Obsan

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



Rapport 03/26

L'ambulatoire avant le stationnaire

Actualisation 2024 du monitorage de la limitation de la prise en charge stationnaire (selon OPAS, art. 3c et annexe 1a)

Sacha Roth, Sonia Pellegrini

Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Département fédéral de l'intérieur DFI
Office fédéral de la santé publique OFSP

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

Impressum

Éditeur
Observatoire suisse de la santé (Obsan)

Mandant
Office fédéral de la santé publique (OFSP)

Auteurs
Sacha Roth, Sonia Pellegrini, Obsan

Collaboration
Avec la collaboration de Dorota Zglinski (OFSP)

Série et numéro
Rapport 03/26

Référence bibliographique
Roth, S. & Pellegrini, S. (2026). *L'ambulatoire avant le stationnaire. Actualisation 2024 du monitorage de la limitation de la prise en charge stationnaire (selon OPAS, art. 3c et annexe 1a)* (Rapport 03/26). 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 / graphiques
Obsan

Image page de titre
Unsplash / César Badilla Miranda

Page de couverture
Nordland – Design & Werbeagentur

Réalisation 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 2026
La reproduction est autorisée, sauf à des fins commerciales, si la source est mentionnée

Numéro OFS
874-2603

ISBN
978-2-940670-65-9

Obsan

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

L’ambulatoire avant le stationnaire

Actualisation 2024 du monitorage de la limitation de la prise en charge stationnaire (selon OPAS, art. 3*c* et annexe 1*a*)

Auteur/e/s Sacha Roth, Sonia Pellegrini

Éditeur Observatoire suisse de la santé (Obsan)

Mandant Office fédéral de la santé publique (OFSP)

Neuchâtel 2026

Table des matières

Les enseignements principaux (résumé) 3

Zusammenfassung 6

1 Introduction 10

1.1 Contexte 10

1.2 Mandat 10

1.3 Rappel des principaux résultats des précédents monitorages 10

1.4 Structure du document 11

2 Effets souhaités de la modification de l'OPAS (art. 3c et annexe 1*a*) 12

2.1 Effets souhaités concernant le transfert de prestations vers le secteur ambulatoire 12

2.2 Effets souhaités concernant les justifications d'une prise en charge stationnaire 12

2.3 Effets souhaités concernant les coûts 12

2.4 Effets attendus de l'élargissement de liste moins prononcés que ceux de la liste initiale 12

3 Méthode 13

4 Volume et caractéristiques des cas relevant de la liste fédérale 15

4.1 Nombre de cas relevant de la liste fédérale et ampleur du transfert 15

4.2 Evolution des caractéristiques des cas relevant de la liste fédérale 16

4.2.1 Durée de séjour 16

4.2.2 Case mix 16

4.2.3 Nombre de traitements par interventions 17

4.2.4 Âge moyen des patients hospitalisés 17

5 Transfert de prestations vers le secteur ambulatoire 18

5.1 Évolution dans le secteur hospitalier stationnaire 18

5.1.1 Focus sur les cantons sans liste élargie avant 2023 (analyse de sensibilité) 20

5.2 Évolution dans le secteur ambulatoire (hôpitaux et cabinets) 23

5.3 Évolution cumulée des secteurs stationnaire et ambulatoire (total) 25

5.4 Évolution de la proportion d'interventions en ambulatoire 26

5.5 Groupes d'interventions de la liste initiale 27

6 Justification d'une prise en charge stationnaire 28

7 Conséquences sur les coûts 29

7.1 Ensemble des groupes d'interventions 29

7.2 Nouveaux groupes d'interventions 30

7.3 Groupes d'interventions de liste initiale 30

8 Synthèse et perspectives 32

9 Bibliographie 36

10 Annexes 37

Annexe 1 Extrapolation des données du pool tarifaire 37

Annexe 2 Positions TARMED analysées 38

Annexe 3 Estimation du nombre de cas ambulatoires 42

Annexe 4 Critères à satisfaire pour un traitement en milieu stationnaire 44

Annexe 5 Transfert de prestations vers le secteur ambulatoire, liste initiale 45

Annexe 6 Comparaison liste fédérale initiale et de son élargissement 46

Résumé

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 1er janvier 2019 (art. 3c et annexe 1*a*, 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'assurance-maladie obligatoire (AOS) uniquement à condition d'être réalisées en ambulatoire, sauf exception nécessitant une prise en charge stationnaire. Les répercussions de cette mesure ont fait l'objet d'un premier monitorage 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 monitorage, 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 1er janvier 2023). Quatorze cantons disposaient déjà d'une liste élargie avant 2023, introduites progressivement entre mi-2017 et 2021.

La liste des interventions s'étant étendue, l'OFSP a chargé l'Obsan de poursuivre le monitorage jusqu'en 2025 (données 2024). Les répercussions de cet élargissement ont fait l'objet d'un rapport couvrant les années 2015 à 2023 (Roth & Pellegrini, 2025). Le présent rapport clôt le mandat de monitorage en y ajoutant les données 2024.

Objet du rapport

Ce rapport suit la mise-en-œuvre de cette réglementation et examine les évolutions suivantes :

- le volume des interventions relevant de la liste fédérale (annexe 1*a* OPAS);
- l'importance du transfert de prestations vers le secteur ambulatoire ainsi que l'évolution du nombre d'interventions;
- la proportion d'interventions stationnaires selon les critères de dérogation définis au point II, annexe 1*a* OPAS.
- les conséquences sur les coûts et leur répartition entre les financeurs;

Principaux enseignements

Six ans après l'introduction de la liste fédérale et deux ans après son élargissement, plusieurs enseignements peuvent être tirés de la mise en œuvre de la réglementation «l'ambulatoire avant le stationnaire» (AvS). Le résumé est structuré de manière à suivre le cheminement des interventions relevant de la liste fédérale. Il présente d'abord le volume de cas que représente la liste fédérale, puis analyse les deux trajectoires possibles: le transfert vers l'ambulatoire ou le maintien en stationnaire. Enfin, il examine les conséquences financières de ces évolutions. Les chapitres du rapport développent en détail ces enseignements.

La liste fédérale en termes de volume

Les cas concernés par la liste fédérale représentent une part modeste des cas de soins aigus

En 2024, près de 50'500 cas relevant de la liste fédérale sont encore réalisés en stationnaire, soit 4% de l'ensemble des cas de soins aigus. Ce volume a diminué d'un tiers depuis 2018, année précédant l'introduction de la liste fédérale, où 74'000 cas concernés par la liste fédérale étaient effectués en stationnaire, représentant alors 6% des cas de soins aigus. Cette baisse témoigne du transfert vers l'ambulatoire induit par la réglementation «l'ambulatoire avant stationnaire».

Le transfert vers l'ambulatoire

Un tiers des cas stationnaires ont été transférés

En posant l'hypothèse que les interventions qui ne sont plus réalisées en stationnaire sont transférées en ambulatoire, près de 23'400 interventions ont été transférées depuis 2019. Cela représente environ un tiers des interventions stationnaires relevant de la liste fédérale en 2018, année précédant l'introduction de la liste fédérale.

La réglementation accélère la tendance préexistante de diminution de la prise en charge stationnaire

L'introduction de la liste fédérale en 2019 et son élargissement en 2023 ont atteint leur objectif principal. Ils ont accéléré le transfert du stationnaire vers l'ambulatoire en renforçant la tendance historique. Cette tendance de fond, observable dès 2015, témoigne d'une évolution structurelle du système de santé vers une prise en charge ambulatoire accrue. Pour la majorité des groupes d'interventions de la liste fédérale, la prise en charge stationnaire a diminué de manière significative (17 groupes d'interventions sur 18), dans des proportions supérieures aux tendances observées avant l'introduction ou l'élargissement de la liste fédérale (12 groupes d'interventions sur 18).

Un transfert concentré sur les premières années

L'essentiel du transfert vers l'ambulatoire intervient durant la première ou la deuxième année suivant l'introduction d'un groupe d'interventions sur la liste fédérale. Par la suite, la prise en charge stationnaire tend à se stabiliser, suggérant que le potentiel de transfert est rapidement exploité dans le cadre des contraintes médicales et techniques existantes.

Un transfert moins prononcé lors de l'élargissement de la liste fédérale que lors de son introduction initiale

L'élargissement de la liste fédérale en 2023 a entraîné un transfert vers l'ambulatoire nettement moins marqué que celui observé en 2019 lors de l'introduction de la liste initiale. Dans les deux ans suivant leur inscription sur la liste fédérale, 46% des interventions des groupes de la liste initiale ont été transférées vers l'ambulatoire, contre 10% pour les groupes de la liste élargie. Cette différence s'explique, d'une part, par l'introduction anticipée de listes cantonales élargies dans quatorze cantons[1] et, d'autre part, par le fait que certaines interventions étaient déjà très majoritairement réalisées en ambulatoire avant leur inscription sur la liste fédérale.

Les interventions restant en stationnaires

La complexité des cas restant en stationnaire augmente

La réglementation «AvS» s'accompagne d'une augmentation de la complexité clinique des cas restant en stationnaire, mesurée par plusieurs indicateurs: hausse de l'indice de case mix, augmentation du nombre de traitements par cas et allongement de la durée de séjour. Ce changement reflète le transfert des cas les moins complexes vers l'ambulatoire, tandis que les cas restant en stationnaire sont en moyenne plus lourds et nécessitent des prises en charge plus intensives. Cette augmentation de la complexité contribue à expliquer certaines évolutions observées en matière de coûts (voir chapitre 5) et souligne que l'impact de la réglementation dépasse le seul transfert de volumes.

Des difficultés à mesurer précisément la proportion d'interventions stationnaires justifiées au sens de l'OPAS

La proportion d'interventions stationnaires justifiées varie sensiblement selon le type de critères pris en compte et selon leur observabilité dans les données. Une partie des critères définis par l'OPAS, notamment les critères sociaux, ne peut pas être identifiée dans les données disponibles. Cette limitation implique que la proportion réelle d'interventions justifiées au sens de l'OPAS ne peut être évaluée de manière précise. Par ailleurs, certaines situations cliniques susceptibles de justifier une prise en charge stationnaire comme la réalisation d'interventions multiples ne figurent pas explicitement dans l'OPAS, mais peuvent être identifiées dans les données. Les résultats doivent dès lors être interprétés avec prudence.

En considérant les critères de l'OPAS observables dans les données ainsi qu'un critère d'intervention multiple, la proportion d'interventions justifiés varie en 68% et 100% selon le groupe d'intervention. En revanche, en ne considérant que les critères de l'OPAS qui sont explicitement définis, la proportion d'interventions justifiées se situe entre 2% et 51%.

Évolution de la prise en charge ambulatoire

Le transfert d'interventions n'est pas le facteur principal dans l'augmentation de l'activité ambulatoire

Le transfert d'interventions n'est pas le principal moteur de la croissance de l'activité ambulatoire. Depuis 2019, le transfert de prestations induit par la réglementation «AvS» représente environ un quart de l'augmentation des cas ambulatoires pour les 18 groupes d'interventions. La majeure partie de la croissance s'explique par d'autres facteurs, notamment le progrès médico-technique permettant des interventions mois invasives et le développement des structures ambulatoires. Ce résultat souligne que la réglementation s'inscrit dans un mouvement plus large de transformation du système de santé.

Toutefois, la réglementation « AvS » ne se limite pas aux seuls effets directs du transfert. En donnant un signal politique, elle a vraisemblablement aussi contribué à accélérer le développement d'infrastructures ambulatoires et favorisé l'utilisation de nouvelles méthodes d'intervention rendues possible par les progrès médico-techniques. Ces effets indirects, bien que difficiles à quantifier, participent à la dynamique globale de développement de l'ambulatoire.

[1] En considérant le transfert sur la période 2019-2024 et non pas uniquement dans les deux ans suivant leur inscription sur la liste fédérale, 40% des interventions de la liste initiale ont été transférées contre 28% pour la liste élargie.

Les conséquences sur les coûts

Le transfert vers l'ambulatoire modère la croissance des coûts

Le transfert du stationnaire vers l'ambulatoire contribue à modérer l'augmentation des coûts totaux, dans la mesure où une intervention ambulatoire coûte en moyenne entre deux et huit fois moins cher qu'une intervention stationnaire (selon le groupe d'interventions). Malgré cet effet modérateur, les coûts totaux des 18 groupes d'interventions ont augmenté depuis l'introduction de la liste fédérale, passant de 1383 à 1435 millions de francs entre 2018 et 2024 (+52 millions, +0,7% en moyenne annuelle).

Cette évolution masque toutefois des dynamiques sectorielles opposées: les coûts stationnaires ont diminué de manière marquée, de 762 à 613 millions de francs (-150 millions, -3,6% en moyenne annuelle), tandis que les coûts ambulatoires ont augmenté de 621 à 822 millions de francs (+202 millions, +4,8% en moyenne annuelle). L'augmentation des coûts ambulatoires est principalement imputable à la hausse des volumes d'interventions. Le transfert d'interventions ne jouant qu'un rôle limité dans l'augmentation des volumes ambulatoires (26%), il n'est pas responsable de la majeure partie de l'augmentation des coûts ambulatoires.

Une augmentation des coûts stationnaires à moyen terme

Pour les groupes d'interventions de la liste initiale, on observe, après plusieurs années de baisse, une augmentation des coûts stationnaires. Cette évolution à moyen terme est cohérente avec les mécanismes induits par la modification de l'OPAS: les interventions transférées vers l'ambulatoire correspondent en priorité aux cas les moins complexes, de sorte que les cas restant en stationnaire sont, en moyenne, plus lourds et plus coûteux. Il en résulte une augmentation du coût moyen par intervention stationnaire.

Dans une première phase, cette hausse du coût moyen a été compensée par une forte diminution du nombre d'interventions stationnaires, entraînant une baisse des coûts stationnaires. Dans une seconde phase, à partir de 2020, le recul du nombre d'interventions stationnaires s'atténue, voire se stabilise, et ne suffit plus à compenser l'augmentation du coût moyen, ce qui se traduit par une reprise à la hausse des coûts stationnaires.

Une diminution des coûts à charge des cantons et une augmentation pour l'AOS

Le transfert de prestations du stationnaire vers l'ambulatoire s'est traduit par une diminution des coûts à charge des cantons, liée à la réduction des hospitalisations stationnaires dont ils financent en principe le 55%. Elles ont diminué de 82 millions entre 2018 et 2024, passant 419 à 337 millions de francs (-3,6% en moyenne annuelle). En revanche, l'effet sur l'AOS est plus contrasté: si les coûts stationnaires diminuent, l'AOS assume l'intégralité des coûts ambulatoires, ce qui conduit globalement à une augmentation des dépenses à sa charge de l'ordre de 134 millions, passant de 964 à 1 098 millions de francs (+2,2% en moyenne annuelle).

Perspectives

Un transfert vers l'ambulatoire appelé à s'intensifier

La tendance à contraindre davantage le transfert vers l'ambulatoire va se poursuivre. Certains cantons ont déjà élargi leurs listes cantonales. La liste fédérale a également été élargie le 1er janvier 2026 avec l'introduction d'un groupe d'interventions concernant le coude et l'élargissement du groupe d'interventions de la chirurgie du pied (OPAS annexe 1a, version pour le 1er janvier 2026).

Un transfert vers l'ambulatoire renforcé par d'autres réformes

Au-delà des élargissements de liste, d'autres réformes pourront également venir influencer ce transfert. La première d'entre elles est l'introduction de TARDOC et des forfaits ambulatoires au 1er janvier 2026, qui modifie le tarif ambulatoire 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. La seconde réforme, EFAS (financement uniforme des prestations), qui entrera en vigueur le 1er janvier 2028, modifiera la répartition du financement entre les cantons et l'AOS et devrait indirectement encourager les traitements ambulatoires[2]. Un suivi attentif des élargissements de la liste fédérale et des effets de ces réformes sur le transfert de prestations est souhaitable.

De nouvelles données pour enrichir l'analyse

Par ailleurs, de nouvelles données concernant l'activité stationnaire permettent désormais de mettre en relation les coûts d'une hospitalisation et ses revenus (SPIGES, OFS). Ces données ouvrent de nouvelles perspectives d'analyse pour mieux comprendre le rôle des incitations financières dans le transfert de prestations vers l'ambulatoire.

2 Modification de la LAMal : financement uniforme des prestations

Zusammenfassung

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 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). Vierzehn Kantone verfügten bereits vor 2023 über eine eigene erweiterte Liste, die zwischen Mitte 2017 und 2021 schrittweise eingeführt wurde.

Aufgrund der Erweiterung der Liste in Anhang 1a KLV beauftragte das BAG das Obsan mit der Weiterführung des Monitorings bis 2025 (Daten 2024). Die Auswirkungen dieser Erweiterung wurden in einem Bericht für die Jahre 2015 bis 2023 behandelt (Roth & Pellegrini, 2025). Der vorliegende Monitoringbericht schliesst das Monitoring-Mandat ab und ergänzt es um die Daten für 2024.

Gegenstand des Berichts

Dieser Monitoringbericht untersucht folgende Entwicklungen:

- Umfang der von Anhang 1*a* KLV betroffenen Eingriffe;
- Ausmass der Verlagerung zur ambulanten Leistungserbringung und Entwicklung der entsprechenden Fallzahlen;
- Anteil der stationär durchgeführten Eingriffe mit Begründung (gemäss den Ausnahmekriterien in Ziffer II);
- Auswirkungen auf die Entwicklung der Kosten und ihre Aufteilung auf die Kostenträger.

Wichtigste Erkenntnisse

Sechs Jahre nach Inkrafttreten von Anhang 1*a* KLV und zwei Jahre nach seiner Erweiterung können die folgenden Erkenntnisse aus der Umsetzung der KLV-Regelung «Ambulant vor stationär» (AvS) gewonnen werden. Die Zusammenfassung ist entlang ihrer Entwicklung gegliedert.

Zuerst wird der Umfang der von Anhang 1*a* KLV betroffenen Eingriffe beschrieben. Im Anschluss daran werden die zwei möglichen Verläufe beleuchtet: die Verlagerung ins ambulante und der Verbleib im stationären Setting. Abschliessend werden die finanziellen Auswirkungen dieser Entwicklungen untersucht.

Umfang der Eingriffe gemäss Anhang 1*a* KLV

Nur ein geringer Anteil der akut-stationären Fälle ist in Anhang 1a KLV gelistet

2024 wurden rund 50'500 der in Anhang 1*a* KLV gelisteten Eingriffe stationär durchgeführt. Das entspricht 4% aller akut-stationären Fälle. Gegenüber 2018, dem Vorjahr der Einführung der KLV-Regelung AvS, ist somit ein Rückgang um ein Drittel zu sehen. Damals erfolgten noch 74'000 der in Anhang 1*a* KLV aufgeführten Eingriffe stationär, was einem Anteil von 6% aller akut-stationären Fälle entspricht. Dieser Rückgang zeugt von einer von der KLV-Regelung AvS induzierten Verlagerung hin zur ambulanten Leistungserbringung.

Verlagerung zur ambulanten Leistungserbringung

Ein Drittel der stationären Fälle wurde verlagert

Geht man davon aus, dass Eingriffe, die nicht mehr stationär durchgeführt werden, in den ambulanten Bereich verlagert wurden, konnten seit 2019 fast 23'400 Eingriffe verlagert werden. Dies entspricht etwa einem Drittel der 2018, dem Vorjahr der Einführung der KLV-Regelung AvS, in Anhang 1*a* KLV aufgeführten stationären Eingriffe

Die KLV-Regelung beschleunigt den vorbestehenden Trend zum Rückgang der stationären Leistungserbringung

Die Einführung der KLV-Regelung zu AvS im Jahr 2019 und die Erweiterung des Anhang 1*a* KLV 2023 haben ihr Hauptziel erreicht. Sie haben die Verlagerung von der stationären zur ambulanten Leistungserbringung beschleunigt und damit den vorbestehenden rückläufigen Trend verstärkt. Dieser seit 2015 beobachtete Trend zeugt von einem strukturellen Wandel im Gesundheitswesen mit einer Stärkung der ambulanten Leistungserbringung. Bei den meisten Gruppen von Eingriffen ist die stationäre Leistungserbringung deutlich zurückgegangen (17 von 18 Gruppen). Bei 12 der 18 Gruppen ist dieser Rückgang grösser als der vorbestehende rückläufige Trend es hätte erwarten lassen.

Die Verlagerung findet vor allem in den ersten Jahren statt

Der wesentliche Anteil der Verlagerung zur ambulanten Leistungserbringung findet im ersten bzw. im zweiten Jahr nach der Aufnahme der Eingriffe in Anhang 1*a* KLV statt. Anschliessend pendelt sich die stationäre Leistungserbringung auf tieferem Niveau ein. Dies deutet darauf hin, dass das Verlagerungspotenzial im Rahmen der bestehenden medizinischen und technischen Grenzen relativ schnell ausgeschöpft wird.

Verlagerung fällt geringer aus bei der Erweiterung des Anhang 1a KLV als bei seiner Einführung

Die Erweiterung von Anhang 1*a* KLV im Jahr 2023 führte zu einer deutlich geringeren Verlagerung zur ambulanten Leistungserbringung als seine Einführung im Jahr 2019. Während 46% der initial in Anhang 1*a* KLV aufgenommenen Eingriffe zur ambulanten Leistungserbringung verlagert wurden, waren es bei den nachträglich hinzugefügten Eingriffen 10%. Dieser Unterschied kann einerseits dadurch erklärt werden, dass 14 Kantone bereits vor 2023 eigene weitergehende Listen eingeführt hatten[3]. Andererseits wurden gewisse der später aufgenommenen Gruppen von Eingriffen bereits vor ihrer Aufnahme in Anhang 1*a* KLV überwiegend ambulant durchgeführt.

Eingriffe, die stationär verbleiben

Die Komplexität der stationär verbleibenden Eingriffe nimmt zu

Mit der Einführung der KLV-Regelung AvS nimmt die klinische Komplexität der stationär durchgeführten Eingriffe zu. Sie wird anhand folgender Indikatoren gemessen: Anstieg des Case-Mix-Index, Zunahme der Anzahl Behandlungen pro Fall und Verlängerung der Aufenthaltsdauer. Dies widerspiegelt die Verlagerung der weniger komplexen Fälle in den ambulanten Bereich, während die stationär verbleibenden Fälle im Durchschnitt schwerwiegender sind und eine intensivere Betreuung erfordern. Dieser Anstieg der Komplexität trägt dazu bei, die Entwicklung der Kosten (siehe Kapitel 5) zu erklären und verdeutlicht, dass die Auswirkungen der Regelung über eine reine Verlagerung der Eingriffe hinausgehen.

Schwierigkeiten der genauen Messung der gemäss Anhang 1a KLV gerechtfertigten stationären Leistungserbringung,

Der Anteil der Eingriffe, für die eine stationäre Durchführung nachweislich gerechtfertigt ist, variiert erheblich in Abhängigkeit der untersuchten Ausnahmekriterien und ihrer Sichtbarkeit in den statistischen Daten. Ein Teil der in Anhang 1*a* KLV definierten Ausnahmekriterien (insbesondere die sozialen) kann mangels auswertbarer Daten nicht identifiziert werden. Daher kann der Anteil tatsächlich gerechtfertigt stationär durchgeführter Eingriffe nicht genau ermittelt werden. Ausserdem können gewisse klinische Situationen, wie die Durchführung mehrerer Eingriffe gleichzeitig, zwar manchmal eine stationäre Durchführung erklären und in den statistischen Daten erkannt werden. Sie sind jedoch nicht explizit in Anhang 1*a* KLV festgehalten. Daher sind diese Ergebnisse mit Vorsicht zu interpretieren.

Bei der Analyse der KLV-Ausnahmekriterien, für die auswertbare Daten vorliegen, sowie des Kriteriums «Mehrfacheingriffe» ergibt sich je nach Gruppe von Eingriffen ein Anteil zwischen 68% und 100% gerechtfertigter stationär durchgeführter Eingriffe. Berücksichtigt die Analyse nur die KLV-Ausnahmekriterien, für die auswertbare Daten vorliegen, so liegt dieser Anteil zwischen 2% und 51%.

[3] Betrachtet man die Verlagerung im Zeitraum 2019–2024 und nicht nur in den zwei Jahren nach der Aufnahme in Anhang 1*a* KLV, so wurden 40% der Eingriffe aus der ursprünglichen Liste verlagert, gegenüber 28% aus der erweiterten Liste.

Entwicklung der ambulanten Leistungserbringung

Die Verlagerung von Eingriffen ist nicht der Hauptfaktor für die Zunahme der ambulanten Leistungserbringung

Die durch die «AvS»-Regelung ausgelöste Verlagerung von Interventionen ist nicht der Haupttreiber für das Wachstum der ambulanten Tätigkeit. Seit 2019 macht die Verlagerung von Leistungen etwa ein Viertel des Anstiegs der ambulanten Fälle für die 18 Interventionsgruppen aus. Der Grossteil des Wachstums lässt sich durch andere Faktoren erklären, insbesondere durch den medizinisch-technischen Fortschritt, der weniger invasive Eingriffe ermöglicht sowie durch den Ausbau ambulanter Strukturen. Dieses Ergebnis unterstreicht, dass die Verordnung Teil einer umfassenderen Transformation des Gesundheitssystems ist. Der Effekt der AvS-Regelung beschränkt sich dabei nicht auf die direkte Auswirkung einer Verlagerung. Durch das klare politische Zeichen hat sie wahrscheinlich auch zur Beschleunigung der Entwicklung ambulanter Infrastrukturen beigetragen sowie die Anwendung neuer, durch den medizinisch-technischen Fortschritt ermöglichten Eingriffsmethoden vorangetrieben. Diese indirekten Auswirkungen sind zwar schwer zu quantifizieren, tragen jedoch zur allgemeinen Dynamik der Entwicklung der ambulanten Leistungserbringung bei.

Auswirkung auf die Kosten

Die Verlagerung zur ambulanten Leistungserbringung dämpft das Kostenwachstum

Die Verlagerung von der stationären zur ambulanten Leistungserbringung trägt dazu bei, den Anstieg der Gesamtkosten zu dämpfen, da ein ambulanter Eingriff im Durchschnitt zwei- bis achtmal weniger kostet als ein stationärer Eingriff (je nach Gruppe von Eingriffen). Trotz dieses mildernden Effekts sind die Gesamtkosten der 18 Gruppen von Eingriffen seit der Einführung der KLV-Regelung AvS angestiegen, und zwar von 1383 Millionen Franken im Jahr 2018 auf 1435 Millionen Franken im Jahr 2024 (+52 Millionen, +0,7 % im Jahresdurchschnitt). Diese Entwicklung verdeckt jedoch gegenläufige Dynamiken in den einzelnen Bereichen: Während die stationären Kosten deutlich, von 762 auf 613 Millionen Franken zurückgegangen sind (-150 Millionen, -3,6 % im Jahresdurchschnitt), stiegen die ambulanten Kosten von 621 auf 822 Millionen Franken (+202 Millionen, +4,8 % im Jahresdurchschnitt). Die Zunahme der ambulanten Kosten ist in erster Linie auf die gestiegene Anzahl der Eingriffe zurückzuführen. Die Verlagerung spielt nur eine begrenzte Rolle bei der Zunahme ambulant durchgeführter Eingriffe (26 %) und ist für den Grossteil des Anstiegs der ambulanten Kosten nicht verantwortlich.

Mittelfristiger Anstieg der stationären Kosten

Bei den Eingriffen der initialen Liste in Anhang 1a KLV ist nach mehreren Jahren des Rückgangs ein Anstieg der stationären Kosten zu beobachten. Diese mittelfristige Entwicklung steht im Einklang mit den durch die Einführung der KLV-Regelung ausgelösten Mechanismen: die in den ambulanten Bereich verlagerten Eingriffe entsprechen weniger komplexen Fällen, während die verbleibenden stationären Fälle im Schnitt aufwändiger und kostspieliger sind. Daher steigen die durchschnittlichen Kosten pro stationären Eingriff.

In einer ersten Phase wurde dieser Anstieg der durchschnittlichen Kosten durch einen starken Rückgang der stationären Eingriffe ausgeglichen, was zu einem Rückgang der stationären Kosten führte. In einer zweiten Phase, ab 2020, flacht der Rückgang stationärer Behandlungen ab oder stabilisiert sich und kann den Anstieg der Durchschnittskosten nicht mehr ausgleichen, was zu einem erneuten Anstieg der stationären Kosten führt.

Abnahme der Kosten für die Kantone, Zunahme für die OKP

Die Verlagerung von der stationären zur ambulanten Leistungserbringung ging für die Kantone mit einer Kostensenkung einher, bedingt durch die Abnahme der Hospitalisationen, deren Kosten von den meisten Kantonen zu 55% übernommen werden. Zwischen 2018 und 2024 sind diese Kosten um 82 Millionen Franken von 419 auf 337 Millionen Franken gesunken (-3,6 % im Jahresdurchschnitt). Die Auswirkungen auf die OKP müssen hingegen differenzierter betrachtet werden: Während die Kosten für stationäre Eingriffe sinken, übernimmt die OKP 100% der ambulant erbrachten Leistungen. Über Alles gesehen führt das für den beobachteten Zeitabschnitt zu einem Anstieg der OKP-Kosten von 134 Millionen Franken, von 964 auf 1098 Millionen Franken (+2,2 % im Jahresdurchschnitt).

Ausblick

Die Verlagerung zu ambulant nimmt zu

Der Trend einer zunehmenden Verlagerung zur ambulanten Leistungserbringung wird sich fortsetzen. Gewisse Kantone haben ihre kantonalen Listen erneut erweitert. Auch der Anhang 1*a* KLV wurde per 1. Januar 2026 um Eingriffe am Ellenbogen und am Fuss erweitert (Gesamtliste Anhang 1*a* KLV, per 1. Januar 2026).

Weitere Reformen könnten die Verlagerung zur ambulanten Leistungserbringung verstärken

Über die Erweiterung der Listen hinaus, könnten weitere Reformen, die Verlagerung beeinflussen. Die erste ist die Einführung von TARDOC und der ambulanten Fallpauschalen per 1. Januar 2026. Die Änderung der ambulanten Tarife und damit der Vergü-

tung für ambulante Leistungserbringung wird zu veränderten finanziellen Anreizen führen und sich auch auf die Verlagerung von stationärer zur ambulanten Leistungserbringung auswirken.

Die zweite Reform, EFAS (Einheitliche Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen), mit Inkrafttreten per 1. Januar 2028, wird die Aufteilung der Finanzierung zwischen den Kantonen und den Krankenversicherern (zulasten der OKP) verändern, und dürfte die ambulante Leistungserbringung indirekt fördern.[4]. Eine sorgfältige Beobachtung der Erweiterungen von Anhang 1*a* KLV und der Auswirkungen der Reformen auf die Verlagerung der Leistungserbringung ist wünschenswert.

Neue Daten zur Vertiefung der Analyse

Neue Daten zur stationären Leistungserbringung ermöglichen es künftig, die Kosten einer stationären Behandlung und die damit verbundenen Einnahmen einander gegenüberzustellen (SPIGES, BFS). Diese Daten eröffnen neue Analyseperspektiven, um die Rolle finanzieller Anreize bei der Verlagerung von Leistungen in den ambulanten Bereich besser zu verstehen.

[4] 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 1er janvier 2019 (art. 3*c* et annexe 1*a*, OPAS). Cette réglementation, connue sous la désignation «L'ambulatoire avant le stationnaire» (AvS), 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 1*a*, OPAS).

Les répercussions effectives de cette mesure ont fait l'objet d'un monitorage 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 monitorage, 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 est entrée en vigueur le 1er janvier 2023. Quatorze cantons disposaient déjà d'une liste élargie avant 2023, introduites progressivement entre mi-2017 et 2021.

La liste des interventions s'étant étendue, l'OFSP a chargé l'Observatoire suisse de la santé (Obsan) de poursuivre le monitorage jusqu'en 2025 (données 2024). Un rapport consacré à l'analyse des effets de cet élargissement sur la période 2015 à 2023 a été publié (Roth & Pellegrini, 2025).

1.2 Mandat

Le présent rapport qui clôt le mandat de monitorage 2019 - 2024 confié par l'OFSP, met l'accent sur les onze groupes d'interventions intégrés à la liste fédérale en 2023 (liste élargie dans la suite du rapport) et actualise les principaux indicateurs avec les données 2024. L'évolution des groupes d'interventions de la liste initiale (les sept groupes d'interventions introduit en 2019) est présentée en annexe et discutée brièvement à la section 5.5.

Dans le cadre du monitorage 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 1*a* 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 2024.

1.3 Rappel des principaux résultats des précédents monitorages

Les résultats des rapports précédents ont montré:

- Une diminution de la prise en charge stationnaire dans des proportions supérieures aux années précédentes.
- L'essentiel de la baisse de la prise en charge stationnaire est réalisé la première ou la deuxième année après l'introduction de la liste, puis la prise en charge stationnaire reste relativement stable. Ce résultat se vérifie lors de l'introduction de la liste initiale. Il n'y a pas encore assez de recul pour vérifier ce résultat pour l'élargissement de la liste.
- Une accélération du processus déjà en cours de transfert vers l'ambulatoire.
- Une diminution des coûts stationnaires lors des premières années qui suivent l'introduction de la liste, suivie d'une augmentation. Cette augmentation est due au fait que les cas maintenus en stationnaire sont devenus plus complexes et «lourds», faisant augmenter le coût moyen par cas (effet prix).
- Une augmentation des coûts ambulatoires, principalement liée à l'augmentation de l'activité ambulatoire (effet quantité), et non uniquement au transfert de prestations.

Concernant spécifiquement l'élargissement de la liste fédérale, le précédent rapport a montré:

– Les effets sur la diminution de la prise en charge stationnaire et sur le transfert de prestations sont moins prononcés que ceux observés lors de l'introduction de la liste initiale en 2019.
– Les quatorze cantons ayant élargi précocement leur liste avaient une prise en charge stationnaire élevée par rapport aux autres cantons.

En résumé, si la régulation a réussi à accélérer le transfert du stationnaire vers l'ambulatoire et à réduire les coûts pour les cantons, la croissance de l'activité ambulatoire (en grande partie indépendante de la réglementation AvS) a entraîné une augmentation globale des dépenses pour l'AOS et les coûts totaux.

Six ans après l'introduction de la liste fédérale et deux ans après son élargissement ces constats sont toujours valables. Les chapitres 5, 6 et 7 actualisent les principaux indicateurs et discutent brièvement des évolutions.

1.4 Structure du document

Le chapitre 2 présente les effets attendus de l'introduction d'une liste fédérale (modification de l'OPAS, art. 3c et annexe 1a). Le chapitre 3 expose les éléments méthodologiques nécessaires à la bonne compréhension des résultats.

Les résultats sont ensuite développés dans les chapitres 4 à 7: le chapitre 4 décrit le volume et les caractéristiques des interventions relevant de la liste fédérale, le chapitre 5 analyse l'évolution des volumes d'interventions stationnaires, ambulatoires et totales, le chapitre 6 examine la justification des prises en charge stationnaires, enfin le chapitre 7 évalue les effets sur les coûts et leur répartition entre les agents financeurs.

La synthèse dresse un bilan six ans après l'introduction de la liste initiale et deux ans après son élargissement.

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

Dans l'optique d'encourager le transfert de prestations vers le secteur ambulatoire, le Département fédéral de l'intérieur (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 1*a* 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

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 année[5]. Par conséquent, les effets étaient concentrés autour de 2019. Lors de l'élargissement de la liste fédérale, quatorze cantons[1] avaient déjà, depuis plusieurs années, introduit des listes élargies. De ce fait, les effets attendus sont dilués sur plusieurs années entre 2018 et 2023. Au-delà de ces effets, l'harmonisation des listes cantonales et fédérale visait aussi à uniformiser les processus administratifs.

[5] Exception faite du canton de Lucerne qui avait introduit sa liste depuis une année et demie.

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)[6] 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 1*a* 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.

Périmètre d'analyse et sélection des cas 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 la LAA, sont donc exclus.
- Hospitalisations planifiées: les urgences ne sont pas considérées dans cette analyse. Les urgences sont des situations spécifiques pour lesquelles «le choix» du mode de prise en charge ne dépend pas des mêmes critères qu'une intervention planifiée.
- Cas en soins aigus: nous limitons notre analyse aux soins aigus. Les cas de psychiatrie, de réadaptation et de gériatrie ne sont pas pris en compte.
- Les réhospitalisations dans les 18 jours forment un seul cas avec la première hospitalisation, conformément aux règles SwissDRG.

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

– Les nouveau-nés sont exclus pour éviter un double comptage avec la mère.
– Les accouchements[7] 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 2024.
– 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. Dans la suite du rapport, ces cas sont appelés «cas concernés par la liste fédérale». 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 attribués 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).

Standardisation

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

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

Nij: Nombre de personnes du groupe d'âge i et de sexe j dans la population standard
rij: 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). Dans la suite du rapport le taux de recours standardisé de la population pour les différents groupes d'interventions est appelé prise en charge stationnaire, ambulatoire ou total.

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 :

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

$$Coûts\ du\ secteur\ ambulatoire_i = nombre\ d'interventions_i \times coût\ moyen_i \quad [2]$$

Avec, i = groupe d'interventions analysé.

Pour ces estimations, le taux de base (baserate) médian annuel[8] 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)[9] pour les années de 2017 à 2025. 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 0,55[10]. La participation de l'AOS au financement de ces coûts s'obtient en les multipliant par 0,45[6]. Les coûts du secteur ambulatoire sont financés par l'AOS.

[7] La définition d'un accouchement est celle utilisée par l'Office fédéral de la santé publique dans sa documentation "Qualitätsindikatoren des Schweizer Akutspitäler 2015". (https://spitalstatistik.bagapps.ch/data/download/qip15_publikation.pdf?v=1591328614, s. 152)

[8] 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.

[9] 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 monitorage 2019.

[10] 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 Volume et caractéristiques des cas relevant de la liste fédérale

Avant d'analyser le transfert de prestations vers le secteur ambulatoire (chapitre 5 et suivants), ce chapitre propose un aperçu des grandes tendances observées dans le domaine stationnaire depuis l'introduction de la liste fédérale. Il poursuit deux objectifs :

Premièrement situer l'importance de la liste fédérale par rapport à l'ensemble des cas de soins aigus, en termes de volumes et d'ampleur du transfert (section 4.1). Secondement, examiner l'évolution de certaines caractéristiques clés des cas stationnaires, telles que la complexité clinique, la durée de séjour, l'âge moyen des patients (section 4.2). Cette approche permet de documenter les changements dans la nature des cas stationnaires au-delà du seul transfert de volume vers l'ambulatoire. Elle fournit ainsi un cadre général d'interprétation pour les analyses détaillées présentées aux chapitres suivants et contribue à une meilleure compréhension des mécanismes à l'œuvre depuis l'entrée en vigueur de la liste fédérale.

4.1 Nombre de cas relevant de la liste fédérale et ampleur du transfert

L'évaluation du nombre de cas concernés par liste fédérale ainsi que de l'ampleur du transfert vers l'ambulatoire nécessite de définir une période de référence appropriée. En l'absence d'un point de départ unique – la liste initiale ayant été introduite en 2019 et son élargissement en 2023 – l'analyse se concentre sur l'évolution depuis 2018, dernière année précédant toute réglementation fédérale en la matière. Cette approche présente l'avantage de prendre en compte le fait que quatorze cantons avaient déjà introduit une liste cantonale élargie avant l'élargissement de la liste fédérale de 2023.

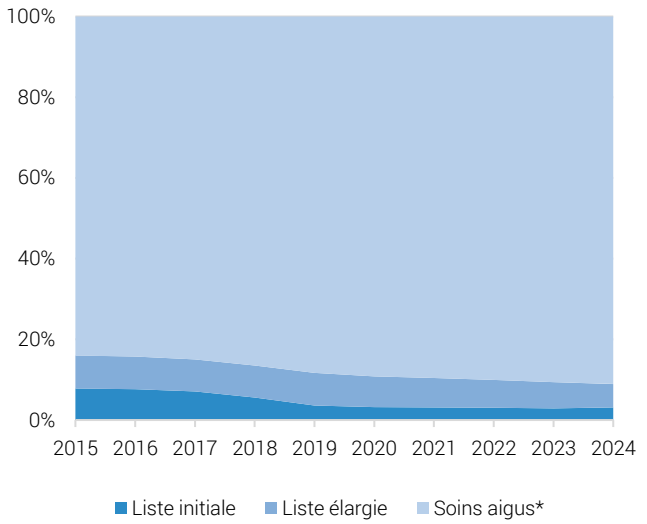
Les cas concernés par la liste fédérale représentent une part modeste des cas de soins aigus

Les cas concernés par la liste fédérale représentent une part limitée des cas de soins aigus selon le périmètre d'analyse[11] et cette part diminue nettement au fil du temps (G 4.1). En 2024, près de 50 500 cas relevant de la liste fédérale sont encore réalisé en stationnaire, soit 10% des cas de soins aigus selon le périmètre d'analyse. Ce volume se répartit entre 17 500 cas relevant de la liste initiale et 33 000 relevant de la liste élargie.

En 2018, année précédant l'introduction de la liste fédérale, 74 000 interventions relevaient de la liste fédérale (31 000 de de la liste initiale et 43 000 de la liste élargie), soit 19% des cas de soins aigus[11].Cette baisse de près de la moitié reflète principalement le transfert de ces interventions vers le secteur ambulatoire, mais aussi l'augmentation globale du nombre de cas de soins aigus.

Rapportée à l'ensemble des cas de soins aigus (sélection basée uniquement sur l'année de sortie, cf. note de bas de page 11), la part des cas relevant de la liste fédérale se situe à 6% en 2018 et à 4 % en 2024.

G 4.1 Proportion d'interventions concernées par la liste fédérale (initiale et élargie), Suisse, de 2015 à 2024



Note: * Soins aigus: cas sortis l'année de référence, sans les urgences et sans accouchement et pris en charge par l'AOS

Source: OFS – MS

© Obsan 2026

[11] Le périmètre d'analyse concerne les cas de soins aigus sortie l'année de référence, sans les urgences et sans accouchement et pris en charge par l'AOS (voir chapitre 3 pour plus de détails).

Un tiers des cas stationnaires ont été transférés

En posant l'hypothèse que les cas qui ne sont plus réalisés en stationnaire sont transférés en ambulatoire, près de 23 400 cas ont été transférée depuis 2019. Ce volume se décompose en 13 300 cas relevant de la liste initiale et 10 100 relevant de la liste élargie. Cela correspond à près d'un tiers des cas relevant de la liste fédérale observés en 2018, soit l'année précédant l'introduction de la liste fédérale.

Un transfert moins marqué lors de l'élargissement de 2023

En analysant spécifiquement le transfert intervenu depuis l'élargissement de la liste fédérale en 2023, le volume transféré s'élève à 3'400 cas, soit 10% des cas relevant de la liste élargie en 2022. Cette proportion nettement inférieure à celle observée lors de l'introduction de la liste initiale (50% dans les deux ans suivant 2019) s'explique par deux facteurs : d'une part, l'anticipation de l'élargissement par quatorze cantons ayant déjà introduit des listes cantonales élargies (voir section 1.1); d'autre part, le fait que certaines interventions de la liste élargie étaient déjà très majoritairement réalisées en ambulatoire avant leur inscription sur la liste fédérale, limitant ainsi la marge de transfert possible (voir section 5.4).

4.2 Évolution des caractéristiques des cas relevant de la liste fédérale

Pris dans leur ensemble, les indicateurs analysés ci-après montrent que la réglementation «l'ambulatoire avant le stationnaire» (AvS) s'accompagne d'une augmentation de la complexité clinique des cas restant en stationnaire. Ce changement reflète le transfert des cas les moins complexes vers l'ambulatoire, tandis que les cas restant en stationnaire sont en moyenne plus lourds et nécessitent des prises en charge plus intensives. L'augmentation de la complexité des cas restant en stationnaire contribue à expliquer certaines évolutions observées en matière de coûts (voir chapitre 7) et souligne que l'impact de la réglementation dépasse le seul déplacement de volumes.

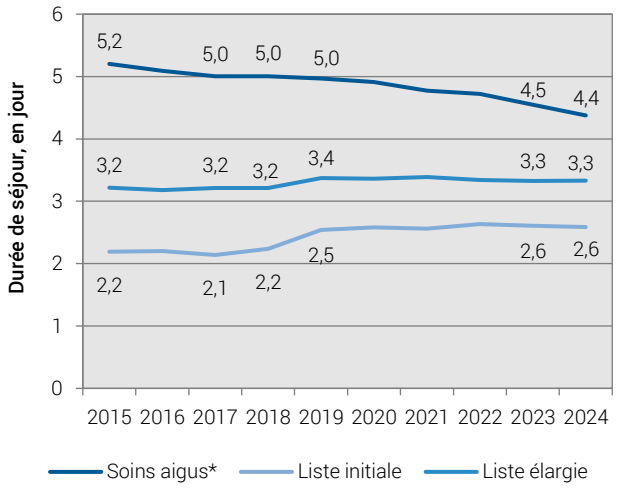
Les sections suivantes présentent l'évolution de la complexité des cas stationnaires en s'intéressant à certaines caractéristiques comme la durée de séjour, l'indice de case mix, le nombre de traitements par cas et l'âge moyen des patients hospitalisés.

4.2.1 Durée de séjour

De manière globale, la durée de séjour en soins aigus diminue depuis plusieurs années en Suisse (Durée des séjours hospitaliers en soins aigus, psychiatrie et réadaptation | Obsan). Cette évolution se retrouve également pour les cas de soins aigus du périmètre d'analyse[11] dont la durée moyenne passe de 5,2 à 4,4 jours entre 2015 et 2024 (G 4.2). En revanche, pour les cas relevant de la liste initiale, la durée de séjour augmente sur la même période, passant de 2,2 à 2,6 jours (G 4.2). Cette hausse est particulièrement marquée en 2019, lors de l'introduction de la liste fédérale, et reflète le transfert des cas les moins complexes vers le secteur ambulatoire, laissant en stationnaire des cas nécessitant des prises en charge plus longues.

L'évolution observée pour les cas relevant de la liste élargie est comparable, bien que d'ampleur plus modérée. Une première augmentation de la durée de séjour est également visible dès 2019, en lien avec l'introduction anticipée de certains groupes d'interventions dans les listes cantonales (voir section 1.1).

G 4.2 Évolution des durées de séjour, Suisse, de 2015 à 2024



Note: * Soins aigus: cas sortis l'année de référence, sans les urgences et sans accouchement et pris en charge par l'AOS.

Source: OFS – MS © Obsan 2026

4.2.2 Case mix

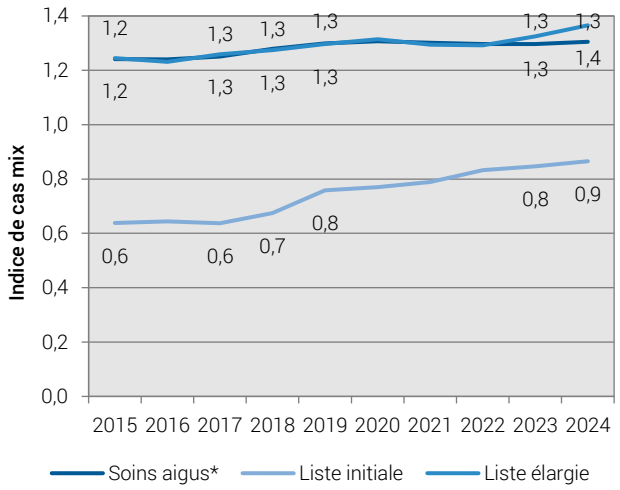
Le niveau de complexité des cas stationnaires relevant de la liste fédérale, mesuré à l'aide de l'indice de case mix (CMI), augmente nettement au fil du temps, en particulier pour les groupes d'interventions de la liste initiale (G 4.3). Pour ces derniers, le CMI passe de 0,64 à 0,87 entre 2015 et 2024 (G 4.3). Après une phase de stabilité jusqu'en 2018, une hausse marquée est observée en 2019, lors de l'introduction de la liste fédérale, suivie d'une augmentation progressive jusqu'en 2024.

L'évolution du CMI des cas relevant de la liste élargie est globalement similaire, mais d'ampleur plus modérée. Une première augmentation est observée dès 2019, en lien avec l'introduction anticipée de certains groupes d'interventions dans des listes cantonales (voir chapitre 1.1), puis une nouvelle hausse intervient à partir de 2022, correspondant à l'élargissement de la liste au niveau fédéral.

Comparativement à l'ensemble des cas de soins aigus du périmètre d'analyse[11], dont le CMI reste relativement stable sur la période (de 1,24 à 1,30), les cas relevant de la liste initiale demeurent en moyenne moins complexes. Néanmoins, l'augmentation

du CMI des cas relevant de la liste initiale ou élargie reflète le transfert des cas les moins complexe vers l'ambulatoire. L'augmentation du CMI a des implications directes sur l'évolution des coûts (voir chapitre 7.3).

G 4.3 Évolution de l'indice de case mix, Suisse, de 2015 à 2024



Note: * Soins aigus: cas sortis l'année de référence, sans les urgences et sans accouchement et pris en charge par l'AOS

Source: OFS – MS © Obsan 2026

4.2.3 Nombre de traitements par interventions

Le nombre de traitements par cas, mesuré par le nombre de codes CHOP, constitue un indicateur complémentaire de la complexité des cas stationnaires. Son évolution confirme les résultats observés à partir du CMI. Pour les cas relevant de la liste initiale, le nombre moyen de traitements par cas augmente nettement à partir de 2019, passant de 2,8 à 3,6 traitements en 2024. Cette augmentation reflète que les cas restants hospitalisés impliquent davantage d'actes médicaux. Pour les cas relevant de la liste élargie, le nombre moyen de traitements par cas augmente également, mais de manière plus modérée. Il passe de 6,2 à 6,4 traitements entre 2022 et 2024.

4.2.4 Âge moyen des patients hospitalisés

L'évolution de l'âge moyen des patients hospitalisés met en évidence des profils différents selon les groupes d'interventions. Pour les cas de la liste initiale, l'âge moyen reste relativement stable, passant de 52,3 à 52,24 ans de 2015 à 2024, et ne montre pas d'effet particulier lors de l'introduction de la liste fédérale en 2019. Pour les cas de la liste élargie, l'âge moyen augmente de 65,5 à 67,4 ans sur la même période. Il ne montre pas non plus d'effet particulier lors de l'élargissement de la liste fédérale en 2022. Le fait que l'introduction de la liste fédérale et son élargissement n'aient pas d'effet sur l'âge moyen peut sembler contre-intuitif, car on pourrait s'attendre à une augmentation de l'âge moyen des patients restants en stationnaire du fait du transfert des cas les moins complexes vers l'ambulatoire. C'est un signe que le transfert s'effectue pour des patients de tous âges. Pour les cas de soins aigus du périmètre d'analyse[11], l'âge moyen des patients augmente de 58,5 à 60,5 ans entre 2015 et 2024.

5 Transfert de prestations vers le secteur ambulatoire

Le chapitre précédent a quantifié le volume global des cas relevant de la liste fédérale et de ceux transférés vers l'ambulatoire et analysé les caractéristiques des cas restants en stationnaire. Le présent chapitre adopte une perspective complémentaire en examinant, pour chaque groupe d'interventions, les dynamiques temporelles de leur prise en charge.

L'analyse porte successivement sur l'évolution de la prise en charge stationnaire (section 5.1), de la prise en charge ambulatoire (section 5.2), de la prise en charge cumulée – soit l'ensemble des interventions stationnaires et ambulatoires (section 5.3) – ainsi que sur l'évolution de la proportion d'interventions réalisées en ambulatoire (section 5.4).

Conformément à la méthodologie du rapport précédent, l'analyse se concentre sur les onze groupes d'interventions de la liste élargie introduits en 2023. Les groupes d'interventions de la liste fédérale initiale font l'objet d'une présentation synthétique en section 5.5 et à l'annexe 5, couvrant l'évolution des prises en charge stationnaire, ambulatoire et cumulée ainsi que la proportion d'interventions ambulatoires.

5.1 Évolution dans le secteur hospitalier stationnaire

Le monitorage précédent, réalisé une année après l'élargissement de la liste fédérale, a mis en évidence quatre constats:

- La prise en charge stationnaire[12] a diminué pour la quasi-totalité des groupes d'interventions.
- Cette diminution s'inscrit dans une dynamique préexistante de diminution de la prise en charge stationnaire.
- L'élargissement de liste renforce la tendance à la baisse de la prise en charge stationnaire.
- L'ampleur de la diminution reste toutefois plus modérée que lors de l'introduction de la liste initiale, du fait que quatorze cantons avaient déjà adopté une liste cantonale élargie avant 2023.

Avec une année de recul supplémentaire, ces observations demeurent valables. Les paragraphes suivants en détaillent l'évolution.

La prise en charge stationnaire continue de diminuer

Deux ans après l'élargissement de la liste fédérale, la prise en charge stationnaire continue de diminuer. Cette tendance concerne les dix groupes d'interventions qui avaient déjà enregistré une baisse en 2023. En 2024, les diminutions s'échelonnent de -32% pour la lithotripsie par onde de choc extracorporelle (ESWL) à -3% pour l'ablation de matériel d'ostéosynthèse (AMO) (T 5.1). Le onzième groupe, la circoncision, connaît une augmentation de 6% en 2024[13].

L'élargissement de liste a accéléré la diminution de la prise en charge stationnaire pour la majorité des groupes…

Le recul de la prise en charge stationnaire depuis l'élargissement de la liste fédérale s'inscrit dans une dynamique de transfert vers l'ambulatoire amorcée bien avant 2023 (G G 5.1 et T 5.1).

L'élargissement de la liste fédérale a accentué la diminution de la prise en charge stationnaire pour huit des onze groupes d'interventions (T 5.1, pastille verte). Pour ces groupes d'interventions, la baisse annuelle moyenne depuis l'élargissement (TCAM 2022-2024) est plus forte que celle observée entre 2015 et 2022, attestant d'une accélération de la tendance à la baisse. À l'inverse, pour trois groupes d'interventions, la baisse historique reste plus prononcée que celle constatée depuis l'élargissement (T 5.1, pastille rouge).

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

Deux ans après l'élargissement, le recul moyen de la prise en charge stationnaire s'établit à -7% pour l'ensemble des groupes d'interventions, avec une variation allant de -32% à +6% selon les groupes (T 5.1). À titre comparatif, la diminution moyenne s'élevait à -29% pour les groupes d'interventions de la liste initiale, avec une fourchette comprise entre -18% et -36%. Cette différence s'explique, d'une part, par l'introduction anticipée de listes cantonales

[12] La prise en charge stationnaire est mesurée au moyen du taux de recours standardisé de la population (voir chapitre 3).

[13] Cette augmentation doit être relativisée par le faible nombre de cas au niveau national: environ 680 en 2022, 780 en 2023 et 800 en 2024.

élargies dans quatorze cantons et, d'autre part, par le fait que certaines interventions étaient déjà très majoritairement réalisées en ambulatoire avant leur inscription sur la liste fédérale (voir section 5.4).

T 5.1 Variation du taux standardisé d'interventions stationnaires, Suisse, de 2015 à 2024

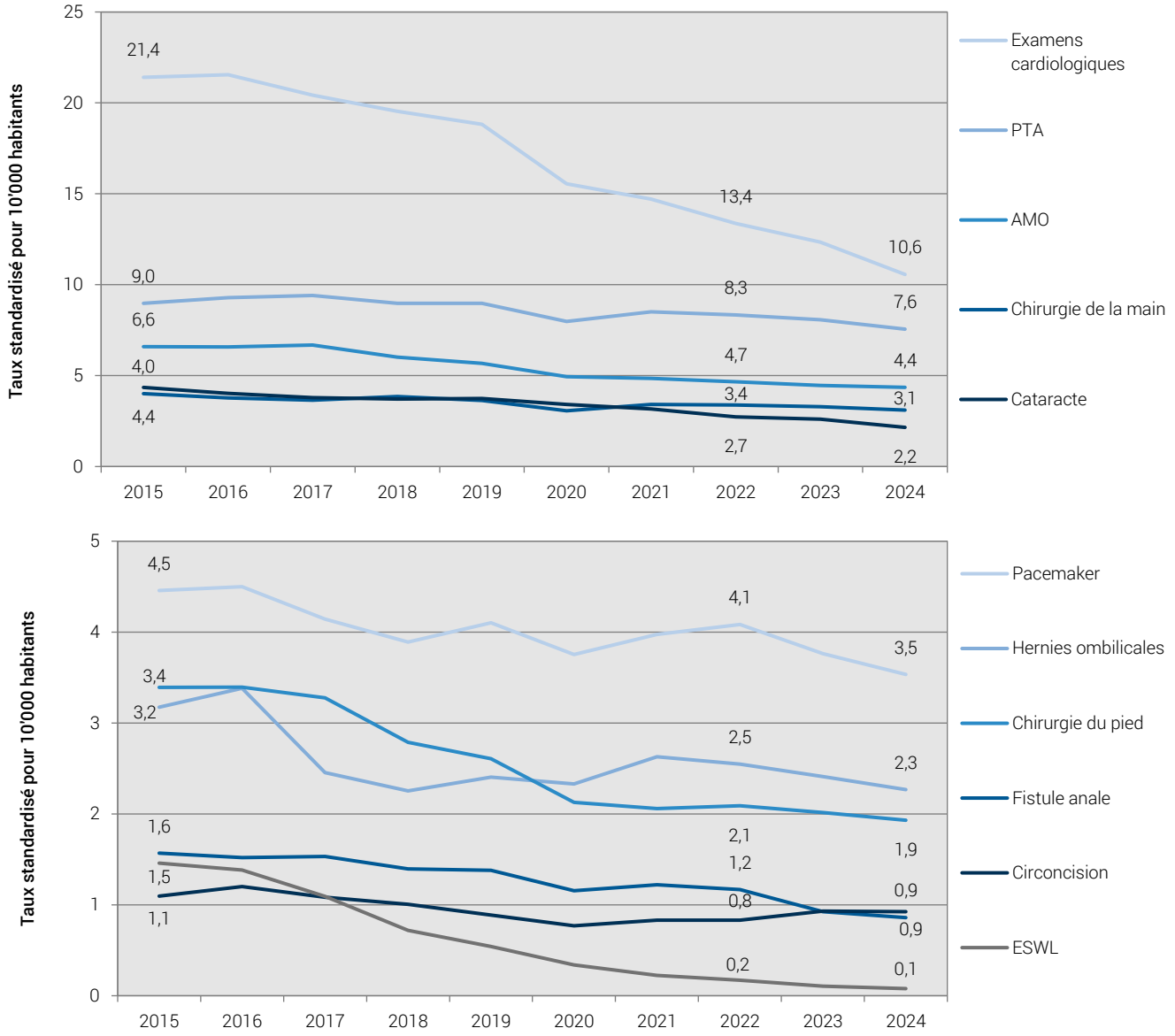
Groupes d'interventions	TCAM 2022—2024	TCAM 2015-2022	
AMO	-3%	-5%	🔴
Cataracte	-11%	-6%	🟢
Chirurgie de la main	-4%	-2%	🟢
Chirurgie du pied	-4%	-7%	🔴
Circoncision	6%	-4%	🔴
ESWL	-32%	-26%	🟢
Examens cardiologiques	-11%	-7%	🟢
Fistule anale	-14%	-4%	🟢
Hernies ombilicales	-6%	-3%	🟢
Pacemaker	-7%	-1%	🟢
PTA	-5%	-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 2022-2024 < TCAM 2015-2022. 🔴 signifie que TCAM 2022-2024 > 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 2026

G 5.1 Taux standardisé d'interventions stationnaires, onze groupes d'interventions introduits en 2023 (liste élargie), Suisse, de 2015 à 2024



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 2026

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

Le précédent rapport avait mené une analyse comparant l'évolution de la prise en charge stationnaire entre les cantons disposant d'une liste élargie avant 2023 et ceux qui n'en avaient pas. Trois constats principaux avaient émergé:

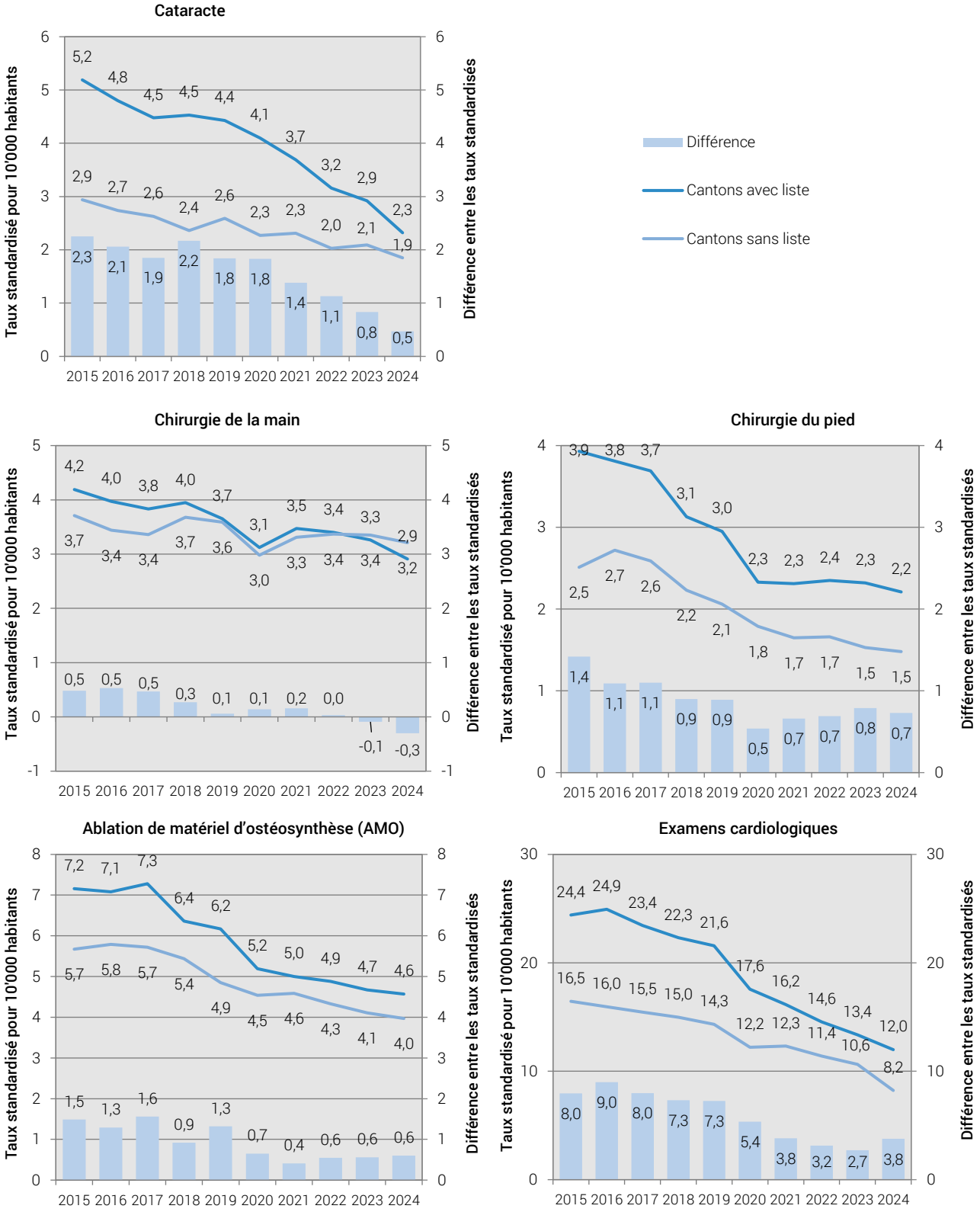
– En 2023, première année suivant l'introduction de la liste fédérale élargie, la baisse de la prise en charge stationnaire n'était pas significativement plus marquée dans les cantons sans liste préalable, suggérant un effet immédiat modéré même pour les cantons théoriquement les plus concernés par cette réglementation.

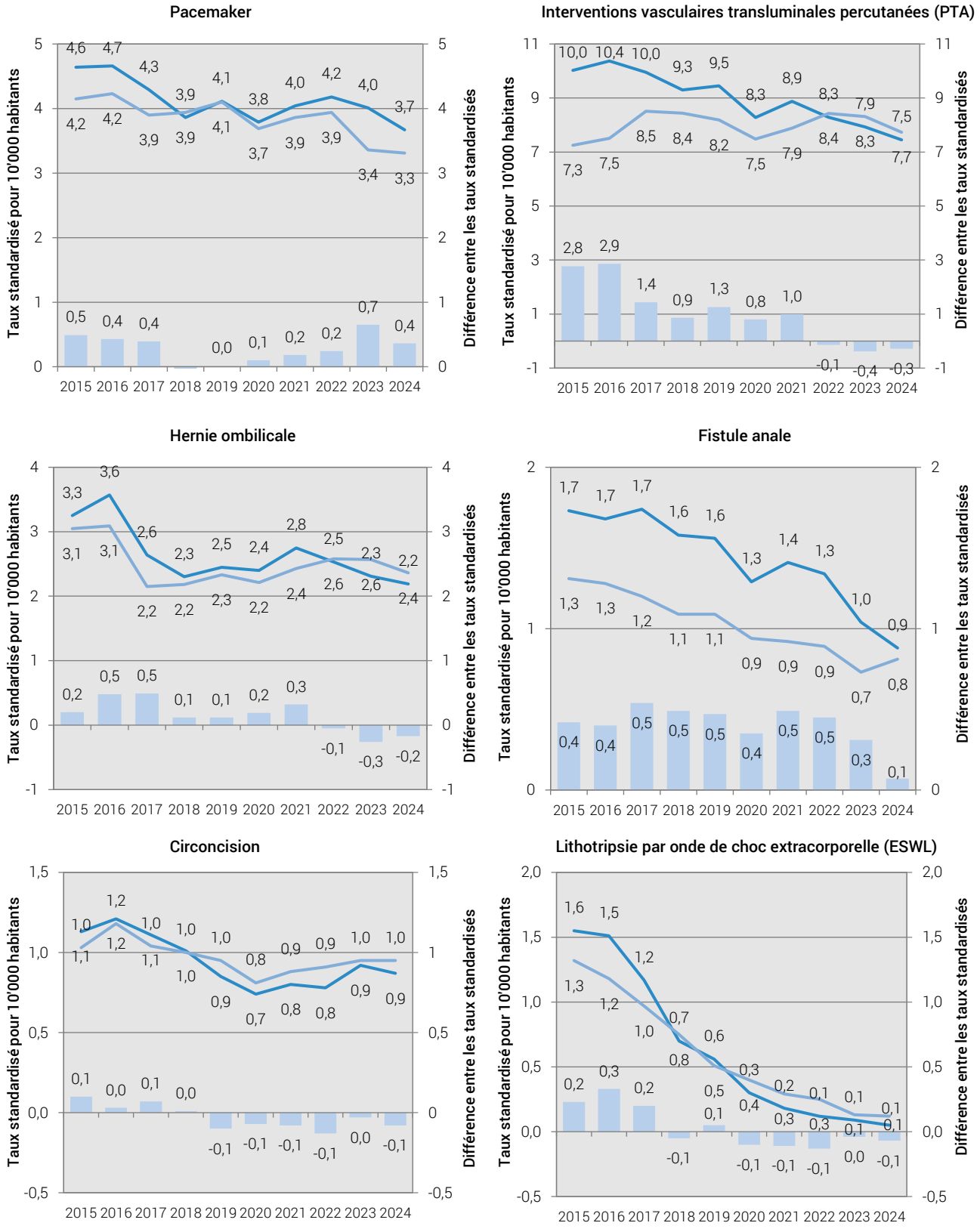
– Sur l'ensemble de la période 2015 à 2023, le niveau de prise en charge stationnaire demeurait globalement inférieur dans les cantons sans liste élargie, indiquant que ces cantons avaient déjà connu un transfert vers l'ambulatoire avant l'introduction de liste fédérale.

– Une convergence progressive des taux de prise en charge stationnaire était observable entre les deux groupes de cantons.

Deux ans après l'élargissement de la liste au niveau fédéral, cette dynamique de convergence se poursuit: les écarts entre cantons avec et sans liste préalable continuent de se réduire, témoignant une harmonisation croissante des pratiques de prise en charge à l'échelle nationale.

G 5.2 Taux standardisé d'interventions stationnaires, canton avec ou sans liste élargie avant 2023, de 2015 à 2024





Source: OFS – MS et STATPOP

© Obsan 2025

5.2 Évolution dans le secteur ambulatoire (hôpitaux et cabinets)

Le monitoring précédent avait établi trois constats principaux concernant l'évolution de la prise en charge ambulatoire:

- L'élargissement de la liste n'a pas renforcé la hausse de la prise en charge ambulatoire pour la majorité des groupes d'interventions.
- Le transfert du stationnaire vers l'ambulatoire s'inscrit dans un contexte de forte croissance de la prise en charge ambulatoire;
- Le transfert du stationnaire vers l'ambulatoire ne constitue pas la source principale de l'augmentation du nombre de cas ambulatoires.

Avec une année de recul supplémentaire, ces observations demeurent valables. Les paragraphes suivants en détaillent l'évolution.

L'élargissement de la liste n'a pas renforcé la hausse de la prise en charge ambulatoire pour la plupart des groupes d'interventions

L'effet de l'élargissement de la liste fédérale sur la prise en charge ambulatoire varie considérablement selon les groupes d'interventions, révélant quatre profils d'évolution distincts :

- Pour deux groupes d'interventions, l'élargissement a effectivement renforcé l'augmentation de la prise en charge ambulatoire (*fistule anale* et *hernies ombilicales* T 5.2, pastille verte). Entre 2022 et 2024, l'augmentation annuelle moyenne de la prise en charge ambulatoire est plus rapide que celle observée entre 2015 et 2022, attestant d'une accélération de la dynamique ambulatoire pour ces groupes d'interventions.
- Le groupe d'interventions *PTA* présente un profil particulier: alors que la prise en charge ambulatoire diminuait entre 2015 et 2022, elle augmente depuis 2023.
- Trois groupes d'interventions affichent une stabilité de leur prise en charge ambulatoire (*chirurgie de la main, circoncision* et *pacemaker*, T 5.2, pastille orange). Pour ces interventions, l'élargissement de la liste n'a ni accéléré ni ralenti l'évolution observée avant 2023.
- Pour les cinq autres groupes, la prise en charge ambulatoire a soit diminué depuis 2023 (*AMO, chirurgie du pied* et *ESWL*), soit augmenté moins fortement qu'auparavant (*examens cardiologiques et cataracte,* T 5.2, pastille rouge).

Le groupe d'interventions *cataracte* présente une évolution singulière. En 2024, la prise en charge ambulatoire a fortement diminué, passant de 138 à 121 cas pour 10'000 habitants, soit une diminution de 12% (G 5.3). Cette baisse inattendue a conduit à une analyse complémentaire visant à identifier un éventuel transfert vers d'autres prestations, notamment les forfaits incluant l'intervention de la cataracte associée à des interventions du glaucome ou à une vitrectomie. Les résultats n'ont toutefois pas confirmé cette hypothèse de substitution. Cette évolution nécessitera un suivi attentif dans les prochaines années pour en comprendre les déterminants.

T 5.2 Variation du taux standardisé d'interventions ambulatoires, Suisse, de 2015 à 2024

Groupes d'interventions	TCAM 2022—2024	TCAM 2015-2022	
AMO	0%	2%	🔴
Cataracte	-5%	3%	🔴
Chirurgie de la main	2%	2%	🟠
Chirurgie du pied	-6%	-1%	🔴
Circoncision	-1%	-1%	🟠
ESWL	-17%	-7%	🔴
Examens cardiologiques	3%	5%	🔴
Fistule anale	11%	8%	🟢
Hernies ombilicales	8%	8%	🟢
Pacemaker	9%	9%	🟠
PTA	2%	-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 2022-2024 > TCAM 2015-2022. 🟠 signifie que TCAM 2022-2024 = TCAM 2015-2022. 🔴 signifie que TCAM 2022-2024 < TCAM 2015-2022. AMO : Ablation de matériel d'ostéosynthèse, ESWL : Lithotripsie par onde de choc extracorporelle ; PTA : interventions vasculaires transluminales percutanées.

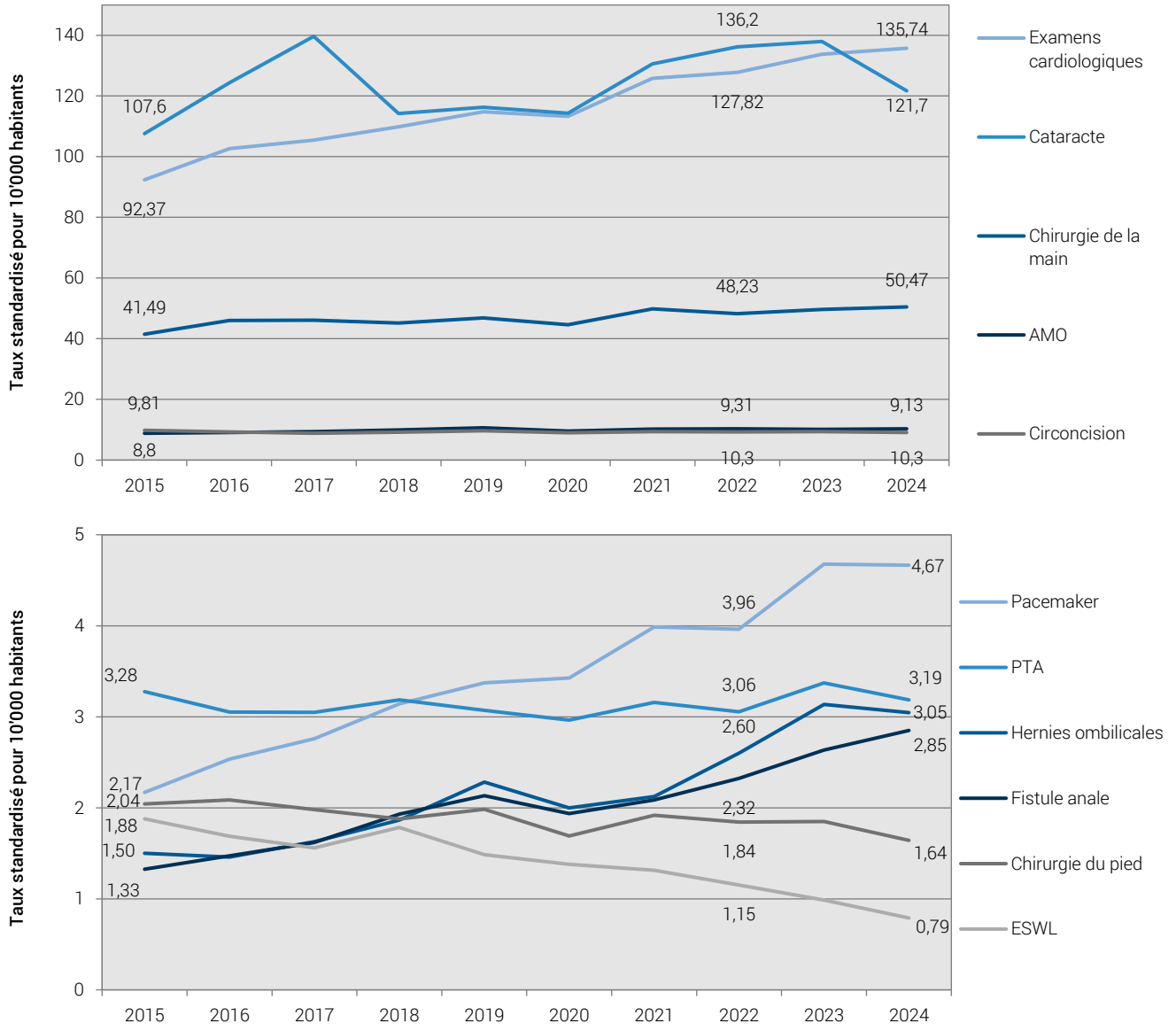
Source: SASIS SA – PT ; OFS – STATPOP © Obsan 2026

Le transfert du stationnaire vers l'ambulatoire: une contribution limitée à la croissance de l'ambulatoire

L'analyse de la contribution du transfert du stationnaire à la croissance globale de l'ambulatoire nécessite une approche prudente, notamment en raison de l'évolution singulière du groupe d'interventions *cataracte*. En excluant ce groupe de l'analyse et en posant l'hypothèse maximaliste que l'ensemble des cas qui ne sont plus réalisés en stationnaire sont transférés vers l'ambulatoire, le transfert d'interventions ne représente que 24% de l'augmentation du nombre de cas ambulatoires depuis 2023. Les 76% restants s'expliquent par d'autres facteurs, comme les progrès techniques constants en médecine, le développement et la professionnalisation des structures ambulatoires, l'évolution des pratiques cliniques vers des approches moins invasives. Ce résultat souligne que la réglementation s'inscrit dans un mouvement plus large de transformation du système de santé. Il ne faut toutefois pas limiter la réglementation « AvS » aux seuls effets directs de transfert d'interventions du stationnaire vers l'ambulatoire. En donnant un signal politique, elle a vraisemblablement aussi contribué à accélérer le développement d'infrastructures ambulatoires et favorisé l'utilisation de nouvelles méthodes d'intervention rendues possible par les progrès médico-techniques. Ces effets indirects, bien que difficiles à quantifier précisément, participent à la dynamique globale de développement de l'ambulatoire.

Si l'on considère le groupe d'interventions de la *cataracte* dans l'analyse, la part du transfert de prestations s'élève à 42% de l'augmentation des cas ambulatoires. Toutefois, compte tenu de la diminution observée de l'ambulatoire pour ce groupe, cette estimation doit être interprétée avec précaution. Elle souligne néanmoins que, même dans ce scénario, la majorité de la croissance ambulatoire demeure attribuable à des dynamiques préexistantes à la réglementation fédérale «l'ambulatoire avant le stationnaire».

G 5.3 Taux standardisé d'interventions ambulatoires, onze groupes d'interventions introduits en 2023 (liste élargie), Suisse, de 2015 à 2024



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 2026

5.3 Évolution cumulée des secteurs stationnaire et ambulatoire (total)

En principe, le transfert du stationnaire vers l'ambulatoire ne devrait pas modifier le nombre total d'interventions réalisées (cumul des interventions stationnaires et ambulatoires), puisque les interventions non effectuées en stationnaire sont théoriquement réalisées en ambulatoire. Dans ce scénario, la prise en charge cumulée devrait demeurer stable ou suivre la tendance observée avant l'élargissement de la liste fédérale. Une variation importante suggérerait que des changements concomitants à l'introduction de la réglementation fédérale – tels que des évolutions dans les pratiques médicales ou les besoins de la population – influencent le volume global d'interventions.

L'évolution de la prise en charge cumulée suit la tendance historique

Avec deux années de recul depuis l'élargissement de la liste fédérale, l'analyse confirme les observations du monitoring précédent: pour dix des onze groupes d'interventions, la prise en charge cumulée varie dans les limites des fluctuations historiques observées entre 2015 et 2022[14] (G 5.4 et T 5.3, pastille verte). Ce résultat suggère que, pour ces groupes d'interventions, le transfert vers l'ambulatoire s'est opéré sans modification substantielle du volume global d'interventions.

Le groupe d'interventions *ESWL* présente une évolution distincte. Les critères statistiques utilisés révèlent un changement significatif dans la dynamique de la prise en charge totale (T 5.3, pastille rouge). Alors que ce groupe connaissait déjà une diminution de 12% entre 2015 et 2022, cette baisse s'est accentuée depuis l'élargissement de la liste, atteignant 19% sur la période de 2022 à 2024. Cette accentuation de la diminution suggère que d'autres facteurs sont à l'œuvre. Plusieurs hypothèses peuvent être avancées: une évolution des indications thérapeutiques vers d'autres alternatives de traitement, des progrès techniques rendant certaines interventions obsolètes, ou encore des changements dans les recommandations cliniques.

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

T 5.3 Variation du taux total standardisé d'interventions, Suisse, de 2015 à 2024

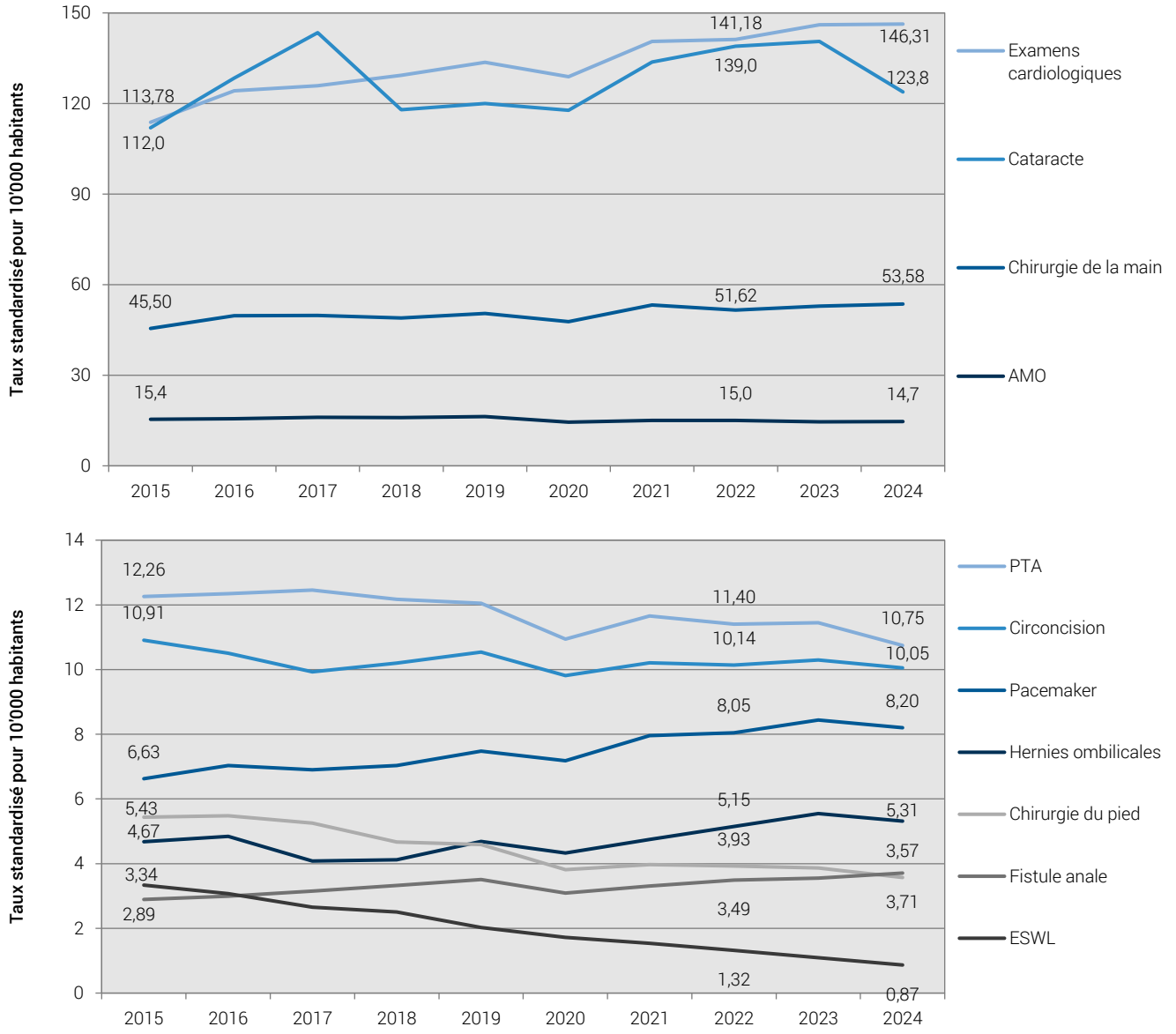
Groupes d'interventions	TCAM 2022—2024	TCAM 2015-2022	
AMO	-1%	0%	●
Cataracte	-6%	3%	●
Chirurgie de la main	2%	2%	●
Chirurgie du pied	-5%	-5%	●
Circoncision	0%	-1%	●
ESWL	-19%	-12%	●
Examens cardiologiques	2%	3%	●
Fistule anale	3%	3%	●
Hernies ombilicales	2%	1%	●
Pacemaker	1%	3%	●
PTA	-3%	-1%	●

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 2022-2024 se situe dans l'intervalle de la variation moyenne annuelle 2015-2022 +/- un écart-type des variations annuelles 2015-2022. ● 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 2026

[14] Le TCAM de 2022 à 2024 se situe dans l'intervalle défini par le TCAM de 2015 à 2022, à plus ou moins un écart-type des variations annuelles de cette période.

G 5.4 Taux total standardisé d'interventions, onze groupes d'interventions introduits en 2023 (liste élargie), Suisse, de 2015 à 2024



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 2026

5.4 Évolution de la proportion d'interventions en ambulatoire

Par définition, la diminution de la prise en charge stationnaire couplée à l'augmentation de la prise en charge ambulatoire se traduit par une hausse de la proportion d'interventions réalisées en ambulatoire. Cette proportion constitue un indicateur synthétique du niveau de développement de l'ambulatoire de chaque groupe d'interventions. Son interprétation doit être relativisée, le potentiel actuel de développement de l'ambulatoire variant entre chaque groupe d'interventions et ne se situant pas nécessairement à 100%.

Depuis 2015, la proportion d'interventions ambulatoires augmente pour l'ensemble des onze groupes analysés (G 5.5). L'ampleur de cette évolution varie toutefois considérablement selon les groupes. Quatre d'entre eux –*hernies ombilicales*, *ESWL*, *pacemaker* et *fistule anale* – affichent des hausses particulièrement marquées, avec une augmentation de 60% ou plus de leur proportion ambulatoire entre 2015 et 2024.

Pour les groupes *fistule anale*, *hernie ombilicale* et *pacemaker*, l'élargissement de la liste fédérale semble avoir renforcé la dynamique déjà amorcée (G 5.5).

Les niveaux de la proportion ambulatoire en 2024 montrent de grandes différences entre les groupes d'interventions (G 5.5) :

– Une proportion supérieure à 90%: *cataracte*, *chirurgie de la main, examens cardiologiques*, *circoncision* et *ESWL*. Pour ces groupes d'interventions, la marge de progression vers l'ambulatoire est désormais limitée.
– 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.*

5.5 Groupes d'interventions de la liste initiale

Cette section présente de manière synthétique l'évolution de la prise en charge stationnaire, ambulatoire et cumulée (stationnaire et ambulatoire) pour les six groupes d'interventions de la liste initiale. Comme l'avait établi le rapport de 2024 (Roth & Pellegrini, 2024), l'introduction de cette première liste a déployé les effets escomptés en termes de transfert vers l'ambulatoire.

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

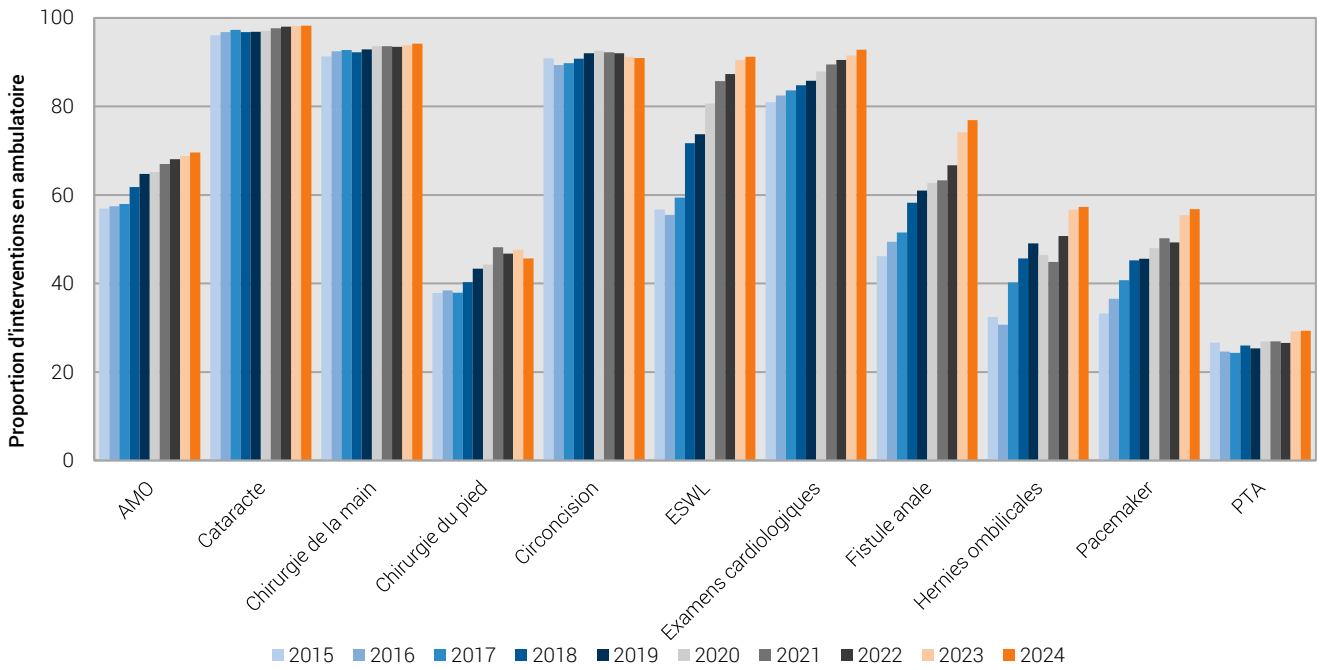
Depuis l'introduction de la liste fédérale, la prise en charge stationnaire a fortement diminué pour les six groupes d'interventions (annexe 5). L'ampleur de cette diminution varie selon les groupes: elle est de 31% pour les groupes d'interventions *utérus*, et s'élève à près de 60% pour quatre groupes –*hémorroïdes*, *hernie inguinale*, *col utérin* et *varices*.

Corollaire de cette forte diminution de la prise en charge stationnaire, la prise en charge ambulatoire a connu une croissance significative, comprise entre 18% pour le groupe d'interventions *hémorroïdes* et 91% pour le groupe d'interventions *hernie inguinale* (annexe 5). Le groupe des interventions *col utérin* constitue une exception notable : sa prise en charge ambulatoire a diminué de 7% depuis l'introduction de la liste fédérale.

Le potentiel initial de transfert est vraisemblablement en grande partie exploité

L'essentiel de la baisse de la prise en charge stationnaire s'est concentré durant les deux premières années suivant l'introduction de la liste fédérale. À partir de 2020, la prise en charge stationnaire reste relativement stable. Les fluctuations observées depuis lors demeurent de faible amplitude, alternant légères diminutions et hausses modérées, sans modifier significativement les niveaux atteints.

G 5.5 Proportion d'interventions ambulatoires, onze groupes d'interventions introduits en 2023 (liste élargie), Suisse, de 2015 à 2024



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 2026

6 Justification d'une prise en charge stationnaire

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 définis[15]. 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».

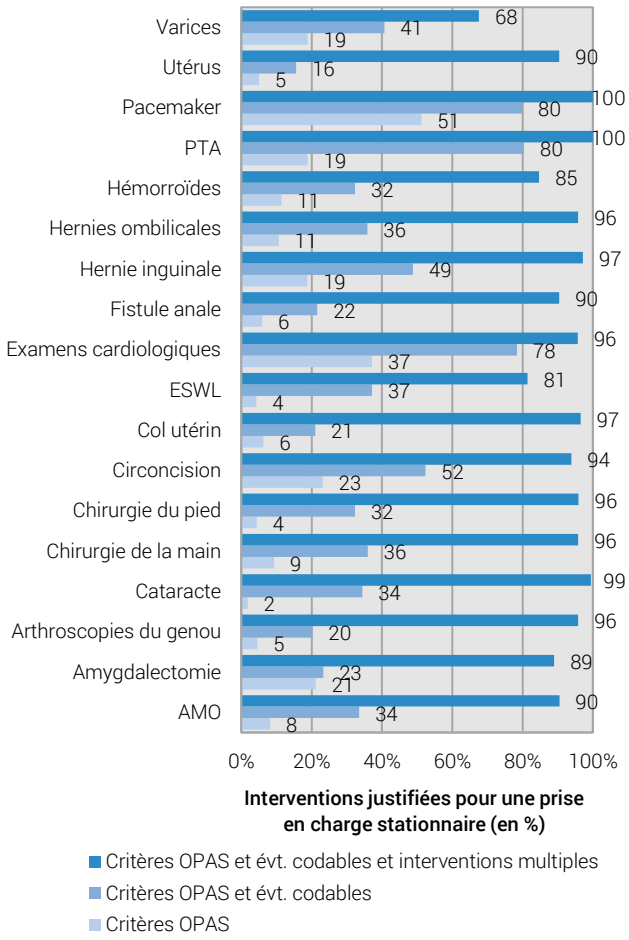
Les critères de ce dernier groupe ne peuvent pas être analysés, car ils ne sont pas répertoriés dans les données à notre disposition.

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 éventuellement justifiées pour une prise en charge stationnaire.

En 2024, la proportion d'interventions stationnaires justifiées par un des «critères OPAS codables» se situe entre 2% (*cataracte)* et 51% (*pacemaker ;* G 6.1). 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 68% (*varices*) et 100% (*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).

G 6.1 Proportion d'interventions justifiées pour une prise en charge stationnaire, Suisse, 2024



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

Source: OFS – MS © Obsan 2026

[15] D'après la classification CIM-10-GM, version 2022.

7 Conséquences sur les coûts

Ce chapitre s'intéresse à l'effet de la modification de l'OPAS sur les coûts ambulatoires, stationnaires et totaux ainsi qu'à leur répartition entre les deux agents financeurs, AOS et cantons. Les résultats sont présentés pour l'ensemble des groupes d'interventions (section 7.1), pour les nouveaux groupes d'interventions (section 7.2) et pour les groupes d'interventions de la liste initiale (section 7.3).

7.1 Ensemble des groupes d'interventions

En l'absence d'un point de départ unique – la liste initiale ayant été introduite en 2019 et son élargissement en 2023 – l'analyse se concentre sur l'évolution depuis 2018[16], dernière année précédant toute réglementation fédérale en la matière.

Une croissance modérée des coûts totaux

Entre 2018 et 2023, les coûts totaux – soit la somme des coûts ambulatoires et stationnaires – ont augmenté de 52 millions de francs, passant de 1383 à 1435 millions de francs (G 7.1). Cette hausse correspond à une croissance annuelle moyenne de 0,6%.

Un transfert de coûts du stationnaire vers l'ambulatoire

Le graphique G 7.1 décompose l'évolution des coûts selon deux perspectives: le mode de prise en charge (stationnaire versus ambulatoire) et l'agent financeur (cantons versus assurance obligatoire des soins).

Sous l'angle de la prise en charge, les coûts stationnaires ont diminué de 150 millions de francs (-3,6% en moyenne annuelle). Parallèlement, les coûts ambulatoires ont augmenté de 202 millions de francs (4,8% en moyenne annuelle). L'augmentation plus marquée des coûts ambulatoire par rapport à la diminution des coûts stationnaire s'explique principalement par l'augmentation du volume global d'interventions ambulatoires, qui dépasse le simple transfert des cas stationnaires, comme analysé dans les chapitres précédents.

Une diminution des coûts à charge des cantons

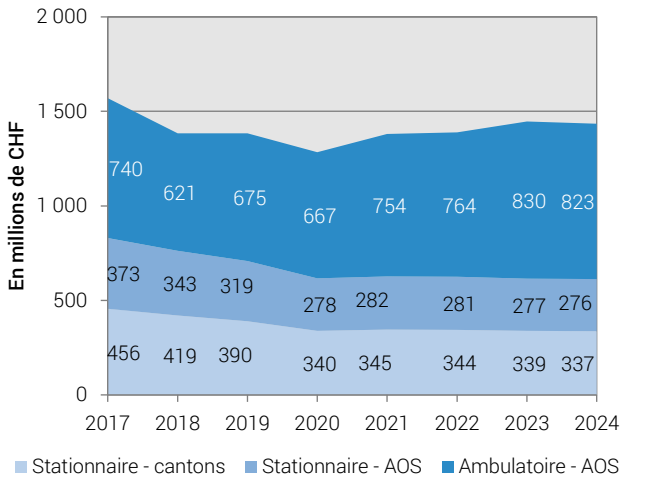
Sous l'angle du financement, l'évolution montre un déplacement de la charge financière entre agents financeurs. Les coûts à charge des cantons diminuent de 82 millions de francs, passant de 419 à 337 millions de francs (-3,6% en moyenne annuelle). Inversement, les coûts à charge de l'AOS augmentent de 134 millions de francs, passant de 964 à 1098 millions de francs (+2,2% en moyenne annuelle).

La réduction de la charge cantonale découle du mécanisme de financement: les prestations ambulatoires n'étant financées que par l'AOS et les prestations stationnaires étant cofinancées par les cantons (à hauteur d'au moins 55%) et l'AOS, la diminution du nombre de cas stationnaires se traduit automatiquement par une baisse des coûts à charge des cantons.

En revanche, l'évolution des coûts à charge de l'AOS résulte de l'interaction de plusieurs facteurs. D'une part, le transfert de cas du stationnaire vers l'ambulatoire peut réduire les coûts AOS si le coût unitaire en ambulatoire est au moins 45% plus faible que le coût unitaire stationnaire, l'AOS assumant environ 45% du coût stationnaire et 100% des coûts ambulatoire. Pour ces groupes d'interventions, c'est le cas. Les coûts unitaires sont entre 2 à 7 fois moins élevés en ambulatoire qu'en stationnaire en 2024. D'autre part, l'augmentation du volume global d'interventions ambulatoires observée à la section 5.2 – qui dépasse le simple transfert des cas stationnaires – génère des coûts supplémentaires intégralement supportés par l'AOS.

[16] Le 1er janvier 2018, une nouvelle version du TARMED (TARMDE 1.09) est entrée en vigueur. Cette révision a certainement contribué à la baisse des coûts ambulatoires entre 2017 et 2018 (G 7.1).

G 7.1 Répartition des coûts par financeur, ensemble des groupes d'interventions, Suisse, de 2017 à 2024



Source: OFS – MS et PSA ; SASIS SA – PT © Obsan 2026

7.2 Nouveaux groupes d'interventions

Pour les onze nouveaux groupes d'interventions, nous analysons l'évolution des coûts depuis leur ajout sur la liste de fédérale[17]. Depuis 2022, les coûts totaux ont augmenté de 16 millions de francs, passant de 1085 à 1101 millions de francs (+0,7% en moyenne annuelle; G 7.2).

Une baisse des coûts stationnaires portée par l'effet quantité

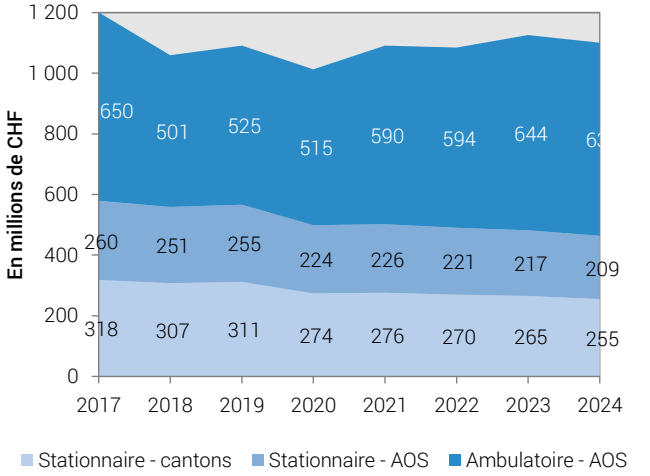
Sous l'angle de la prise en charge, les coûts stationnaires ont diminué de 27 millions de francs (-2,8% en moyenne annuelle), tandis que les coûts ambulatoires ont augmenté de 43 millions de francs (+3,5%). La diminution du nombre de cas ambulatoires de la cataracte a modéré l'augmentation des coûts ambulatoires.

La diminution des coûts stationnaires résulte exclusivement d'un effet quantité: la diminution de la prise en charge stationnaire observée à la section 5.1 fait plus que compenser l'augmentation du coût moyen unitaire constatée pour chacun des onze groupes d'interventions[18] (voir également G 4.3). Cette hausse des coûts unitaires stationnaires reflète, comme mentionné à la section 4.2.2, l'augmentation de la sévérité moyenne des cas traités en stationnaire suite au transfert des cas les moins complexes vers l'ambulatoire.

L'augmentation des coûts ambulatoires de 43 millions de francs s'explique davantage par une augmentation du coût moyen (effet prix 57%) que par l'augmentation du nombre d'interventions ambulatoires (effet quantité 41%). Le précédent rapport (Roth et Pellegrini, 2024) avait conclu que l'effet quantité était plus grand que l'effet prix. La distinction de l'effet de quantité et de l'effet prix est fortement influencée par deux groupes d'interventions: *examens cardiologiques* et *cataracte* qui représentent plus de 75% des coûts ambulatoires de l'ensemble des onze nouveaux groupes d'interventions. Or depuis 2022, ces deux groupes connaissent des trajectoires contrastées. Pour les *examens cardiologiques*, le coût moyen augmente de 9,8% et le nombre d'interventions de 11,0%. Pour la cataracte, le coût moyen et le nombre d'interventions diminuent de respectivement 1,9% et 7,1%. La diminution du nombre d'interventions de la cataracte modère donc fortement l'effet quantité (voir section 5.1 pour plus de détail sur la diminution du nombre d'interventions de la cataracte).

Sous l'angle du financement, l'évolution reflète la logique décrite précédemment (section 7.1). Les coûts à charge des cantons diminuent de 15 millions de francs, passant de 270 à 255 millions de francs entre 2022 et 2024 (-2,8% en moyenne annuelle). Les coûts à charge de l'AOS augmentent de 31 millions de francs, passant de 815 millions francs à 846 millions (+1,9% en moyenne annuelle).

G 7.2 Répartition des coûts par financeur, nouveaux groupes d'interventions, Suisse, de 2017 à 2024



Source: OFS – MS et PSA ; SASIS SA – PT © Obsan 2026

7.3 Groupes d'interventions de liste initiale

Pour les six groupes d'interventions de la liste initiale, l'analyse couvre la période depuis leur introduction en 2019, offrant ainsi un recul de six années permettant d'identifier les dynamiques de long terme.

[17] Lors de l'élargissement de la liste fédérale, quatorze cantons avaient déjà introduit des listes élargies. De ce fait, une grande partie du transfert d'interventions avaient déjà été exploité en 2023.

[18] Les costweights nets ont augmenté entre 2% (*PTA*) et 33% (*ESWL*). L'autre composante du coût moyen, le taux de base (baserate) augmente plus modérément (0,2%).

Une évolution des coûts totaux en deux phases

Depuis l'introduction de la liste fédérale, les coûts totaux ont augmenté de 11 millions de francs, passant de 324 à 335 millions de francs (+0,6% en moyenne annuelle, G 7.3). Cette évolution globale masque toutefois une trajectoire en deux phases distinctes, déjà identifiée dans les rapports précédents.

Dans une première phase, jusqu'en 2020, les coûts totaux ont diminué sous l'effet du transfert d'interventions vers l'ambulatoire. Dans la seconde phase, à partir de 2020, les coûts totaux ont progressivement augmenté pour atteindre en 2024 un niveau supérieur à celui de 2019. Cette inversion de tendance est essentiellement portée par l'évolution des coûts stationnaires, tandis que les coûts ambulatoires ont connu une croissance continue tout au long de la période. Les paragraphes suivants décrivent en détail cette trajectoire en U des coûts stationnaires.

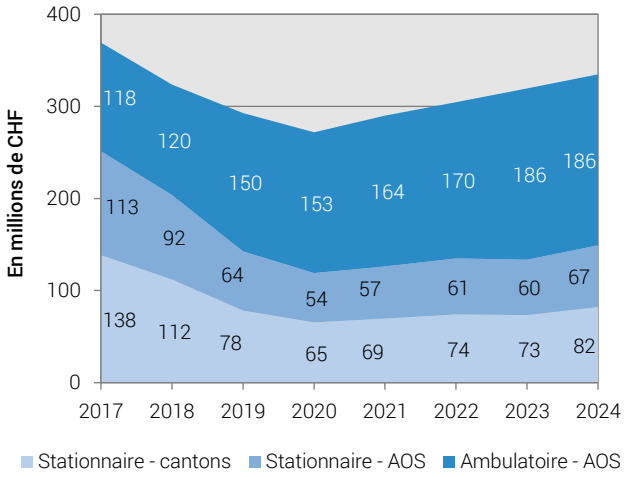
Cette trajectoire en U des coûts stationnaires n'est pas surprenante et s'inscrit dans la logique attendue de la modification de l'OPAS. Concrètement, les coûts stationnaires ont diminué de 204 millions de francs à 119 millions entre 2018 et 2020. Après cette forte diminution, les coûts stationnaires ont progressivement augmenté pour s'établir à 149 millions de francs en 2024. Ils restent toujours en deçà des coûts observés avant l'introduction de la liste fédérale (204 millions de francs en 2018).

Durant la première phase, la diminution des coûts stationnaires résulte d'un effet quantité: la réduction importante du nombre d'interventions stationnaires (section 5.5) surpasse l'augmentation du coût moyen unitaire (effet prix). Les onze nouveaux groupes d'interventions de la liste élargie se trouvent actuellement dans cette première phase (section 8.2), confirmant le caractère générique de ce schéma évolutif.

Dans la seconde phase, à partir de 2020, l'effet prix surpasse l'effet quantité, entraînant une augmentation des coûts stationnaires. Le nombre d'interventions stationnaires s'étant stabilisé depuis 2020 (annexe 5), l'effet quantité est très faible. Concernant l'effet prix, l'évolution du case mix a déjà été décrit dans les précédents chapitres: les cas restant en stationnaire sont les cas les plus compliqués, les plus «lourds» (voir G 4.3). Cette concentration des cas «lourds» se traduit donc par une augmentation du coût moyen unitaire. En outre, l'effet prix est amplifié par l'augmentation du baserate (taux de base) à partir de 2021. Cette hausse majore mécaniquement les coûts stationnaires, indépendamment de l'évolution de la complexité des cas.

Ainsi durant cette seconde phase, alors que le nombre d'interventions stationnaires demeure relativement stable, les coûts totaux augmentent en raison de la combinaison d'un case mix plus élevé (voir G 4.3) et d'une revalorisation tarifaire. Cette dynamique illustre un phénomène paradoxal mais cohérent : le transfert vers l'ambulatoire conduit, à terme, à une augmentation des coûts stationnaires résiduels en concentrant les ressources sur une population de patients plus complexes nécessitant des prises en charge plus coûteuses.

G 7.3 Répartition des coûts par financeur, groupes d'interventions de la liste fédérale initiale, Suisse, de 2017 à 2024



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

© Obsan 2026

8 Synthèse et perspectives

Synthèse

Six ans après son introduction et deux ans après son élargissement, la réglementation «l'ambulatoire avant le stationnaire» (AvS) a effectivement accéléré le transfert vers l'ambulatoire et réduit les coûts stationnaires. Toutefois, elle s'inscrit dans une dynamique plus large de développement de l'ambulatoire qui a entraîné une augmentation des dépenses globales. Cette synthèse présente les principaux résultats du monitorage pour la liste élargie et la liste initiale.

La liste fédérale représente une part modeste des cas de soins aigus

En 2024, près de 50'500 cas relevant de la liste fédérale sont encore réalisés en stationnaire, soit 4% de l'ensemble des cas de soins aigus. Ce volume se répartit entre 17 500 cas relevant de la liste initiale et 33 000 relevant de la liste élargie. Ce volume a nettement diminué depuis 2018, année précédant l'introduction de la liste fédérale, où 74'000 cas concernées par la liste fédérale étaient effectués en stationnaire, représentant alors 6% des cas de soins aigus. Cette baisse témoigne du transfert vers l'ambulatoire induit par la réglementation AvS.

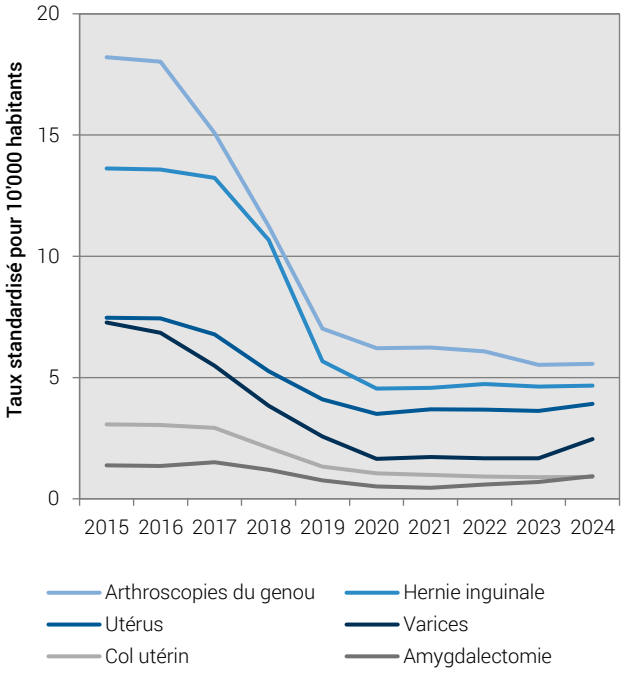
Un tiers des cas stationnaires ont été transférés

En posant l'hypothèse que les interventions qui ne sont plus réalisées en stationnaire sont transférées en ambulatoire, près de 23'400 interventions ont été transférées depuis 2019. Cela représente environ un tiers des interventions stationnaires relevant de la liste fédérale en 2018, année précédant l'introduction de la liste fédérale.

La réglementation accélère une tendance préexistante

L'introduction de liste fédérale et son élargissement ont accéléré le transfert d'interventions vers l'ambulatoire en renforçant la tendance à la baisse de la prise en charge stationnaire (G 8.1 et G 8.2). Concernant les groupes d'interventions de la liste initiale, la prise en charge stationnaire a fortement diminué depuis 2019: en moyenne annuelle entre -4% (*amygdalectomie*) et -14% (*hémorroïdes*). L'essentiel de la baisse de la prise en charge stationnaire est obtenu la première, voire la deuxième année après l'introduction sur 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.

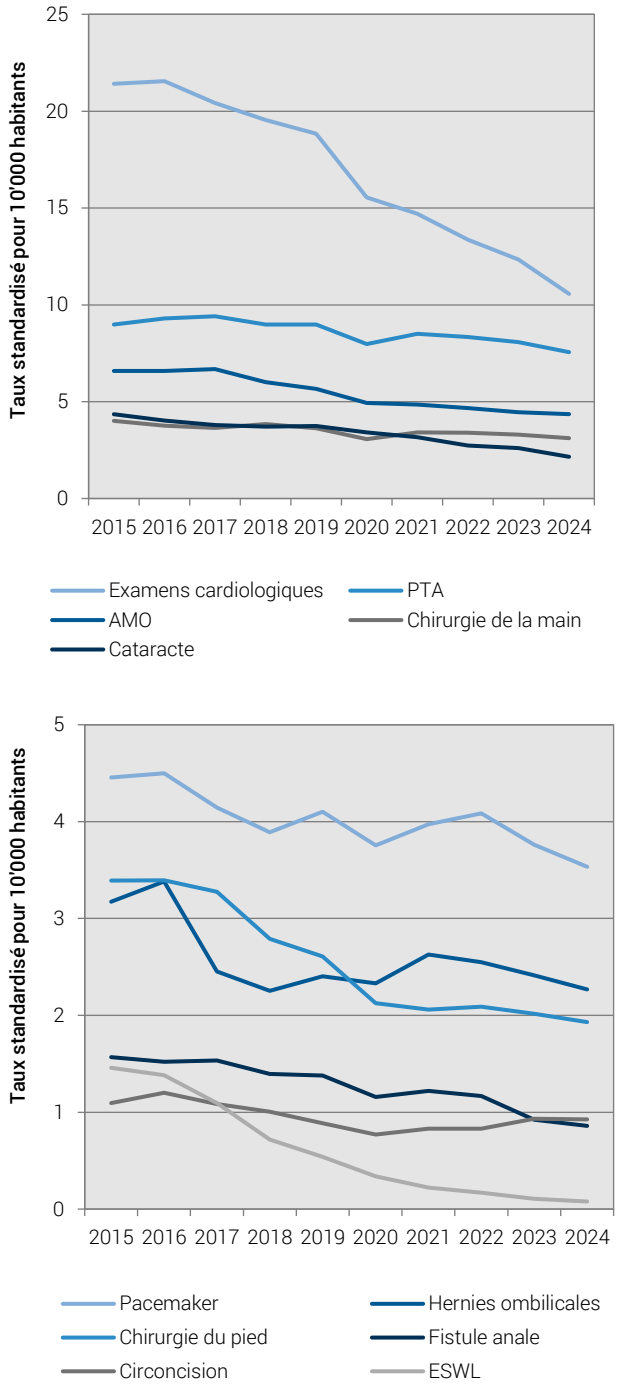
G 8.1 Taux standardisé d'interventions stationnaires, liste initiale, Suisse, de 2015 à 2024



Source: OFS – MS © Obsan 2026

Concernant la liste élargie, pour huit des onze nouveaux groupes d'interventions, la diminution de la prise en charge stationnaire est plus marquée depuis 2023 que sur la période précédente (2015-2022). En moyenne annuelle, elle est comprise entre -3% et -32% selon le groupe d'interventions. Pour deux groupes (*AMO* et *chirurgie du pied*), la diminution est moins marquée depuis 2023 que sur la période précédente. Pour le dernier groupe (*circoncision*), la prise en charge stationnaire augmente depuis 2022.

G 8.2 Taux standardisé d'interventions stationnaires, liste élargie, Suisse, de 2015 à 2024



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 2026

Un transfert moins prononcé qu'en 2019

Le transfert vers l'ambulatoire est moins prononcé lors de l'élargissement de la liste fédérale en 2023 que lors de l'introduction de la liste initiale en 2019. Depuis 2023, pour l'ensemble des onze groupes d'interventions, la prise en charge stationnaire a diminué de -7% en moyenne annuelle, tandis que la prise en charge ambulatoire a augmenté de 2,6%. En comparaison, pour les groupes d'interventions de la liste initiale (2019), ces valeurs étaient respectivement de -29% et +9% deux ans après l'introduction de la liste fédérale.

Le transfert vers l'ambulatoire est atténué pour deux raisons : premièrement, le transfert de prestations était déjà bien avancé avant l'élargissement de la liste fédérale pour cinq groupes d'interventions (*cataracte*, *examens cardiologiques*, *chirurgie de la main*, *circoncision* et *ESWL*), avec plus de 90% d'interventions ambulatoires; deuxièmement, 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 d'interventions dans les listes cantonales a fortement réduit la prise en charge stationnaire avant l'élargissement fédéral.

La complexité des cas restant en stationnaire augmente

La réglementation AvS s'accompagne d'une augmentation de la complexité clinique des cas restant en stationnaire, mesurée par plusieurs indicateurs: hausse de l'indice de case mix, augmentation du nombre de traitements par cas et allongement de la durée de séjour. Ces évolutions sont particulièrement marquées en 2019 pour les interventions relevant de la liste initiale. Elles le sont moins pour les interventions de la liste élargie. Ces changements reflètent le transfert des cas les moins complexes vers l'ambulatoire, tandis que les cas restant en stationnaire sont en moyenne plus lourds et nécessitent des prises en charge plus intensives. Cette augmentation de la complexité contribue à expliquer certaines évolutions observées en matière de coûts et souligne que l'impact de la réglementation dépasse le seul transfert de volumes.

Des difficultés à mesurer précisément la proportion d'interventions stationnaires justifiées au sens de l'OPAS

La proportion d'interventions stationnaires justifiées varie sensiblement selon le type de critères pris en compte et selon leur observabilité dans les données. Une partie des critères définis par l'OPAS, notamment les critères sociaux, ne peut pas être identifiée dans les données disponibles. Cette limitation implique que la proportion réelle d'interventions justifiées ne peut être évaluée de manière précise. Par ailleurs, certaines situations cliniques susceptibles de justifier une prise en charge stationnaire comme la réalisation d'interventions multiples ne figurent pas explicitement dans l'OPAS, mais peuvent être identifiées dans les données. Les

résultats doivent dès lors être interprétés avec prudence, la proportion mesurée d'interventions justifiées dépendant fortement des critères retenus et de leur observabilité dans les données.

En considérant les critères de l'OPAS observables dans les données ainsi qu'un critère d'intervention multiple, la proportion d'interventions justifiés varie en 68% et 100% selon le groupe d'interventions. En revanche, en ne considérant que les critères de l'OPAS qui sont explicitement définis, la proportion d'interventions justifiées se situe entre 2% et 51%

Le transfert d'interventions n'est pas le facteur principal du développement de l'ambulatoire

Bien que la prise en charge ambulatoire ait fortement augmenté depuis l'introduction de la liste fédérale, cette augmentation n'est pas la conséquence unique du transfert d'interventions. . Le transfert d'interventions du stationnaire vers l'ambulatoire compte pour un quart de l'augmentation des cas ambulatoires depuis 2019. Cette proportion varie entre les groupes d'interventions. Elle est, par exemple, de 5% pour le groupe d'interventions *chirurgie de la main*, alors qu'elle se situe à 86% pour le groupe d'interventions *hernie inguinale*. Pour certains groupes comme *arthroscopie du genou* ou *PTA*, cette part est même de 100%, signifiant que la diminution du nombre de cas stationnaires est au moins autant élevée que l'augmentation du nombre de cas ambulatoires. D'autres facteurs comme les progrès techniques constants en médecine, le développement et la professionnalisation des structures ambulatoires, l'évolution des pratiques cliniques vers des approches moins invasives sont à l'origine de l'augmentation de la prise en charge ambulatoire. Ce résultat souligne que la réglementation s'inscrit dans un mouvement plus large de transformation du système de santé. Il ne faut toutefois pas limiter la réglementation « AvS » aux seuls effets directs de transfert d'interventions du stationnaire vers l'ambulatoire. En donnant un signal politique, elle a vraisemblablement aussi contribué à accélérer le développement d'infrastructures ambulatoires et favorisé l'utilisation de nouvelles méthodes d'intervention rendues possible par les progrès médico-techniques. Ces effets indirects, bien que difficiles à quantifier précisément, participent à la dynamique globale de développement de l'ambulatoire.

L'augmentation de la prise en charge ambulatoire[19] depuis l'introduction de la liste fédérale ou depuis son élargissement est également variable entre les groupes d'interventions. Depuis 2019, la prise en charge ambulatoire des groupes d'intervention de la liste initiale a augmenté, en moyenne annuelle, de 9%. Par groupe d'interventions l'augmentation se situe entre 3% (*hémorroïdes*) et 11% (*hernie inguinale*). Seule la prise en charge ambulatoire du groupe d'interventions *col utérin* a diminué depuis l'introduction de la liste fédérale (-2%). Pour les groupes d'interventions de la liste élargie, l'augmentation de la prise en charge ambulatoire est de 2,6% en moyenne annuelle depuis 2023. Par groupe d'interventions la variation se situe entre -17% (*ESWL*) et 11% (*fistule anale*). Relevons le cas particulier du groupe d'interventions cataracte dont la prise en charge a fortement diminué en 2024 (-12%) après plusieurs années d'augmentation.

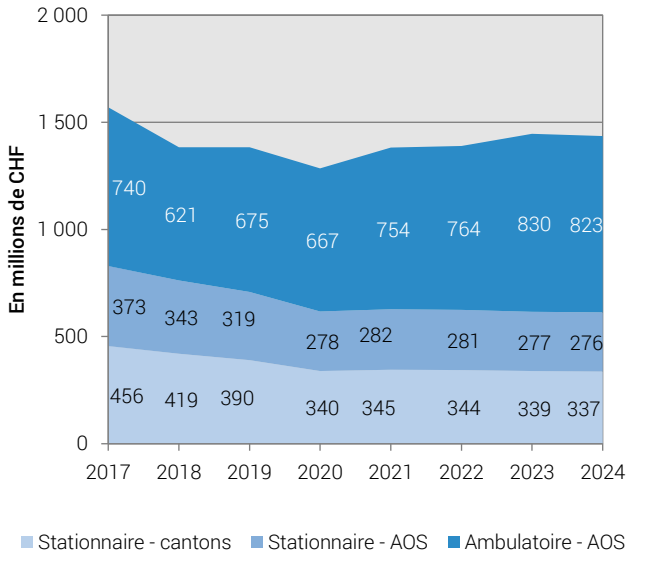
Le transfert vers l'ambulatoire modère la croissance des coûts

Le transfert du stationnaire vers l'ambulatoire contribue à modérer l'augmentation des coûts totaux, dans la mesure où une intervention ambulatoire coûte en moyenne entre deux et huit fois moins cher qu'une intervention stationnaire (varie selon le groupe d'interventions). Malgré cet effet modérateur, les coûts totaux des 18 groupes d'interventions ont augmenté depuis l'introduction de la liste fédérale, passant de 1383 à 1435 millions de francs entre 2019 et 2024 (+52 millions, +0,7% en moyenne annuelle, G 8.3).

Cette évolution masque toutefois des dynamiques opposées entre les secteurs: les coûts stationnaires ont diminué de manière marquée, de 762 à 613 millions de francs (-150 millions, -3,6% en moyenne annuelle), tandis que les coûts ambulatoires ont augmenté de 621 à 822 millions de francs (+202 millions, +4,8% en moyenne annuelle). L'augmentation des coûts ambulatoire est principalement imputable à la hausse des volumes d'interventions. Le transfert d'interventions ne jouant qu'un rôle limité dans l'augmentation des volumes ambulatoires (environ un quart), il n'est pas responsable de la majeure partie de l'augmentation des coûts ambulatoires. Sous l'angle du financement, les coûts à charge des cantons diminuent, passant 419 à 337 millions de francs (-82 millions, -3,6% en moyenne annuelle). En revanche, l'effet sur l'AOS est plus contrasté: si les coûts stationnaires diminuent, l'AOS assume l'intégralité des coûts ambulatoires, ce qui conduit globalement à une augmentation des dépenses à sa charge de l'ordre de 134 millions, passant de 964 à 1098 millions de francs (+2,2% en moyenne annuelle).

[19] La prise en charge ambulatoire est mesurée au moyen du taux de recours standardisé de la population (voir chapitre 3).

G 8.3 Répartition des coûts par financeur, ensemble des groupes d'interventions, Suisse, de 2017 à 2024



Source: OFS – MS et PSA ; SASIS SA – PT © Obsan 2026

Concernant spécifiquement les groupes d'interventions de la liste initiale, les coûts totaux des groupes d'interventions de la liste initiale ont augmenté de 324 à 335 millions de francs (+11 millions, +0,6% en moyenne annuelle) depuis 2019. Les coûts stationnaires ont diminué de 204 à 149 millions de francs (-55 millions, -5,1% en moyenne annuelle), tandis que les coûts ambulatoires ont augmenté de 120 à 186 millions de francs (+66 millions, +7,6% en moyenne annuelle). 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.

Sous l'angle du financement, les coûts à charge des cantons diminuent de 112 à 82 millions de francs (-30 millions de francs, -5,1% en moyenne annuelle). Les coûts à charge de l'AOS augmentent de 212 à 253 millions de francs (+41 millions de francs, +3,0% en moyenne annuelle).

Concernant les groupes d'interventions de la liste élargie, les coûts totaux ont augmenté de 1085 à 1101 millions de francs (+16 millions, +0,7% en moyenne annuelle) depuis 2019. Sous l'angle de la prise en charge, les coûts stationnaires ont diminué de 491 à 464 millions de francs (-27 millions de francs ; -2,8% en moyenne annuelle) et les coûts ambulatoires ont augmenté de 594 à 637 millions de francs (+43 millions de francs, +3,5% en moyenne annuelle). En 2024, le nombre de cas ambulatoires de la cataracte diminue fortement (-12%). Cette diminution inexpliquée a modéré l'augmentation des coûts ambulatoires, d'autant plus que ce groupe d'interventions représente près de 35% des coûts ambulatoires de l'ensemble des onze nouveaux groupes d'interventions. Il n'en demeure pas moins que le transfert d'interventions a un impact limité sur la croissance des coûts.

Sous l'angle du financement, les coûts à charge des cantons diminuent de 270 à 255 millions de francs (-15 millions de francs, -2,8% en moyenne annuelle). Les coûts à charge de l'AOS augmentent de 815 à 846 millions de francs (+31 millions de francs, +1,9% en moyenne annuelle).

Perspectives

La tendance à contraindre davantage le transfert vers l'ambulatoire va se poursuivre. Certains cantons ont déjà élargi leurs listes cantonales. La liste fédérale a également été élargie le 1er janvier 2026 avec l'introduction d'un groupe d'interventions concernant le coude et l'élargissement du groupe d'interventions chirurgie du pied (OPAS annexe 1a, version pour le 1er janvier 2026).
D'autres réformes pourront également venir renforcer ce transfert. La première d'entre elles, EFAS (financement uniforme des prestations), qui entrera en vigueur le 1er janvier 2028, modifiera la répartition du financement entre les cantons et l'AOS et devrait indirectement encourager les traitements ambulatoires[20]. La seconde réforme est l'introduction de TARDOC et des forfaits ambulatoires au 1er janvier 2026, qui modifie le tarif ambulatoire et donc la rémunération des interventions ambulatoires. Un changement de rémunération aura vraisemblablement un impact sur le transfert du stationnaire vers l'ambulatoire, à travers une modification des incitatifs financiers.

De nouvelles données concernant l'activité stationnaire permettent de mettre en relation les coûts d'une hospitalisation et les revenus (SPIGES, OFS). Ces données ouvrent de nouvelles perspectives d'analyse pour mieux comprendre le rôle des enjeux financiers dans le transfert de prestations vers l'ambulatoire.

[20] Modification de la LAMal : financement uniforme des prestations

9 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° 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. Monitorage 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.

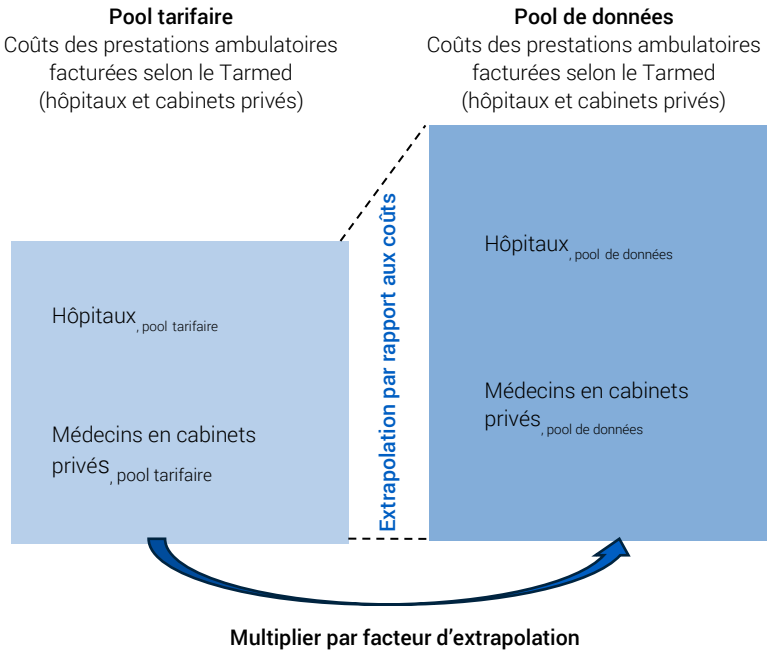
Roth. S. & Pellegrini, S. (2021). L'ambulatoire avant le stationnaire. Actualisation 2020 du monitorage de la limitation de la prise en charge stationnaire pour une sélection d'interventions électives (selon OPAS, art. 3c et annexe 1a). Rapport court établi sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) (Obsan Rapport 08/2021). Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.

Roth, S. & Pellegrini, S. (2025). *L'ambulatoire avant le stationnaire. Actualisation 2023 du monitorage 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.

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.

10 Annexes

Annexe 1 Extrapolation des données du pool tarifaire



Source: présentation propre © Obsan 2026

T 10.1 Taux de couverture (%) des coûts des prestations TARMED du pool tarifaire par rapport aux coûts des prestations TARMED du pool de données, Suisse, par prestataire, de 2015 à 2024

Prestataires	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Médecins en cabinets privés	90%	92%	97%	98%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Hôpital, secteur ambulatoire	88%	90%	95%	96%	97%	98%	99%	100%	100%	100%

Source: SASIS SA – Pool tarifaire et pool de données © Obsan 2026

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	Hystéroscopie avec curetage et/ou biopsie(s)
	22.1210	Curetage-biopsie ou aspiration diagnostique de l'endomètre
	22.1220	Curetage explorateur fractionné
	22.0605	Hystéroscopie diagnostique, sans curetage (également hystéroscopie au cabinet médical)
	22.0690	Hystérosalpingographie, avec utilisation de l'adaptateur
Hémorroïdes	20.2210	Incision d'hémorroïdes
	20.2220	Cure chirurgicale d'hémorroïdes, excision de noyau hémorroïdaire, par noyau
	20.2240	Cure chirurgicale d'hémorroïdes, hémorroïdectomie radicale
	20.2250	Ligature élastique d'hémorroïdes
Hernies inguinales	20.0180	+ Traitement chirurgical laparoscopique d'une hernie inguinale ou fémorale, pré- ou transpéritonéale, par côté
	20.0230	+ Supplément en cas de hernie incarcérée sans résection intestinale, lors de traitement chirurgical de hernie inguinale
	20.0260	Traitement chirurgical unilatéral de hernie inguinale chez l'enfant jusqu'à 7 ans
	20.0290	Traitement chirurgical unilatéral de hernie inguinale chez la fillette de 7 à 16 ans
	20.0310	Traitement chirurgical unilatéral de hernie inguinale chez le garçon de 7 à 16 ans
	20.0330	Traitement chirurgical unilatéral de hernie inguinale chez l'adulte, technique sans tension
	20.0350	Traitement chirurgical unilatéral de hernie inguinale chez l'adulte, toute méthode (excepté technique sans tension)
Amygdalectomie	12.0140	Adénoïdectomie, comme prestation exclusive
	12.0170	Tonsillectomie au laser, par côté
Varices	0001.0210.001	Phlébectomie grande (forfait)
	0001.0215.001	Phlébectomie petite (forfait)
	0001.0220.003	Veine grande saphène (forfait)
	0001.0225.003	Veine petite saphène (forfait)
	0001.0235.001	Veines perforantes (forfait)
	0001.0260.002	Varices unilatérales (forfait)
	0001.0277.005	Ligature de veines perforantes, un seul côté y compris phlébectomie
	0001.0279.005	Phlébectomie isolée, un seul côté (forfait)
	18.1230.24.00	Ablation thermique de la veine saphène (grande ou petite) par laser ou radiofréquence - gauche ou droite
	18.1230.25.00	Ablation thermique de la veine saphène (grande ou petite) par laser ou radiofréquence - gauche ou droite
	0001.0227.003	Kombinations-Eingriff: Vena saphena magna und Vena saphena parva
	0001.0276.005	Einseitige Magna- und oder Parvacrossektomie 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

Groupe d'interventions	Position TARMED / forfait TARMED	Description
	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
	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	

Groupe d'interventions	Position TARMED / forfait TARMED	Description
	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	
	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	Arthrolyse 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

Groupe d'interventions	Position TARMED / forfait TARMED	Description
	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
Criconcision	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 cardioverteur implantable (DCI), système unicaméral, sans déclenchement d'un choc
	17.1650	Contrôle d'un défibrillateur cardioverteur implantable (DCI), système bicaméral, sans déclenchement d'un choc
	17.1660	Contrôle d'un défibrillateur cardioverteur 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	Élément de base {PTA} ou mise en place de stent lors de sténoses et d'occlusions artérielles

Source: TARMED

© Obsan 2026

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 cumuls (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*[21] 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 appliqué pour tous les groupes d'interventions dont un cumul (ou des combinaisons) de positions TARMED est envisageable : *ablation de matériel d'ostéosynthèse (AMO)*, *amygdalectomie*, *cataracte*, *chirurgie de la main*, *chirurgie du pied*, *examens cardiologiques*, *hémorroïdes*, *pacemaker*, *utérus* et *varices*. Les facteurs de correction sont présentés au tableau (T 10.2).

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 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 10.2 Facteur de correction

Groupes d'interventions	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
AMO	1.19	1.12	1.14	1.15	1.11	1.10	1.09	1.12	1.14	1.15
Amygdalectomie	1.25	1.11	1.10	1.09	1.02	1.03	1.06	1.05	1.11	1.07
Cataracte	1.27	1.14	1.10	1.15	1.05	1.15	1.03	1.00	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	1.11
Chirurgie du pied	1.42	1.32	1.36	1.27	1.25	1.21	1.17	1.19	1.17	1.18
Examens cardiologiques	1.44	1.36	1.33	1.34	1.33	1.32	1.31	1.32	1.33	1.36
Hémorroïdes	1.27	1.16	1.08	1.09	1.06	1.06	1.04	1.04	1.03	1.02
Pacemaker	1.08	1.01	1.00	1.01	1.00	1.04	1.00	1.04	1.02	1.04
Utérus	1.25	1.13	1.07	1.07	1.05	1.04	1.00	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	1.15

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

© Obsan 2026

[21] 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 10.3) ne doivent pas être considérées pour estimer le nombre d'interventions ambulatoires :

T 10.3 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 d'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 2026

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 10.3. 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*

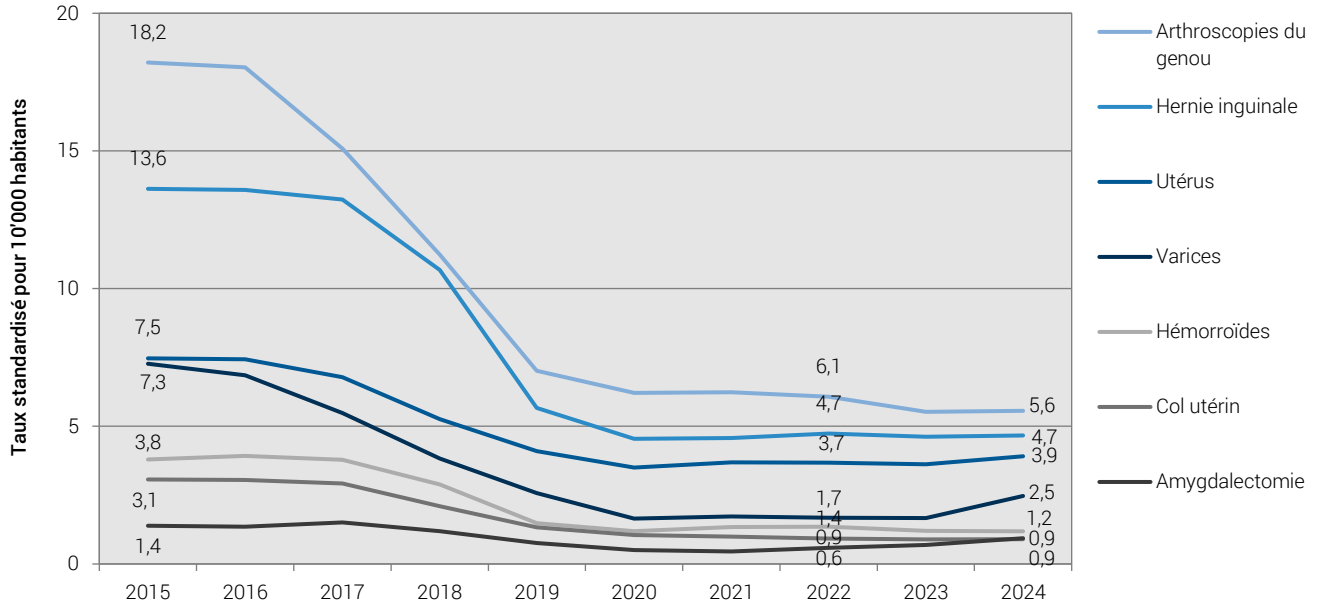
Note: les cellules en gris correspondent aux codes qui ne figurent pas dans l'OPAS mais qui ont été complétés par l'OFSP pour cette analyse, critères dits «éventuellement codables».

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

© 2026 Obsan

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

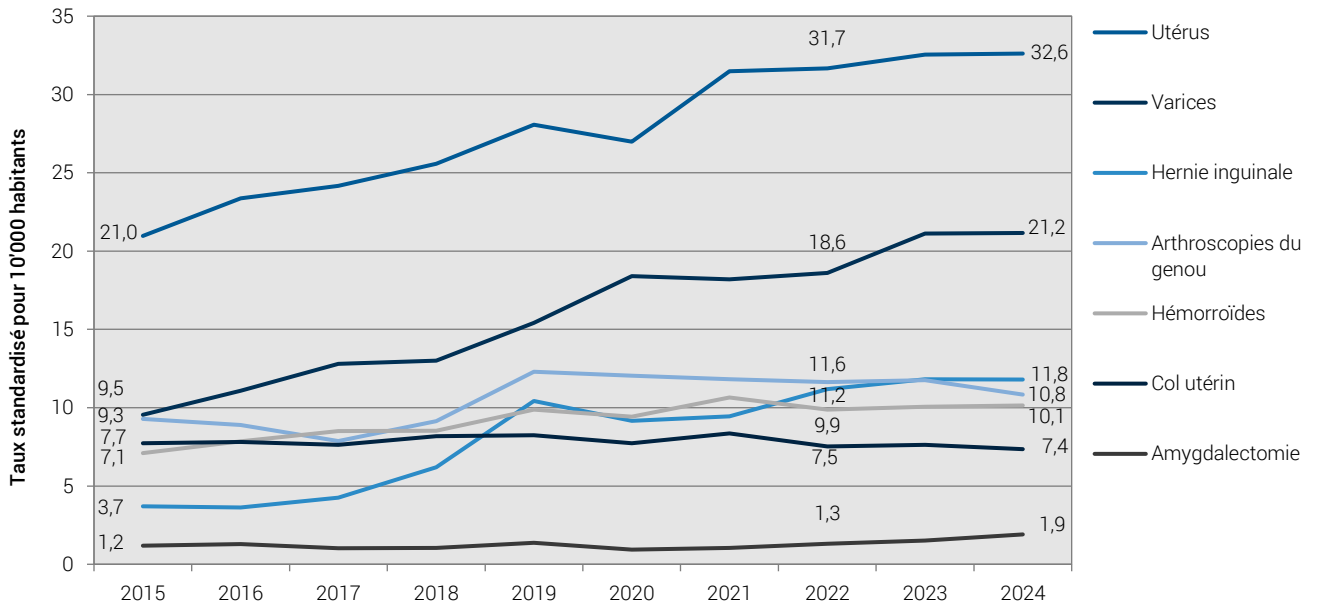
G 10.1 Taux standardisé d'interventions stationnaires, Suisse, de 2015 à 2024



Source: OFS – MS

© Obsan 2026

G 10.2Taux standardisé d'interventions ambulatoires, Suisse, de 2015 à 2024



Source: SASIS SA – PT

© Obsan 2026

Annexe 6 Comparaison liste fédérale initiale et de son élargissement

	Liste initiale	Elargissement
Date d'introduction	1er janvier 2019	1er 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 2024 (arrondi)**	17'500	33'000
Nombre de cas ambulatoires en 2024 (arrondi)	88'500	315'000***
Nombre de cas totaux en 2023 (arrondi)	106'000	348'000***

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 ;**sans compter les cas qui figurent dans plusieurs groupes (voir chapitre 3) ; *** diminution de près de 13'000 cas de cataracte en 2024.

Source: OPAS annexe 1*a* , SASIS SA – PT

© Obsan 2026

Rapport 03/26



Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren
Conférence des directrices et directeurs cantonaux de la santé
Conferenza delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità

Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Département fédéral de l'intérieur DFI
Dipartimento federale dell'interno DFI

Obsan

Das Schweizerische Gesundheitsobservatorium
ist eine gemeinsame Institution von Bund und Kantonen
L'Observatoire suisse de la santé est une institution
commune de la Confédération et des cantons
L' Osservatorio svizzero della salute è un'istituzione
comune della Confederazione e dei Cantoni