



OBSAN RAPPORT

01/2025

L'ambulatoire avant le stationnaire

Actualisation 2023 du monitoring de la
limitation de la prise en charge stationnaire
(selon OPAS, art. 3c et annexe 1a).

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

Sacha Roth, Sonia Pellegrini



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

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

Éditeur

Observatoire suisse de la santé (Obsan)

Mandant

Office fédéral de la santé publique (OFSP)

Auteurs

– Sacha Roth, Obsan
– Sonia Pellegrini, Obsan

Avec la collaboration de

Dorota Zgliniski, OFSP

Série et numéro

Obsan Rapport 01/2025

Référence bibliographique

Roth, S. & Pellegrini, S. (2025). *L'ambulatorio avant le stationnaire. Actualisation 2023 du monitoring de la limitation de la prise en charge stationnaire (selon OPAS, art. 3c et annexe 1a). Rapport établi sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP)* (Obsan Rapport 01/2025).
Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.

Renseignements / informations

www.obsan.ch

Observatoire suisse de la santé, CH-2010 Neuchâtel

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

Mise en page

Obsan

Graphiques

Obsan

Image page de titre

iStock.com / Matjaz Slanic

Page de couverture

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

En ligne

www.obsan.ch → Publications

Impression

www.obsan.ch → Publications

Office fédéral de la statistique, CH-2010 Neuchâtel

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

Impression réalisée en Suisse

Copyright

Obsan, Neuchâtel 2024

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

Numéro OFS

874-2501

ISBN

978-2-940670-52-9



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

L'ambulatoire avant le stationnaire

Actualisation 2023 du monitoring de la limitation de la prise en charge stationnaire (selon OPAS, art. 3c et annexe 1a).

Rapport 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 2025

Table des matières

Résumé	3	4.4	Évolution de la proportion d'interventions en ambulatoire	24
Zusammenfassung	6	4.5	Groupes d'interventions de la liste initiale	24
1 Introduction	9	5	Justification d'une prise en charge stationnaire	25
1.1 Contexte	9	6	Conséquences sur les coûts	27
1.2 Mandat	9	6.1	Ensemble des groupes d'interventions	27
1.3 Rappel des principaux résultats du premier monitoring	10	6.2	Nouveaux groupes d'interventions	27
1.4 Structure du document	10	6.3	Anciens groupes d'interventions (liste initiale)	28
2 Effets souhaités de la modification de l'OPAS (art. 3c et annexe 1a)	11	7	Synthèse et perspectives	29
2.1 Effets souhaités concernant le transfert de prestations vers le secteur ambulatoire	11	8	Bibliographie	31
2.2 Effets souhaités concernant les justifications d'une prise en charge stationnaire	11	9	Annexes	32
2.3 Effets souhaités concernant les coûts	11	Annexe 1	Extrapolation des données du pool tarifaire	32
2.4 Effets attendus de l'élargissement de liste moins prononcés que ceux de la liste initiale	11	Annexe 2	Positions TARMED analysées	33
3 Méthode	12	Annexe 3	Estimation du nombre de cas ambulatoires	37
4 Transfert de prestations vers le secteur ambulatoire	14	Annexe 4	Critères à satisfaire pour un traitement en milieu stationnaire	39
4.1 Évolution dans le secteur hospitalier stationnaire	14	Annexe 5	Transfert de prestations vers le secteur ambulatoire, liste initiale	40
4.1.1 Focus sur les cantons sans liste élargie avant 2023 (analyse de sensibilité)	16			
4.2 Évolution dans le secteur ambulatoire (hôpitaux et cabinets)	20			
4.3 Évolution cumulée des secteurs stationnaire et ambulatoire (total)	22			

Résumé

Objet du rapport

Depuis 2019, certaines interventions chirurgicales électives doivent être réalisées de manière ambulatoire pour être prise en charge par l'assurance-maladie obligatoire (AOS). Une hospitalisation n'est prise en charge par l'AOS que si justifiée par des motifs médicaux ou sociaux.

En 2023, la liste des interventions concernées a été étendue, passant à dix-huit groupes d'interventions. Le présent rapport examine les effets de cette obligation en termes de volume d'interventions et de coûts.

Contexte

2019, introduction d'une première liste d'interventions devant être réalisées en ambulatoire.

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

2023, élargissement de la liste fédérale à 18 groupes d'interventions.

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

Mandat

Ce rapport se concentre sur les onze nouveaux groupes d'interventions introduits en 2023, avec l'élargissement de la liste. Dans le prolongement du monitoring effectué jusqu'ici, il analyse les évolutions suivantes:

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

Résultats

L'élargissement de la liste fédérale a permis d'accélérer le transfert vers l'ambulatoire.

L'élargissement de la liste fédérale a accéléré le transfert de prestations vers l'ambulatoire en renforçant la tendance à la baisse de la prise en charge stationnaire. Pour sept des onze nouveaux groupes d'interventions, la prise en charge stationnaire recule davantage en 2023 qu'au cours de la période 2015 – 2022. En 2023, le recul observé est compris entre - 3% (*chirurgie de la main, chirurgie du pied* et *interventions vasculaires transluminales percutanées (PTA)*) et -38% (*lithotripsie par onde de choc extracorporelle (ESWL)*).

Le transfert de prestations explique de manière limitée l'augmentation du nombre de cas ambulatoires.

L'élargissement de la liste fédérale en 2023 intervient dans une période de forte croissance du nombre de cas ambulatoires. En 2023, le transfert de prestations ne contribue qu'à hauteur de 13% à la croissance du nombre de cas ambulatoires. Les 87% restants peuvent être attribués à la tendance de long terme du développement de l'ambulatoire. Cette tendance est favorisée, entre autres, par les progrès techniques constants de la médecine et le développement des structures ambulatoires.

Quant à la prise en charge cumulée (stationnaire et ambulatoire), pour dix groupes d'interventions sur onze, elle a continué de progresser au même rythme que celui observé entre 2015 et 2022.

Le transfert vers l'ambulatoire lié à l'élargissement de la liste fédérale en 2023 est moins prononcé que le transfert lié à son introduction en 2019.

En 2023, pour l'ensemble des onze nouveaux groupes d'interventions, la prise en charge stationnaire a reculé de -6%, tandis que la prise en charge ambulatoire a augmenté de 2%. En comparaison, pour les groupes d'interventions de la liste initiale (2019), ces valeurs étaient respectivement de -38% et +20%. Deux raisons peuvent expliquer l'ampleur limitée du transfert vers l'ambulatoire lié à l'élargissement. La première est que pour quatre groupes d'interventions (*cataracte, examens cardiologiques, chirurgie de la main, circoncision*) le transfert vers l'ambulatoire avait déjà eu lieu avant l'élargissement de la liste. Plus de 90% de ces interventions étaient déjà réalisées en ambulatoire au moment de l'élargissement de liste. La seconde raison est que quatorze cantons disposaient déjà d'une liste cantonale élargie avant 2023. Le transfert potentiel vers l'ambulatoire, à la suite de l'élargissement de la liste fédérale, était donc déjà en partie réalisé avant 2023.

Les quatorze cantons ayant élargi précocement leur liste avaient une prise en charge stationnaire élevée.

De manière générale, les quatorze cantons qui avaient introduit une liste cantonale élargie avant 2023 montraient, en 2015, une prise en charge stationnaire élevée. L'introduction précoce de ces onze groupes d'interventions sur les listes cantonales a permis de réduire fortement la prise en charge stationnaire. On observe ainsi une convergence de la prise en charge stationnaire vers le niveau des cantons sans liste cantonale élargie.

Le transfert de prestations vers l'ambulatoire n'est pas le facteur principal de l'augmentation des coûts totaux.

En 2023, les coûts totaux des onze nouveaux groupes d'interventions ont augmenté de 26 millions de francs (+ 2,4%) par rapport à 2022. Les coûts stationnaires diminuent de 9 millions de francs (- 1,7%), tandis que les coûts ambulatoires augmentent de 35 millions de francs (+ 5,9%). Il est également possible de séparer les coûts totaux par agents financeurs : cantons et AOS. De ce point de vue, les coûts à charge des cantons diminuent de 5 millions de francs (-1,7%) et les coûts à charge de l'AOS augmentent de 31 millions de francs (+3,8%).

L'augmentation du nombre de cas ambulatoires est la cause principale de l'augmentation des coûts ambulatoires en 2023. L'effet-quantité compte pour 70% de l'augmentation des coûts ambulatoires, alors que l'effet-prix compte pour 30%. Comme mentionné, le transfert de prestations compte peu dans l'augmentation de la prise en charge ambulatoire (13%). Son effet sur l'augmentation des coûts est de ce fait limité.

Ainsi même si le coût moyen par intervention ambulatoire est entre 2 et 8 fois inférieur au coût stationnaire, l'augmentation de la prise en charge ambulatoire liées aux tendances de long terme engendre une augmentation des coûts totaux.

Concernant la liste initiale, les tendances observées dans le précédent rapport (Roth & Pellegrini, 2024) perdurent.

L'introduction de la liste fédérale en 2019 a eu pour effet d'accélérer le processus déjà en cours de transfert vers l'ambulatoire. Depuis son introduction, la prise en charge stationnaire a fortement reculé pour les groupes d'intervention concernés. Elle a reculé de -30% (*utérus*) à -60% (*hémorroïdes, hernie inguinale, col utérin et varices*). Ces diminutions sont plus importantes que la tendance observée avant l'introduction de la liste initiale. À noter que l'essentiel de la baisse de la prise en charge stationnaire est obtenu la première, voire la deuxième, année après l'introduction de la liste fédérale. À partir de 2021, la prise en charge stationnaire reste relativement stable. Depuis 2019, la prise en charge ambulatoire a augmenté de 16% (*hémorroïdes*) à 88% (*hernie inguinale*). Le transfert de prestations a contribué plus fortement à ces augmentations que dans le cadre de l'élargissement de liste fédérale.

Depuis 2019, les coûts totaux des groupes d'interventions initiaux ont diminué de 9 millions de francs (-0,6% en moyenne annuelle). Les coûts stationnaires ont diminué de 70 millions (-8,1% en moyenne annuelle), tandis que les coûts ambulatoires ont augmenté de 61 millions de francs (+8,6% en moyenne annuelle). Comme pour l'élargissement la liste fédérale, l'augmentation des coûts ambulatoires n'est pas liée uniquement au transfert de prestations, mais surtout à l'augmentation de l'activité ambulatoire.

Concernant l'évolution des coûts stationnaires, on observe qu'ils ont commencé par diminuer avant d'augmenter à partir de 2020. Cette augmentation était un effet à moyen terme attendu de la modification de l'OPAS. Les cas encore traités en stationnaire sont des cas plus « lourds » et complexes, faisant ainsi augmenter le coût moyen. Dans un premier temps, cette augmentation du coût moyen est compensée par une forte diminution de la prise en charge stationnaire (évolution observée en 2023 pour les onze nouveaux groupes d'interventions). Dans un second temps, la prise en charge stationnaire se stabilise ou diminue moins fortement et ne compense plus l'augmentation du coût moyen.

La proportion d'interventions stationnaires justifiées augmente.

La proportion d'interventions stationnaires justifiées est globalement haute mais varie selon les critères retenus. En considérant les critères de l'OPAS ainsi qu'un critère qui tient compte des interventions multiples, la proportion d'interventions justifiées varie de 79% à 100% selon le groupe d'interventions. Depuis l'introduction de la liste fédérale, ces proportions sont en augmentation. Certains critères échappent néanmoins à l'analyse (par exemple : éloignement du domicile et de l'hôpital), de sorte qu'il faut interpréter ces résultats avec précaution.

Perspectives

D'autres réformes pourront renforcer le transfert vers l'ambulatoire

En 2026, un dernier monitoring permettra de confirmer les tendances observées pour les onze nouveaux groupes d'interventions introduits en 2023. Il permettra ainsi de dresser un bilan global de l'effet de l'introduction d'une liste fédérale incitant le transfert vers l'ambulatoire.

Certains cantons ont la velléité d'élargir encore leurs listes cantonales et donc de contraindre davantage le transfert vers l'ambulatoire. D'autres réformes ont également le potentiel de renforcer ce transfert. La première d'entre elles, le financement uniforme des prestations stationnaires et ambulatoires (EFAS), qui entrera en vigueur le 1^{er} janvier 2028, modifiera la répartition du financement entre les cantons et l'AOS et devrait indirectement encourager les traitements ambulatoires¹.

La seconde réforme est l'introduction de TARDOC et des forfaits ambulatoires au 1^{er} janvier 2026, qui modifiera la tarification et donc la rémunération des interventions ambulatoires. Un changement de rémunération aura certainement un impact sur le transfert du stationnaire vers l'ambulatoire, à travers une modification des incitatifs financiers. Le prochain rapport abordera ces sujets et pourra servir de base pour analyser les conséquences de ces deux réformes sur le transfert ambulatoire.

¹ [Modification de la LAMal : financement uniforme des prestations](#)

Zusammenfassung

Gegenstand des Berichts

Seit 2019 werden ausgewählte elektive chirurgische Eingriffe nur bei ambulanter Durchführung von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) vergütet, ausser es liegen Umstände vor, die eine stationäre Durchführung erfordern.

2023 wurde die Liste mit ambulant durchzuführenden Eingriffen auf achtzehn Gruppen erweitert. Der vorliegende Bericht untersucht die Auswirkungen der Erweiterung dieser Liste auf die Anzahl der Eingriffe und die Kosten.

Kontext

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

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

2023: Erweiterung der Liste mit ambulant durchzuführenden Eingriffen auf 18 Gruppen

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

Mandat

Der vorliegende Bericht fokussiert auf die elf neuen Eingriffsgruppen, die 2023 bei der Erweiterung der Liste eingeführt wurden. In Fortsetzung des bisherigen Monitorings analysiert er die folgenden Entwicklungen

- Ausmass der Verlagerung zur ambulanten Leistungserbringung und Entwicklung der entsprechenden Fallzahlen;
- Auswirkungen auf die Kosten zulasten der OKP und der Kantone sowie auf die Gesamtkosten;
- Anteil der stationär durchgeführten Eingriffe mit Begründung (gemäss den Ausnahmekriterien in Ziffer II, [Anhang 1a KLV](#)).

Ergebnisse

Die Erweiterung der Liste in Anhang 1a KLV hat die Verlagerung zur ambulanten Leistungserbringung beschleunigt

Die Erweiterung der Liste in Anhang 1a KLV verstärkt den Trend zur Abnahme der stationären Leistungserbringung. Bei sieben der elf neuen Eingriffsgruppen wurde 2023 ein stärkerer Rückgang beobachtet als jeweils im vorangehenden Vergleichszeitraum 2015 - 2022. Der Rückgang beträgt zwischen -3% (*Handchirurgie, Fußchirurgie* und *perkutane transluminale Gefäßinterventionen (PTA)*) und -38% (*extrakorporale Stoßwellenlithotripsie (ESWL)*).

Die Verlagerung der Leistungen erklärt die Zunahme der Anzahl ambulanter Eingriffe nur teilweise

Die Erweiterung der Liste in Anhang 1a KLV 2023 fällt in eine Periode einer starken Zunahme der Anzahl ambulant erbrachter Leistungen. 2023 trägt die beobachtete Verlagerung allerdings nur 13% zu diesem Wachstum bei. Die übrigen 87% dieses Wachstums können dem den langfristigen Trend der Entwicklung im ambulanten Sektor zugeschrieben werden. Begünstigt wird dieser Trend unter anderem durch einen stetigen technischen Fortschritt in der Medizin sowie die Entwicklung von ambulanten Strukturen. Insgesamt (ambulant und stationär) nahmen die Eingriffsraten bei zehn von elf Eingriffsgruppen im gleichen Ausmass zu, wie bereits zwischen 2015 und 2022.

Die Verlagerung hin zu ambulant bedingt durch die Erweiterung der Liste in Anhang 1a KLV (in 2023) fällt geringer aus, als die Verlagerung bedingt durch ihre Einführung (in 2019)

2023 ist die stationäre Leistungserbringung für alle elf Gruppen von Eingriffen um -6% zurückgegangen, während die ambulante Leistungserbringung um 2% zugenommen hat. Zum Vergleich: Für die Eingriffsgruppen der ursprünglichen Liste (2019) lagen diese Werte bei -38% bzw. +20%. Zwei Gründe können diesen geringen Verlagerungseffekt der erweiterten Liste erklären. Zum einen hatte bei vier Gruppen von Eingriffen (*Katarakt, Herzuntersuchungen, Handchirurgie, Beschneidung*) die Verlagerung bereits weitgehend vor der Erweiterung der Liste stattgefunden. Der Anteil ambulant durchgeführter Eingriffe liegt hier seit mehreren Jahren bei über 90%. Zum andern hatten 14 Kantone bereits vor 2023 eigene weitergehende Listen eingeführt. Dadurch hat die Verlagerung dieser Eingriffe teilweise bereits vor der Erweiterung der Liste in Anhang 1a KLV in 2023 stattgefunden.

Die 14 Kantone mit bereits früher erweiterten Listen hatten eine hohe Anzahl stationär durchgeführter Eingriffe

In den 14 Kantonen, die bereits vor 2023 eine eigene weitergehende Liste eingeführt hatten, waren die stationären Eingriffsraten 2015 allgemein sehr hoch. Durch die frühzeitige Erweiterung der kantonalen Listen auf 18 Eingriffsgruppen konnte die stationäre Leistungserbringung stark gesenkt werden. In der Folge kommt es zu einer Angleichung der stationären Eingriffsraten an das Niveau in den Kantonen ohne eigene weitgehende Listen.

Die Verlagerung der Leistungserbringung in den ambulanten Bereich ist nicht die Hauptursache für den Anstieg der gesamten Kosten

Gegenüber 2022 sind die Gesamtkosten der elf Gruppen von Eingriffen 2023 um 26 Millionen Franken gestiegen (+2,4%).

Während die stationären Kosten um 9 Millionen Franken sanken (-1,7%) stiegen die ambulanten Kosten um 35 Millionen Franken (+5,9%). Aufgeteilt nach Kostenträger sinken die Kosten zu Lasten der Kantone um 5 Millionen Franken (-1,7%), während die Kosten zulasten der OKP um 31 Millionen Franken (+3,8%) steigen.

Hauptursache für den Anstieg der ambulanten Kosten in 2023 ist der Anstieg der Anzahl ambulant erbrachter Eingriffe. 70% dieses Anstiegs können auf den Mengeneffekt zurückgeführt werden, während die restlichen 30% auf den Preiseffekt entfallen. Wie bereits erwähnt, trägt die Verlagerung der Leistungserbringung nur wenig zur Zunahme der Anzahl ambulant erbrachter Leistungen bei (13%). Folglich ist der Einfluss der Verlagerung auf den Anstieg der ambulanten Kosten gering.

So führt die langfristige Entwicklung mit einer steigenden Anzahl ambulant erbrachter Leistungen zu einem Anstieg der gesamten Kosten, obwohl die Durchschnittskosten pro Eingriff im

ambulanten Bereich zwischen 2- und 8-mal niedriger sind als im stationären.

Für die ursprüngliche Liste setzen sich die im vorherigen Bericht (Roth & Pellegrini, 2024) beobachteten Trends fort

Die Einführung der KLV-Regelung zu AvS in 2019 beschleunigte den bestehenden Verlagerungsprozess hin zur ambulanten Leistungserbringung. Seit Inkrafttreten dieser Regelung ist die stationäre Leistungserbringung bei den betroffenen Eingriffsgruppen stark zurückgegangen, nämlich von -30% (Eingriffe an der *Gebärmutter*) bis -60% (Eingriffe an *Hämorrhoiden, Leistenbruch, Gebärmutterhals* und *Krampfadern*). Diese Werte übertreffen die in den Jahren vor der Einführung der KLV-Regelung zu AvS beobachteten Trends. Hervorzuheben ist, dass der stärkste Rückgang der stationär durchgeführten Eingriffe im ersten bzw. im zweiten Jahr nach der Einführung der KLV-Regelung stattfindet. Ab 2021 bleibt die stationäre Leistungserbringung relativ stabil.

Seit 2019 hat die ambulante Leistungserbringung von +16% (*Hämorrhoiden*) bis +88% (*Leistenhernien*) zugenommen. Die Verlagerung der Leistungen hat hier deutlich stärker zu diesem Anstieg beigetragen, als sie das bei der Erweiterung von Anhang 1a KLV getan hat.

Seit 2019 sind die Gesamtkosten für die ursprünglichen sechs Gruppen von Eingriffen um 9 Millionen Franken zurückgegangen (-0,6% im Jahresmittel). Die stationären Kosten sind dabei um 70 Millionen Franken gesunken (-8,1% im Jahresmittel) und die ambulanten Kosten um 61 Millionen Franken angestiegen (+8,6% im Jahresmittel). Wie schon bei den elf neuen Gruppen, ist die Zunahme der ambulanten Kosten auch bei den ursprünglichen Eingriffsgruppen jedoch nicht nur auf eine Verlagerung der Eingriffe zurückzuführen, sondern vor allem auf die Zunahme der ambulant durchgeführten Eingriffe.

Für die stationären Kosten beobachtet man zunächst eine Abnahme, während sie ab 2020 wieder ansteigen. Dieser Anstieg war als mittelfristige Auswirkung der KLV-Regelung absehbar. Da heute insbesondere komplexer erkrankte Personen stationär behandelt werden, steigen die durchschnittlichen Kosten pro Eingriff. In einer ersten Phase überwiegt demnach der kostensenkende Effekt durch den Rückgang der stationären Leistungserbringung (diese Entwicklung wird 2023 auch für die elf Gruppen von Eingriffen beobachtet). In einer zweiten Phase stabilisierten sich die stationären Eingriffsraten oder sanken nur noch langsam und können den Anstieg der Durchschnittskosten pro Eingriff nicht mehr kompensieren.

Steigender Anteil der gerechtfertigten stationären Leistungserbringung

Der Anteil der Eingriffe, für die eine stationäre Durchführung nachweislich gerechtfertigt ist, ist insgesamt hoch, variiert jedoch in Abhängigkeit der untersuchten Ausnahmekriterien. Analysiert werden konnten dabei nur KLV-Ausnahmekriterien, für die aus-

wertbare Daten vorliegen, sowie das Kriterium «Mehrfacheingriffe». Daraus ergibt sich je nach Eingriffsgruppe ein Anteil zwischen 79% und 100% gerechtfertigter stationär durchgeführter Eingriffe. Seit der Einführung der KLV-Regelung sind diese Anteile gestiegen. Da ein Teil der Ausnahmekriterien von der Analyse nicht erfasst wird (z.B. die Entfernung zwischen Wohnort und Spital), sind diese Ergebnisse mit Vorsicht zu interpretieren.

Ausblick

Weitere Reformen könnten die Verlagerung zur ambulanten Leistungserbringung verstärken

2026 soll das letzte Monitoring die Entwicklungen der elf neuen Eingriffsgruppen, die 2023 eingeführt wurden, bestätigen. Basierend darauf soll eine Gesamtbilanz der Auswirkungen der KLV-Regelung auf die Förderung einer ambulanten Leistungserbringung erstellt werden.

Gewisse Kantone planen, ihre kantonalen Listen noch weiter auszubauen und damit die Verlagerung zur ambulanten Leistungserbringung weiter fördern. Aber auch andere Reformen haben das Potenzial, die Verlagerung zu verstärken. Die Erste, EFAS (Einheitliche Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen), wird die Aufteilung der Finanzierung zwischen den Kantonen und den Krankenversicherern (zulasten der OKP) verändern, was die ambulante Leistungserbringung fördern soll. Sie tritt am ersten Januar 2028 in Kraft². Die zweite Reform ist die Einführung von TARDOC und den ambulanten Pauschalen per ersten Januar 2026. Sie wird die Tarifierung und damit Höhe der Vergütung der ambulanten Leistungen verändern. Dadurch werden die finanziellen Anreize verändert, was zwangsläufig die Verlagerung von stationärer zu ambulanter Leistungserbringung beeinflussen wird. Der nächste Bericht wird sich mit diesem Thema befassen und kann als Grundlage für die Analyse der Auswirkungen der beiden Reformen auf die Förderung der ambulanten Leistungserbringung dienen.

² [KVG-Änderung: Einheitliche Finanzierung der Leistungen](#)

1 Introduction

1.1 Contexte

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

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

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

2023, élargissement de la liste fédérale

Dans le prolongement de ce premier monitoring, une évaluation a été réalisée (IDHEAP, 2022). L'une de ses recommandations était d'harmoniser la liste fédérale avec les différentes listes cantonales, qui, elles, comportaient davantage d'interventions. L'Office fédéral de la santé publique (OFSP) a évalué cette recommandation et a établi une liste uniforme pour toute la Suisse, comprenant 18 groupes d'interventions. Cette liste, appelée « liste élargie » dans la suite du document, est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2023. La liste des interventions s'étant étendue, l'OFSP a chargé l'Observatoire suisse de la santé (Obsan) de poursuivre le monitoring jusqu'en 2025 (données 2024). En termes de volume, les onze nouveaux groupes d'interventions représentent près de deux fois plus d'interventions stationnaires et près de cinq fois plus d'interventions ambulatoires que les groupes d'interventions de la liste initiale. L'annexe 6 présente une comparaison de la liste initiale et de son élargissement du point de vue notamment des groupes d'interventions concernés et du nombre de cas.

Quatorze cantons disposaient d'une liste élargie avant 2023

Des listes élargies étaient déjà en vigueur avant 2023 dans quatorze cantons³. Celles-ci avaient été introduites progressivement entre mi-2017 et 2021. De ce fait, on s'attend à ce que les effets de l'élargissement de la liste fédérale soient moins prononcés que ceux observés lors de l'introduction de la liste initiale en 2019 (Roth et Pellegrini, 2020).

1.2 Mandat

Le présent rapport met l'accent sur les onze groupes d'interventions intégrés à la liste fédérale en 2023 et actualise les principaux indicateurs avec les données 2023. L'évolution des groupes d'interventions de la liste initiale est présentée en annexe et discutée brièvement à la section 4.5

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

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

Les résultats ont été livrés au mandant sous forme de tableaux Excel détaillés. Le présent document présente sous une forme succincte la méthode d'analyse et les principaux résultats actualisés avec les données 2023.

³ Il s'agit des cantons BE, BL, BS, JU, LU, NE, NW, SG, SH, SZ, SO, VS, ZG et ZH

1.3 Rappel des principaux résultats du premier monitoring

Le premier monitoring, qui porte sur 2019– 2020 (Roth & Pellegrini, 2020, 2021), a montré que l'introduction d'une liste fédérale d'interventions devant être effectuées en ambulatoire déploie les effets escomptés, à savoir :

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

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

1.4 Structure du document

Le document discute au chapitre 2 des effets attendus de l'élargissement de liste de l'OPAS, puis au chapitre 3 des éléments de méthode essentiel à une bonne compréhension des résultats. L'analyse se concentre principalement sur les onze groupes d'interventions intégrés à la liste de l'OPAS en 2023. Les résultats sont présentés au chapitre 4 (effets sur le volume d'interventions stationnaires, ambulatoires et total), au chapitre 5 (justification d'une prise en charge stationnaire) et au chapitre 6 (effet sur les coûts et sur les financeurs). La synthèse tire un bilan au terme de la première année de l'élargissement de la liste de l'OPAS.

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 sont pris en charge uniquement en milieu ambulatoire, sauf exception nécessitant une opération dans le secteur stationnaire (liste initiale). Cette liste a été élargie au 1er janvier 2023 (liste élargie). Les effets souhaités sont énumérés ci-dessous. De manière générale, les effets souhaités de l'élargissement de la liste sont les mêmes que ceux de la liste initiale, rappelés ci-dessous (sections 2.1, 2.2, 2.3). À ceci près, qu'on s'attend à des effets moins prononcés pour l'élargissement de la liste (section 2.4).

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). Les effets attendus de ce transfert sont, pour les six groupes d'interventions listés :

1. Une baisse des interventions stationnaires.
2. Une hausse des interventions ambulatoires.
3. Une stabilité des interventions totales (stationnaire et ambulatoire).
4. Corollaire des deux premières hypothèses, une augmentation de la proportion d'interventions ambulatoires.
5. Aucun report sur d'autres codes CHOP, respectivement sur des interventions non listées (aspect non traité dans le cadre de ce mandat).

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

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

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 équivalent).
2. Diminution des coûts pour les cantons, neutralité pour l'AOS (cf. Roth & Pellegrini, 2018).

2.4 Effets attendus de l'élargissement de liste moins prononcés que ceux de la liste initiale

On s'attend, au niveau suisse, à des effets moins prononcés lors de l'élargissement de la liste que lors de son introduction initiale, pour des raisons de calendrier.

Lors de l'introduction initiale de la liste fédérale, seuls huit cantons disposaient déjà de leur propre liste et ceci depuis six mois ou une année⁴. Par conséquent, les effets étaient concentrés autour de 2019. Lors de l'élargissement de la liste fédérale, quatorze cantons¹ avaient déjà depuis plusieurs années introduit des listes élargies. De ce fait, les effets attendus sont dilués sur plusieurs années entre 2018 et 2023.

⁴ Exception faite du canton de Lucerne qui avait introduit sa liste depuis une année et demi.

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)⁵ 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 2023, le taux de couverture des prestations TARMED était de 100% pour les médecins en cabinets privés et de 100% pour l'ambulatoire hospitalier. Pour interpréter correctement les résultats une extrapolation des données est nécessaire (annexe 1).

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

des données individuelles sur les caractéristiques sociodémographiques des patients, sur les prestations facturées et sur les diagnostics.

Liste des interventions analysées

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

Ces deux bases de données relèvent et répertorient les données de manière différente. La MS enregistre les cas d'hospitalisation, alors que le PT décompte des actes. Analyser des interventions précises avec le PT demande de définir les actes (positions TARMED) correspondant aux interventions analysées. La correspondance entre les codes CHOP et les actes du TARMED est par définition imparfaite et repose sur une appréciation d'experts. Il convient donc de comparer avec prudence le nombre d'interventions stationnaires et ambulatoires.

Sélection des interventions stationnaires

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

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

⁵ Il existe cinq niveaux de complexité : de 0, le moins complexe à 4, le plus complexe.

- 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 mère.
- Les accouchements⁶ 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 2023.
- Sortie à l'année de référence.

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

Sélection des interventions ambulatoires

Le nombre d'interventions ambulatoires est estimé grâce aux données du TP de SASIS SA. Le nombre d'interventions ambulatoires correspond à la fréquence des positions TARMED inhérentes aux groupes d'interventions analysées. L'annexe 2 présente les positions TARMED analysées. Un facteur de correction a été estimé pour tenir compte d'éventuels cumuls de positions TARMED lors d'une même intervention. L'annexe 3 présente en détail la méthode pour estimer ces facteurs de correction.

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).

⁶ La définition d'un accouchement est celle utilisée par l'Office fédéral de la santé publique dans sa documentation "Qualitätsindikatoren des Schweizer Akutspitäler 2015". (https://spitalstatistik.bagapps.ch/data/download/qip15_publication.pdf?v=1591328614, s. 152)

⁷ Valeur estimée d'après les données de HSK sans les maisons de naissance et les établissements avec tarification au forfait journalier. Entre 2015 et 2020, le taux de base médian est de 9'600 francs, en 2021 il s'élève à 9'650 francs et en 2022 à 9'661 francs.

Standardisation

Le taux standardisé est calculé à l'aide de la méthode directe:

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

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 :

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

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

Avec, i = groupe d'interventions analysé.

Pour ces estimations, le taux de base (baserate) médian annuel⁷ est utilisé. Le coût moyen de chaque groupe d'interventions est estimé d'après les données de PSA (données des patients ambulatoires des hôpitaux, OFS)⁸ pour les années de 2017 à 2023. Le coût moyen est estimé en faisant la moyenne des coûts à charge de l'AOS de tous les contacts patients ayant au moins une position TARMED de l'annexe 2.

La participation cantonale au financement des coûts du secteur stationnaire s'obtient en les multipliant par 0,55⁹. La participation de l'AOS au financement de ces coûts s'obtient en les multipliant par 0,45⁶. Les coûts du secteur ambulatoire sont financés par l'AOS.

⁸ Ces estimations ne considèrent pas l'activité en cabinet privé. Cependant, des estimations de Curafutura pour l'année 2019 qui inclues les cabinets privés et l'ambulatoire hospitalier, sont proches de celles obtenues avec PSA pour le monitoring 2019.

⁹ 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

L'analyse des onze nouveaux groupes d'interventions ajoutés en 2023 à la liste fédérale montre que :

- La prise en charge stationnaire était déjà en diminution depuis le début de la période analysée (2015).
- L'élargissement de liste renforce la tendance à la baisse de la prise en charge stationnaire. Comme attendu, l'ampleur est moindre que lors de l'introduction de liste initiale du fait qu'en 2023, lors de l'élargissement de la liste fédérale, quatorze cantons avaient déjà introduit une liste cantonale élargie.

Une analyse comparative des cantons avec et sans listes cantonales élargies montre que :

- Les cantons ayant élargi précocement leur liste d'interventions avaient une prise en charge stationnaire plus élevée.
- Dans ces cantons, la prise en charge stationnaire a reculé avant 2023 de sorte que la baisse potentielle de la prise en charge stationnaire suite à l'élargissement de la liste fédérale avait déjà en partie exploitée en 2023.

Pour les onze groupes d'interventions introduits sur la liste fédérale en 2023 (désigné par « nouveaux groupes d'interventions » dans la suite du document), il s'agit de discuter de manière détaillée de l'évolution de la prise en charge stationnaire (section 4.1), de la prise en charge ambulatoire (section 4.2) et de la prise en charge cumulée (stationnaire et ambulatoire, section 4.3) ainsi que de l'évolution de la proportion d'interventions ambulatoires (section 4.4). Concernant les groupes d'interventions de la liste fédérale initiale, la section 4.5 présente de manière succincte l'évolution des prises en charge stationnaire, ambulatoire et cumulée ainsi que l'évolution de la proportion d'interventions ambulatoires.

4.1 Évolution dans le secteur hospitalier stationnaire

Il est attendu que l'évolution de la prise en charge stationnaire des onze nouveaux groupes d'interventions présente deux caractéristiques:

1. Une baisse de la prise en charge stationnaire.
2. Que cette baisse soit plus forte que la tendance historique (baisse moyenne).

Pour rappel, on observait bien ces deux caractéristiques pour les groupes d'interventions de la liste initiale (Roth et Pellegrini 2020). De plus, comme mentionné à la section 2.4, on s'attend à des effets moins prononcés que lors de l'introduction de la liste initiale, puisque que 14 cantons avaient déjà une liste élargie avant 2023.

La prise en charge stationnaire diminue.

La prise charge stationnaire diminue effectivement pour dix des onze groupes d'interventions analysés (G 4.1). En 2023, la diminution de la prise en charge stationnaire se situe entre -38% pour le groupe d'interventions *Lithotripsie par onde de choc extracorporelle (ESWL)* et -3% pour les groupes d'interventions *chirurgie de la main*, *chirurgie du pied* et *interventions vasculaires transluminales percutanées (PTA)* (T 4.1).

Pour le onzième groupe, *circoncision*, la prise en charge stationnaire augmente. Cette augmentation doit être relativisée par le faible nombre de cas au niveau national: environ 680 en 2022 et 780 en 2023.

Cette diminution intervient dans un contexte préexistant de recul de la prise en charge stationnaire.

Pour ces dix groupes d'interventions, la diminution de la prise en charge stationnaire en 2023 intervient dans un contexte préexistant de transfert vers l'ambulatoire et de recul de la prise en charge stationnaire (G 4.1)¹⁰. Entre 2015 et 2022, la diminution de la prise

¹⁰ Entre 2019 et 2022, certains cantons ont déjà introduit les nouveaux groupes dans leur liste cantonale. Ceci a renforcé la tendance à la baisse (voir section 4.1.1 pour plus de détail).

en charge stationnaire se situe entre -88% (-26% en moyenne annuelle) pour le groupe d'intervention ESWL et -7% (-1% en moyenne annuelle) pour les groupes d'interventions PTA et *pacemaker*. Notons que la prise en charge stationnaire du groupe d'interventions *circuncision* a également baissé pendant cette période (-24%, -4% en moyenne annuelle), alors qu'elle a augmenté en 2023 (voir ci-dessus).

Dans la plupart des cas, l'élargissement de liste a accéléré la diminution de la prise en charge stationnaire...

La deuxième caractéristique, c'est-à-dire une diminution plus forte que la tendance historique, est observée pour sept des onze groupes d'interventions (T 4.1, pastille verte). Pour le groupe d'interventions *Ablation de matériel d'ostéosynthèse (AMO)*, il n'y a pas de différence entre la baisse de la prise en charge stationnaire en 2023 et la baisse historique (5% dans les deux cas ; T 4.1, pastille orange). Pour les trois groupes restants, la baisse historique est plus importante que la baisse de 2023 (T 4.1, pastille rouge).

...Mais dans des proportions moindres que lors de l'introduction de la liste initiale

En 2023, pour l'ensemble des groupes d'interventions, le recul de la prise en charge stationnaire est de -6% (la variation s'étend de -38% à +12%, T 4.1). En comparaison, cette valeur s'élevait à -38% pour les groupes d'interventions de liste initiale (la variation s'étendait de -49% à -22%). En outre, lors de l'introduction de liste initiale, la prise en charge stationnaire avait diminué pour l'ensemble des groupes d'interventions analysés de manière plus prononcée que la tendance historique.

Ce résultat est attendu et provient du fait que quatorze cantons avaient déjà une liste élargie au niveau cantonal avant 2023. La section suivante apporte des informations complémentaires en séparant l'analyse entre les cantons avec et sans liste cantonale élargie avant 2023.

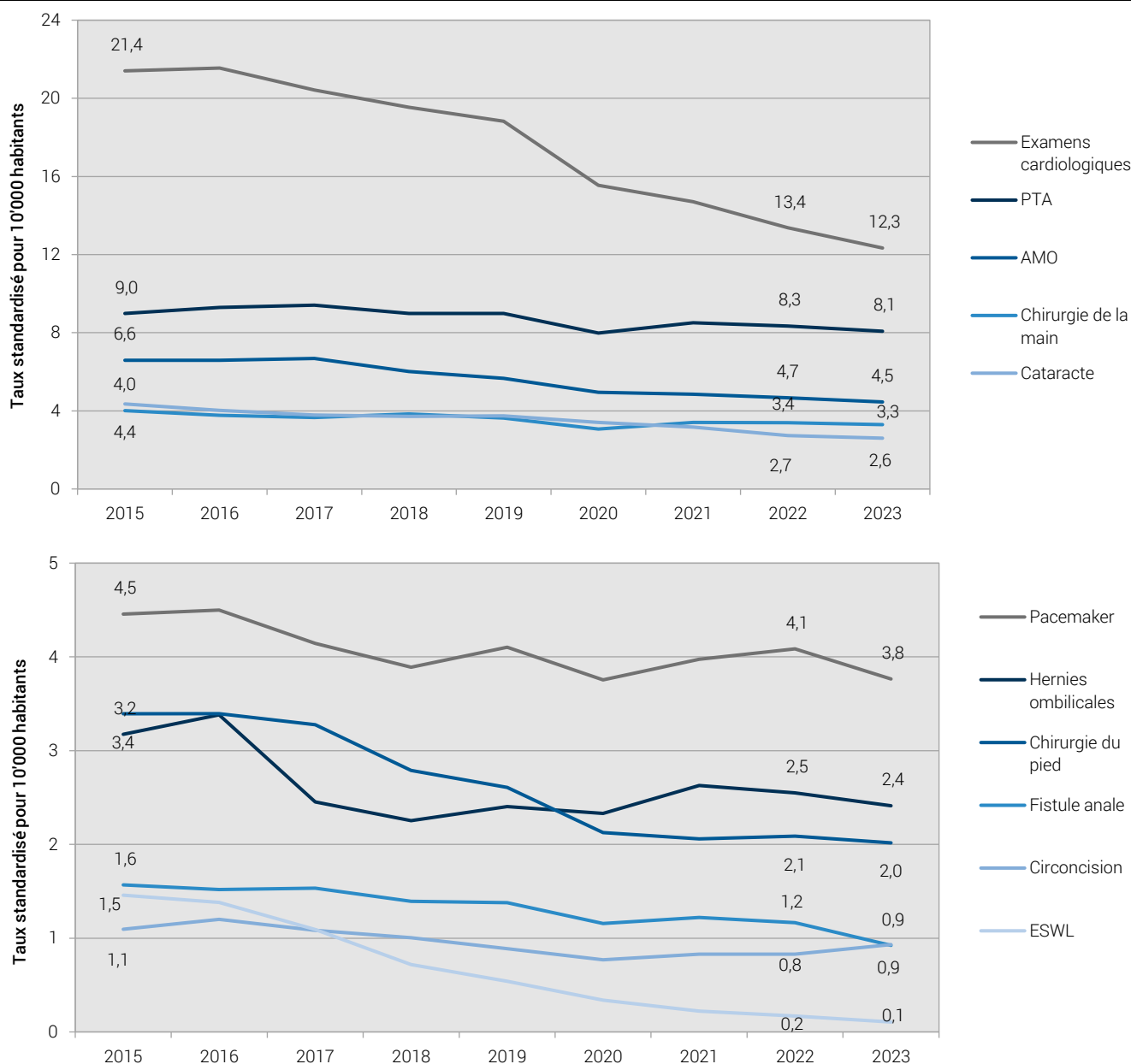
T 4.1 Variation du taux standardisé d'interventions stationnaires, Suisse, de 2015 à 2023

Groupes d'interventions	Δ 2022–2023	TCAM 2015-2022	
AMO	-5%	-5%	●
Cataracte	-5%	-6%	●
Chirurgie de la main	-3%	-2%	●
Chirurgie du pied	-3%	-7%	●
Circoncision	12%	-4%	●
ESWL	-38%	-26%	●
Examens cardiologiques	-8%	-7%	●
Fistule anale	-21%	-4%	●
Hernies ombilicales	-5%	-3%	●
Pacemaker	-8%	-1%	●
PTA	-3%	-1%	●

Note : Taux de croissance annuel moyen (TCAM) = $TCAM(t_0, t) = (x(t)/x(t_0))^{1/n} - 1$, n = nombre d'années. ● signifie que TCAM 2022-2023 < TCAM 2015-2022. ● signifie que TCAM 2022-2023 = TCAM 2015-2022. ● signifie que TCAM 2022-2023 > TCAM 2015-2022. AMO : Ablation de matériel d'ostéosynthèse, ESWL : Lithotripsie par onde de choc extracorporelle ; PTA : interventions vasculaires transluminales percutanées.

Source : OFS – MS et STATPOP

© Obsan 2025

G 4.1 Taux standardisé d'interventions stationnaires, Suisse, de 2015 à 2023

Note : AMO : Ablation de matériel d'ostéosynthèse, ESWL : Lithotripsie par onde de choc extracorporelle ; PTA : interventions vasculaires transluminales percutanées.

Source: OFS – MS et STATPOP

© Obsan 2025

4.1.1 Focus sur les cantons sans liste élargie avant 2023 (analyse de sensibilité)

Dans la logique des précédentes analyses, on s'attend à ce que l'élargissement de la liste fédérale dans les douze cantons sans liste cantonale élargie avant 2023 entraîne une diminution plus marquée de la prise en charge stationnaire. Toutefois, il n'en est rien, comme le montrent les résultats qui suivent.

Les résultats du tableau T 4.2 qui compare trois indicateurs de l'évolution de la prise en charge stationnaire montrent, de manière surprenante en première lecture, que la diminution de la prise en charge stationnaire n'est que légèrement plus prononcée dans ces douze cantons que celle observée à la section 4.1 et reste bien moins prononcée que celle observée lors de l'introduction de la liste initiale (T 4.2).

Plus précisément, dans ces douze cantons, 82% des groupes d'interventions analysés connaissent une baisse de la prise en

charge stationnaire (T 4.2, 2^{ème} ligne). Ce chiffre est inférieur à celui observé pour l'ensemble des cantons lors de l'élargissement de la liste fédérale (91%) et bien en deçà de celui observé lors de l'introduction de la liste initiale (100% des groupes ; T 4.2, 2^{ème} ligne). En moyenne, la prise en charge stationnaire diminue de 9% dans ces douze cantons, contre 8% pour l'ensemble des cantons et contre 37% lors de l'introduction de la liste fédérale initiale (T 4.2, 3^{ème} ligne). Le dernier indicateur ne met pas en évidence de différence entre les cantons sans liste et l'ensemble des cantons après l'élargissement de la liste fédérale: pour 64% des groupes analysés, la diminution de la prise en charge stationnaire est plus importante que la diminution historique. En revanche, lors de l'introduction de la liste initiale, cette situation était vérifiée pour 100% des groupes analysés (T 4.2, 4^{ème} ligne).

En analysant l'évolution de la prise en charge stationnaire, on observe que la baisse potentielle de la prise en charge stationnaire suite à l'élargissement de liste fédérale était en partie déjà exploitée avant 2023. En effet, la prise en charge stationnaire est plus

faible parmi les douze cantons sans liste élargie avant 2023 que parmi les cantons avec une telle liste (G 4.2). Entre 2015 et 2023, on observe un phénomène de convergence de la prise en charge stationnaire entre les cantons sans liste élargie et les cantons avec une liste élargie (G 4.2). Prenons, à titre d'exemple, le groupe d'interventions *cataracte*. En 2015, la prise en charge stationnaire est plus élevée dans les cantons avec liste élargie que dans ceux sans liste élargie : respectivement 5,2 et 2,9 interventions pour 10'000 habitants (taux standardisés). Entre 2015 et 2023, la prise en charge stationnaire diminue plus fortement dans les cantons avec liste élargie que dans les cantons sans liste élargie : elle passe respectivement de 5,2 à 2,9 interventions et de 2,9 à 2,1 interventions. On assiste ainsi à une convergence de la prise en charge stationnaire. Cette évolution est visible pour chaque groupe d'interventions.

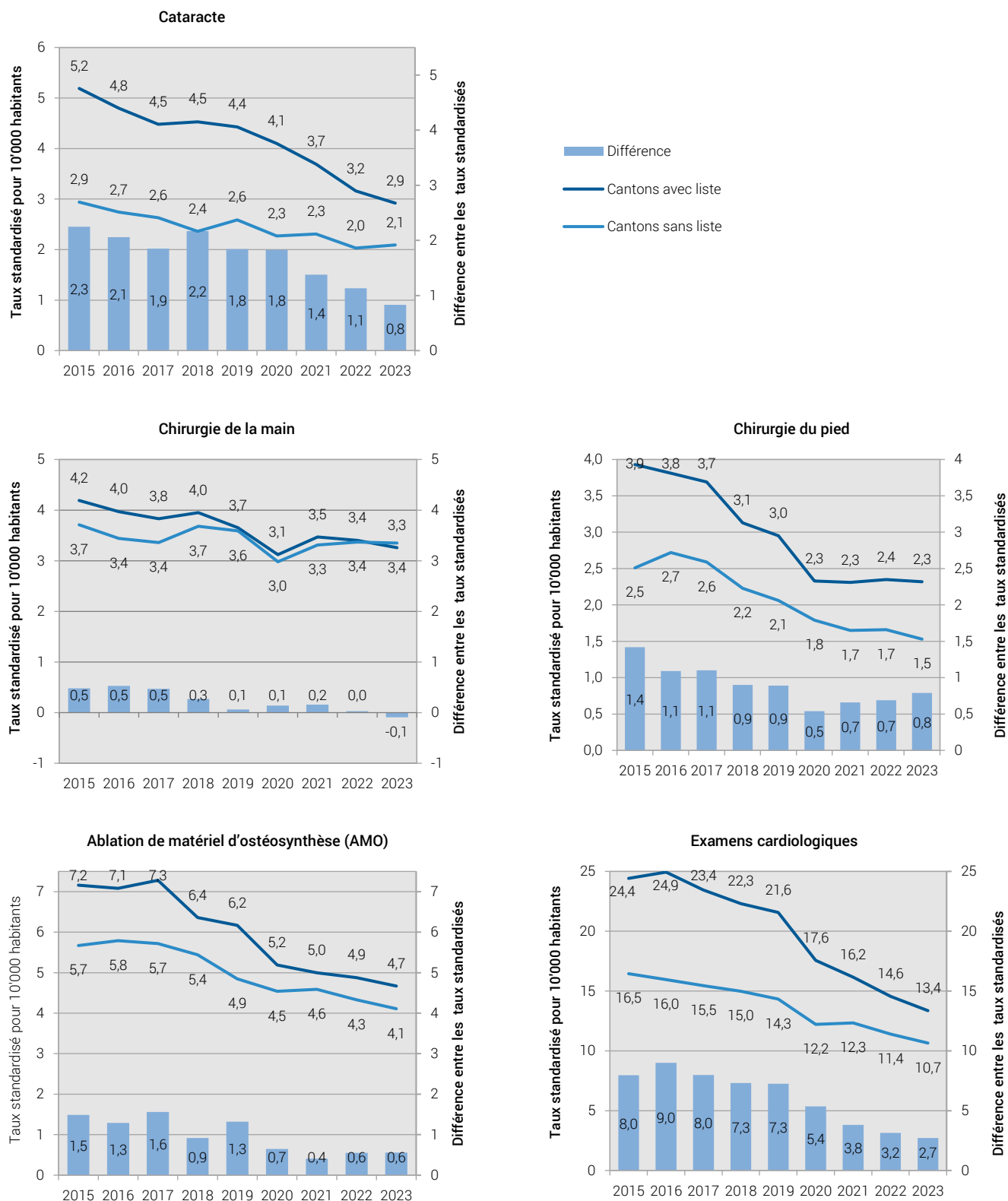
T 4.2 Comparaison de l'évolution de la prise en charge stationnaire, cantons sans liste élargie (avant 2023), ensemble des cantons élargissement 2023, ensemble des cantons liste initiale 2019

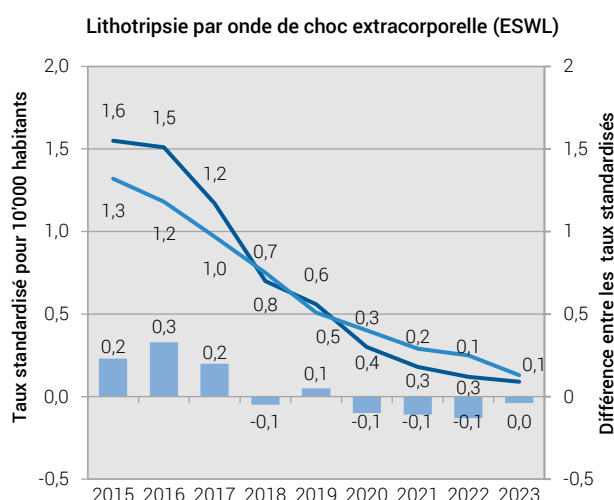
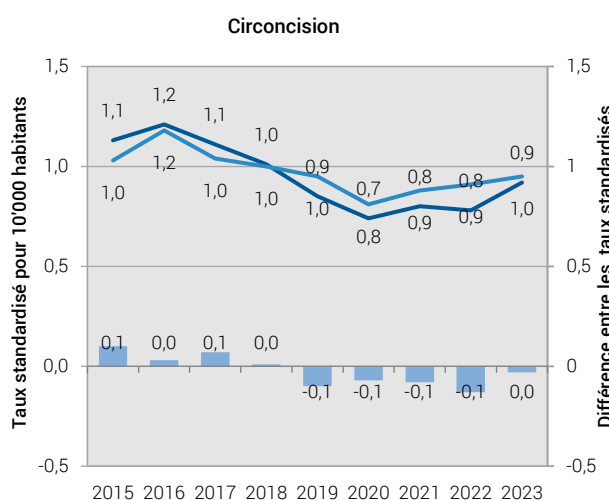
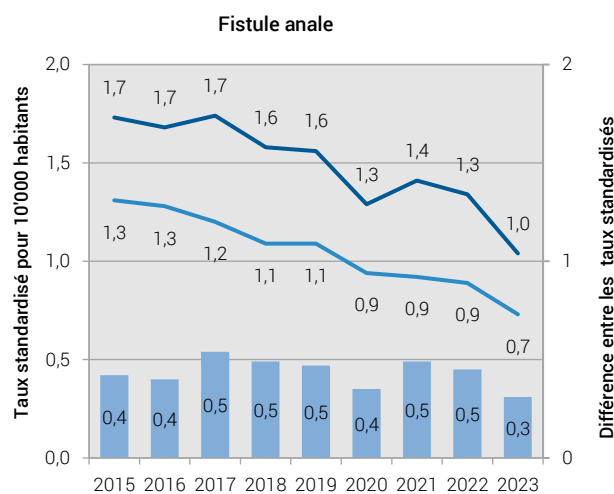
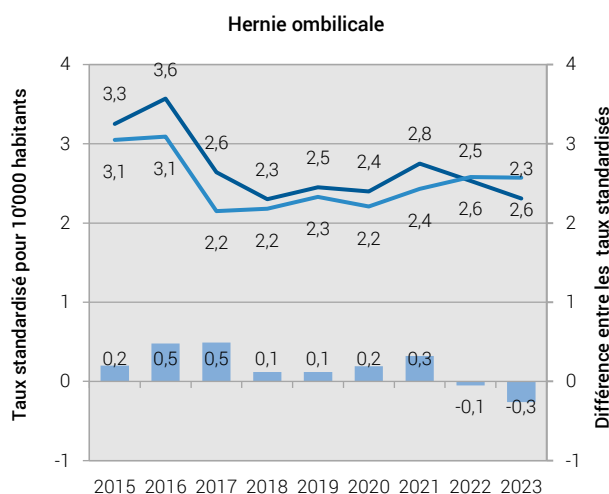
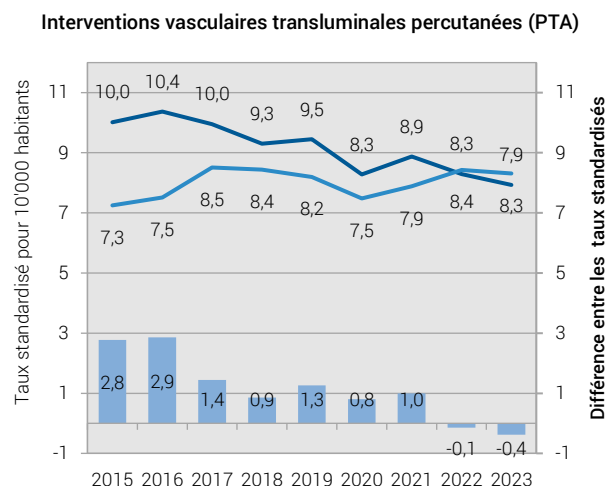
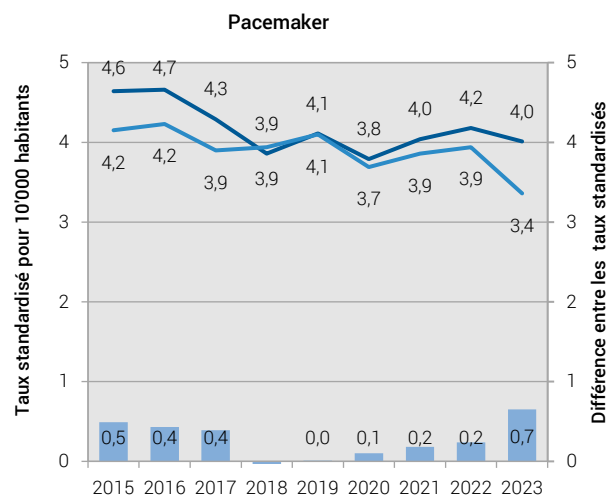
Indicateurs	12 cantons sans liste élargie (avant 2023)	Ensemble des cantons	
		Nouveaux groupes d'interventions (élargissement 2023)	Anciens groupes d'interventions (liste initiale 2019)
Nombre de groupes dont la prise en charge stationnaire diminue l'année de l'admission sur la liste (élargissement 2023 ou introduction liste initiale 2019)	9 groupes sur 11 (82%)	10 groupes sur 11 (91%)	7 groupes sur 7* (100%)
Diminution moyenne l'année de l'admission sur la liste (élargissement 2023 ou introduction liste initiale 2019). (Étendue de la variation)	-9% (de -48 à +4%)	-8% (de -35% à +12%)	-37% (de -49% à -22%)
Nombre de groupes dont la diminution l'année de l'admission sur la liste > diminution historique	7 groupes sur 11 (64%)	7 groupes sur 11 (64%)	7 groupes sur 7* (100%)

Note : Ce tableau compare trois indicateurs de l'évolution de la prise en charge stationnaire : nombre de groupes d'interventions dont la prise en charge diminue l'année de l'admission sur la liste fédérale (2^{ème} ligne), la diminution moyenne cette année-là (3^e ligne) et le nombre de groupes d'interventions dont la diminution l'année de l'admission est plus prononcée que la diminution historique (4^e ligne).* L'annexe 1a de l'OPAS mentionnait six groupes d'interventions. Le groupe *examens et interventions au niveau du col utérin ou de l'utérus* a été séparé en deux groupes d'interventions distincts pour les analyses statistiques.

Source: OFS – MS et STATPOP

© Obsan 2025

G.4.2 Taux standardisé d'interventions stationnaires, canton avec ou sans liste élargie avant 2023, de 2015 à 2023




Source: OFS – MS et STATPOP

© Obsan 2025

4.2 Évolution dans le secteur ambulatoire (hôpitaux et cabinets)

Il est attendu que la baisse de la prise en charge stationnaire en 2023, observé à la section 4.1, se traduise par une hausse de la prise en charge ambulatoire. En outre, la hausse de la prise en charge ambulatoire en 2023 devrait être plus importante que la hausse moyenne (tendance historique). Pour rappel, on observait bien ces deux évolutions pour les groupes d'interventions de la liste initiale (Roth et Pellegrini 2020).

Pour la majorité des groupes d'interventions, l'élargissement de la liste n'a pas renforcé la hausse de la prise en charge ambulatoire

L'élargissement de la liste fédérale a eu les effets suivants :

- Elle a renforcé l'augmentation de la prise en charge ambulatoire pour trois groupes d'interventions *fistule anale*, *hernies ombilicales*, *pacemaker* (T 4.3, pastille verte), c'est-à-dire que l'augmentation en 2023 est plus forte que l'augmentation historique.
- Pour le groupe d'interventions *PTA*, la tendance s'est inversée suite à l'élargissement de la liste fédérale : la prise en charge ambulatoire baissait entre 2015 et 2022, alors qu'elle a augmenté en 2023.
- La prise en charge ambulatoire des groupes d'interventions *chirurgie de la main* et *circoncision* ne change pas suite à l'élargissement de la liste (T 4.3, pastille orange).
- Pour les cinq autres groupes, la prise en charge ambulatoire a diminué en 2023 (*AMO*, *chirurgie du pied* et *ESWL*) ou augmenté moins fortement (*cataracte* et *examens cardiologiques* ; T 4.3, pastille rouge).

Le transfert de prestations vers l'ambulatoire s'inscrit dans un contexte de forte croissance de la prise en charge ambulatoire.

Entre 2015 et 2022, la prise en charge ambulatoire augmente pour sept groupes d'interventions. Elle augmente de près de 9% en moyenne annuelle pour les groupes d'interventions *fistule anale*, *hernies ombilicales* et *pacemaker* (T 4.3, 3^{ème} colonne). Cela représente une augmentation d'environ 75% par rapport à la prise en charge ambulatoire de 2015. Pour les autres groupes d'interventions, bien que moins prononcée, l'augmentation de la prise en charge ambulatoire depuis 2015 reste conséquente : *AMO* (+17%), *cataracte* (+26%), *chirurgie de la main* (+16%) et *examens cardiologiques* (+38%).

T 4.3 Variation du taux standardisé d'interventions ambulatoires, Suisse, de 2015 à 2023

Groupes d'interventions	Δ 2022–2023	TCAM 2015-2022	
AMO	-4%	2%	●
Cataracte	1%	3%	●
Chirurgie de la main	2%	2%	●
Chirurgie du pied	-3%	-2%	●
Circoncision	-1%	-1%	●
ESWL	-16%	-7%	●
Examens cardiologiques	3%	5%	●
Fistule anale	11%	8%	●
Hernies ombilicales	19%	8%	●
Pacemaker	14%	9%	●
PTA	4%	-1%	●

Note : Taux de croissance annuel moyen (TCAM)= $TCAM(t_0, t) = (x(t)/x(t_0))^{1/n} - 1$, n=nombre d'années. ● signifie que TCAM 2022-2023 > TCAM 2015-2022. ● signifie que TCAM 2022-2023 = TCAM 2015-2022. ● signifie que TCAM 2022-2023 < TCAM 2015-2022. AMO : Ablation de matériel d'ostéosynthèse, ESWL : Lithotripsie par onde de choc extracorporelle ; PTA : interventions vasculaires transluminales percutanées.

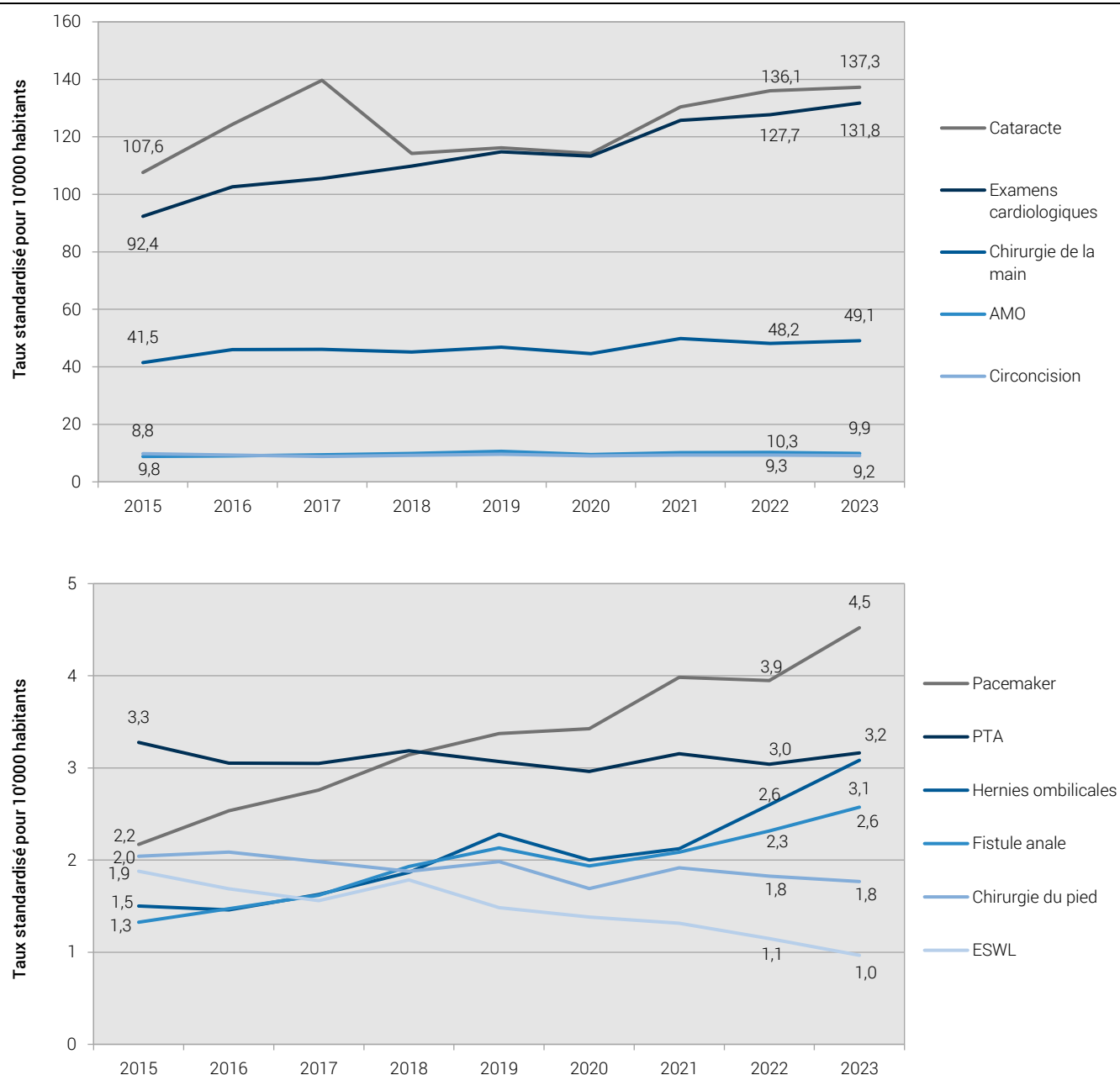
Source : SASIS SA – PT ; OFS – STATPOP

© Obsan 2025

Le transfert du stationnaire vers l'ambulatoire n'est pas la source principale de l'augmentation du nombre de cas ambulatoires.

En faisant l'hypothèse que tous les cas qui ne sont plus effectués en stationnaire sont transférés en ambulatoire, le transfert de prestations ne représente que 13% de l'augmentation du nombre de cas ambulatoires en 2023. Les 87% restant peuvent être attribués à la tendance de long terme du développement de l'ambulatoire. Cette tendance est favorisée, entre autres, par les progrès techniques constants de la médecine et le développement des structures ambulatoires.

G 4.3 Taux standardisé d'interventions ambulatoires, Suisse, de 2015 à 2023



Note : AMO : Ablation de matériel d'ostéosynthèse, ESWL : Lithotripsie par onde de choc extracorporelle ; PTA : interventions vasculaires transluminales percutanées

Source: SASIS SA – PT ; OFS – STATPOP

© Obsan 2025

4.3 Évolution cumulée des secteurs stationnaire et ambulatoire (total)

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

C'est le cas pour dix groupes d'interventions (G 4.4 et T 4.4, pastille verte). Pour le groupe d'interventions *ESWL*, les critères statistiques utilisés¹¹ montrent un changement dans l'évolution de la prise en charge totale (T 4.4, pastille rouge). Pour ce groupe d'interventions, la baisse de la prise en charge entre 2015 et 2022 (-12%) s'est accentuée avec l'élargissement de la liste (-19%).

Ces résultats sont à interpréter avec prudence, puisque le nombre d'interventions stationnaires et ambulatoires ne sont pas répertoriées de la même manière (voir chapitre 3).

T 4.4 Variation du taux total standardisé d'interventions, Suisse, de 2015 à 2023

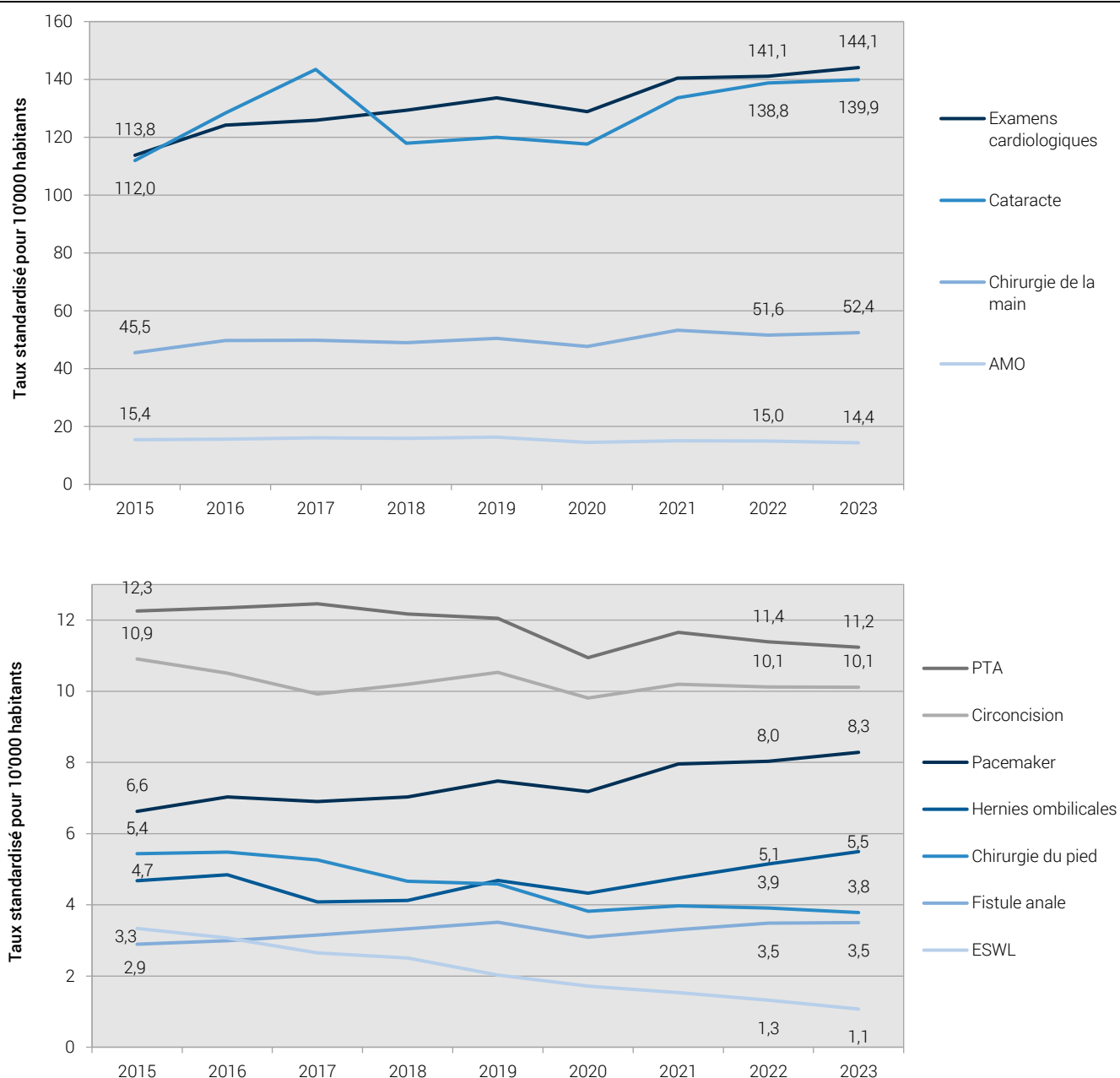
Groupes d'interventions	Δ 2022–2023	TCAM 2015-2022	
AMO	-4%	0%	●
Cataracte	1%	3%	●
Chirurgie de la main	2%	2%	●
Chirurgie du pied	-3%	-5%	●
Circoncision	0%	-1%	●
ESWL	-19%	-12%	●
Examens cardiologiques	2%	3%	●
Fistule anale	0%	3%	●
Hernies ombilicales	7%	1%	●
Pacemaker	3%	3%	●
PTA	-1%	-1%	●

Note : Taux de croissance annuel moyen (TCAM)= $TCAM(t_0, t_n) = (x(t_n)/x(t_0))^{1/n} - 1$, n=nombre d'années. ● signifie qu'il n'y a pas de changement de tendance. Concrètement que la variation moyenne annuelle 2018-2022 se situe dans l'intervalle de la variation moyenne annuelle 2015-2018 +/- un écart-type des variations annuelles 2015-2018. ● signifie qu'il y a un changement de tendance. AMO : Ablation de matériel d'ostéosynthèse, ESWL : Lithotripsie par onde de choc extracorporelle ; PTA : interventions vasculaires transluminales percutanées.

Source: OFS – MS et STATPOP ; SASIS SA – PT © Obsan 2024

¹¹ La variation moyenne annuelle 2018-2022 se situe ou pas dans l'intervalle de la variation moyenne annuelle 2015-2018 +/- un écart-type des variations annuelles 2015-2018.

G 4.4 Taux total standardisé d'interventions, Suisse, de 2015 à 2023



Note : AMO : Ablation de matériel d'ostéosynthèse, ESWL : Lithotripsie par onde de choc extracorporelle ; PTA : interventions vasculaires transluminales percutanées

Source: OFS – MS et STATPOP ; SASIS SA – PT

© Obsan 2024

4.4 Évolution de la proportion d'interventions en ambulatoire

Par définition, la baisse de la prise en charge stationnaire et la hausse de la prise en charge ambulatoire se traduit par une augmentation de la proportion d'interventions ambulatoires. Entre 2015 et 2023, cette proportion augmente pour tous les groupes d'interventions analysés (G 4.5). La hausse est particulièrement forte pour les groupes d'interventions *hernie ombilicale*, *ESWL*, *pacemaker* et *fistule anale* (60% ou plus d'augmentation entre 2015 et 2023). En 2023, l'année de l'élargissement de la liste, l'augmentation est marquée pour trois groupes d'interventions : *fistule anale*, *hernie ombilicale* et *pacemaker*.

Notons encore de grandes différences dans le niveau de la proportion ambulatoire en 2023 (G 4.5) :

- Proportion supérieure à 90% : *cataracte*, *chirurgie de la main*, *examens cardiologiques*, *circoncision* et *ESWL*.
- Proportion aux alentours de 70% : *fistule anale* et *AMO*.
- Proportion aux alentours de 50% : *hernie ombilicale*, *pacemaker* et *chirurgie du pied*.
- Proportion aux alentours de 25% : *PTA*.

4.5 Groupes d'interventions de la liste initiale

Cette section présente de manière condensée l'évolution de la prise en charge stationnaire, ambulatoire et cumulée (stationnaire

et ambulatoire) pour les groupes d'interventions de la liste initiale. Comme décrit dans le précédent rapport (Roth et Pellegrini, 2024), l'introduction de la liste fédérale a déployé les effets attendus en termes de transferts vers l'ambulatoire.

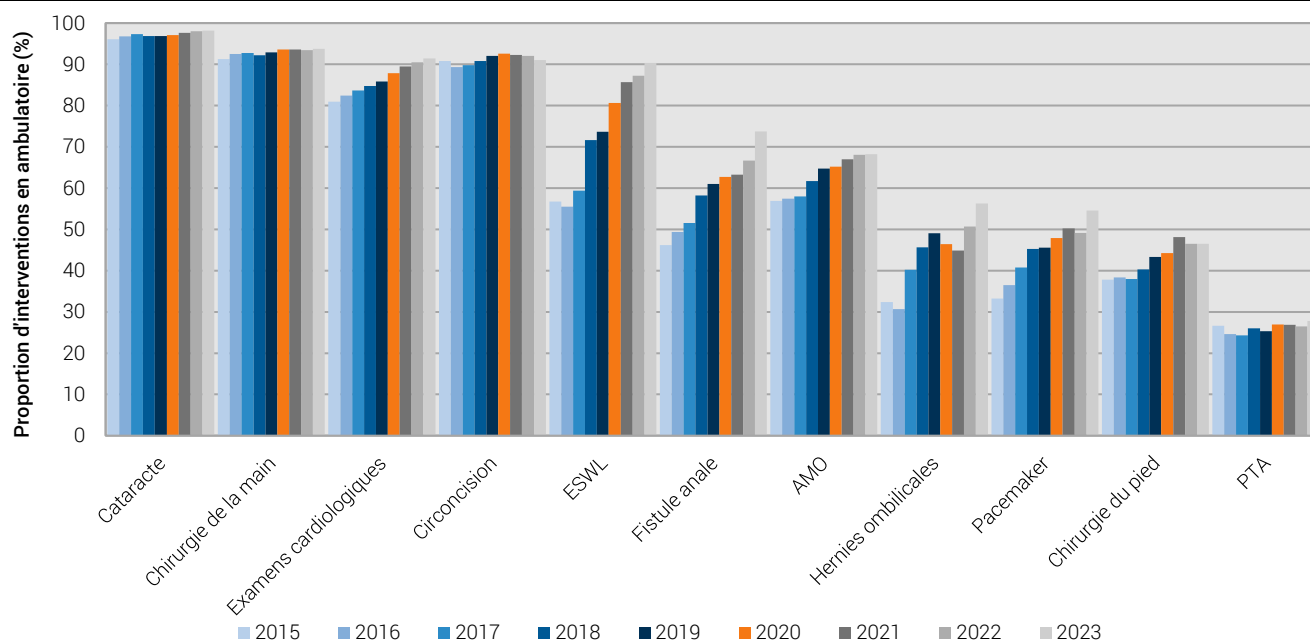
L'introduction de la liste fédérale a accéléré le transfert vers l'ambulatoire

Depuis l'introduction de la liste fédérale, la prise en charge stationnaire a fortement diminué (annexe 5). La diminution est comprise entre 31% pour le groupe d'interventions *utérus* et près de 60% pour les groupes d'interventions *hémorroïdes*, *hernie inguinale*, *col utérin* et *varices*. Corollaire de cette forte diminution de la prise en charge stationnaire, la prise en charge ambulatoire a augmenté : entre 16% pour le groupe d'interventions *hémorroïdes* et 88% pour le groupe d'interventions *hernie inguinale* (annexe 5). Seule la prise en charge ambulatoire du groupe d'interventions *col utérin* a diminué depuis l'introduction de la liste fédérale (-8%).

Le potentiel initial de transfert est vraisemblablement en grande partie exploité

L'essentiel de la baisse de la prise en charge stationnaire est obtenu la première voire la deuxième année après l'introduction de la liste fédérale. À partir de 2020, la prise en charge stationnaire reste relativement stable, avec des fluctuations à la baisse et parfois à la hausse, mais toujours de faibles amplitudes.

G 4.5 Proportion d'interventions ambulatoires, Suisse, de 2015 à 2023



Note : AMO : Ablation de matériel d'ostéosynthèse, ESWL : Lithotripsie par onde de choc extracorporelle ; PTA : interventions vasculaires transluminales percutanées

Source: OFS – MS ; SASIS SA – PT

© Obsan 2025

5 Justification d'une prise en charge stationnaire

Les résultats en bref

Selon les critères considérés, la proportion d'interventions justifiées pour une prise en charge stationnaire varie fortement. En considérant les critères de l'OPAS qui peuvent être analysés ainsi qu'un critère qui tient compte des interventions multiples, la proportion d'interventions justifiées pour une prise en charge stationnaire varie de 79% à 100% selon le groupe d'interventions. Ces proportions sont en augmentation depuis l'introduction de la liste fédérale. Puisque certains critères échappent à l'analyse, faute d'être répertoriés dans les données, il faut interpréter ces résultats avec précaution.

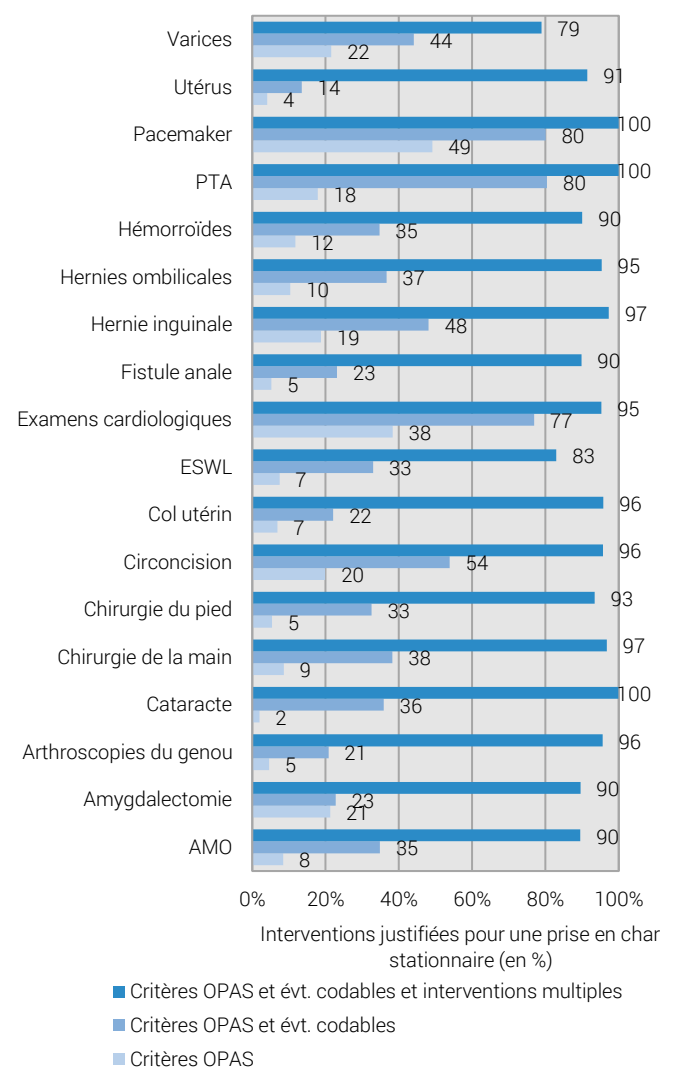
La modification de l'OPAS prévoit que les interventions encore réalisées en stationnaire doivent être justifiées selon la liste de critères définis à l'annexe 1a, tableau II de l'OPAS (annexe 4). Cette liste contient des critères :

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

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

En outre, d'autres critères qui ne figurent pas dans l'OPAS pourraient justifier une prise en charge stationnaire et être ajoutés aux deux critères ci-dessus : par exemple une intervention multiple. Ici, une intervention multiple est définie comme une hospitalisation cumulant un traitement listé dans l'annexe 1 OPAS (sous forme de code CHOP) et un ou plusieurs traitements additionnels. Tous les traitements additionnels ne justifient pas nécessairement une prise en charge stationnaire. Il faut donc considérer cette proportion comme une estimation haute de la proportion d'interventions justifiées pour une prise en charge stationnaire.

G 5.1 Proportion d'interventions justifiées pour une prise en charge stationnaire, Suisse, 2023



Note: AMO : Ablation de matériel d'ostéosynthèse, ESWL : Lithotripsie par onde de choc extracorporelle ; PTA : interventions vasculaires transluminales percutanées.

Source: OFS – MS

© Obsan 2025

¹² D'après la classification CIM-10-GM, version 2022.

En 2023, la proportion d'interventions stationnaires justifiées par un des « critères OPAS codables » se situe entre 2% (*cataracte*) et 49% (*pacemaker* ; G 5.1). En ajoutant les « critères éventuellement codables » puis le critère « interventions multiples », la part des interventions justifiées pour une prise en charge stationnaire augmente fortement pour se situer entre 79% (*varices*) et 100% (*cataracte*, *pacemaker* et *PTA*). De manière générale, ces proportions sont en augmentation depuis l'introduction de la liste initiale fédérale.

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

6 Conséquences sur les coûts

Les résultats en bref

Depuis 2019 et l'introduction de la liste fédérale initiale et son élargissement en 2023, les coûts et le financement ont évolué ainsi :

- une augmentation des coûts totaux de 41 millions (+ 0,6% en moyenne annuelle);
- une diminution des coûts stationnaires de 147 millions (- 4,2% en moyenne annuelle) et une augmentation des coûts ambulatoires de 188 millions (+5,5% en moyenne annuelle);
- une diminution des dépenses pour les cantons de 81 millions (- 4,2% en moyenne annuelle) et une augmentation des dépenses pour l'AOS de 121 millions (+2,4% en moyenne annuelle).

Ce chapitre s'intéresse à l'effet de la modification de l'OPAS sur les coûts ambulatoires, stationnaires et totaux ainsi qu'à leur distribution entre les deux agents financeurs, AOS et cantons. Les résultats sont présentés pour l'ensemble des groupes d'interventions (section 6.1), pour les nouveaux groupes d'interventions (section 6.2) et pour les groupes d'interventions de la liste initiale (section 6.3).

6.1 Ensemble des groupes d'interventions

En l'absence d'une année précise comme point de départ (rappel : 2019 : introduction de la liste initiale et 2023 : élargissement), l'analyse des coûts se concentre sur l'évolution depuis 2018, dernière année avant l'introduction de la liste initiale.

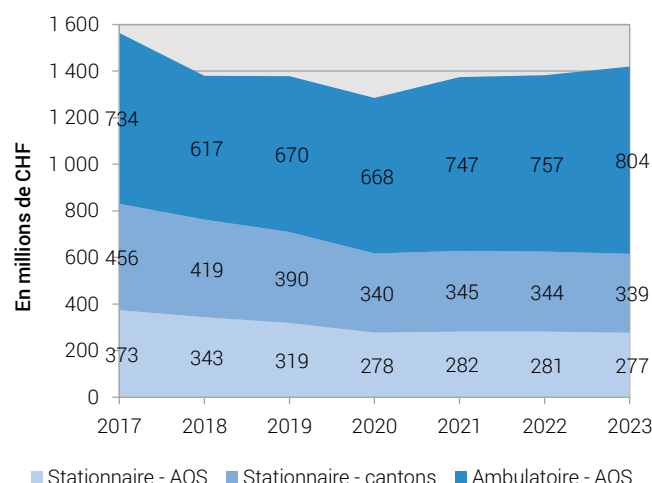
Les coûts totaux ont augmenté de 41 millions de francs entre 2018 et 2023 (+0,6% en moyenne annuelle ; G 6.1), passant de 1379 à 1420 millions de francs. Au graphique G 6.1, l'évolution de ces coûts est décomposée selon la prise en charge (stationnaire et ambulatoire) et selon le financement (canton et AOS).

Sous l'angle de la prise en charge, les coûts stationnaires ont diminué de 147 millions de francs (- 4,2% en moyenne annuelle) , alors que les coûts ambulatoires ont augmenté de 188 millions de francs (+5,5% en moyenne annuelle).

Sous l'angle du financement, les coûts à charge des cantons diminuent de 419 millions de francs à 339 (-81 millions; - 4,2% en moyenne annuelle). Les coûts à charge de l'AOS augmentent de 960 millions francs à 1081 millions (121 millions; +2,4% en moyenne annuelle).

De manière générale, pour ces groupes d'interventions, les coûts unitaires sont entre 2 à 8 fois moins élevé en ambulatoire qu'en stationnaire en 2023. L'augmentation des coûts moyens stationnaires depuis 2018 (sections 6.2 et 6.3) liée à l'augmentation de la sévérité moyenne des cas traités en stationnaire, a accentué la différence de coûts entre le stationnaire et l'ambulatoire.

G 6.1 Répartition des coûts par financeur, ensemble des groupes d'interventions, Suisse, de 2017 à 2023



Source: OFS – MS et PSA ; SASIS SA – PT

© Obsan 2025

6.2 Nouveaux groupes d'interventions

Pour les onze nouveaux groupes d'interventions, nous analysons l'évolution des coûts en 2023, soit à l'année de leur ajout sur la liste de fédérale. Cette année-là, les coûts totaux ont augmenté de 26 millions de francs (+2,4% ; G 6.2), passant de 1080 à 1106 millions de francs.

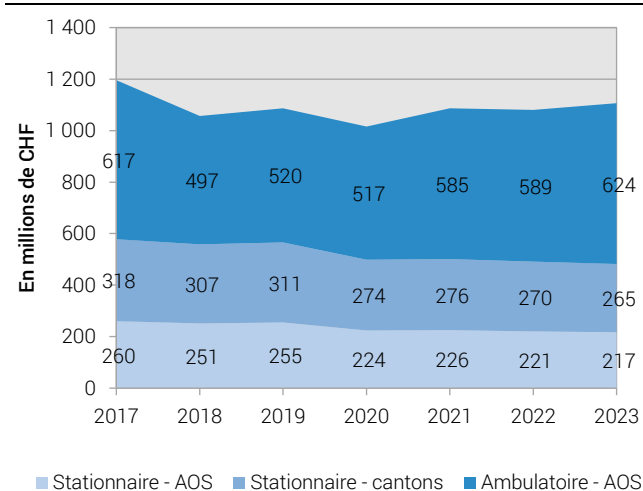
Sous l'angle de la prise en charge, les coûts stationnaires ont diminué de 9 millions de francs (-1,7%) et les coûts ambulatoires ont augmenté de 35 millions de francs (+5,9%). La diminution des coûts stationnaires est uniquement due à la diminution de la prise

en charge stationnaire (effet quantité, section 4.1). Cet effet quantité compense l'augmentation du coût moyen de chacun des onze groupes d'interventions¹³ (effet prix ; résultats non présentés).

L'augmentation des coûts ambulatoires est plutôt la conséquence de l'augmentation du nombre d'interventions ambulatoires (effet quantité 70%) que de l'augmentation du coût moyen (effet prix 30%). En outre, l'augmentation des coûts ambulatoires est fortement liée aux groupes d'interventions *examens cardiologiques* et *cataracte* qui représentent près de 80% des coûts ambulatoires de l'ensemble des onze nouveaux groupes d'interventions. En 2023, pour ces groupes d'intervention, le coût moyen varie respectivement de + 4,5% et -1,7% et le nombre d'interventions augmente respectivement de 5,5% et 3,1%.

Sous l'angle du financement, les coûts à charge des cantons diminuent de 270 millions de francs à 265 millions entre 2022 et 2023 (-5 millions; -1,7%). Les coûts à charge de l'AOS augmentent de 810 millions francs à 841 millions (+31 millions; +3,8%).

G 6.2 Répartition des coûts par financeur, nouveaux groupes d'interventions, Suisse, de 2017 à 2023



Source: OFS – MS et PSA ; SASIS SA – PT

© Obsan 2025

6.3 Groupes d'interventions de liste initiale

Pour les groupes d'interventions de la liste initiale, l'analyse porte sur les années 2019 et suivantes. Depuis l'introduction de la liste fédérale, les coûts totaux ont diminué de 323 à 314 millions de francs, soit une diminution de 9 millions (-0,6% en moyenne annuelle ; G 6.3).

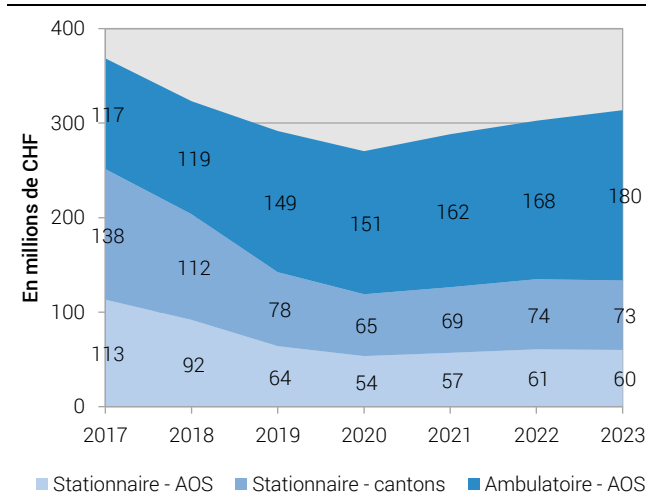
Sous l'angle de la prise en charge, les coûts stationnaires ont diminué de 70 millions (-8,1% en moyenne annuelle), tandis que les coûts ambulatoires ont augmenté de 61 millions (+8,6% en

moyenne annuelle ; G 6.3). Néanmoins, à partir de 2020, de nouvelles tendances apparaissent. Les coûts totaux commencent à augmenter, mettant un terme à une tendance à la baisse. Ils passent de 270 à 314 millions de francs entre 2020 et 2023. Ce changement de tendance est essentiellement dû à l'évolution des coûts stationnaires. Après une forte diminution jusqu'en 2020, ceux-ci ont augmenté, passant de 119 à 134 millions de francs. Les coûts ambulatoires ont eux toujours augmenté depuis 2020.

L'évolution des coûts stationnaires n'est pas surprenante et est en adéquation avec la modification de l'OPAS. Dans une première phase, les coûts stationnaires ont baissé grâce à la diminution importante du nombre d'interventions (effet quantité, section 4.1) qui surpassait l'augmentation du coût moyen (effet prix). Les nouveaux groupes d'interventions se trouvent d'ailleurs dans cette première phase (section 6.2). Dans une seconde phase, à partir de 2020, l'effet prix surpasse l'effet quantité engendrant une augmentation des coûts stationnaires. Le nombre d'interventions stationnaires s'est effectivement stabilisé depuis 2020 (annexe 5). Il reste alors les cas les plus compliqués, les plus « lourds »¹⁴. Ainsi, le coût moyen d'une intervention augmente et par rebond les coûts stationnaires également. Ils restent néanmoins en dessous du niveau de 2019. En outre, l'effet prix est renforcé par l'augmentation, à partir de 2021, du taux de base (baserate) en lien avec l'inflation.

Sous l'angle du financement, les coûts à charge des cantons diminuent de 112 millions de francs à 73 millions entre 2018 et 2023 (-39 millions; -8,1% en moyenne annuelle). Les coûts à charge de l'AOS augmentent de 211 millions francs à 240 millions (+29 millions; +2,6% en moyenne annuelle).

G 6.3 Répartition des coûts par financeur, groupes d'interventions de la liste fédérale initiale, Suisse, de 2017 à 2023



Source: OFS – MS et PSA ; SASIS SA – PT

© Obsan 2025

¹³ Les costweights nets ont augmenté entre 1% (*chirurgie de la main*) et 8% (*hernie ombilicale*). Ils sont restés stables pour le groupe d'interventions *chirurgie du pied* et diminuent de 1% pour le groupe d'interventions *PTA*. L'autre composante du coût moyen, le taux de base (baserate) augmente plus modérément (0,2%).

¹⁴ Les cost-weights moyens sont un indicateur de la complexité moyenne des cas. Ces derniers ont fortement augmenté depuis l'introduction de la liste initiale.

7 Synthèse et perspectives

Synthèse

De manière générale, l'introduction de la liste fédérale d'interventions devant être réalisées en ambulatoire a déployé les effets attendus. Ceci tant pour l'introduction de la liste initiale en 2019 que pour son élargissement en 2023.

L'élargissement de la liste fédérale a accéléré le transfert de prestations vers l'ambulatoire en renforçant la tendance à la baisse de la prise en charge stationnaire. Pour sept des onze nouveaux groupes d'interventions, la diminution de la prise en charge stationnaire est plus marquée en 2023 que sur la période précédente (2015 – 2022). En 2023, elle est comprise entre -3% et -38% selon le groupe d'interventions. Pour trois autres groupes d'interventions, la diminution de la prise en charge stationnaire est moins marquée en 2023 que sur la période précédente. Pour le dernier groupe (AMO), la prise en charge stationnaire augmente en 2023.

L'élargissement de la liste fédérale s'inscrit dans une période de forte croissance du nombre de cas ambulatoires. Dans ce contexte, le transfert de prestations ne contribue qu'à hauteur de 13% à la croissance du nombre de cas ambulatoires. Les 87% restants peuvent être attribués à la tendance de long terme du développement de l'ambulatoire. Cette tendance est favorisée, entre autres, par les progrès techniques constants de la médecine et le développement des structures ambulatoires.

Quant à la prise en charge cumulée (stationnaire et ambulatoire), pour dix groupes d'interventions sur onze, elle a continué de progresser au rythme des années précédentes.

Le transfert vers l'ambulatoire est moins prononcé lors de l'élargissement de liste fédérale en 2023 que lors de l'introduction de la liste initiale en 2019. En 2023, pour l'ensemble des onze groupes d'interventions, la prise en charge stationnaire a diminué de -6%, tandis que la prise en charge ambulatoire a augmenté de 2%. En comparaison, pour les groupes d'interventions de la liste initiale (2019), ces valeurs étaient respectivement de -38% et +20%. En 2023, le transfert vers l'ambulatoire est atténué pour deux raisons :

- Le transfert de prestations était déjà bien avancé avant l'élargissement de la liste fédérale pour quatre groupes d'interventions (*cataracte*, *examens cardiologiques*, *chirurgie de la main*, *circuncision* et *ESWL*), avec plus de 90% d'interventions ambulatoires.
- Quatorze cantons disposaient déjà d'une liste élargie, ce qui a permis d'exploiter en partie la baisse potentielle de la prise en charge stationnaire avant 2023.

En conséquence, l'introduction précoce de ces groupes dans les listes cantonales a fortement réduit la prise en charge stationnaire avant l'élargissement fédéral, entraînant une convergence de la prise en charge stationnaire vers le niveau observé dans les cantons sans liste élargie avant 2023.

En 2023, les coûts totaux ont augmenté de 26 millions de francs (+2,4%). Sous l'angle de la prise en charge, les coûts stationnaires ont diminué de 9 millions de francs (-1,7%) et les coûts ambulatoires ont augmenté de 35 millions de francs (+5,9%). Sous l'angle du financement, les coûts à charge des cantons diminuent de 5 millions de francs (-1,7%). Les coûts à charge de l'AOS augmentent de 31 millions de francs (+3,8%).

La croissance des coûts ambulatoires résulte avant tout de l'augmentation de la prise en charge ambulatoire (effet-quantité) plutôt que de l'augmentation du coût moyen (effet-prix). L'effet-quantité représente 70% de cette croissance contre 30% pour l'effet-prix. Le transfert de prestations, qui ne contribue qu'à 13% de l'augmentation de la prise en charge ambulatoire, a donc un impact limité sur la croissance des coûts.

Ainsi bien que le coût moyen par intervention en ambulatoire soit entre 2 et 8 fois inférieur au coût stationnaire, la tendance de long terme à l'augmentation de la prise en charge ambulatoire entraîne une hausse des coûts. Cette hausse des coûts est donc en grande partie indépendante du transfert de prestations.

En outre, l'augmentation des coûts ambulatoires est fortement liée à deux groupes d'interventions – *examens cardiologiques* et *cataracte* – qui représentent près de 80% des coûts ambulatoires de l'ensemble des onze nouveaux groupes d'interventions. En 2023, le coût moyen d'une intervention varie respectivement de +4,5% pour les *examens cardiologiques* et de -1,7% pour la *cataracte* et le nombre d'interventions augmente respectivement de 5,5% et 3,1%.

Concernant la liste initiale, son introduction a accéléré le transfert déjà en cours vers l'ambulatoire. Depuis son introduction en 2019, la prise en charge stationnaire a fortement diminué : entre -30% (*utérus*) et -60% (*hémorroïdes*, *hernie inguinale*, *col utérin* et *varices*). Ces diminutions sont supérieures à celles observées avant l'introduction de la liste fédérale. L'essentiel de la baisse de la prise en charge stationnaire est obtenu la première voire la deuxième année après l'introduction de la liste fédérale. À partir de 2021, la prise en charge stationnaire reste relativement stable, avec des fluctuations à la baisse et parfois à la hausse, de faibles ampleurs.

Depuis 2019, la prise en charge ambulatoire a augmenté : entre 16% (groupe d'interventions *hémorroïdes*) et 88% (groupe

d'interventions *hernie inguinale*). Seule la prise en charge ambulatoire du groupe d'interventions *col utérin* a diminué depuis l'introduction de la liste fédérale (-8%).

Depuis 2019, les coûts totaux des groupes d'interventions de la liste initiale ont diminué de 9 millions de francs (-0,6% en moyenne annuelle). Les coûts stationnaires ont diminué de 70 millions de francs (-8,1% en moyenne annuelle), tandis que les coûts ambulatoires ont augmenté de 61 millions de francs (+8,6% en moyenne annuelle). Comme pour l'élargissement la liste fédérale, l'augmentation des coûts ambulatoires n'est pas liée uniquement au transfert de prestations, mais également à l'augmentation de l'activité ambulatoire. Concernant l'évolution des coûts stationnaires, on observe qu'ils ont commencé par diminuer avant d'augmenter à partir de 2020. Cette augmentation est en adéquation avec la modification de l'OPAS. Les cas qui sont encore traités en stationnaire sont des cas plus « lourds », plus complexes, faisant ainsi augmenter le coût moyen. Dans un premier temps, cette augmentation du coût moyen est compensée par une forte diminution du nombre d'interventions. Puis dans un second temps, le nombre d'interventions stationnaires se stabilise ou diminue moins fortement et ne peut plus compenser l'augmentation du coût moyen.

Concernant la liste élargie (ensemble de groupe d'interventions),

les coûts totaux ont augmenté de 41 millions de francs (+0,6% en moyenne annuelle) entre 2018 et 2023. Les coûts stationnaires ont diminué de 147 millions (-4,2% en moyenne annuelle) et les coûts ambulatoires ont augmenté de 188 millions (+5,5% en moyenne annuelles). Sous l'angle du financement, les coûts à charge des cantons ont diminué de 81 millions de francs (-4,2% en moyenne annuelle) et les coûts à charge de l'AOS ont augmenté de 121 millions de francs (+2,4% en moyenne annuelle).

En outre, la proportion d'interventions justifiées pour une prise en charge stationnaire varie fortement selon les critères retenus. En considérant les critères de l'OPAS ainsi qu'un critère qui tient compte des interventions multiples, la proportion d'interventions justifiées par des critères qui peuvent être analysés varie de 79% à 100% selon le groupe d'interventions. Depuis l'introduction de la liste fédérale, ces proportions sont en augmentation. Certains critères échappent néanmoins à l'analyse (par exemple : éloignement du domicile et de l'hôpital), il faut donc interpréter ces résultats avec précaution

Perspectives

En 2026, l'Obsan effectuera un dernier monitoring des effets liés à l'introduction des listes d'interventions devant être effectuées en ambulatoire. Celui-ci permettra de confirmer les tendances observées pour les onze nouveaux groupes d'interventions et de dresser un bilan global de l'effet de l'introduction d'une liste fédérale encourageant le transfert vers l'ambulatoire.

Certains cantons ont la velléité d'élargir encore leurs listes cantonales et donc de contraindre davantage le transfert vers

l'ambulatoire. D'autres réformes pourront également venir renforcer ce transfert. La première d'entre elles, EFAS (financement uniforme des prestations), qui entrera en vigueur le 1^{er} janvier 2028, modifiera la répartition du financement entre les cantons et l'AOS et devrait indirectement encourager les traitements ambulatoires¹⁵. La seconde réforme est l'introduction de TARDOC et des forfaits ambulatoires au 1^{er} janvier 2026, qui modifiera le tarif ambulatoire et donc la rémunération des interventions ambulatoire. Un changement de rémunération aura certainement un impact sur le transfert du stationnaire vers l'ambulatoire, à travers une modification des incitatifs financiers. Le prochain rapport abordera ce sujet et pourra servir de base pour analyser les conséquences de ces deux réformes sur le transfert ambulatoire.

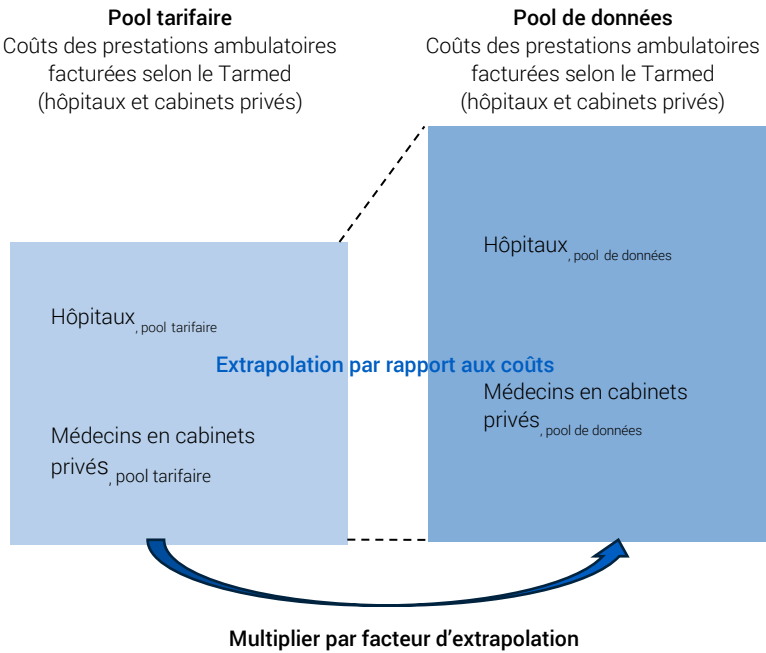
¹⁵ [Modification de la LAMal : financement uniforme des prestations](#)

8 Bibliographie

- Bundi, Pirmin, Stéphane Bonny, Laura Gatto et Moulay Lablih (2022). Évaluation de la réglementation « l'ambulatoire avant le stationnaire » de l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins. Étude réalisée sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique. Lausanne : IDHEAP, Université de Lausanne
- Eurostat (2013). Revision of the European Standard Population, eurostat methodologies and working papers, eurostat 2013, p.121.
- OFSP (2015). Qualitätsindikatoren des Schweizer Akutspitäler 2015. https://spitalstatistik.bagapps.ch/data/download/qip15_publikation.pdf?v=1591328614_s.152
- OFSP (2019). Konzept Monitoring «Ambulant vor Stationär» (AvS). Version du 11.04.2019
- OFSP (2020). L'ambulatoire avant le stationnaire. <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-leistungen-tarife/Aerztliche-Leistungen-in-der-Krankenversicherung/ambulant-vor-stationaer.html>
- OFSP (2020). Annexe 1a de l'Ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS) Edition du 1^{er} juillet 2020. https://www.bag.admin.ch/dam/bag/fr/dokumente/kuv-leistungen/leistungen-und-tarife/aerztliche-leistungen/Anhang1a-KLV/Anhang_1a-klv-01-07-2020.pdf.download.pdf/Anhang_1a_1.7.2020_FR.pdf
- PWC et SpitalBenchmark. Répercussions financières de la pandémie de COVID-19 sur les hôpitaux suisses (livre blanc 4.0).
- Roth, S. et Pellegrini, S. (2018). Le potentiel de transfert du stationnaire vers l'ambulatoire. Analyse pour une sélection d'interventions chirurgicales. Étude réalisée sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) (Obsan Dossier 63). Neuchâtel : Observatoire suisse de la santé.
- Roth, S. & Pellegrini, S. (2020). L'ambulatoire avant le stationnaire. Monitoring de la limitation de la prise en charge stationnaire pour une sélection d'interventions électives (selon OPAS, art. 3c et annexe 1a). Rapport court établi sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) (Obsan Rapport 14/2020). Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.
- Roth, S. & Pellegrini, S. (2021). L'ambulatoire avant le stationnaire. Actualisation 2020 du monitoring de la limitation de la prise en charge stationnaire pour une sélection d'interventions électives (selon OPAS, art. 3c et annexe 1a). Rapport court établi sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) (Obsan Rapport 08/2021). Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.
- Tiwari, R. C., Clegg, L. X., & Zou, Z. (2006). Efficient interval estimation for age-adjusted cancer rates. Statistical methods in medical research, 15(6), 547-569.

9 Annexes

Annexe 1 Extrapolation des données du pool tarifaire



Source: présentation propre

© Obsan 2025

T 9.1 Taux de couverture (%) des coûts des prestations TARMED du pool tarifaire par rapport aux coûts des prestations TARMED du pool de données, par prestataire, de 2015 à 2023

Prestataires	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Médecins en cabinets privés	90%	92%	97%	98%	100%	100%	100%	100%	100%
Hôpital, secteur ambulatoire	88%	90%	95%	96%	97%	98%	99%	100%	100%

Source: SASIS SA – Pool tarifaire et pool de données

© Obsan 2025

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
Col utérin	22.1010	Cryothérapie, électrothérapie de l'exocol
	22.1020	Avulsion de polype(s) cervicaux, toute méthode
	22.1030	Conisation du col, toute méthode
Utérus	22.0645	Hystérocopie avec curetage et/ou biopsie(s)
	22.1210	Curetage-biopsie ou aspiration diagnostique de l'endomètre
	22.1220	Curetage explorateur fractionné
	22.0605	Hystérocopie diagnostique, sans curetage (également hystérocopie au cabinet médical)
	22.0690	Hystérosalpingographie, avec utilisation de l'adaptateur
Hémorroïdes	20.2210	Incision d'hémorroïdes
	20.2220	Cure chirurgicale d'hémorroïdes, excision de noyau hémorroïdaire, par noyau
	20.2240	Cure chirurgicale d'hémorroïdes, hémorroïdectomie radicale
	20.2250	Ligature élastique d'hémorroïdes
Hernies inguinales	20.0180	+ Traitement chirurgical laparoscopique d'une hernie inguinale ou fémorale, pré- ou transpéritonéale, par côté
	20.0230	+ Supplément en cas de hernie incarcerated sans résection intestinale, lors de traitement chirurgical de hernie inguinale
	20.0260	Traitement chirurgical unilatéral de hernie inguinale chez l'enfant jusqu'à 7 ans
	20.0290	Traitement chirurgical unilatéral de hernie inguinale chez la fillette de 7 à 16 ans
	20.0310	Traitement chirurgical unilatéral de hernie inguinale chez le garçon de 7 à 16 ans
	20.0330	Traitement chirurgical unilatéral de hernie inguinale chez l'adulte, technique sans tension
	20.0350	Traitement chirurgical unilatéral de hernie inguinale chez l'adulte, toute méthode (excepté technique sans tension)
Amygdalectomie	12.0140	Adénoïdectomie, comme prestation exclusive
	12.0170	Tonsillectomie au laser, par côté
Varices	0001.0210.001	Phlébectomie grande (forfait)
	0001.0215.001	Phlébectomie petite (forfait)
	0001.0220.003	Veine grande saphène (forfait)
	0001.0225.003	Veine petite saphène (forfait)
	0001.0235.001	Veines perforantes (forfait)
	0001.0260.002	Varices unilatérales (forfait)
	0001.0277.005	Ligature de veines perforantes, un seul côté y compris phlébectomie
	0001.0279.005	Phlébectomie isolée, un seul côté (forfait)
	18.1230.24.00	Ablation thermique de la veine saphène (grande ou petite) par laser ou radiofréquence - gauche ou droite
	18.1230.25.00	Ablation thermique de la veine saphène (grande ou petite) par laser ou radiofréquence - gauche ou droite
	0001.0227.003	Kombinations-Eingriff: Vena saphena magna und Vena saphena parva
	0001.0276.005	Einseitige Magna- und oder Parvacrossectomie mit oder ohne Stammvenenstripping inkl. Phlebektomie
	18.1200.01.05	Varizen - einseitig - Fallpauschale
	18.1204.00.05	Varizen - Vena saphena magna und parva - Fallpauschale
	18.1550	Ligature(s) unilatérale(s) de veines perforantes, comme prestation exclusive
	18.1560	Ligature(s) bilatérale(s) de veines perforantes, comme prestation exclusive
	18.1590	Stripping pour varices de la veine saphène interne, premier côté
	18.1620	Stripping pour varices de la veine saphène externe, premier côté
	18.1640	Stripping de la veine saphène externe et interne, premier côté
	18.1660	Crossectomie isolée unilatérale
	18.1680	Recrossectomie isolée unilatérale de la veine saphène interne
Ablation de matériel d'ostéosynthèse (AMO)	16.0300	Ablation de matériel d'ostéosynthèse après fracture du sternum ou sternotomie
	24.0210	Ablation de matériel d'ostéosynthèse, à moins qu'elle ne fasse l'objet d'une autre position tarifaire
	24.0530	Ablation de matériel d'ostéosynthèse sur la clavicule
	24.0580	Ablation de matériel d'ostéosynthèse de l'omoplate

Groupe d'interventions	Position TARMED / for- fait TARMED	Description
	24.1660	Ablation de matériel d'ostéosynthèse après fracture complexe du coude
	24.2030	Ablation de matériel d'ostéosynthèse après fracture de Monteggia
	24.2090	Ablation de matériel d'ostéosynthèse après fracture de la tête radiale
	24.2140	Ablation de matériel d'ostéosynthèse après fracture proximale du cubitus
	24.2190	Ablation de matériel d'ostéosynthèse de l'avant-bras, vis, plaque ou cerclage
	24.2480	Ablation de matériel d'ostéosynthèse de la main ou de la région digitale, vis, plaque ou cerclage
	24.5860	+ Ablation de matériel d'ostéosynthèse lors d'une arthroscopie du genou
	24.6420	Ablation de matériel d'ostéosynthèse après fracture de la rotule
	24.6670	Ablation de matériel d'ostéosynthèse après fracture du plateau tibial
	24.6750	Ablation de matériel d'ostéosynthèse après fracture diaphysaire du tibia
	24.6790	Ablation de matériel d'ostéosynthèse après fracture diaphysaire du péroné
	24.6850	Ablation de matériel d'ostéosynthèse après fracture diaphysaire du tibia et du péroné
	24.6910	Ablation de matériel d'ostéosynthèse après fracture distale intra-articulaire du tibia (pilon)
	24.7340	Ablation du matériel d'ostéosynthèse après fracture de la malléole interne
	24.7390	Ablation de matériel d'ostéosynthèse après fracture de la malléole externe
	24.7980	Ablation de matériel d'ostéosynthèse après fracture du calcanéum
	24.8020	Ablation de matériel d'ostéosynthèse après fracture de l'astragale
	24.8070	Ablation de matériel d'ostéosynthèse après une ou plusieurs fractures des os du tarse
	24.8140	Ablation de matériel d'ostéosynthèse après fracture métatarsienne, quel que soit le nombre
	24.8190	Ablation de matériel d'ostéosynthèse après fracture d'orteil (gros orteil inclus)
Cataracte	08.2760	Extraction du cristallin ou phaco-émulsification, y compris implantation d'une lentille artificielle et mise en place d'un anneau capsulaire
	0001.0110.001	
	0001.0110.003	
	0001.0110.004	
	0001.0110.006	
	0001.0110.008	
	0001.0110.009	
	0001.0110.010	
	0001.0110.012	
	0001.0110.013	
	0001.0110.014	
	0001.0110.015	
	0001.0110.016	
	0001.0110.017	
	0001.0110.018	
	0001.0110.021	
	0001.0110.022	
	0001.0110.023	
	0001.0110.024	
	0001.0110.025	
Cataracte	0001.0110.026	
	0001.0110.027	
	0001.0110.028	
	0001.0110.029	
	0001.0110.030	
	0001.0110.032	
	0001.0110.033	
	0001.0110.034	
	0001.0110.036	
	0001.0110.037	
	0001.0162.007	

Groupe d'interventions	Position TARMED / forfait TARMED	Description
	0001.0130.010	
	08.0913.01.05	
	08.0901.01.05	
	08.0901.02.05	
Chirurgie de la main	05.2410	Décompression et neurolyse du nerf médian et/ou cubital (tunnel carpien ou loge de Guyon), comme prestation exclusive
	05.2430	Décompression et neurolyse du nerf radial lors de syndrome du pronateur ou du supinateur, comme prestation exclusive
	05.2440	Décompression et neurolyse du nerf cubital dans le sillon, comme prestation exclusive
	05.2450	Décompression et neurolyse du nerf cubital et ventralisation, comme prestation exclusive
	05.2470	Décompression et neurolyse du nerf radial dans la région du bras, voie d'abord unique, comme prestation exclusive
	24.2490	Arthroscopie diagnostique du poignet
	24.2610	Ostéotomie correctrice de phalange proximale, moyenne ou distale ou de métacarpien, premier os
	24.2630	Résection d'os pisiforme ou sésamoïde de la main, pseudarthrose de l'os crochu
	24.3170	Ténolyse et/ou synovectomie des tendons fléchisseurs, doigts et paume de la main, premier rayon, comme prestation exclusive
	24.3200	Intervention avec section ouverte sur les poulies, par doigt, comme prestation exclusive
	24.3220	Aponévrotomie lors de la maladie de Dupuytren, toute méthode
	24.3245	Aponévrectomie en cas de maladie de Dupuytren, à partir de l'articulation métacarpo-phalangienne jusqu'à l'articulation IPP, un rayon digital
	24.3265	Aponévrectomie en cas de maladie de Dupuytren, à partir de l'articulation métacarpo-phalangienne jusqu'à l'articulation IPD, un rayon digital
	24.3280	Excision d'un kyste arthro-synovial du poignet, comme prestation exclusive
	24.3290	Synovectomie étendue du poignet, premier compartiment, comme prestation exclusive
	24.3440	Arthrololyse des articulations digitales, une articulation, comme prestation exclusive
	24.3680	Ténolyse et/ou synovectomie des tendons fléchisseurs, un doigt, comme prestation exclusive
	24.3700	Ténolyse et/ou synovectomie des tendons extenseurs, région digitale, un doigt, comme prestation exclusive
	24.3720	Excision d'un kyste arthro-synovial et/ou synovectomie partielle localisée, articulations des doigts, comme prestation exclusive
	24.8760	Arthrotomie d'une articulation interphalangienne, une articulation, comme prestation exclusive
Chirurgie du pied	24.8310	Cure d'orteil en marteau, débasage ou résection de tête, un orteil
	24.8350	Transfert ou allongement de tendon lors de traitement d'orteil en marteau, un orteil
	24.8540	Résection d'os accessoires, d'exostoses et d'ostéophytes dans la région de la cheville et du pied, comme prestation exclusive
	24.8600	Traitement opératoire de déformations du pied, parties molles, comme prestation exclusive
	24.8640	Ostéotomie correctrice dans la région du pied, métatarses, hallux valgus exclu, premier métatarsien
	24.8660	Ostéotomie correctrice dans la région des orteils, un orteil
Circoncision	21.2680	Circoncision, toute méthode
ESWL	21.1210	Lithotritie extracorporelle (LEOC), premier côté, par le spécialiste
Procédures d'analyse cardiologique (Examens cardiologiques)	17.0740	Cathétérisme cardiaque par voie artérielle, prestation de base II
	17.0790	Cathétérisme cardiaque par voie artérielle préexistante, prestation de base III
	17.0830	Cathétérisme cardiaque par voie veineuse, prestation de base AI
	17.0860	Cathétérisme cardiaque par voie veineuse préexistante, prestation de base V
	17.0910	Cathétérisme cardiaque droit au repos, étude de base
	17.1010	Cathétérisme cardiaque gauche, étude de base
	17.1090	Coronographie sélective, étude de base
	17.1590	Contrôle de stimulateur, système unicaméral, avec programmation des paramètres
	17.1600	Contrôle de stimulateur, système bicaméral, avec programmation des paramètres
	17.1610	Contrôle de stimulateur, système unicaméral, sans programmation des paramètres
	17.1620	Contrôle de stimulateur, système bicaméral, sans programmation des paramètres
	17.1640	Contrôle d'un défibrillateur cardiovertible implantable (DCI), système unicaméral, sans déclenchement d'un choc
	17.1650	Contrôle d'un défibrillateur cardiovertible implantable (DCI), système bicaméral, sans déclenchement d'un choc

Groupe d'interventions	Position TARMED / forfait TARMED	Description
	17.1660	Contrôle d'un défibrillateur cardiovertteur implantable (DCI), avec déclenchement de chocs
	39.6520	Phlébographie de la veine cave supérieure
	39.6540	Phlébographie de la veine cave inférieure
Interventions de la fistule anale	20.2030	Traitement chirurgical de fistule anale
Interventions des hernies ombilicales	20.0500	Traitement chirurgical de hernie ombilicale
Implantation, remplacement et enlèvement de pacemakers	17.1540	Pose de stimulateur définitif, à une électrode, comme prestation exclusive
	17.1670	Implantation d'un enregistreur d'évènements
	17.1690	Explantation d'un enregistreur d'évènements
Angioplastie transluminale percutanée (PTA), y compris dilatation par ballonnet	39.6170	Elément de base {PTA} ou mise en place de stent lors de sténoses et d'occlusions artérielles

Source: TARMED

© Obsan 2024

Annexe 3 Estimation du nombre de cas ambulatoires

Estimer le nombre de cas ambulatoires avec les données du TP comporte le risque de surestimer le nombre réel de cas ambulatoires. Avec ces données qui ne sont pas de données individuelles au niveau du patient, il n'est pas possible de tenir compte d'éventuels cumulés (ou combinaisons) de positions TARMED pour un même cas. Pour pallier à cette limite, nous avons suivi la démarche suivante :

1. Utiliser les données de PSA pour estimer le nombre de cas ambulatoires. On considère la variable *contact patient*¹⁶ comme indicateur d'un cas ambulatoire.
2. Utiliser les données du TP pour estimer le nombre de positions TARMED facturés par les hôpitaux.
3. Estimer un facteur de correction : le nombre de position TARMED par cas ambulatoires (par contact patient). Nous avons ainsi une estimation de la fréquence du cumul (ou des combinaisons) de positions TARMED pour un cas ambulatoire.
4. On fait l'hypothèse que les médecins en cabinets privés utilisent les positions TARMED de la même manière que les hôpitaux. Nous appliquons donc le facteur de correction calculé pour les hôpitaux également aux médecins en cabinet privé.

Cette démarche a été appliquée pour tous les groupes d'interventions dont un cumul (ou des combinaisons) de positions TARMED est envisageable : *ablation de matériel d'ostéosynthèse (AMO), amygdaléctomie, cataracte, chirurgie de la main, chirurgie du pied, examens cardiologiques, hémorroïdes, pacemaker, utérus et varices*. Les facteurs de correction sont présentés au tableau (T 9.2).

Exemple fictif pour illustrer la démarche

But : Estimer le nombre d'interventions ambulatoires d'une intervention à la main. Les positions TARMED A et B sont utilisés à cette fin.

1. Analyse avec le pool tarifaire

Position TARMED	Hôpitaux	Médecins en cabinet privé
A	50	100
B	90	200
Total	140	300

Au total entre les hôpitaux et les médecins en cabinets privés, il y a 440 positions TARMED.

2. Analyse avec PSA

Nombre de contact patient avec positions TARMED A et/ou B : 70

3. Facteur de correction

En moyenne, il y a deux positions par contact patient. Pour éviter de surestimer le nombre d'interventions à la main avec les données du pool tarifaire, il convient d'appliquer un facteur de correction de 2.

4. Estimation corrigée du nombre de cas ambulatoires

Nombre de cas ambulatoires : 220 (440 positions TARMED / 2). 70 cas dans les hôpitaux et 150 chez un médecin en cabinet privé.

T 9.2 Facteur de correction

Groupes d'interventions	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
AMO	1.19	1.12	1.14	1.15	1.11	1.10	1.09	1.12	1.14
Amygdaléctomie	1.25	1.11	1.10	1.09	1.02	1.03	1.06	1.05	1.11
Cataracte	1.27	1.14	1.10	1.15	1.05	1.15	1.03	1.00	1.00
Chirurgie de la main	1.33	1.20	1.18	1.16	1.12	1.10	1.06	1.09	1.08
Chirurgie du pied	1.42	1.32	1.36	1.27	1.25	1.21	1.17	1.19	1.17
Examens cardiologiques	1.44	1.36	1.33	1.34	1.33	1.32	1.31	1.32	1.33
Hémorroïdes	1.27	1.16	1.08	1.09	1.06	1.06	1.04	1.04	1.03
Pacemaker	1.08	1.01	1.00	1.01	1.00	1.04	1.00	1.04	1.02
Utérus	1.25	1.13	1.07	1.07	1.05	1.04	1.00	1.00	1.00
Varices	1.00	1.00	1.03	1.11	1.08	1.08	1.05	1.12	1.13

Source: TP – SASIS SA, OFS – PSA / analyse Obsan

© Obsan 2025

¹⁶ Un contact avec le patient comprend toutes les prestations facturées (positions tarifaires) qui ont été fournies au même patient, le même jour, sur le même site hospitalier.

Les positions TARMED des groupes d'interventions *arthroscopie du genou* et *PTA* ne peuvent pas être utilisés directement pour estimer le nombre de cas ambulatoires. Le problème inhérent à chaque groupe ainsi que la solution mise en place sont expliqués ci-dessous.

Arthroscopie du genou

Problème :

- 25 prestations additionnelles peuvent être codées avec la prestation principale 24.5610. Parmi ces prestations additionnelles, les positions suivantes (T 9.3) ne doivent pas être considérées pour estimer le nombre d'interventions ambulatoires :

T 9.3 Positions TARMED additionnelles à ne pas considérer

Positions TARMED	Description
24.5650	+ Synovectomie subtotale postinfectieuse ou lors de polyarthrite, lors d'une arthroscopie du genou
24.5660	+ Section de l'aileron rotulien externe (lateral release) lors d'une arthroscopie du genou
24.5670	+ Suture de l'aileron rotulien lors d'une arthroscopie du genou, toute méthode
24.5680	+ Excision d'ostéophytes et/ou notchplasty lors d'une arthroscopie du genou
24.5735	+ Microfracture ou forage(s) de Pridie
24.5740	+ Traitement d'une ostéochondrose disséquante lors d'une arthroscopie du genou, fixation du séquestre
24.5750	+ Traitement d'une ostéochondrose disséquante par plastie lors d'une arthroscopie du genou
24.5760	+ Suture et/ou réinsertion transosseuse d'une rupture du ligament croisé antérieur lors d'une arthroscopie
24.5770	+ Traitement d'une rupture du ligament croisé antérieur par suture et/ou réinsertion transosseuse ainsi que plastie d'augmentation, lors d'une arthroscopie du genou, toute méthode
24.5780	+ Traitement d'une rupture du ligament croisé antérieur par plastie autologue lors d'une arthroscopie du genou, toute méthode
24.5790	+ Traitement d'une rupture du ligament croisé antérieur par remplacement alloplastique lors d'une arthroscopie du genou, toute méthode
24.5810	+ Traitement d'une rupture du ligament croisé postérieur par suture et/ou réinsertion transosseuse de l'insertion fémorale avec plastie d'augmentation lors d'une arthroscopie du genou, toute méthode
24.5820	+ Traitement d'une rupture du ligament croisé postérieur par plastie autologue lors d'une arthroscopie du genou

Source: TARMED

© Obsan 2025

Solution:

- Grâce aux données de PSA (données individuelles), nous avons estimé la proportion des contacts patients qui ont la prestation principale 24.5610 sans avoir une ou plusieurs des prestations du tableau T 9.3. De cette proportion nous avons défini un facteur de correction que nous appliquons aux données SASIS.

PTA

Problème :

- La prestation additionnelle 39.6230 (+ Supplément pour implantation d'endoprothèse (stent) endovasculaire, par stent) peut être codée avec la prestation principale 39.6170. Or la pose d'un stent n'est pas une intervention qui est sur liste de l'OPAS.

Solution :

- Grâce aux données de PSA (données individuelles), nous avons estimé parmi les contacts patients avec la position 39.6170, la proportion sans la position 39.6170. Cette proportion est utilisée comme facteur de correction que nous appliquons aux données SASIS.

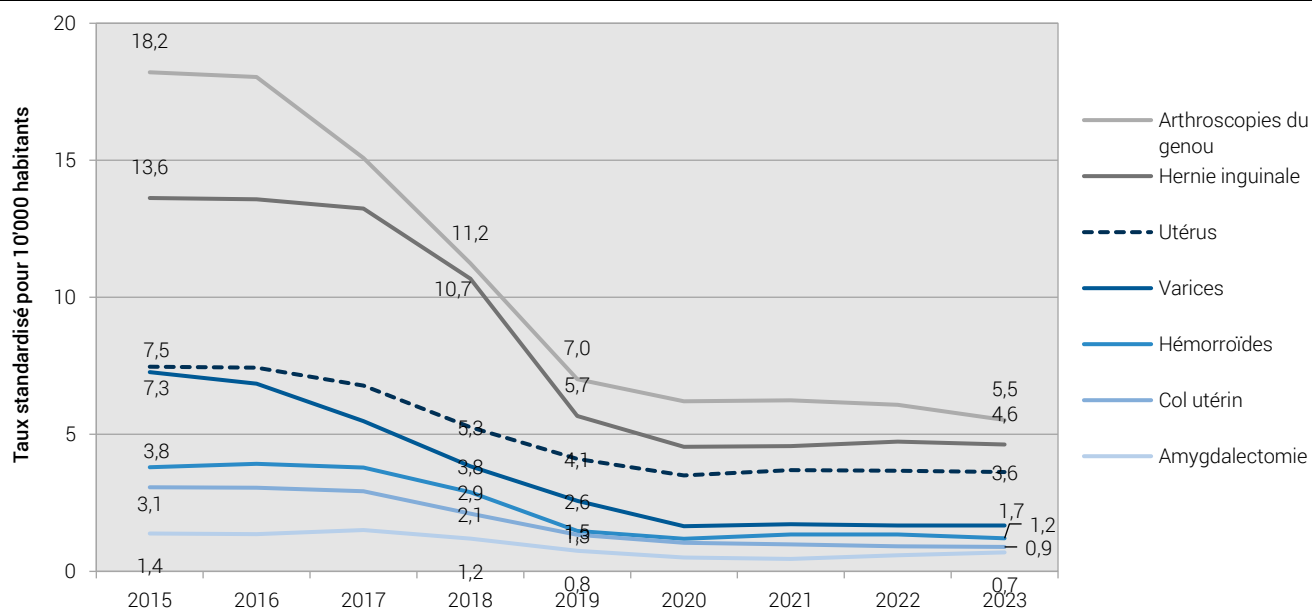
Annexe 4 Critères à satisfaire pour un traitement en milieu stationnaire

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

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

Annexe 5 Transfert de prestations vers le secteur ambulatoire, liste initiale

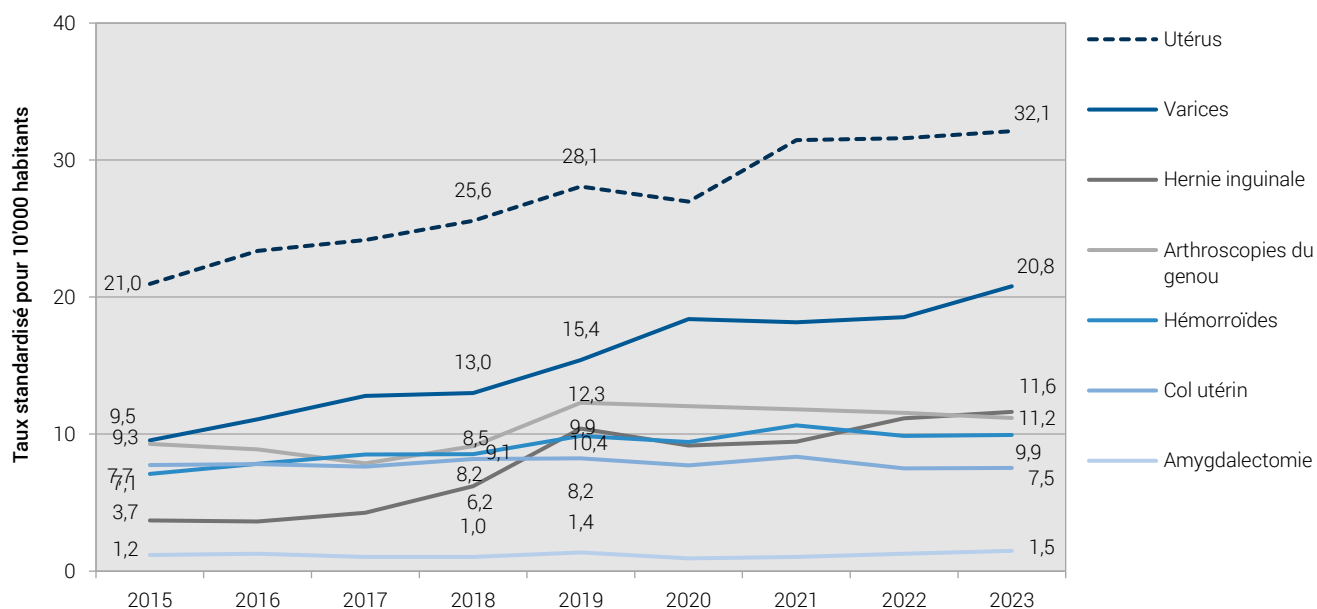
G 9.1 Taux standardisé d'interventions stationnaires, Suisse, de 2015 à 2023



Source: OFS – MS

© Obsan 2025

G 9.2 Taux standardisé d'interventions ambulatoires, Suisse, de 2015 à 2023



Source: SASIS SA – PT

© Obsan 2025

Annexe 6 Comparaison liste fédérale initiale et de son élargissement

	Liste initiale	Elargissement
Date d'introduction	1 ^{er} janvier 2019	1 ^{er} janvier 2023
Nombre de groupes d'interventions	7*	11
Groupes d'interventions	amygdalectomie, arthroscopie du genou, col utérin, utérus, hernie inguinale, hémorroïdes, varices	ablation de matériel d'ostéosynthèse (AMO), cataracte, chirurgie de la main, chirurgie du pied, circoncision, ESWL, examens cardiologiques, PTA, pacemaker, fistule anale, hernie ombilicales
Cantons disposant d'une liste avant la liste fédérale	8 cantons. Le premier à partir de mi-2017	14 cantons. Le premier à partir mi 2017
Nombre de cas stationnaires en 2023 (arrondi)	16'300	36'800
Nombre de cas ambulatoires en 2023 (arrondi)	86'500	318'000
Nombre de cas totaux en 2023 (arrondi)	102'800	354'800

Note : * L'annexe 1a de l'OPAS mentionnait six groupes d'interventions. Le groupe *examens et interventions au niveau du col utérin ou de l'utérus* a été séparé en deux groupes d'interventions distincts pour les analyses statistiques.

Source: OPAS annexe 1a, SASIS SA – PT

© Obsan 2025



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.