



UNIL | Université de Lausanne

IDHEAP

Institut de hautes études  
en administration publique

# Évaluation de la réglementation « l'ambulatoire avant le stationnaire » de l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins

Executive summary

Sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique

16 mai 2022

Pirmin Bundi, Stéphane Bonny, Laura Gatto, Moulay Lablih  
IDHEAP, Université de Lausanne

## Résumé

La nouvelle réglementation "L'ambulatoire avant le stationnaire" (AvS) est entrée en vigueur le 1er janvier 2019, après que le Département fédéral de l'intérieur (DFI) a adapté l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS ; RS 832.112.31). La nouvelle réglementation AvS de l'OPAS vise à encourager la réalisation de prestations ambulatoires. Sauf raison majeure, six groupes d'interventions ne seront remboursés par l'assurance obligatoire des soins que s'ils sont effectués en ambulatoire. Afin d'examiner la mise en œuvre et l'efficacité de l'AvS, l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) a chargé l'Institut de hautes études en administration publique (IDHEAP) de l'Université de Lausanne de réaliser une évaluation externe.

L'objectif de l'évaluation est de recueillir des informations pertinentes pour l'orientation et l'action en ce qui concerne le développement possible ou nécessaire de la réglementation AvS de l'OPAS, tant au niveau de l'adaptation éventuelle de l'ordonnance que sa mise en œuvre. Elle tient compte des différentes perspectives des acteurs impliqués (fournisseurs de prestations, assureurs-maladie et cantons) à travers des méthodes quantitatives et qualitatives. L'évaluation conclut que les effets de transfert souhaités en termes d'augmentation des interventions ambulatoires se produisent, même s'il existe certaines différences entre les différents types d'interventions. La mise en œuvre par les acteurs impliqués fonctionne également bien. Toutefois, les résultats de l'évaluation indiquent une charge administrative accrue et, en partie, l'absence d'un organe d'échange national permettant de se concerter à intervalles réguliers sur la mise en œuvre de la mesure.

Sur la base de diverses analyses empiriques, l'évaluation conclut que l'AvS a contribué de manière importante au transfert des interventions stationnaires vers l'ambulatoire. Il existe de fortes indications selon lesquelles la mesure a conduit les fournisseurs de prestations à ne pratiquer systématiquement certaines interventions qu'en ambulatoire - dans la mesure où il n'existe pas de raisons majeures justifiant la réalisation d'une intervention stationnaire. Il est toutefois nécessaire d'optimiser la charge administrative, qui a visiblement augmenté pour les prestataires de soins et les assureurs. En raison de l'évolution constante de la médecine, il faut en outre garantir un examen permanent par les acteurs concernés de la pertinence des groupes d'interventions à l'avenir.

Sur la base de ces résultats, l'évaluation formule plusieurs recommandations pour la mise en œuvre et l'adaptation de la réglementation de l'OPAS, qui concernent la pratique et la législation.

**Mots-clés** : ambulatoire avant stationnaire, prestations médicales, assurance maladie obligatoire, ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins, évaluation

## Executive Summary

### Situation initiale

La réglementation « l'ambulatoire avant le stationnaire » (AvS) est entrée en vigueur le 1er janvier 2019, après que le Département fédéral de l'intérieur (DFI) a adapté l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS ; RS 832.112.31)<sup>1</sup>. La réglementation AvS de l'OPAS vise à encourager la prise en charge ambulatoire. Sauf critères d'exception, six groupes d'interventions ne seront remboursés par l'assurance obligatoire des soins que s'ils sont effectués en ambulatoire. Avec la nouvelle réglementation AvS, la Confédération introduit une réglementation dans le cadre de l'AOS visant à promouvoir les interventions ambulatoires, comme l'ont déjà fait certains cantons sous une forme similaire. Toutefois, comme l'introduction de cette mesure peut poser des problèmes d'adaptation des structures et des processus de soins à l'augmentation des prestations ambulatoires et de la tarification de ces prestations, une liste d'un nombre limité d'interventions a été définie dans un premier temps<sup>2</sup>. De plus, les effets de la mesure AvS ont été observés par l'Obsan au cours des deux premières années par le biais d'un monitoring dont les résultats sont repris et discutés dans la présente évaluation.

### Mandat et questions d'évaluation

L'évaluation a pour but de recueillir des informations pertinentes pour l'orientation et l'action en ce qui concerne le développement possible ou nécessaire de la réglementation AvS de l'OPAS - tant en ce qui concerne une éventuelle adaptation de l'ordonnance que sa mise en œuvre. L'évaluation est formative<sup>3</sup> et doit mettre en évidence les éventuels besoins d'amélioration de la mise en œuvre et de révision de la réglementation AvS de l'OPAS. Les questions d'évaluation portent sur l'impact sur les groupes cibles, les bénéficiaires finaux et les autres parties concernées, mais aussi sur le concept d'AvS. Il s'agit d'examiner dans quelle mesure la réglementation AvS a atteint ses objectifs et a permis un transfert des soins stationnaires vers les soins ambulatoires. En outre, il s'agit d'évaluer dans quelle mesure la nouvelle réglementation de l'OPAS AvS a répondu jusqu'à présent aux attentes et aux craintes des parties prenantes. Enfin, l'évaluation porte également sur les besoins d'optimisation. Les critères d'évaluation sont la pertinence, l'efficacité et l'efficience de la réglementation AvS de l'OPAS. L'OFSP a mandaté l'Institut de hautes études en administration publique (IDHEAP) de l'Université de Lausanne pour réaliser l'évaluation.

### Méthodologie

L'évaluation s'est déroulée d'août 2021 à février 2022 et a été conçue de manière modulaire. Les méthodes suivantes ont été utilisées : analyses statistiques des données de monitoring au moyen de la méthode "Difference-in-Differences", entretiens semi-directifs avec 38 personnes travaillant pour des prestataires de soins et des services de santé cantonaux de huit<sup>4</sup> cantons différents, deux sondages standardisés en ligne auprès

---

<sup>1</sup> [https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/1995/4964\\_4964\\_4964/fr](https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/1995/4964_4964_4964/fr)

<sup>2</sup> Conformément au chiffre I de l'annexe 1a OPAS, les six groupes d'interventions suivantes ont été définies : Opérations des varices du membre inférieur ; interventions sur les hémorroïdes ; opérations unilatérales des hernies ; examens et interventions sur le col de l'utérus ou sur l'utérus ; arthroscopies du genou, y compris interventions sur le ménisque ; interventions sur les amygdales et les adénoïdes ; interventions sur les amygdales et les adénoïdes.

<sup>3</sup> Une évaluation formative est une évaluation dans laquelle les processus d'apprentissage sont intentionnellement déclenchés afin de contribuer à l'amélioration de l'objet de l'évaluation (Bundi 2022).

<sup>4</sup> Lors de la sélection des cas, une attention particulière a été accordée à la sélection de petits et grands fournisseurs de prestations, ainsi qu'à ceux provenant de cantons avec ou sans expérience avec l'AvS. Pour cette raison, certains acteurs sont sous-représentés, par exemple les médecins agréés et les collaborateurs des centres de chirurgie ambulatoire et des hôpitaux universitaires.

de prestataires de soins et d'assureurs maladie. Comme il s'agit d'une évaluation formative, le groupe de suivi de l'évaluation avec les parties prenantes a été impliqué à deux reprises. Au début, les personnes concernées et les parties prenantes ont eu la possibilité de donner un retour écrit sur le concept détaillé de l'évaluation. Le 22 février, un atelier de validation a également été organisé, au cours duquel le projet de rapport final a été présenté. Cette participation a permis de prendre en compte des préoccupations et des besoins d'information importants des parties prenantes de la réglementation Avs de l'OPAS dans l'évaluation. En outre, l'échange avec le groupe de suivi a également permis de discuter de la faisabilité des recommandations. L'implication des parties prenantes a donc servi à une réflexion commune sur la mise en œuvre et l'impact de l'AvS et devrait créer des conditions favorables à l'utilisation de l'évaluation.

### **Réponses aux questions d'évaluation**

La section suivante résume les réponses aux questions d'évaluation. Les résultats des modules sont présentés en détail dans le rapport final.

### **Les effets de transfert souhaités se produisent-ils ? Différences par canton et région linguistique ?**

En principe, on peut dire que les effets de transfert souhaités se produisent en ce qui concerne l'augmentation des interventions ambulatoires. Sur la base des résultats de l'analyse dite de « différence-in-différences » du premier module, la modification de l'OPAS de janvier 2019 a généré une augmentation moyenne de 16% pour les années 2019 et 2020 des traitements ambulatoires dans les cantons qui ne disposaient pas de liste cantonale préalable (non pionnier), comparativement aux autres cantons (pionniers). Il existe toutefois une différence entre les différents types d'interventions. La mesure est particulièrement efficace pour le curetage, le traitement des varices, la ménisectomie et le traitement des hémorroïdes. En outre, nos résultats montrent qu'il existe des différences entre les régions linguistiques. Les prestataires des cantons latins recourent en principe à davantage de prestations ambulatoires que les prestataires des cantons germanophones. Cette différence existe toujours depuis l'introduction de l'AvS, mais elle n'est plus significative. Enfin, les résultats des études de cas indiquent qu'il est de plus en plus difficile pour les petits hôpitaux d'effectuer des interventions ambulatoires, car celles-ci ne sont financièrement rentables qu'avec une cadence élevée. Pour cette raison, il y a une plus grande concentration de services ambulatoires dans les grands hôpitaux. Ces résultats sont également confirmés par le sondage et les études de cas. Il convient toutefois de noter qu'une telle tendance existait déjà auparavant et qu'elle s'est renforcée avec la réglementation AvS. Les résultats de l'évaluation indiquent peut-être que la nouvelle réglementation n'est pas responsable de tous les effets, qui peuvent être renforcés par une tendance préexistante.

### **Quelles sont les répercussions sur les coûts pour les cantons, les assureurs, les fournisseurs de prestations, dans l'ensemble ?**

Globalement, les coûts de santé liés aux interventions sélectionnées ont diminué. Cependant, l'impact varie selon les acteurs. En principe, ce sont les cantons qui bénéficient le plus d'une réduction des coûts, car leur participation aux coûts est supprimée lors d'une intervention ambulatoire. En ce qui concerne les prestataires de soins, s'il semble y avoir une réduction des coûts, celle-ci s'accompagne également d'une baisse importante des revenus. En effet, pour la même intervention, le prestataire peut recevoir une rémunération plus élevée si elle est réalisée en stationnaire et non en ambulatoire. D'autre part, cela signifie également que les prestataires de soins ne peuvent couvrir les coûts des interventions ambulatoires que si celles-ci s'accompagnent d'une adaptation optimale des infrastructures et des processus liés à ce type d'intervention. En ce qui concerne les

assureurs, les avis sont partagés quant à l'impact de la réglementation sur leurs coûts. Néanmoins, la grande majorité d'entre eux estiment soit qu'il n'y a pas eu de grands changements, soit qu'ils ont été en mesure d'économiser de l'argent. Ce constat confirme les résultats d'autres études qui considèrent en principe que la réforme a été un jeu à somme nulle pour les assureurs.

### **Quels sont les effets sur les résultats cliniques (qualité) ?**

Les résultats des entretiens et du sondage standardisé auprès des prestataires de soins indiquent que l'AvS n'a pas entraîné d'augmentation des complications postopératoires. Selon de nombreuses personnes interrogées, les progrès de la chirurgie entraînent non seulement une amélioration de la qualité des interventions, mais aussi une diminution des douleurs postopératoires chez les patients traités en ambulatoire. Par conséquent, les six groupes d'interventions peuvent être pratiqués en ambulatoire sans difficulté clinique importante. La satisfaction des patients ne semble pas non plus avoir été affectée par la mise en œuvre de la réglementation. Des différences ont toutefois été observées entre les groupes d'âge : les jeunes patients semblent apprécier la possibilité de rentrer chez eux plus tôt, tandis que les patients plus âgés sont plus réticents. En outre, les patients disposant d'une assurance complémentaire privée se montrent plutôt insatisfaits de ne pas bénéficier de certains services préférentiels en cas de traitement ambulatoire. La communication avec les patients, que certains médecins ont déjà renforcée (heures de consultation élargies, etc.), semble toutefois essentielle. Plus les patients sont informés, plus ils acceptent un traitement ambulatoire et savent comment réagir en cas de complication. Cependant, ces résultats n'ont qu'une significativité limitée en raison du petit nombre de cas et devraient être vérifiés au moyen d'une enquête à grande échelle auprès des patients.

### **Est-ce que la mise en œuvre fonctionne du côté des fournisseurs de prestations et des assureurs ? Où se situent les problèmes ? Existe-t-il de meilleures pratiques à cet égard ?**

La mise en œuvre de la réglementation de l'OPAS par les fournisseurs de prestations et les assureurs fonctionne relativement bien. L'évaluation montre un échange professionnel important entre les services de santé cantonaux, en particulier dans les cantons qui ont déjà fait l'expérience de l'AvS. Dans ces cantons, il y a également de nombreux échanges entre les autorités cantonales et les assureurs maladie. En revanche, ces échanges sont moins courants dans les autres cantons, ce qui représente certains risques en termes de contrôle de l'AvS. Cela pourrait conduire à ce que la mise en œuvre ne soit pas du tout contrôlée, voire doublement contrôlée par les cantons et les assureurs. La communication entre les assureurs maladie et les fournisseurs de prestations doit également être optimisée. Des problèmes surviennent notamment lorsque les assureurs maladie ne sont pas d'accord avec les exceptions qui, du point de vue des fournisseurs de prestations, exigent un traitement en stationnaire. Il semble particulièrement problématique qu'en cas de situation conflictuelle, il n'existe pas d'instance pouvant servir d'intermédiaire entre les deux acteurs. En outre, l'augmentation de la charge administrative pour les prestataires de soins et les assureurs est perçue comme l'un des principaux inconvénients de la réglementation, même si les acteurs attestent de l'efficacité de la mesure. De plus, il ressort des résultats que l'infrastructure des prestataires de soins doit être adaptée afin d'optimiser l'organisation des interventions ambulatoires.

### **Y a-t-il des répercussions sur les prestataires de soins ambulatoires en aval, par exemple les soins de base, les soins à domicile, etc. ? Lesquelles ?**

L'impact exact sur les prestataires de soins de santé en aval est difficile à évaluer. Cependant, il existe sur la base des interviews menées auprès des prestataires de soins et

des assureurs de fortes indications selon lesquelles, dans les six groupes d'intervention précédents, le risque de complications postopératoires est minime chez les patients traités en ambulatoire. Les besoins en soins à domicile sont donc moindres ou ne concernent que des soins techniques tels que le changement de pansements ou le contrôle des agrafes. En outre, les patients présentant un risque trop élevé de complications, qui se rencontrent surtout dans les groupes d'âge élevés et nécessitent donc davantage de soins à domicile, sont tout de même souvent hospitalisés et donc gardés en observation à l'hôpital, où ils sont pris en charge par le personnel médical sur place.

### **Faut-il adapter la réglementation « l'ambulatoire avant le stationnaire » ? Au niveau de la législation ? Au niveau de la mise en œuvre ? Quelles adaptations ?**

Selon les prestataires de soins, le plus grand besoin d'adaptation se situe au niveau de la tarification des prestations ambulatoires. Cette dernière incite encore fortement les prestataires de soins à effectuer des interventions stationnaires, ce qui pourrait compromettre les effets de transfert à long terme. Certains prestataires de soins privés ou de petite taille ne pratiquent donc plus certaines interventions. L'infrastructure des établissements joue donc un rôle important dans la mise en œuvre de l'AvS. Les interventions ambulatoires amènent à réfléchir sur l'infrastructure d'un prestataire, notamment en ce qui concerne l'optimisation des parcours des patients, des horaires et des salles d'observation après les interventions. Or, certains prestataires ne sont pas encore équipés pour faire face à une augmentation massive des traitements ambulatoires, ce qui nuit parfois à la fluidité du processus. Par ailleurs, il est également nécessaire d'adapter les critères d'exception. Si les médecins sont généralement satisfaits de l'application de l'ordonnance, ils estiment que les critères d'exception énumérés à l'annexe 1a de l'OPAS ne tiennent pas suffisamment compte des facteurs personnels, en particulier de l'âge des patients. Du côté des assureurs maladie, les difficultés de traitement des demandes d'exception sont également perceptibles et, selon la complexité des cas, entraînent une augmentation de la charge de travail. Certains assureurs ont même exprimé le souhait de durcir les critères afin de limiter la marge d'interprétation. Cela montre que les avis entre les prestataires de soins et les assurances-maladie sont très divergents dans ce domaine et qu'un rapprochement serait souhaitable.

### **Faut-il étendre la réglementation à d'autres interventions ? À quelles personnes ? Sous quelles conditions ?**

Les résultats de l'évaluation mettent en évidence deux besoins d'action. D'une part, les disparités entre les différentes listes cantonales entraînent régulièrement des difficultés administratives, qui concernent aussi bien les médecins que les services administratifs des établissements médicaux, les autorités sanitaires cantonales et les assurances maladie. Du fait de l'existence de différentes listes d'interventions cantonales, les prestataires de soins et les assureurs sont très incertains quant à la détermination de la liste faisant foi. Une harmonisation des listes cantonales conduirait à un processus administratif plus efficace. De plus les listes actuelles devant être complétées par les interventions qui sont déjà pratiquées par 12 cantons dans les six groupes d'interventions respectifs.<sup>5</sup> D'autre part, les résultats de l'évaluation montrent également qu'après cette harmonisation, la liste des interventions aura probablement atteint son potentiel. De ce fait, d'autres interventions ne pourraient être réalisées qu'avec une adaptation du processus et des infrastructures, pour éviter tout risque accru de complications pour les patients. Par conséquent, l'accent devrait être mis sur l'harmonisation des interventions plutôt que sur leur extension excessive.

---

<sup>5</sup> Il s'agit notamment de : Chirurgie de la main (décharge du canal carpien et autres petites interventions sur la main) ; chirurgie du pied (à l'exception de l'hallus valgus) ; ablation de matériel d'ostéosynthèse ; angioplastie transluminale percutanée (PTA), y compris dilatation par ballonnet (en règle générale, à l'exclusion de l'accès au moyen d'une gaine >6F) ; circoncision (voir CDS 2021).

Indépendamment de cela, une infrastructure appropriée est indispensable pour promouvoir les traitements ambulatoires.

## Recommandations

Sur la base des résultats de l'évaluation, nous avons formulé huit recommandations qui se rapportent à différents aspects (mise en œuvre, adaptation) de la réglementation AvS de l'OPAS. Pour les recommandations, nous avons précisé à qui elles s'adressent et si elles nécessitent un changement de pratique et de droit.

Recommandations pour la mise en œuvre de la réglementation de l'OPAS AvS	Destinataires	Changement	
		Pratique	Droit
1) Les prestataires de soins devraient vérifier que leur infrastructure est adaptée à la prestation de services ambulatoires et accorder une attention particulière au secteur ambulatoire lors de la transformation des bâtiments et de la planification stratégique.	Prestataires de soins, (cantons)		
2) Les partenaires tarifaires devraient se mettre d'accord sur des tarifs modernes couvrant les coûts des interventions ambulatoires (tarification appropriée).	Prestataires de soins, assureurs		
3) La communication entre les acteurs et avec les patients devrait être renforcée.	Cantons, prestataires de soins, assureurs		
4) La Confédération devrait examiner la possibilité d'institutionnaliser de manière permanente le groupe d'échange des parties prenantes à AvS.	OFSP, Groupe d'échange		
5) La confédération devrait examiner la possibilité de prolonger le monitoring de l'AvS.	OFSP		
<b>Recommandations pour l'adaptation de la réglementation de l'OPAS AvS</b>			
6) La Confédération devrait vérifier régulièrement la pertinence des critères de dérogation.	OFSP, Groupe d'échange		
7) La Confédération devrait examiner la possibilité de compléter la liste fédérale des interventions par des interventions du même groupe d'interventions pratiquées dans de nombreux cantons (harmonisation de la liste des interventions).	OFSP		
8) La Confédération devrait vérifier régulièrement la pertinence des interventions et des groupes d'interventions.	OFSP, Groupe d'échange		