TARMED qui représentent les interventions étudiées ne sont pas définies de manière univoque. Même s'il existe un certain consensus quant à leur choix, la prise en compte d'autres positions modifierait les résultats.

Les économies potentielles pour le système de santé varient fortement selon l'intervention (G 3). La ménissectomie représente le tiers de ces économies (29 millions). C'est 22 fois plus que l'arthroscopie du genou (1,3 millions).

G 3 Économies pour le système de santé par intervention (en millions de CHF), 2016



Sources: OFS – Statistique administrative et médicale des hôpitaux, CSS Assurance et OFSP

© Obsan 2018

En raison des différences dans les clés de financement entre les cantons et l'AOS, le transfert de prestations vers l'ambulatoire peut en première lecture apparaître comme un transfert de coûts vers l'AOS. Celle-ci est en effet amenée à prendre en charge 100% des dépenses ambulatoires contre 45% lorsque les interventions sont réalisées en stationnaire. Toutefois les interventions ambulatoires sont en général moins coûteuses que les interventions stationnaires de sorte que, selon l'ampleur des différences

de coûts qui peuvent être importantes, 100% des coûts ambulatoires peuvent représenter un montant plus faible que 45% des coûts stationnaires. Évaluer l'impact de ces différences dans le financement demande d'estimer les conséquences sur les coûts séparément pour les cantons et pour l'AOS. Pour les interventions étudiées, l'effet sur l'AOS, du point de vue financier, est quasiment neutre : il ne faut pas attendre d'économie ou de surcharge importante de cette mesure. Les 90 millions d'économie se feraient principalement par le biais des cantons.

Synthèse

Cette étude, réalisée sur mandat de l'OFSP, présente les résultats de l'analyse du nombre de cas stationnaires et ambulatoires et de leurs coûts respectifs pour une sélection d'interventions. Des résultats agrégés sont présentés dans le corps du texte et le détail de tous les résultats est présenté dans les différentes annexes.

Il en ressort qu'une majorité de cas sont pris en charge de manière ambulatoire pour la plupart des interventions analysées. Néanmoins, il reste encore du potentiel pour augmenter la prise en charge ambulatoire à la place du stationnaire. Entre 70 et 80% des cas traités en stationnaire et étudiés dans cette analyse pourrait l'être en ambulatoire (selon les critères définis pour cette étude). Cela représente 33'000 cas en 2016. Ces cas potentiellement transférables pourraient apporter une économie de l'ordre de 90 millions de CHF pour le système de santé suisse. Les 90 millions d'économie se feraient principalement par le biais des cantons. En revanche, l'effet sur l'AOS serait donc neutre. Il ne faut pas attendre d'économie ou de surcharge importante pour l'AOS.

Enfin, les résultats présentés ici constituent une aide à la prise de décision en matière de politique de santé. En proposant des résultats sur le transfert du stationnaire vers l'ambulatoire, ce dossier apporte de la transparence et une base factuelle dans la discussion autour de ce sujet. En outre, la méthode proposée peut être utilisée pour analyser d'autres interventions et ainsi donner une vision plus large du potentiel de transfert du stationnaire vers l'ambulatoire.

Zusammenfassung

Mandat

Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) hat das Obsan beauftragt, die Zahl der vom stationären in den ambulanten Bereich potenziell verlagerbaren Fälle sowie die Auswirkungen einer solchen Verlagerung auf die Gesundheitskosten zu schätzen. Das Mandat wurde im Rahmen des Änderungsentwurfs für Anhang 1 der Verordnung über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (KLV) erteilt. Mit der geplanten Änderung soll für sechs Gruppen von chirurgischen Eingriffen die Verlagerung vom stationären in den ambulanten Bereich gefördert werden. Dieses Mandat soll Transparenz und eine sachliche Diskussionsgrundlage für die Debatte über die Regelung «ambulant vor stationär» schaffen.

Ziele

Das vom Auftraggeber definierte Ziel dieses Mandats besteht darin, für definierte chirurgische Eingriffe die Anzahl der vom stationären in den ambulanten Bereich potenziell verlagerbaren Fälle sowie deren Kosten zu berechnen. Ausserdem sollen die Auswirkungen dieser Verlagerung auf die Kosten im Gesundheitswesen geschätzt werden. Die analysierten Eingriffe und die Kriterien für verlagerbare Fälle wurden vom BAG festgelegt.

Methode

Die Studie erfolgt für sechs Gruppen von Eingriffen (T 1). Für die Analysen wurden die Kniearthroskopien inklusive die arthroskopischen Eingriffe am Meniskus in zwei Gruppen und die Untersuchungen/Eingriffe am Gebärmutterhals oder an der Gebärmutter in drei Gruppen aufgeteilt. Dadurch entstehen medizinisch einheitlichere Gruppen. Insgesamt wurden somit neun Gruppen von Eingriffen analysiert (T 1).

T 1 Liste der analysierten Eingriffe

Gruppe Eingriffe	Bezeichnung
Einseitige Krampfaderoperationen der unteren Extremität	Varizen
Eingriffe an Hämorrhoiden	Hämorrhoiden
Einseitige Operationen von Leistenhernien	Leistenhernien
Untersuchungen/Eingriffe am Gebärmutterhals oder an der Gebärmutter	Gebärmutterhals
	Untersuchungen der Gebärmutter
	Curettag
Kniearthroskopien inkl. Eingriffe am Meniskus	Menispektomie
	Kniearthroskopie
Eingriffe an Tonsillen und Adenoiden	Mandelektomie

Quelle: eigene Darstellung

© Obsan 2018

Für die Studie wurden zwei Datenquellen verwendet: die Medizinische Statistik der Krankenhäuser (MS) des Bundesamtes für Statistik (BFS) für die stationär durchgeführten Eingriffe und der Tarifpool der SASIS AG (TP) für die ambulant durchgeführten Eingriffe. In diesen beiden Datenbanken werden unterschiedliche Daten erfasst und aufgeführt. Die MS registriert jeweils die Fälle (inklusive die dazugehörenden Eingriffe und Diagnosen), der TP hingegen die Anzahl der erbrachten Leistungen (Tarifpositionen). Beim Vergleich der Anzahl stationärer und ambulanter Fälle ist daher Vorsicht geboten.

Die Ein- und Ausschlusskriterien der Fälle wurden durch das BAG festgelegt (v.a. Beschränkung der Analyse auf die KVG-pflichtigen Fälle und Ausschluss der Notfälle).

Für jeden Eingriff wurden folgende Indikatoren berechnet:

- Anzahl der stationären und der ambulanten Fälle. Die zu analysierenden CHOP-Codes (stationär) und die TARMED-Positionen wurden vom BAG geliefert.
- Anteil der ambulanten Fälle.
- Anzahl der potenziell in den ambulanten Bereich verlagerbaren stationären Fälle. Als Kriterien für die Verlagerbarkeit legte das BAG im Voraus zwei Kriterien fest: Die Aufenthaltsdauer beträgt eine bis maximal zwei Nächte und es dürfen keine Komplikationen oder Komorbiditäten vorliegen (der patientenbezogene Schweregrad (PCCL) muss null sein).
- Auswirkungen der Verlagerung auf die Kosten für das gesamte Gesundheitswesen sowie jeweils für die Kantone beziehungsweise für die Krankenversicherer. Die für diese Berechnung benötigten Informationen, die Baserate und die ambulanten Durchschnittskosten wurden vom BAG zur Verfügung gestellt.

Hauptergebnisse

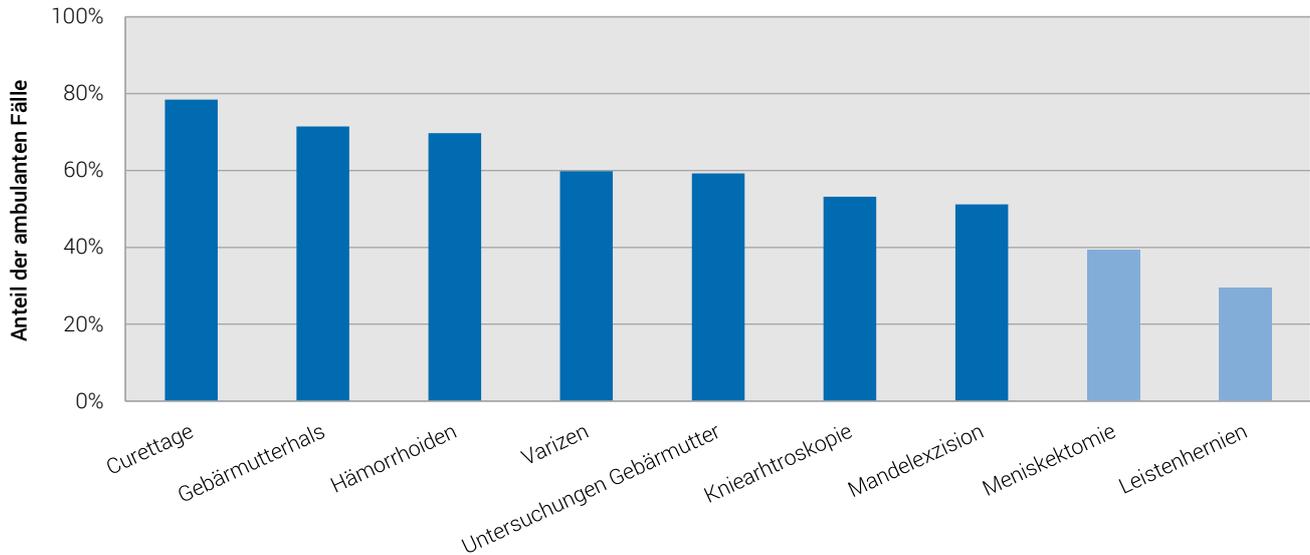
Die Studie untersucht die Anzahl stationärer und ambulanter Fälle sowie die Kosten für definierte chirurgische Eingriffe. Sie liefert folgende Ergebnisse:

- Die Mehrheit der analysierten Eingriffe wurde ambulant durchgeführt. Bei den meisten der untersuchten Eingriffe wurden 50% bis 70% aller Fälle ambulant behandelt.
- Ein wesentlicher Teil der stationär durchgeführten Eingriffe könnte in den ambulanten Bereich verlagert werden. Bei den meisten der untersuchten Eingriffe wären rund 70% bis 80% der Fälle verlagerbar. 2016 entsprach dies einem Total von 33 000 Fällen.
- Durch die Verlagerung dieser Fälle in den ambulanten Bereich könnten im Gesundheitswesen rund 90 Millionen Franken eingespart werden.
- Im Bereich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) hätte diese Verlagerung kaum finanzielle Auswirkungen. Für die Krankenversicherer entstünden weder Einsparungen noch Mehrkosten. Die Kantone hingegen könnten mit einem Kostenrückgang von rund 90 Millionen Franken rechnen.

Die meisten Eingriffe erfolgen bereits ambulant

Die meisten der untersuchten Eingriffe wurden 2015² bereits mehrheitlich ambulant durchgeführt. Je nach Eingriff wurden 51% bis 78% aller Fälle ambulant behandelt (G 1). Nur Leistenhernien und Menishektomien werden noch überwiegend stationär operiert (unter 40% ambulant).

² Zum Zeitpunkt der Studie lag die Anzahl der ambulanten Fälle für 2016 noch nicht vor.

G 1 Anteil der ambulanten Fälle (%), 2015

Quellen: BFS – Medizinische Statistik der Krankenhäuser, Krankenhausstatistik und SASIS AG – Tarifpool

© Obsan 2018

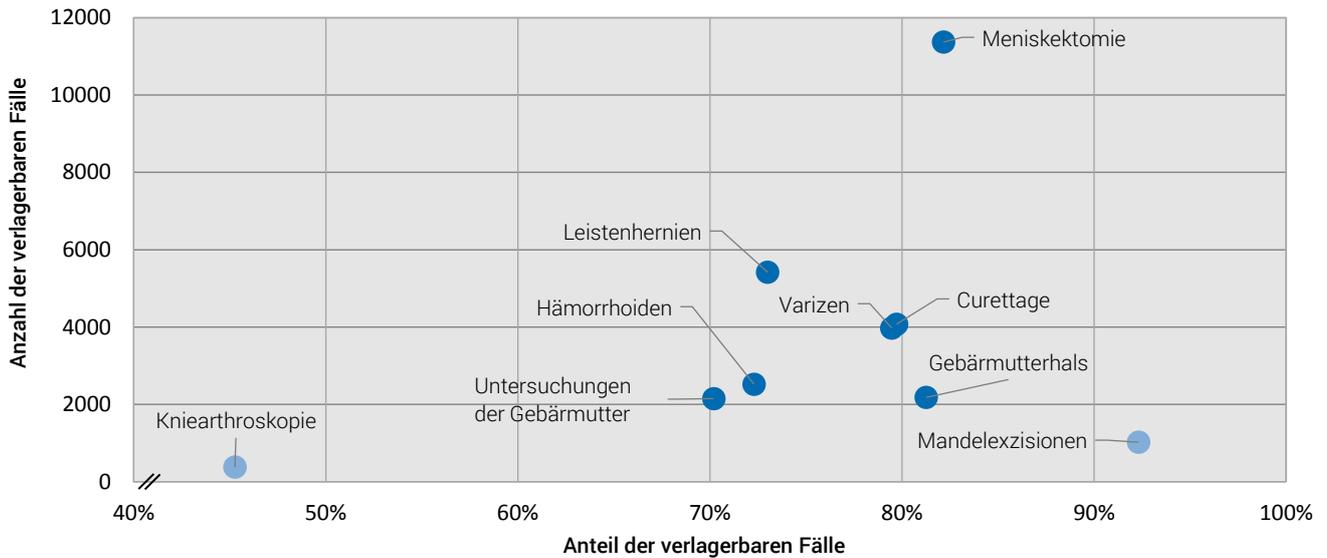
Für die meisten Eingriffe hat sich der Anteil ambulanter Fälle zwischen 2013 und 2015 leicht erhöht, was darauf schliessen lässt, dass die ambulante Gesundheitsversorgung zunimmt. Die Zunahme der ambulant durchgeführten Fälle blieb bei den meisten der untersuchten Eingriffe in diesen drei Jahren jedoch sehr moderat.

Ein wesentlicher Anteil der Fälle ist vom stationären in den ambulanten Bereich verlagerbar

Ein wesentlicher Teil – generell zwischen 70% und 80% (G 2) – der stationär durchgeführten Eingriffe könnte ambulant erfolgen, wenn man die Kriterien des BAG für die Verlagerbarkeit anwendet. Kniearthroskopien und Mandelektomien weichen mit 45% bzw. 51% potenziell verlagerbarer Fälle von dieser Spannweite ab.

Die Zahl der potenziell verlagerbaren Fälle hängt vom Eingriff ab (G 2). Bei Kniearthroskopien (weniger als 400 Fälle) und bei Mandelektomien (rund 1000 Fälle) ist sie gering, bei Menishektomien hoch (über 11 000 Fälle). Bei den anderen Eingriffen von 2016 bewegt sich die Anzahl der verlagerbaren Fälle zwischen 2000 und 5500. Insgesamt ergibt sich bei allen untersuchten Eingriffen von 2016 zusammengenommen ein Verlagerungspotenzial von 33 000 Fällen.

G 2 Anzahl und Anteil der verlagerbaren Fälle, 2016



Quellen: BFS – Medizinische Statistik der Krankenhäuser und Krankenhausstatistik

© Obsan 2018

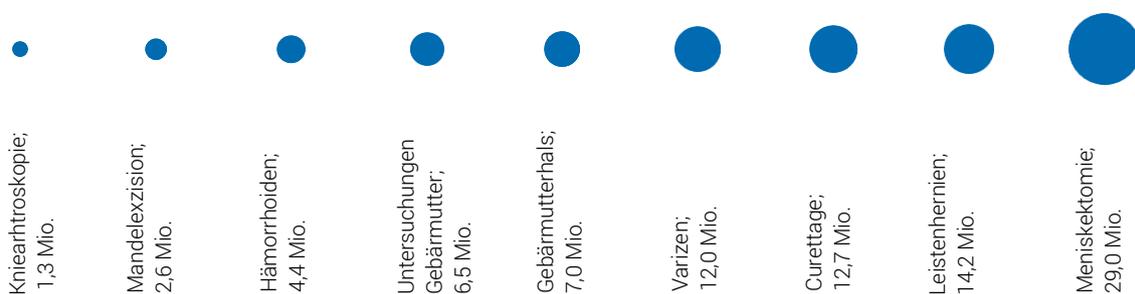
90 Millionen Franken Einsparungen zugunsten des Gesundheitswesens

Durch die Verlagerung der 33 000 stationären Fälle in den ambulanten Bereich hätte das Gesundheitswesen 2016 rund 90 Millionen Franken einsparen können. Diese Schätzungen beruhen auf der bis 31.12.2017 gültigen TARMED-Version 1.08 BR. Mit der ab 1.1.2018 gültigen TARMED-Version 1.09 BR würden die Einsparungen um rund 3% auf 93 Millionen Franken ansteigen.

Die Zahlen zu den möglichen Einsparungen sind generell mit Vorsicht zu interpretieren. Die TARMED-Positionen, welche die untersuchten Eingriffe abbilden, sind nicht einheitlich festgelegt. Auch wenn hinsichtlich ihrer Wahl ein gewisser Konsens besteht, würde die Berücksichtigung anderer Positionen die Ergebnisse verändern.

Die Einsparungen zugunsten des Gesundheitswesens variieren je nach Eingriff stark (G 3). Ein Drittel der Einsparungen (29 Mio. Franken) könnte durch ambulant durchgeführte Meniskekтомien erzielt werden. Das ist 22-mal mehr als durch Kniearthroskopien (1,3 Mio. Franken).

G 3 Einsparungen zugunsten des Gesundheitswesens pro Eingriff, 2016



Quellen: BFS – Medizinische Statistik der Krankenhäuser, Krankenhausstatistik, CSS Versicherung und BAG

© Obsan 2018

Aufgrund der Unterschiede im Finanzierungsschlüssel kann die Verlagerung von Leistungen in den ambulanten Bereich auf den ersten Blick als eine Kostenverlagerung hin zur OKP erscheinen. Die Krankenversicherung übernimmt 100% der ambulant erbrachten Leistungen gegenüber deren 45% bei stationärer Leistungserbringung. Ambulante Eingriffe sind in der Regel kostengünstiger als stationäre Eingriffe, und die Kostenunterschiede zwischen den Eingriffen sind zum Teil sehr hoch. So können

je nach Eingriff 100% der Kosten für eine ambulante Leistung weniger als 45% der stationären Kosten betragen. Daher muss eine Abschätzung der Kostenfolgen für die Kantone und für die OKP separat erfolgen. Die finanziellen Auswirkungen auf die OKP sind für die in dieser Analyse untersuchten Eingriffe nahezu neutral: Es sind weder wesentliche Einsparungen noch nennenswerte Mehrkosten zu erwarten. Die Einsparungen in Höhe von 90 Millionen Franken würden hauptsächlich bei den Kantonen erfolgen.

Fazit

Diese Publikation präsentiert die Ergebnisse einer im Auftrag des BAG durchgeführten Studie zur Anzahl der stationären und ambulanten Fälle und zu den jeweiligen Kosten für ausgewählte Eingriffe. Die aggregierten Resultate werden im Haupttext vorgestellt, die Details dazu finden sich in den verschiedenen Anhängen.

Wie sich gezeigt hat, werden die Eingriffe in den untersuchten Gruppen bereits in grosser Zahl ambulant durchgeführt. Die ambulante anstelle der stationären Leistungserbringung könnte aber noch weiter gefördert werden. Zwischen 70% und 80% der in dieser Analyse betrachteten stationären Eingriffe könnten ambulant erfolgen (gemäss den für diese Studie festgelegten Kriterien). 2016 entsprach dies 33 000 Fällen. Durch die Verlagerung dieser Fälle in den ambulanten Bereich könnte das Schweizer Gesundheitswesen 90 Millionen Franken einsparen. Diese Einsparungen würden vor allem bei den Kantonen erzielt. Für die OKP wäre die Verlagerung folglich kostenneutral. Es wären weder wesentliche Einsparungen noch nennenswerte Mehrkosten zu erwarten.

Die hier präsentierten Ergebnisse können als gesundheitspolitische Entscheidungshilfe dienen. Sie sorgen für Transparenz und schaffen eine Faktenbasis für Diskussionen zum Thema «ambulant vor stationär». Darüber hinaus kann die verwendete Methode für die Analyse weiterer Eingriffe herangezogen werden, sodass ein umfassenderes Bild über das Potenzial einer Verlagerung von der stationären zur ambulanten Gesundheitsversorgung entsteht.

1 Introduction

1.1 Mandat

L'Office fédéral de la santé publique (OFSP) a mandaté l'Obsan pour estimer le nombre de cas transférables du domaine stationnaire vers le domaine ambulatoire et l'impact d'un tel transfert sur les coûts de la santé. Ce mandat s'inscrit dans le projet de modification de l'Annexe 1 de l'Ordonnance sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie (OPAS). Cette modification veut encourager le transfert du stationnaire vers l'ambulatoire pour six interventions. Les interventions analysées ainsi que les critères de transférabilité ont été définis par l'OFSP.

1.2 Objectifs

L'objectif, défini par le mandant, est de calculer le nombre de cas potentiellement transférables du stationnaire vers l'ambulatoire et les coûts qu'ils engendrent pour une sélection d'interventions. Il s'agit également d'estimer le potentiel d'économie du transfert de cas vers l'ambulatoire. De manière générale, cette étude doit amener de la transparence et une base factuelle dans la discussion du transfert d'interventions du stationnaire vers l'ambulatoire.

1.3 Démarche

L'étude porte sur une sélection d'interventions chirurgicales, réalisables aussi bien de manière ambulatoire que stationnaire. Elle analyse le nombre et la proportion de cas traités dans chacun des domaines à partir des données de la Statistique médicale (OFS) et du pool de données tarifaires (SASIS SA). Elle estime ensuite le nombre de cas potentiellement transférables du stationnaire vers l'ambulatoire et procède à une estimation de l'impact correspondant sur les coûts du système de santé.

1.4 Structure du rapport

L'étude est structurée comme suit : après ce chapitre introductif, le chapitre 2 présente les données utilisées et la méthode. L'évolution du nombre de cas total, stationnaire et ambulatoire ainsi que la proportion de cas traités en ambulatoire sont discutées au chapitre 3. Le chapitre 4 montre le potentiel de transfert du stationnaire vers l'ambulatoire pour les interventions analysées. Le chapitre 5 présente les conséquences sur les coûts d'un transfert de cas. Le dernier chapitre compare l'assurance de base et l'assurance (demi-) privée.

2 Méthode

Données

Deux sources de données sont utilisées : la statistique médicale (MS) de l'Office fédéral de la statistique (OFS) pour les interventions effectuées dans le domaine stationnaire des hôpitaux et le pool tarifaire de SASIS SA (PT) pour les interventions effectuées dans le domaine ambulatoire (hôpital et médecins en cabinets privés).

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)³ et les costweights effectifs sont calculés à l'aide du grouper SwissDRG.

Le pool tarifaire de SASIS SA 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). Pour interpréter correctement les résultats une extrapolation des données est nécessaire (annexe 1).

Ces deux bases de données relèvent et répertorient les données de manière différente. La MS enregistre les cas, alors que le PT décompte des actes. Analyser des interventions précises avec le PT demande de définir les actes (position TARMED) correspondants aux interventions souhaitées. La correspondance entre les codes CHOP et les actes du TARMED est imparfaite. Il convient donc de comparer avec prudence le nombre de cas stationnaires et ambulatoires.

Sélection des interventions

Les analyses concernent une liste de six groupes d'interventions (annexe 2) :

- opérations unilatérales des veines variqueuses des membres inférieurs,
- interventions pour hémorroïdes,
- opérations unilatérales de hernies inguinales,
- examens / interventions au niveau du col utérin ou de l'utérus,
- arthroscopies du genou, y c. opérations du ménisque et
- opérations sur des amygdales et des végétations adénoïdes.

Il s'agit d'interventions dont une prise en charge ambulatoire est possible pour les cas légers. Pour la présentation des résultats, l'intervention arthroscopies du genou, y c. opérations du ménisque est désagrégée en deux groupes et l'intervention examens / interventions au niveau du col utérin ou de l'utérus en trois groupes. Cette désagrégation permet d'obtenir des groupes plus

³ Il existe cinq niveaux de complexité : de 0, le moins complexe à 4, le plus complexe.

homogènes du point de vue médical. Au total, l'analyse porte donc sur neuf interventions. Cette liste d'interventions avec leurs codes CHOP correspondant et les positions TARMED correspondantes ont été définis par l'OFSP.

Sélection des cas d'hospitalisation

Une sélection des cas d'hospitalisation est effectuée pour couvrir au mieux le champ de l'analyse. 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 réhabilitation 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 mère⁴.
- Les accouchements⁵ 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 considérée comme transférables dans le cadre d'un accouchement. Pour simplifier l'analyse, tous les accouchements ont été exclus.
- Pour les hernies inguinales et les varices, les cas répertoriés comme "bilatérales" dans la MS sont exclus.
- Années 2013 à 2016⁶
- Sortie à l'année de référence.

Critères de transférabilité

Une prise en charge ambulatoire à la place d'une hospitalisation n'est pas envisageable pour tous les cas. Elle peut l'être pour des hospitalisations de courte durée et sans complication ou comorbidité du patient. L'OFSP a ainsi défini deux critères pour juger si un cas est potentiellement transférable du stationnaire vers l'ambulatoire ou pas :

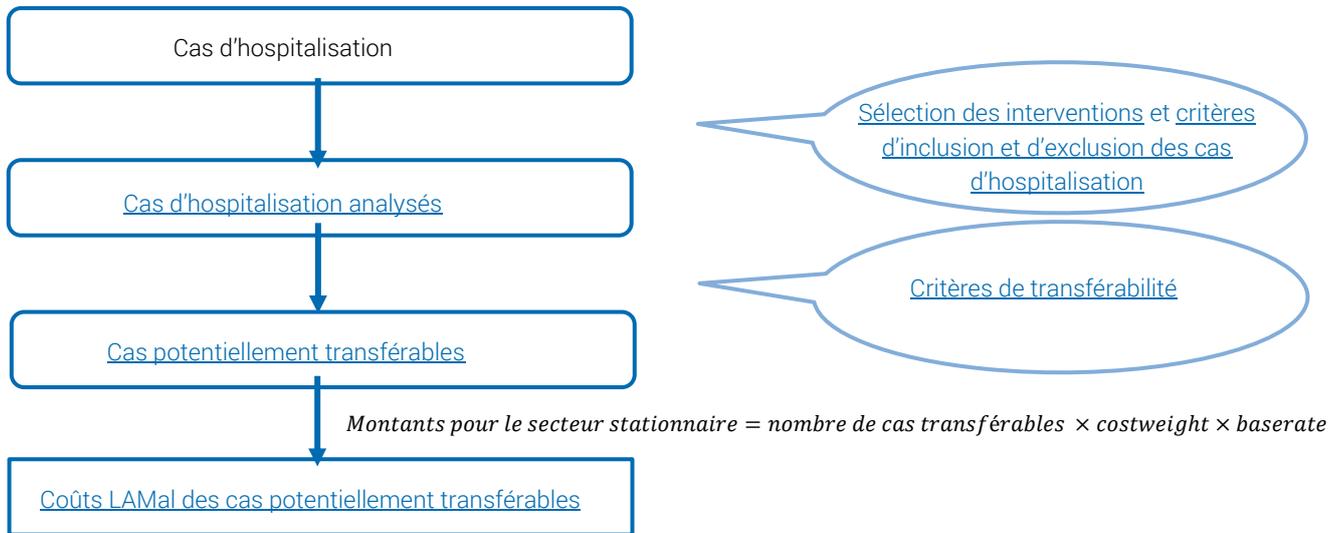
- une durée de séjour inférieure ou égale à deux nuits. La limite est fixée à deux nuits pour considérer les cas où, pour des raisons organisationnelles, les patients sont admis à l'hôpital le jour avant l'intervention (notamment pour y passer des examens préliminaires qui pourraient d'ailleurs être réalisés en ambulatoire) et/ou que l'intervention se déroule dans l'après-midi, empêchant une sortie le jour même.
- absence de complication ou de comorbidité : le niveau de complexité clinique du patient (PCCL) est égal à zéro. Les patients avec un PCCL plus grand que zéro ont souvent des comorbidités ou sont des cas complexes qui demandent un contrôle post-opération plus long.

⁴ Les nouveau-nés sont définis par un ensemble de DRG.

⁵ 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/qjp15_spezifikationen_42.pdf?v=1498839218, s. 152)

⁶ Au moment de l'analyse, l'année 2016 n'était pas disponible dans le pool tarifaire. L'analyse du domaine ambulatoire se limite aux années 2013 à 2015.

G 2.1 Schéma récapitulatif de la démarche d'analyse pour les cas stationnaires (lien vers les chapitres concernés)



Décompte du nombre de cas en ambulatoire

Le nombre de cas en ambulatoire est estimé en comptant la fréquence des positions TARMED correspondantes aux interventions analysées. Les annexes 3 et 4 présentent les positions TARMED analysées et le nombre de cas pour chaque intervention.

Estimation du potentiel d'économies

Le potentiel d'économie du transfert de cas est obtenu en faisant la différence entre les coûts d'une intervention stationnaire et ceux d'une intervention ambulatoire. Les coûts sont estimés par intervention selon les relations mathématiques suivantes :

$$\text{Coûts pour le secteur stationnaire}_i = \text{nombre de cas potentiellement transférables}_i \times \text{costweight effectif}_i \times \text{baserate} \quad [1]$$

$$\text{Coûts pour le secteur ambulatoire}_i = \text{nombre de cas potentiellement transférables}_i \times \text{coût unitaire}_i \quad [2]$$

Avec, i = à l'intervention analysée.

Pour ces estimations, un baserate moyen de 9500 CHF⁷ a été utilisé. Les coûts unitaires de chaque intervention utilisés pour les présentes estimations sont présentés à l'annexe 5.

⁷ Il s'agit de la valeur moyenne que les assureurs utilisent et qui a été communiquée à l'OFSP. Cette valeur est donnée par le mandant.

3 Évolution du nombre de cas par intervention analysée

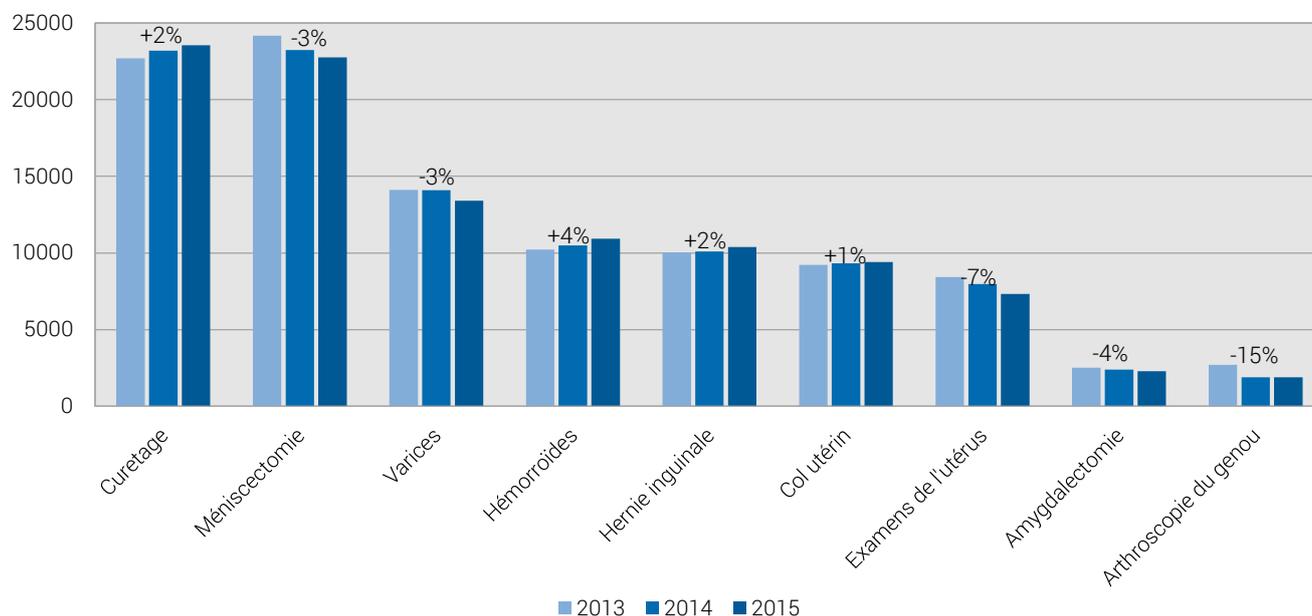
Ce chapitre présente l'évolution dans le temps du nombre de cas total (soit l'addition des cas stationnaires et ambulatoires, section 3.1), puis du nombre de cas traités de manière stationnaire (section 3.2), respectivement ambulatoire (section 3.3).

3.1 Le nombre total de cas évolue différemment selon les interventions

Entre 2013 et 2015, le nombre total de cas diminue pour cinq interventions, alors qu'il augmente pour les quatre autres (G 3.1). En moyenne annuelle, la diminution varie entre 3% pour la ménisectomie et les varices et 15% pour l'arthroscopie du genou. L'augmentation annuelle moyenne se situe entre 1% pour le col utérin et 4% pour les hémorroïdes.

Le nombre total de cas varie fortement entre les interventions (G 3.1). Il y a plus de 22000 curetages et ménisectomies en 2016, alors qu'il y a seulement 2000 amygdalectomies et 1500 arthroscopies du genou.

G 3.1 Évolution du nombre total de cas par intervention et variation annuelle moyenne, 2013–2015



Sources: OFS – Statistique administrative et médicale des hôpitaux et SASIS SA – Pool tarifaire

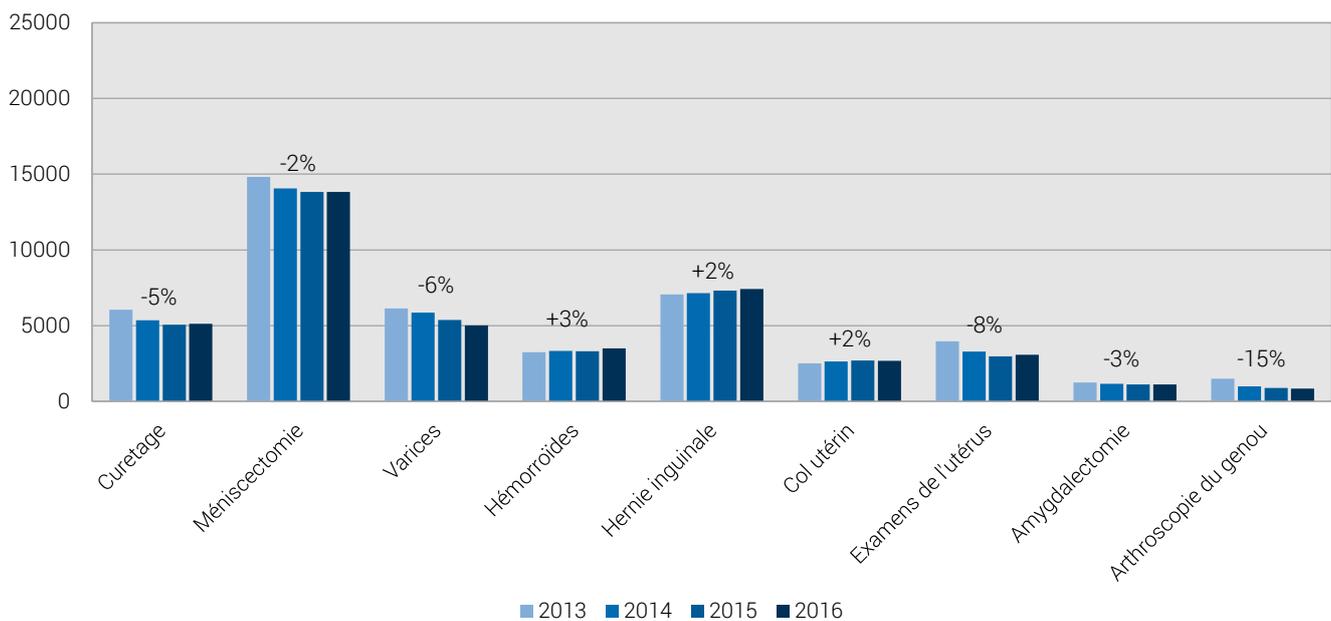
© Obsan 2018

3.2 Le nombre de cas stationnaires diminue

En général, le nombre de cas stationnaires diminue entre 2013 et 2016 (G 3.2). En moyenne annuelle, la diminution varie de 2% pour la méniscectomie à 15% pour l'arthroscopie du genou. Pour les autres interventions, la diminution se situe entre 3% et 8%. Pour trois interventions sur neuf, le nombre de cas augmente. Il s'agit de la hernie inguinale, des hémorroïdes et du col utérin. Les augmentations sont modérées : respectivement 2%, 3% et 2% en moyenne annuelle.

Le nombre de cas varie fortement entre les interventions (G 3.2). Il y a près de 14000 méniscectomie stationnaires en 2016, alors que le nombre d'amygdalectomie et d'arthroscopie du genou stationnaires se situent autour de 1000 cas.

G 3.2 Évolution du nombre de cas stationnaires par intervention et variation annuelle moyenne, 2013–2016



Sources: OFS – Statistique administrative et médicale des hôpitaux

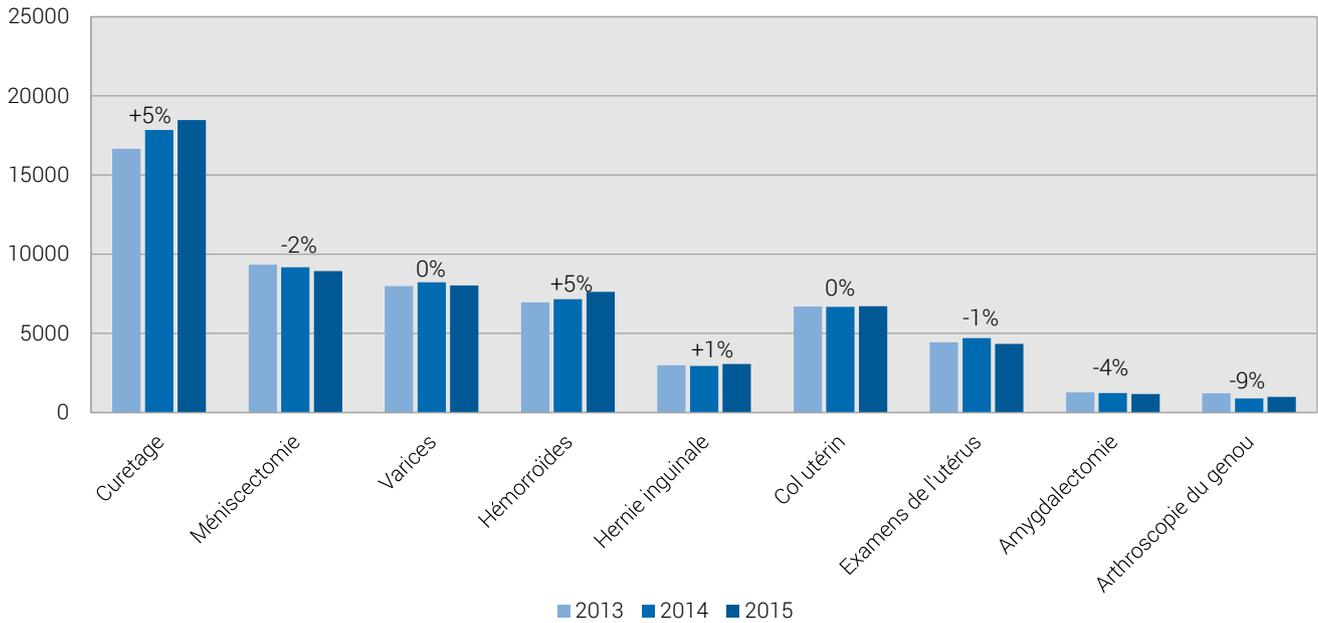
© Obsan 2018

3.3 Le nombre de cas en ambulatoire évolue différemment selon les interventions

Entre 2013 et 2015, le nombre de cas diminue pour quatre interventions, augmente pour trois et reste stable pour les deux autres interventions (G 3.3). En moyenne annuelle, la diminution varie entre 2% pour la méniscectomie et 9% pour l'arthroscopie du genou. L'augmentation annuelle moyenne se situe entre 1% pour la hernie inguinale et 5% pour le curetage.

Le nombre de cas varie fortement entre les interventions (G 3.3). Il y a plus de 18000 curetages, alors qu'il y a seulement 1000 amygdalectomies et arthroscopies du genou, en 2016.

G 3.3 Évolution du nombre de cas en ambulatoire par intervention et variation annuelle moyenne, 2013–2015



Sources: SASIS SA – Pool tarifaire

© Obsan 2018

3.4 Une majorité de cas sont traités en ambulatoire

Ce chapitre présente la proportion de cas traités en ambulatoire⁸. Il s'agit de montrer le niveau de cette proportion et son évolution entre 2013 et 2015⁹.

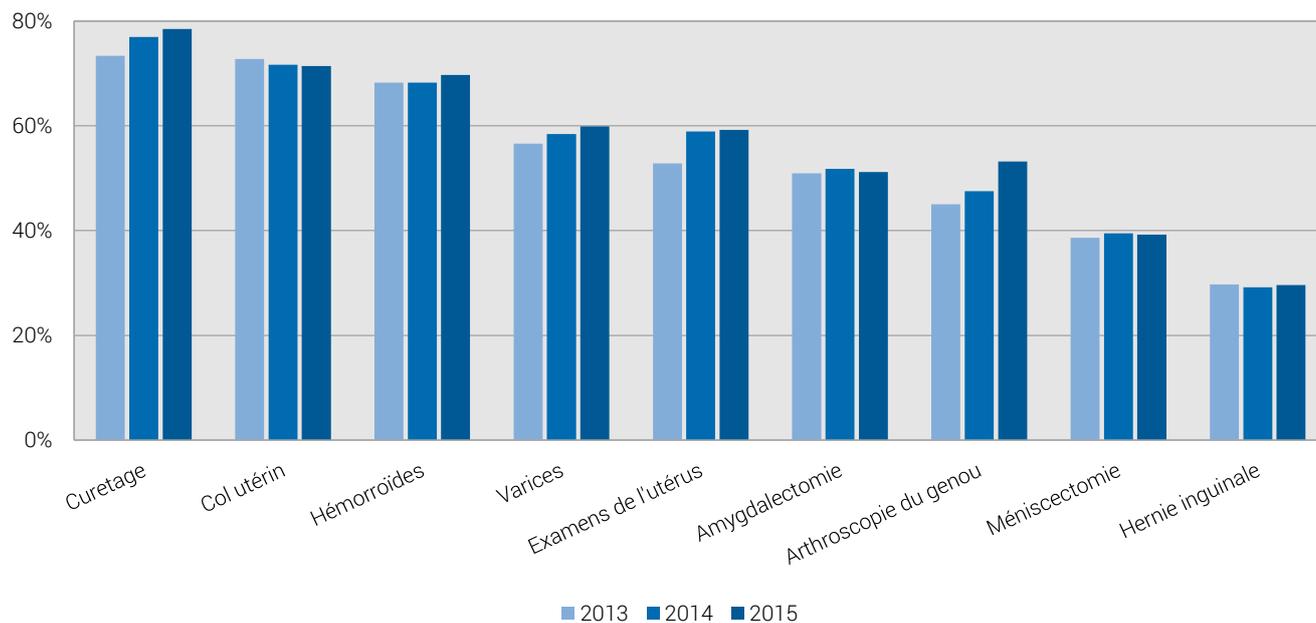
La majorité des cas sont traités en ambulatoire en 2015. La proportion de cas traités en ambulatoire dépasse 50% pour toutes les interventions analysées, à l'exception de la ménisectomie et de la hernie inguinale (respectivement 30% et 39%) (G 3.4). Pour les sept autres interventions, elle se situe entre 51% et 78%.

La proportion de cas traités en ambulatoire augmente (G 3.4) pour toutes les interventions, hormis pour le col utérin et la hernie inguinale (-0,9% et -0,3%), entre 2013 et 2015. L'augmentation, en moyenne annuelle, est variable selon l'intervention. Elle est quasiment nulle pour les amygdalectomies (+ 0,3%), alors qu'elle s'élève à plus de 9% pour l'arthroscopie du genou.

⁸ La part de cas traités en ambulatoire = nombre de cas ambulatoires / (nombre de cas ambulatoires + nombre de cas stationnaires).

⁹ L'évolution est présentée pour les années 2013 à 2015. L'année 2016 n'est pas présentée, car les données à notre disposition n'étaient pas complètes pour cette année au moment de l'analyse.

G 3.4 Proportion de cas traités en ambulatoire (en %), 2013–2015



Note : le nombre de cas traités en ambulatoire est présenté dans le détail à l'annexe 4.

Sources: OFS – Statistique administrative et médicale des hôpitaux et SASIS SA – Pool tarifaire

© Obsan 2018

4 Le potentiel de transfert par intervention analysée

Ce chapitre présente les résultats principaux concernant les cas transférables. La section 4.1 présente la proportion de cas potentiellement transférables du stationnaire vers l'ambulatoire. La section 4.2 montre le niveau de la proportion de cas traités en ambulatoire dans la situation hypothétique où tous les cas potentiellement transférables sont effectivement traités en ambulatoire. La section 4.3 discute des montants en francs que représentent pour le secteur stationnaire les cas potentiellement transférables.

4.1 Une proportion de cas potentiellement transférables élevée

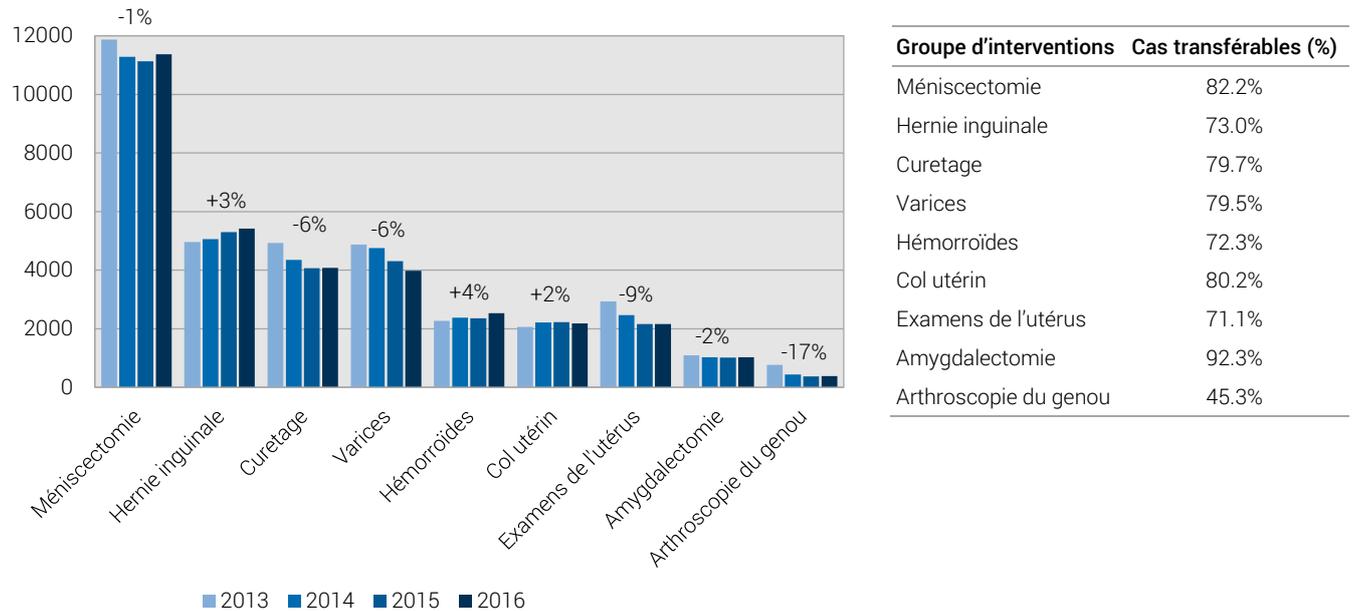
Le nombre de cas transférables est obtenu en sélectionnant les cas dont la durée de séjour est inférieure ou égale à deux nuits et dont le PCCL est égal à zéro (voir chapitre 2 pour plus de détails).

La proportion de cas transférables par rapport au nombre total de cas renseigné sur le potentiel de transfert indépendamment du nombre de cas stationnaires (G 4.1, tableau de droite). De ce point de vue, les interventions sont comparables. La proportion de cas transférables se situe entre 70% et 80% en 2016 pour la plupart des interventions. Seules deux interventions ne se situent pas dans cette fourchette. L'amygdalectomie présente un pourcentage de cas transférables légèrement plus élevé (92%), alors que l'arthroscopie du genou a un pourcentage nettement plus bas (45%).

Le nombre de cas transférables varie fortement selon l'intervention. Il y en a plus de 11000 pour la méniscectomie, alors qu'il y en a 370 pour l'arthroscopie du genou en 2016 (G 4.1). Globalement, pour toutes les interventions analysées, le nombre de cas potentiellement transférables se monte à 33'000 cas en 2016. Le nombre de cas potentiellement transférables par canton sont présentés à l'annexe 6.

En général, le nombre de cas potentiellement transférables diminue durant la période analysée (G 4.1, figure de gauche). La diminution se situe entre 1% pour la méniscectomie et 17% pour l'arthroscopie du genou en moyenne annuelle. Pour trois interventions, le nombre de cas potentiellement transférables augmente : la hernie inguinale (+ 3%), les hémorroïdes (+ 4%) et le col utérin (+ 2%).

G 4.1 Évolution du nombre de cas transférables (2013–2016) et de la proportion de cas transférables en 2016



Sources: OFS – Statistique administrative et médicale des hôpitaux

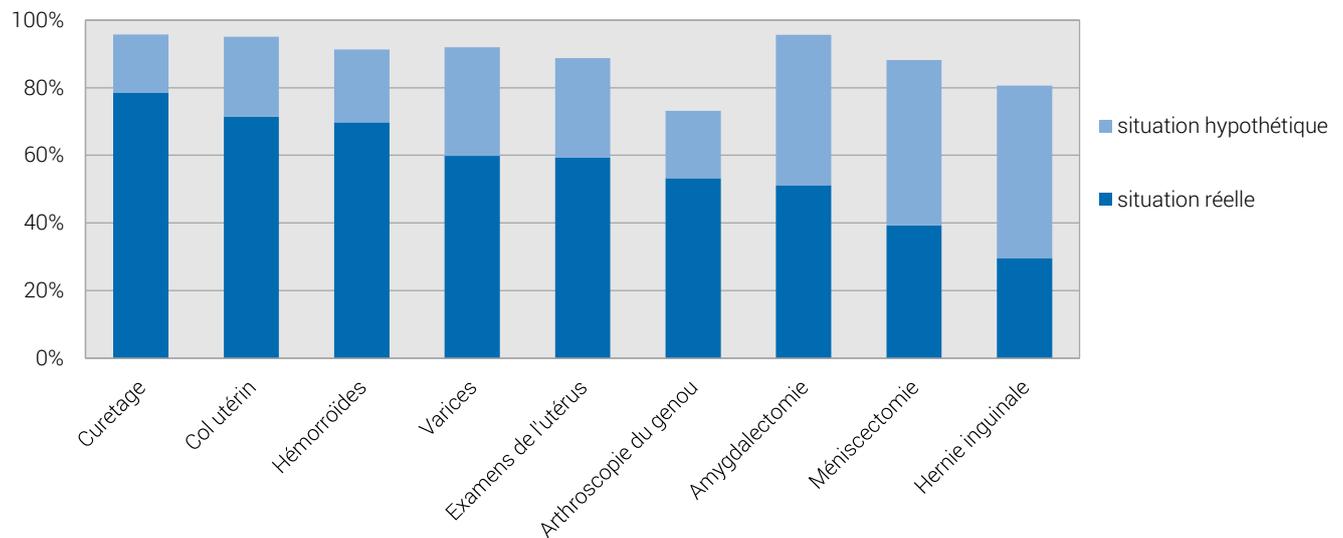
© Obsan 2018

4.2 Effet du transfert de cas sur la proportion de cas traités en ambulatoire

Ce chapitre présente le niveau de la proportion de cas traités en ambulatoire dans la situation hypothétique où tous les cas potentiellement transférables sont effectivement traités en ambulatoire. Cette hypothèse permet de montrer pour quelles interventions le transfert de cas aurait un impact important.

En suivant cette hypothèse, la proportion de cas traités en ambulatoire augmenterait fortement pour la plupart des interventions. Cette proportion se situerait entre 80% et 96% pour toutes les interventions, à l'exception de l'arthroscopie du genou (73%) (G 4.2). L'augmentation serait particulièrement marquée pour la ménisectomie, la hernie inguinale et l'amygdalectomie. Il s'agit des trois interventions dont la proportion de cas traités en ambulatoire est la plus faible (bâtons bleus foncés)

G 4.2 Proportion hypothétique de cas traités en ambulatoire, 2015



Sources: OFS – Statistique administrative et médicale des hôpitaux et SASIS SA – Pool tarifaire

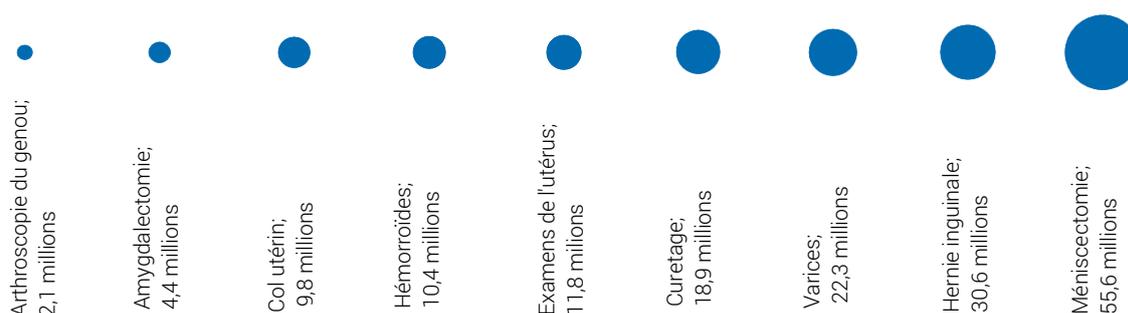
© Obsan 2018

4.3 Estimation des coûts stationnaires LAMal des cas potentiellement transférables

Ce chapitre estime les coûts stationnaires LAMal des cas potentiellement transférables. La méthode d'estimation des économies est présentée au chapitre 2.

Les cas transférables des neuf interventions analysées représentent un montant de 166 millions de francs pour l'année 2016. Les coûts LAMal diffèrent fortement entre les interventions. Pour la méniscectomie, ils s'élèvent à 56 millions et représentent le tiers du montant total. C'est 26 fois plus que les deux millions de l'arthroscopie du genou.

G 4.3 Estimation des coûts stationnaires LAMal des cas potentiellement transférables (en millions de francs), 2016



Sources: OFS – Statistique administrative et médicale des hôpitaux

© Obsan 2018

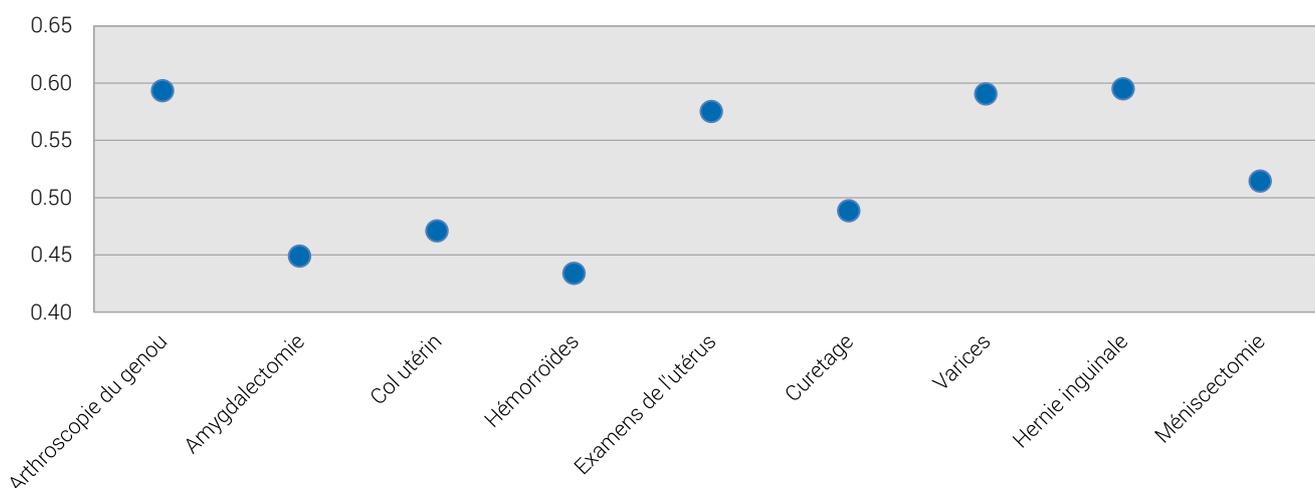
Le montant des coûts LAMal pour le secteur stationnaire dépend du nombre de cas transférables, du costweight effectif et du baserate (prix de base), selon la relation mathématique suivante :

$$\text{Coûts pour le secteur stationnaire}_i = \text{nombre de cas potentiellement transférables}_i \times \text{costweight effectif}_i \times \text{baserate} \quad [1]$$

Avec, i = à l'intervention analysée.

Pour ces estimations, un baserate moyen de 9500 CHF¹⁰ a été utilisé. Les costweights effectifs moyens des cas transférables en 2016 varient de 0,595 pour la hernie inguinale à 0,434 pour les hémorroïdes (G 4.4). Les costweights moyens des autres années sont présentées à l'annexe 7.

G 4.4 Costweights effectifs moyens des cas potentiellement transférables, 2016



Sources: OFS – Statistique administrative et médicale des hôpitaux

© Obsan 2018

¹⁰ Il s'agit de la valeur moyenne que les assureurs utilisent et qui a été communiquée à l'OFSP. Cette valeur est donnée par le mandat.

5 Les conséquences sur les coûts d'un transfert de cas

Ce chapitre présente les conséquences sur les coûts du transfert des cas stationnaires vers l'ambulatoire pour les interventions analysées. Les estimations sont tout d'abord effectuées pour le système de santé (chapitre 5.1), puis pour les financeurs des cas LAMal, à savoir les cantons et l'AOS (chapitre 5.2). Les conséquences sur les coûts sont estimées avec deux versions du TARMED afin de réaliser une analyse de sensibilité : la version 1.08BR (valable jusqu'au 31.12.2017) et la version 1.09 (valable dès le 01.01.2018).

5.1 Les conséquences sur les coûts du système de santé

Pour le système de santé, le transfert des cas du stationnaire vers l'ambulatoire amènerait des économies d'environ 90 millions de CHF en 2016 (T 5.1). Cette estimation reste du même ordre de grandeur selon la version du TARMED considérée : elle s'élève à 90 millions avec le TARMED 1.08BR et à 93 millions avec le TARMED 1.09.

Les économies attendues varient selon les interventions analysées. La méniscectomie représente le tiers de ce potentiel, alors que l'arthroscopie du genou représente à peine plus de 1%.

Les économies estimées correspondent à la différence entre les coûts stationnaires et ambulatoires des cas transférables. L'estimation des coûts stationnaires est expliquée au chapitre 4.3. Les coûts ambulatoires sont estimés en multipliant le nombre de cas potentiellement transférables (G 4.1) par le coût unitaire d'une intervention en ambulatoire. Le coût unitaire dépend de la version du TARMED utilisée (annexe 5).

T 5.1 Conséquences sur les coûts du système de santé (en millions de CHF), 2016

Groupe d'interventions	Coûts stationnaires des cas transférables	Coûts ambulatoires des cas transférables		Conséquences sur les coûts du système de santé	
		TARMED 1.08BR	TARMED 1.09	TARMED 1.08BR	TARMED 1.09
Méniscectomie	55,6	26,6	25,3	-29,0	-30,3
Hernie inguinale	30,6	16,4	15,3	-14,2	-15,4
Curetage	18,9	6,2	6,0	-12,7	-12,9
Varices	22,3	10,3	9,8	-12,0	-12,6
Hémorroïdes	10,4	6,0	5,8	-4,4	-4,6
Col utérin	9,8	2,7	2,7	-7,0	-7,0
Examens de l'utérus	11,8	5,3	5,3	-6,5	-6,5
Amygdalectomie	4,4	1,8	1,8	-2,6	-2,6
Arthroscopie du genou	2,1	0,8	0,8	-1,3	-1,3
Total	166,0	76,2	72,7	-89,7	-93,2

Sources: OFS – Statistique administrative et médicale des hôpitaux et CSS Assurance et OFSP

© Obsan 2018

5.2 Les conséquences sur les coûts à charge des cantons et de l'AOS

Les interventions stationnaires et ambulatoires sont financées selon des règles différentes : les interventions stationnaires sont financées par un système dual-fixe dans lequel les cantons financent au minimum 55% et l'AOS au maximum 45% restant, alors que les interventions ambulatoires sont financées à 100% par l'AOS (système moniste).

En raison de ces différences dans les clés de financement, le transfert de prestations vers l'ambulatoire peut en première lecture apparaître comme un transfert de coûts vers l'AOS. Celle-ci est en effet amenée à prendre en charge 100% des dépenses ambulatoires contre 45% lorsque les interventions sont réalisées en stationnaire. Toutefois les interventions ambulatoires sont en général sensiblement moins coûteuses que les interventions stationnaires (annexe 5), de sorte que, selon l'ampleur des différences de coûts, 100% des dépenses ambulatoires peuvent représenter un montant plus faible que 45% des dépenses stationnaires. Évaluer l'impact de ces différences dans le financement demande d'estimer les conséquences sur les coûts séparément pour les cantons et pour l'AOS.

Selon les estimations réalisées ci-dessous (T 5.2), le transfert des cas du stationnaire vers l'ambulatoire pour l'ensemble des interventions choisies pour cette analyse est quasiment neutre pour l'AOS. Des surcoûts pour certaines interventions sont compensés par des économies pour d'autres interventions. Selon la version du TARMED, il y a une surcharge de 1,5 millions de CHF ou une économie de 1,9 millions de CHF. Le potentiel d'économies pour les cantons s'élève à 91 millions de CHF.

Les coûts stationnaires (2^e colonne du T 5.1) sont répartis à raison de 55% à charge des cantons et 45% à charge de l'AOS. Les coûts ambulatoires (colonnes 3 ou 4 du T 5.1 selon la version du TARMED) sont entièrement à la charge de l'AOS. Les conséquences sur les coûts pour les cantons et l'AOS correspondent à la différence entre les coûts stationnaires et ambulatoires.

T 5.2 Conséquences sur les coûts à charge des cantons et de l'AOS (en millions de CHF), 2016

Groupe d'interventions	Coûts stationnaires		Coûts ambulatoires			Conséquences sur les coûts		
	Cantons (55%)	AOS (45%)	Cantons (0%)	AOS (100%)		Cantons	AOS	
				TARMED 1.08BR	TARMED 1.09		TARMED 1.08BR	TARMED 1.09
Ménissectomie	30,6	25,0	–	26,6	25,3	-30,6	1,6	0,3
Hernie inguinale	16,8	13,8	–	16,4	15,3	-16,8	2,6	1,5
Curetage	10,4	8,5	–	6,2	6,0	-10,4	-2,3	-2,5
Varices	12,3	10,1	–	10,3	9,8	-12,3	0,2	-0,3
Hémorroïdes	5,7	4,7	–	6,0	5,8	-5,7	1,3	1,1
Col utérin	5,4	4,4	–	2,7	2,7	-5,4	-1,7	-1,7
Examens de l'utérus	6,5	5,3	–	5,3	5,3	-6,5	0,0	0,0
Amygdalectomie	2,4	2,0	–	1,8	1,8	-2,4	-0,2	-0,2
Arthroscopie du genou	1,2	1,0	–	0,8	0,8	-1,2	-0,1	-0,2
Total	91,3	74,7	–	76,2	72,7	-91,3	1,5	-1,9

Sources: OFS – Statistique administrative et médicale des hôpitaux ; CSS Assurance et OFSP

© Obsan 2018

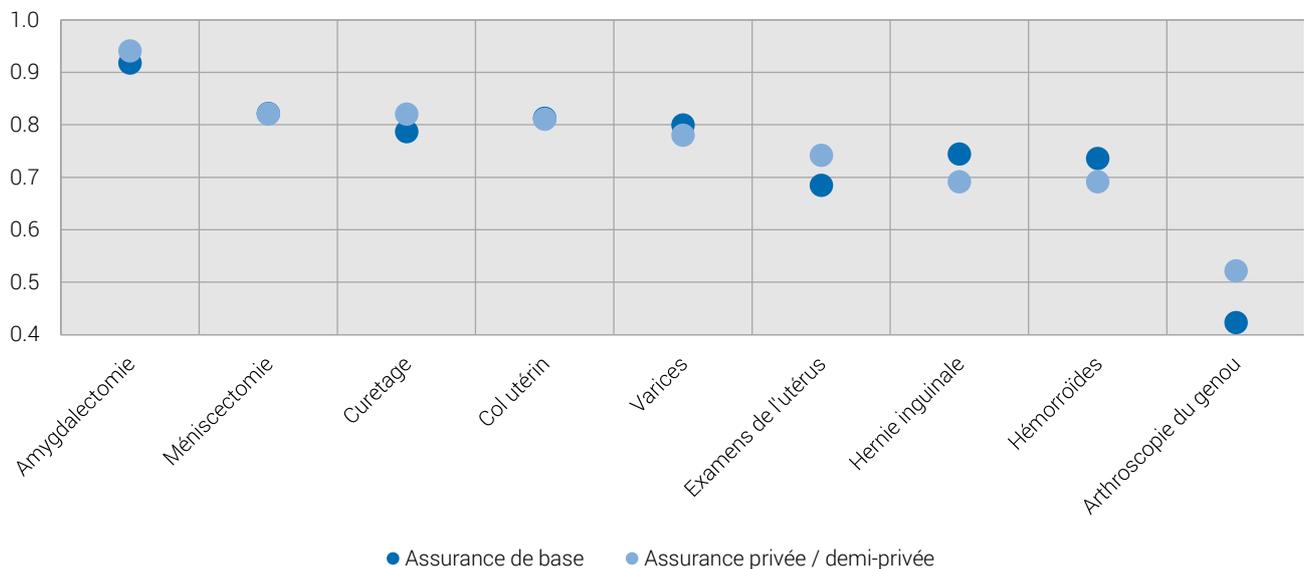
6 Comparaison de l'assurance de base et de l'assurance (demi-) privée

Ce chapitre évalue l'effet du type d'assurance (assurance de base ou assurance privée / demi-privée) sur le nombre de cas transférables. Concrètement, il s'agit de montrer s'il existe une différence dans la proportion de cas transférables entre les assurés de base et (demi-) privés.

Les parts de cas transférables sont très proches selon le type d'assurance, en 2016 (G 6.1). Pour la ménissectomie et le col utérin, il n'y a pas de différence entre l'assurance de base et (demi-) privée. Pour six autres interventions, des différences existent, mais elles sont petites. Seule l'arthroscopie du genou présente une différence prononcée : la part de cas transférables est 23% plus élevée pour l'assurance (demi-) privée que pour l'assurance de base.

Dans le détail, la part de cas transférables est plus grande pour l'assurance (demi-) privée pour quatre interventions : amygdalectomie, curetage, examens de l'utérus et arthroscopie du genou. Elle est plus petite pour les trois dernières interventions : varices, hernie inguinale, hémorroïdes.

G 6.1 Part de cas transférables selon le type d'assurance, 2016

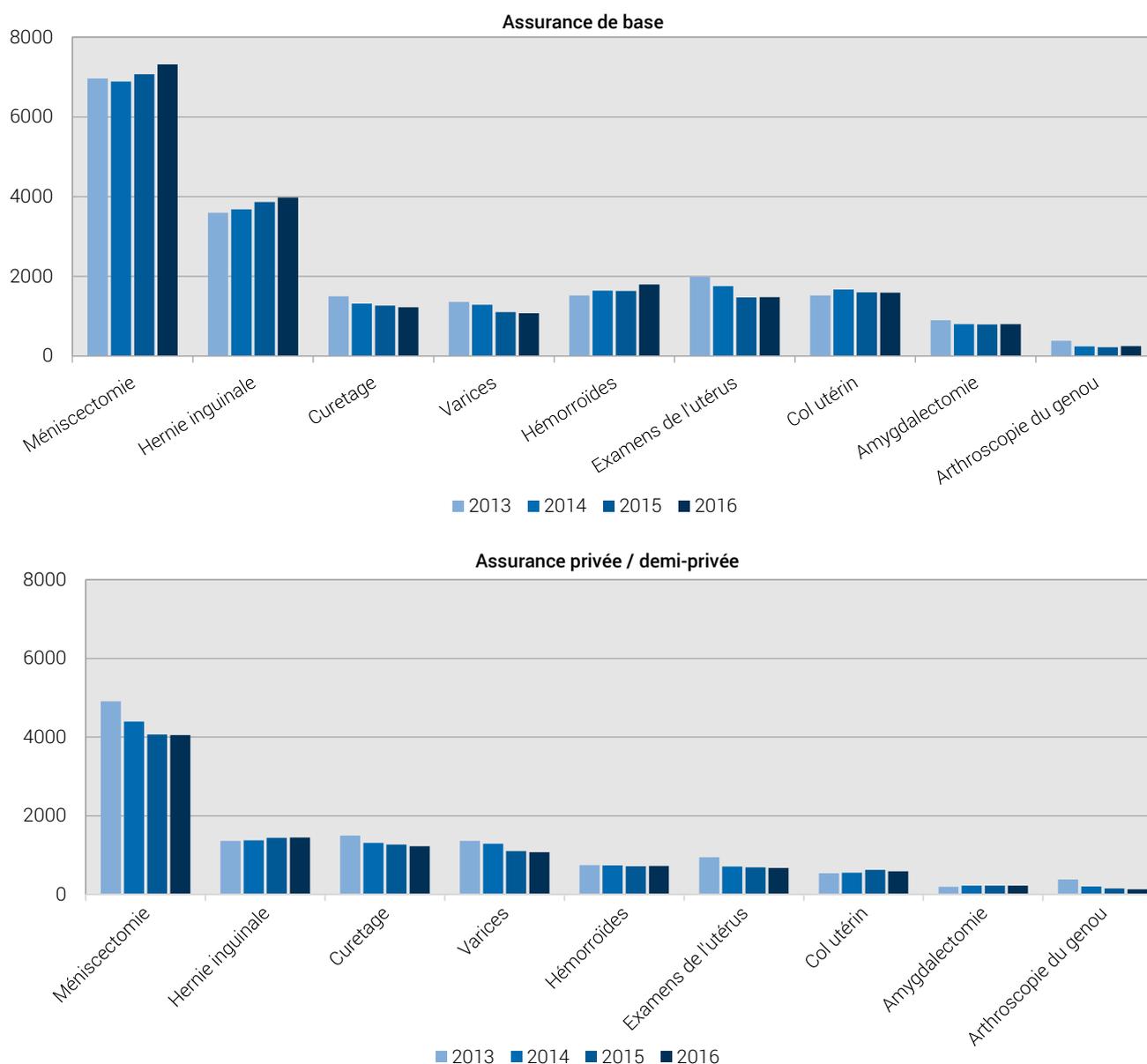


Sources: OFS – Statistique administrative et médicale des hôpitaux

© Obsan 2018

L'évolution du nombre de cas transférables est la même pour six interventions, quelle que soit le type d'assurance. Seules trois interventions ont des évolutions contraires entre les deux types d'assurance. Il s'agit de la ménissectomie et des hémorroïdes dont le nombre de cas transférables augmente pour l'assurance de base et diminue pour l'assurance (demi-) privée et des amygdalectomies dont le nombre de cas transférables diminue pour l'assurance de base et augmente pour l'assurance (demi-) privée.

G 6.2 Évolution du nombre de cas transférables par type d'assurance, 2013–2016



Sources: OFS – Statistique administrative et médicale des hôpitaux

© Obsan 2018

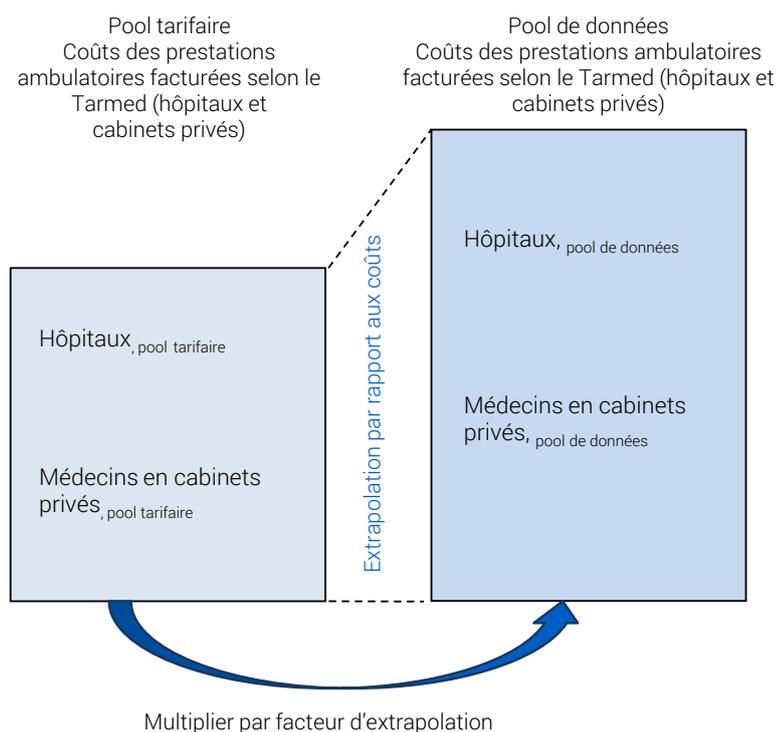
Comparer le nombre de cas potentiellement transférables entre l'assurance de base et l'assurance (demi-) privée n'est pas pertinent, car le nombre de personnes ayant contracté ces assurances est différent. L'assurance de base étant obligatoire, 100% de la population l'a contractée, alors que seulement 25% environ de la population possède une assurance (demi-) privée (Enquête suisse sur la santé 2012). Pour comparer le nombre de cas potentiellement transférables, il faudrait estimer des taux par assuré. Cette analyse n'a pas été effectuée, car elle s'éloigne du mandat reçu pour la réalisation de cette étude.

7 Lexique

Baserate :	Prix de base. Le baserate équivaut au montant qui est payé pour un cas présentant un costweight de 1.0. Il est fixé par les partenaires tarifaires (assureurs et fournisseurs de prestations).
CHOP :	Classification Suisse des Interventions Chirurgicales (CHOP). Cette classification est mise à jour et publié chaque année par l'Office fédéral de la statistique.
Costweight :	Les costweights sont des pondérations relatives, calculées sur une base empirique, qui décrivent l'investissement en soins d'un groupe de patients déterminé. En principe, ils sont calculés chaque année sur la base des données actualisées de coûts par cas des hôpitaux.
Costweight effectif :	Le costweight effectif des outliers s'obtient par un ajustement journalier du costweight inlier. Le nombre de nuits pour lesquels il convient de procéder à un ajustement vers le haut ou vers le bas correspond à la différence entre la durée de séjour et les bornes du DRG correspondant. Le costweight effectif des inliers correspond au costweight du DRG. Les ajustements journaliers pour les low-outliers et les high-outliers se trouvent dans le catalogue des forfaits par cas.
LOS :	Il s'agit de la durée de séjour. La définition SwissDRG est utilisée. C'est le nombre de nuit qui est comptabilisé. Un patient qui entre aujourd'hui et sort demain a une durée de séjour de 1 nuit.
PCCL :	Le niveau de complexité clinique du patient (PCCL) est une variable issue du grouper SwissDRG. Elle est un indice composite basé sur le niveau de sévérité associé aux diagnostics secondaires d'un patient.
SwissDRG :	Swiss Diagnosis Related Groups. Il s'agit du système tarifaire de rémunération des prestations hospitalières en soins somatiques aigus.
TARMED :	Il s'agit du tarif médical utilisé par les cabinets médicaux et le domaine hospitalier ambulatoire. Il comprend la quasi-totalité des prestations médicales et paramédicales, soit plus de 4600 positions.

8 Annexes

Annexe 1 Extrapolation des données du pool tarifaire



Source : présentation propre

© Obsan 2018

T 8.1 Taux de couverture (%) des coûts des prestations TARMED du pool tarifaire par rapport aux coûts des prestations TARMED du pool de données, par prestataire, 2013-2015

Prestataires	2013	2014	2015
Médecins en cabinets privés	88%	93%	91%
Hôpital, domaine ambulatoire	81%	86%	88%

Source : SASIS SA – pool tarifaire et pool de données

© Obsan 2018

Annexe 2 Liste des interventions et de codes CHOP correspondants

Groupe d'interventions	Libellé
Opérations unilatérales des veines variqueuses des membres inférieurs	Varices
Interventions pour hémorroïdes	Hémorroïdes
Opérations unilatérales de hernies inguinales	Hernie inguinale
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

Sources: représentation propre

© Obsan 2018

Groupe d'interventions	CHOP 2017	Dénomination
Opérations unilatérales¹ des veines variqueuses des membres inférieurs	Z38.5	Ligature et stripping de veines variqueuses
	Z38.50	Ligature et stripping de veines variqueuses, site non précisé
	Z38.59	Ligature et stripping de veines variqueuses des membres inférieurs
	Z38.59.0	Détail de la sous-catégorie 38.59
	Z38.59.00	Ligature et stripping de veines variqueuses des membres inférieurs, SAP
	Z38.59.10	Ligature, excision et stripping de veines variqueuses et veines perforantes des membres inférieurs (en tant qu'intervention indépendante)
	Z38.59.20	Crossectomie et stripping de veines variqueuses des membres inférieurs, SAP
	Z38.59.21	Crossectomie et stripping de la veine grande saphène
	Z38.59.22	Crossectomie et stripping de la veine petite saphène
	Z38.59.30	Crossectomie (isolée), SAP
	Z38.59.31	Crossectomie (isolée), veine grande saphène
	Z38.59.32	Crossectomie (isolée), veine petite saphène
	Z38.59.40	Traitement de veines variqueuses par laser local
	Z38.59.50	Traitement endoluminal de veines variqueuses
	Z38.59.51	Traitement de veines variqueuses par laser endoveineux [EVLV]
	Z38.59.52	Ablation endoveineuse de veines variqueuses par radiofréquence
	Z38.59.59	Traitement endoluminal de veines variqueuses, autre
	Z38.59.99	Ligature et stripping de veines variqueuses des membres inférieurs, autre
	Z38.6	Autre excision de vaisseau
Z38.69	Autre excision de veines de membre inférieur	

¹Codage : combinaison avec le code correspondant au côté

Groupe d'interventions	CHOP 2017	Dénomination
Interventions pour hémorroïdes	Z49.4	Interventions pour hémorroïdes
	Z49.41	Réduction d'hémorroïdes
	Z49.42	Injection d'hémorroïdes
	Z49.43	Cautérisation d'hémorroïdes
	Z49.44	Destruction d'hémorroïdes par cryothérapie
	Z49.45	Ligature d'hémorroïdes
	Z49.46	Excision d'hémorroïdes
	Z49.46.0	Détail de la sous-catégorie 49.46
	Z49.46.00	Excision d'hémorroïdes, SAP
	Z49.46.10	Excision d'hémorroïdes, hémorroïdopexie
	Z49.46.11	Excision d'hémorroïdes, ligature d'artère hémorroïdale
	Z49.46.12	Excision d'hémorroïdes avec plastie réparatrice
	Z49.46.99	Excision d'hémorroïdes, autre
	Z49.47	Évacuation d'hémorroïdes thrombosées
	Z49.49	Autres interventions pour hémorroïdes
	Z49.49.0	Détail de la sous-catégorie 49.49
	Z49.49.00	Autres interventions pour hémorroïdes, SAP
	Z49.49.10	Autres interventions pour hémorroïdes, sclérose
	Z49.49.11	Autres interventions pour hémorroïdes, ligature élastique
	Z49.49.99	Autres interventions pour hémorroïdes, autre

Groupe d'interventions	CHOP 2013-2016	CHOP 2017	Dénomination
Opérations unilatérales² de hernies inguinales		Z53	Réparations de hernies
		Z53.0	Réparation de hernie inguinale
		Z53.00	Réparation de hernie inguinale, SAP
	Z53.10		Réparation de hernie inguinale, bilatérale, SAP [L]
		Z53.06	Opération de hernie inguinale, par chirurgie ouverte
		Z53.06.0	Détail de la sous-catégorie 53.06
	Z53.01	Z53.06.11	Opération de hernie inguinale, par chirurgie ouverte, sans implantation de membranes ou filets
	Z53.02		Réparation de hernie inguinale indirecte, unilatéral [L]
	Z53.11		Réparation de hernie inguinale directe, bilatérale [L]
	Z53.12		Réparation de hernie inguinale indirecte, bilatérale [L]
	Z53.13		Réparation de hernie inguinale bilatérale, une directe, une indirecte [L]
	Z53.03	Z53.06.21	Opération de hernie inguinale, par chirurgie ouverte, avec implantation de membranes et filets
	Z53.04		Réparation de hernie inguinale indirecte avec implant (filet, prothèse) [L]
	Z53.15		Réparation de hernie inguinale indirecte, bilatérale avec implant (filet, prothèse) [L]
	Z53.16		Réparation de hernie inguinale bilatérale, une directe, l'autre indirecte, avec implant (filet, prothèse) [L]
	Z53.17		Réparation de hernie inguinale bilatérale avec implant (filet, prothèse), SAP [L]
		Z53.07	Opération de hernie inguinale, par laparoscopie
		Z53.07.0	Détail de la sous-catégorie 53.07

Groupe d'interventions	CHOP 2013-2016	CHOP 2017	Dénomination
		Z53.07.11	Opération de hernie inguinale, par laparoscopie, sans implantation de membranes ou filets
	Z53.05	Z53.07.21	Opération de hernie inguinale, par laparoscopie, avec implantation de membranes et filets
		Z53.09	Réparation de hernie inguinale, autre

²Codage : combinaison avec le code correspondant au côté

Groupe d'interventions	CHOP 2017	Dénomination
Examens / interventions au niveau du col utérin ou de l'utérus	Z67	Opérations du col utérin
	Z67.0	Dilatation du canal cervical
	Z67.1	Techniques diagnostiques concernant le col utérin
	Z67.11	Biopsie endocervicale
	Z67.12	Autre biopsie du col utérin
	Z67.19	Autres techniques diagnostiques concernant le col utérin
	Z67.2	Conisation du col utérin
	Z67.3	Autre excision ou destruction de lésion ou de tissu du col utérin
	Z67.31	Marsupialisation de kyste du col utérin
	Z67.32	Destruction de lésion du col utérin par cautérisation
	Z67.33	Destruction de lésion du col utérin par cryochirurgie
	Z67.34	Destruction de lésion ou de tissu du col utérin par électrocoagulation
	Z67.35	Destruction de lésion ou de tissu du col utérin par coagulation au laser
	Z67.39	Autre excision ou destruction de lésion ou de tissu du col utérin
	Z68.1	Techniques diagnostiques concernant l'utérus et les structures de soutien
	Z68.11	Examen digital de l'utérus
	Z68.12	Endoscopie diagnostique de l'utérus et des structures de soutien
	Z68.12.0	Détail de la sous-catégorie 68.12
	Z68.12.00	Endoscopie diagnostique de l'utérus et des structures de soutien, SAP
	Z68.12.10	Hystéroscopie, SAP
	Z68.12.11	Hystéroscopie diagnostique
	Z68.12.12	Hystérosalpingoscopie diagnostique
	Z68.12.19	Hystéroscopie, autre
	Z68.12.99	Endoscopie diagnostique de l'utérus et des structures de soutien, autre
	Z68.15	Biopsie fermée des ligaments utérins
	Z68.16	Biopsie fermée de l'utérus
	Z69	Autres opérations de l'utérus et des structures de soutien
	Z69.0	Dilatation et curetage de l'utérus
	Z69.02 ⁴	Dilatation et curetage utérin après accouchement ou avortement
	Z69.09	Autre dilatation et curetage de l'utérus
	Z69.5	Aspiration curetage de l'utérus
	Z69.52 ⁴	Aspiration curetage d'utérus après accouchement ou avortement
Z69.59	Autre aspiration curetage de l'utérus	
Arthroscopies du genou, y c. opérations du ménisque	Z80.26	Arthroscopie, genou
	Z80.26.0	Détail de la sous-catégorie 80.26
	Z80.26.00	Arthroscopie, genou, SAP

Groupe d'interventions	CHOP 2017	Dénomination
	Z80.26.10	Arthroscopie diagnostique, genou
	Z80.26.99	Arthroscopie, genou, autre
	Z80.6	Méniscectomie du genou
	Z80.6X	Méniscectomie du genou
	Z80.6X.0	Détail de la sous-catégorie 80.6X
	Z80.6X.00	Méniscectomie du genou, SAP
	Z80.6X.10	Méniscectomie du genou, sous arthroscopie, partielle
	Z80.6X.11	Méniscectomie du genou, sous arthroscopie, totale
	Z80.6X.99	Méniscectomie du genou, autre
	Z80.86	Autre excision ou destruction locale de lésion articulaire, genou
	Z80.86.0	Détail de la sous-catégorie 80.86
	Z80.86.11	Débridement de l'articulation du genou
	Z80.86.13	Excision de kyste méniscal de l'articulation du genou
Opérations sur des amygdales et des végétations adénoïdes	Z28.2	Amygdalectomie, sans excision de végétations adénoïdes
	Z28.2X.10	Résection partielle d'amygdale, sans excision de végétations adénoïdes
	Z28.6	Excision de végétations adénoïdes, sans amygdalectomie

Sources: OFS – Classification Suisse des Interventions Chirurgicales (CHOP) 2013, 2014, 2015, 2016, 2017

© Obsan 2018

Annexe 3 Positions TARMED analysées

Groupe d'interventions	Position TARMED / forfait	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
Hernie inguinale	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

Groupe d'interventions	Position TARMED / forfait	Description
	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 2018

Annexe 4 Fréquence des positions TARMED analysées et estimation du nombre de cas traités en ambulatoire

Groupe d'interventions	Position TARMED / forfait	2013	2014	2015	Définition du nombre de cas	Remarques
Arthroscopie du genou	0001.0810.001 et 0001.0810.002	63	79	63	+	Il s'agit de forfaits. Il n'est pas possible de savoir si une autre intervention est réalisée en même temps que l'arthroscopie du genou.
	24.5610	9 561	9 163	8 980	+	
	24.5710	8 404	8 343	8 041	-	Les résections du ménisque (24.5710) sont soustraites à l'arthroscopie du genou
<i>Nombre de cas</i>		<i>1 219</i>	<i>899</i>	<i>1 001</i>	=	
Ménisectomie	24.5615	139	183	187	+	
	24.5700	798	647	701	+	
	24.5710	8 404	8 343	8 041	+	
<i>Nombre de cas</i>		<i>9 341</i>	<i>9 173</i>	<i>8 929</i>	=	
Col utérin	22.1010	742	605	601	+	
	22.1020	2 750	2 582	2 718	+	
	22.1030	3 215	3 489	3 406	+	
<i>Nombre de cas</i>		<i>6 707</i>	<i>6 677</i>	<i>6 725</i>	=	
Curetage	22.0645	8 918	9 561	9 940	+	
	22.1210	5 718	6 175	6 515	+	
	22.1220	2 018	2 107	2 019	+	
<i>Nombre de cas</i>		<i>16 654</i>	<i>17 843</i>	<i>18 474</i>	=	
Examens de l'utérus	22.0605	1 701	2 166	1 940	+	
	22.0690	2 747	2 537	2 395	+	
<i>Nombre de cas</i>		<i>4 448</i>	<i>4 703</i>	<i>4 334</i>	=	
Hémorroïdes	20.2210	1 448	1 420	1 353	+	
	20.2220	832	821	870	+	
	20.2240	917	973	969	+	
	20.2250	3 771	3 941	4 435	+	
<i>Nombre de cas</i>		<i>6 969</i>	<i>7 156</i>	<i>7 626</i>	=	
Hernie inguinale	20.0180	948	822	1 015	+	
	20.0230	65	49	39	-	Ces cas sont considérés comme des cas d'urgence, nécessitant une observation postopératoire.
	20.0260	225	220	215	+	
	20.0290	12	34	16	+	
	20.0310	52	45	52	+	
	20.0330	1 672	1 736	1 663	+	
	20.0350	143	135	149	+	
	<i>Nombre de cas</i>		<i>2 987</i>	<i>2 942</i>	<i>3 070</i>	
Amygdalectomie	12.0140	1 242	1 206	1 109	+	
	12.0170	36	31	61	+	
<i>Nombre de cas</i>		<i>1 278</i>	<i>1 237</i>	<i>1 170</i>	=	
Varices	0001.0210.001	-	2	-	+	
	0001.0215.001	-	1	2	+	
	0001.0220.003	23	58	57	+	

Groupe d'interventions	Position TARMED / forfait	2013	2014	2015	Définition du nombre de cas	Remarques
	0001.0225.003	5	16	3	+	
	0001.0235.001	-	4	-	+	
	0001.0260.002	-	2	2	+	
	0001.0277.005	-	7	2	+	
	0001.0279.005	-	2	-	+	
	18.1230.24.00 et 18.1230.25.00	-	-	-	+	
	18.1550	1 361	1 278	1 279	+	
	18.1560	271	386	424	+	
	18.1590	4 989	5 172	5 039	+	
	18.1610	473	540	511	-	Les positions deuxième côté sont enlevées, car les interventions bilatérales ne sont pas prises en compte.
	18.1620	1 125	1 156	1 107	+	
	18.1630	64	77	73	-	Les positions deuxième côté sont enlevées, car les interventions bilatérales ne sont pas prises en compte.
	18.1640	332	223	210	+	
	18.1650	15	25	22	-	Les positions deuxième côté sont enlevées, car les interventions bilatérales ne sont pas prises en compte.
	18.1660	217	307	326	+	
	18.1680	225	263	182	+	
<i>Nombre de cas</i>		<i>7 994</i>	<i>8 235</i>	<i>8 029</i>	<i>=</i>	

Note : + signifie que la position TARMED est comptabilisé, - signifie que la position TARMED est soustraite au nombre de cas

Sources: représentation propre

© Obsan 2018

Annexe 5 Coûts unitaires ambulatoires et stationnaires (en CHF)

Les coûts unitaires ambulatoires pour la version 1.08BR du TARMED se basent sur des estimations de la CSS Assurance, sauf pour le col utérin, les examens de l'utérus et l'amygdalectomie. Il s'agit de la moyenne des coûts enregistrés par la CSS Assurance pour ces interventions en 2016. Ces estimations comprennent les examens avant et après l'intervention dans environ 80% des cas. Les coûts unitaires ambulatoires pour le col utérin, les examens de l'utérus et l'amygdalectomie sont estimés par l'OFSP. Ils se basent sur des données mises à disposition et utilisées par une clinique opérante en ambulatoire. Les chiffres livrés par la CSS Assurance pour ces trois interventions recouvrent d'autres positions TARMED que celles analysées dans le cadre de cette étude. Ils ne peuvent donc pas servir à en estimer le coût unitaire ambulatoire.

Les coûts unitaires de la version 1.09 du TARMED sont estimés par l'OFSP selon la démarche suivante : une clinique opérante en ambulatoire a mis à disposition les positions TARMED utilisées pour chaque intervention. Ces positions basées sur le TARMED 1.08BR donne une somme de points tarifaires. L'OFSP a donc recalculé pour chaque intervention la somme des points tarifaires avec le TARMED 1.09. Pour obtenir des valeurs adaptées à ce nouveau tarif, les estimations des coûts unitaires de la CSS Assurance ont été ajustées selon la différence en pourcent des sommes des points tarifaires (TARMED 1.08BR versus TARMED 1.09).

Les coûts unitaires stationnaires (dernière colonne du tableau) sont calculés pour l'année 2016. Ils correspondent à la multiplication du baserate (9'500 CHF) par le costweight effectif (voir annexe 7).

Groupe d'interventions	Ambulatoire		Stationnaire (2016)
	TARMED 1.08BR	TARMED 1.09	
Ménissectomie	2 340	2 223	4 889
Hernie inguinale	3 032	2 820	5 654
Curetage	1 521	1 475	4 643
Varices	2 583	2 454	5 612
Hémorroïdes	2 383	2 288	4 125
Col utérin*	1 250	1 250	4 477
Examens de l'utérus*	2 465	2 465	5 467
Amygdalectomie*	1 767	1 767	4 266
Arthroscopie du genou	2 190	2 081	5 639

Note : * estimation des coûts unitaires ambulatoires de l'OFSP.

Sources : CSS Assurance et OFSP

© Obsan 2018

Annexe 6 Nombre de cas potentiellement transférables par canton, 2016

Canton	Varices	Amygdalectomie	Hernie inguinale	Ménissectomie	Arthroscopie du genou	Col utérin	Examens de l'utérus	Curetage	Hémorroïdes
AG	391	67	444	1 123	24	102	191	266	172
AI	18	.	13	46	3	0	.	.	4
AR	29	.	32	649	7	6	3	7	17
BE	974	228	850	1 995	67	415	359	529	397
BL	173	20	165	522	19	4	9	22	60
BS	122	23	240	602	15	83	41	95	131
FR	150	.	163	479	3	8	19	18	111
GE	88	99	275	377	20	59	150	123	172
GL	10	.	39	12	.	23	31	106	2
GR	48	14	135	331	9	23	16	26	25
JU	12	.	12	12	0	1	2	.	5
LU	204	6	230	239	10	10	44	54	93
NE	26	8	44	205	8	3	33	18	31
NW	26	1	16	17	3	3	1	4	13
OW	10	12	7	4	.	.	1	3	3
SG	184	100	443	697	14	139	302	437	224
SH	33	0	69	53	2	7	17	16	67
SO	119	77	145	421	12	77	103	155	66
SZ	45	26	118	425	7	46	13	96	26
TG	222	8	95	38	4	73	71	139	27
TI	225	83	227	381	8	90	69	181	148
UR	11	.	11	105	2	1	2	3	10
VD	133	16	297	633	30	24	132	166	153
VS	84	14	151	66	6	12	8	20	67
ZG	59	2	92	243	3	18	12	30	42
ZH	583	219	1 106	1 694	102	954	524	1 563	460
Suisse	3 979	1 023	5 419	11 369	378	2 181	2 153	4 077	2 526

Sources: OFS – Statistique administrative et médicale des hôpitaux

© Obsan 2018

Annexe 7 Costweights effectifs des cas transférables

Groupe d'interventions	2013	2014	2015	2016
Hernie inguinale	0.559	0.554	0.598	0.595
Arthroscopie du genou	0.582	0.558	0.560	0.594
Varices	0.540	0.561	0.561	0.591
Diagnostics utérus	0.559	0.567	0.588	0.576
Ménissectomie	0.591	0.569	0.516	0.515
Opérations utérus	0.479	0.469	0.502	0.489
Col utérin	0.460	0.460	0.474	0.471
Amygdalectomie	0.461	0.475	0.446	0.449
Hémorroïdes	0.423	0.426	0.452	0.434

Sources: OFS – Statistique administrative et médicale des hôpitaux

© Obsan 2018

Annexe 8 Fiche synthétique par groupe d'interventions

Amygdalectomie

Nombre de cas

2016	Tendance
1 108	↓

Évolution du nombre de cas

	2013	2014	2015	2016
	N	N	N	N
Assurance de base	1 014	903	872	870
Assurance privée / demi-privée	218	247	244	238
Total	1 232	1 150	1 116	1 108

Nombre de cas transférables

2016	Tendance
1 023	→

Évolution du nombre de cas transférables

	2013	2014	2015	2016
	N	N	N	N
Assurance de base	897	802	790	799
Assurance privée / demi-privée	197	223	226	224
Total	1 094	1 025	1 016	1 023

Part de cas transférables

2016	Tendance
92%	↑

Évolution de la part de cas transférables

	2013	2014	2015	2016
	%	%	%	%
Assurance de base	88,5%	88,8%	90,6%	91,8%
Assurance privée / demi-privée	90,4%	90,3%	92,6%	94,1%
Total	88,8%	89,1%	91,0%	92,3%

Sources: OFS – Données administratives des hôpitaux selon art. 59a LAMal

© Obsan 2018

Varices

Nombre de cas

2016	Tendance
5 007	↓

Évolution du nombre de cas

	2013	2014	2015	2016
	N	N	N	N
Assurance de base	4 402	4 275	3 996	3 630
Assurance privée / demi-privée	1 722	1 574	1 385	1 377
Total	6 124	5 850	5 381	5 007

Note: En 2014, un cas est répertorié ni dans l'assurance de base, ni dans l'assurance privée / demi-privée, mais considéré dans le total

Nombre de cas transférables

2016	Tendance
3 979	↓

Évolution du nombre de cas transférables

	2013	2014	2015	2016
	N	N	N	N
Assurance de base	3 510	3 460	3 203	2 904
Assurance privée / demi-privée	1 359	1 291	1 101	1 075
Total	4 869	4 752	4 304	3 979

Note: En 2014, un cas est répertorié ni dans l'assurance de base, ni dans l'assurance privée / demi-privée, mais considéré dans le total

Part de cas transférables

2016	Tendance
79%	→

Évolution de la part de cas transférables

	2013	2014	2015	2016
	%	%	%	%
Assurance de base	79,7%	80,9%	80,2%	80,0%
Assurance privée / demi-privée	78,9%	82,0%	79,5%	78,1%
Total	79,5%	81,2%	80,0%	79,5%

Sources: OFS – Données administratives des hôpitaux selon art. 59a LAMal

© Obsan 2018

Hernie inguinale

Nombre de cas

2016	Tendance
7 422	↑

Évolution du nombre de cas

	2013	2014	2015	2016
	N	N	N	N
Assurance de base	4 945	5 101	5 223	5 335
Assurance privée / demi-privée	2 107	2 051	2 087	2 087
Total	7 052	7 152	7 310	7 422

Nombre de cas transférables

2016	Tendance
5 419	↑

Évolution du nombre de cas transférables

	2013	2014	2015	2016
	N	N	N	N
Assurance de base	3 598	3 680	3 862	3 975
Assurance privée / demi-privée	1 362	1 375	1 438	1 444
Total	4 960	5 055	5 300	5 419

Part de cas transférables

2016	Tendance
73%	↑

Évolution de la part de cas transférables

	2013	2014	2015	2016
	%	%	%	%
Assurance de base	72,8%	72,1%	73,9%	74,5%
Assurance privée / demi-privée	64,6%	67,0%	68,9%	69,2%
Total	70,3%	70,7%	72,5%	73,0%

Sources: OFS – Données administratives des hôpitaux selon art. 59a LAMal

© Obsan 2018

Ménisectomie

Nombre de cas

2016	Tendance
13 837	↓

Évolution du nombre de cas

	2013	2014	2015	2016
	N	N	N	N
Assurance de base	8 717	8 626	8 811	8 901
Assurance privée / demi-privée	6 108	5 442	5 022	4 936
Total	14 825	14 068	13 833	13 837

Nombre de cas transférables

2016	Tendance
11 369	↓

Évolution du nombre de cas transférables

	2013	2014	2015	2016
	N	N	N	N
Assurance de base	6 964	6 888	7 069	7 315
Assurance privée / demi-privée	4 908	4 392	4 066	4 054
Total	11 872	11 280	11 135	11 369

Part de cas transférables

2016	Tendance
82%	↑

Évolution de la part de cas transférables

	2013	2014	2015	2016
	%	%	%	%
Assurance de base	79,9%	79,9%	80,2%	82,2%
Assurance privée / demi-privée	80,4%	80,7%	81,0%	82,1%
Total	80,1%	80,2%	80,5%	82,2%

Sources: OFS – Données administratives des hôpitaux selon art. 59a LAMal

© Obsan 2018

Arthroscopie du genou

Nombre de cas

2016	Tendance
835	↓

Évolution du nombre de cas

	2013	2014	2015	2016
	N	N	N	N
Assurance de base	892	659	596	586
Assurance privée / demi-privée	597	334	285	249
Total	1 489	993	881	835

Nombre de cas transférables

2016	Tendance
378	↓

Évolution du nombre de cas transférables

	2013	2014	2015	2016
	N	N	N	N
Assurance de base	386	240	225	248
Assurance privée / demi-privée	381	198	150	130
Total	767	438	375	378

Part de cas transférables

2016	Tendance
45%	↓

Évolution de la part de cas transférables

	2013	2014	2015	2016
	%	%	%	%
Assurance de base	43,3%	36,4%	37,8%	42,3%
Assurance privée / demi-privée	63,8%	59,3%	52,6%	52,2%
Total	51,5%	44,1%	42,6%	45,3%

Sources: OFS – Données administratives des hôpitaux selon art. 59a LAMal

© Obsan 2018

Col utérin

Nombre de cas

2016	Tendance
2 684	→

Évolution du nombre de cas

	2013	2014	2015	2016
	N	N	N	N
Assurance de base	1 848	1 974	1 930	1 959
Assurance privée / demi-privée	666	669	757	725
Total	2 514	2 643	2 687	2 684

Nombre de cas transférables

2016	Tendance
2 181	→

Évolution du nombre de cas transférables

	2013	2014	2015	2016
	N	N	N	N
Assurance de base	1 521	1 669	1 600	1 593
Assurance privée / demi-privée	537	549	626	588
Total	2 058	2 218	2 226	2 181

Part de cas transférables

2016	Tendance
81%	→

Évolution de la part de cas transférables

	2013	2014	2015	2016
	%	%	%	%
Assurance de base	82,3%	84,5%	82,9%	81,3%
Assurance privée / demi-privée	80,6%	82,1%	82,7%	81,1%
Total	81,9%	83,9%	82,8%	81,3%

Sources: OFS – Données administratives des hôpitaux selon art. 59a LAMal

© Obsan 2018

Examens de l'utérus

Nombre de cas

2016	Tendance
3 067	↓

Évolution du nombre de cas

	2013	2014	2015	2016
	N	N	N	N
Assurance de base	2 700	2 333	2 077	2 158
Assurance privée / demi-privée	1 270	944	903	909
Total	3 970	3 277	2 980	3 067

Nombre de cas transférables

2016	Tendance
2 153	↓

Évolution du nombre de cas transférables

	2013	2014	2015	2016
	N	N	N	N
Assurance de base	1 985	1 757	1 469	1 478
Assurance privée / demi-privée	947	708	686	675
Total	2 932	2 465	2 155	2 153

Part de cas transférables

2016	Tendance
70%	↓

Évolution de la part de cas transférables

	2013	2014	2015	2016
	%	%	%	%
Assurance de base	73,5%	75,3%	70,7%	68,5%
Assurance privée / demi-privée	74,6%	75,0%	76,0%	74,3%
Total	73,9%	75,2%	72,3%	70,2%

Sources: OFS – Données administratives des hôpitaux selon art. 59a LAMal

© Obsan 2018

Curetage

Nombre de cas

2016	Tendance
5 114	↓

Évolution du nombre de cas

	2013	2014	2015	2016
	N	N	N	N
Assurance de base	4 255	3 760	3 539	3 625
Assurance privée / demi-privée	1 789	1 583	1 528	1 489
Total	6 044	5 343	5 067	5 114

Nombre de cas transférables

2016	Tendance
4 077	↓

Évolution du nombre de cas transférables

	2013	2014	2015	2016
	N	N	N	N
Assurance de base	3 433	3 033	2 800	2 855
Assurance privée / demi-privée	1 497	1 313	1 264	1 222
Total	4 930	4 346	4 064	4 077

Part de cas transférables

2016	Tendance
80%	↓

Évolution de la part de cas transférables

	2013	2014	2015	2016
	%	%	%	%
Assurance de base	80,7%	80,7%	79,1%	78,8%
Assurance privée / demi-privée	83,7%	82,9%	82,7%	82,1%
Total	81,6%	81,3%	80,2%	79,7%

Sources: OFS – Données administratives des hôpitaux selon art. 59a LAMal

© Obsan 2018

Hémorroïdes

Nombre de cas

2016	Tendance
3 494	↑

Évolution du nombre de cas

	2013	2014	2015	2016
	N	N	N	N
Assurance de base	2 143	2 249	2 271	2 443
Assurance privée / demi-privée	1 097	1 083	1 039	1 051
Total	3 240	3 332	3 310	3 494

Nombre de cas transférables

2016	Tendance
2 526	↑

Évolution du nombre de cas transférables

	2013	2014	2015	2016
	N	N	N	N
Assurance de base	1 519	1 641	1 637	1 799
Assurance privée / demi-privée	744	735	718	727
Total	2 263	2 376	2 355	2 526

Part de cas transférables

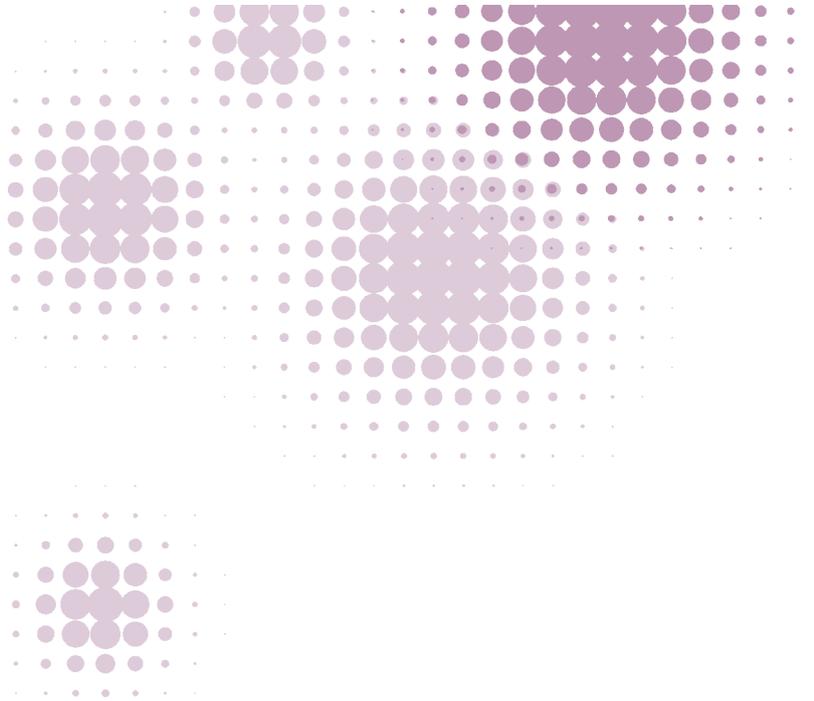
2016	Tendance
72%	↑

Évolution de la part de cas transférables

	2013	2014	2015	2016
	%	%	%	%
Assurance de base	70,9%	73,0%	72,1%	73,6%
Assurance privée / demi-privée	67,8%	67,9%	69,1%	69,2%
Total	69,8%	71,3%	71,1%	72,3%

Sources: OFS – Données administratives des hôpitaux selon art. 59a LAMal

© Obsan 2018



GDK Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren
CDS Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé
CDS Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali 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.