



# Fiche d'information

---

Date :

29 avril 2019

---

## La réglementation « l'ambulatoire avant le stationnaire »

---

### 1 Introduction

À partir du 1<sup>er</sup> janvier 2019, la réglementation « l'ambulatoire avant le stationnaire » au sens de l'art. 3c de l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS) s'appliquera. Elle concerne six groupes d'interventions électives<sup>1</sup>, c'est-à-dire non urgentes, spécifiques réalisées sur des patients dont l'état de santé est stable. Elle a pour but d'encourager les prestations ambulatoires lorsqu'elles sont indiquées d'un point de vue médical, mieux adaptées aux patients et qu'elles nécessiteront moins de ressources. Certains cantons ont déjà défini de telles listes. La présente modification vise à créer une réglementation uniforme au niveau national, présentant les mêmes conditions pour tous les assurés affiliés à l'assurance obligatoire des soins (AOS).

Les analyses de l'Obsan<sup>2</sup> et des échanges avec les associations médicales concernées ont servi de base à la définition des interventions. Le choix a été arrêté selon le potentiel de transfert et l'opportunité, du point de vue médical, de réaliser ces opérations dans de bonnes conditions en ambulatoire. Dans un premier temps, on a choisi volontairement une liste restreinte d'interventions, en raison des défis à relever en vue d'adapter les structures et les processus pour recourir plus fréquemment aux prestations ambulatoires, la coordination concernant les démarches administratives de la procédure de contrôle entre les assureurs et les fournisseurs de prestations et éventuellement la tarification des prestations.

Pour les prestations déjà réalisées principalement dans le domaine ambulatoire (p. ex., petite chirurgie de la main, opérations de la cataracte), il n'est de l'avis de l'OFSP pas considéré comme primordial de prendre des mesures. Par conséquent, l'OFSP a renoncé à une réglementation impliquant de nouvelles tâches administratives.

---

<sup>1</sup> - Opérations des veines variqueuses des jambes

- Interventions pour hémorroïdes
- Opérations unilatérales de hernies inguinales
- Examens / interventions au niveau du col utérin ou de l'utérus
- Arthroscopies du genou, y compris opérations du ménisque
- Opérations des amygdales ou des végétations adénoïdes

<sup>2</sup> Observatoire suisse de la santé

## 2 Liste des interventions à effectuer en ambulatoire

Les interventions qui doivent en principe être effectuées en ambulatoire figurent dans l'annexe 1a OPAS, tableau I. Ci-dessous figurent des explications concernant l'utilisation de la liste du tableau I :

- Les interventions sont désignées dans la liste au moyen du code CHOP<sup>3</sup> valable lors de l'année de traitement. L'annexe 1a OPAS est régulièrement actualisée en conséquence.
- Les *codes utilisés dans les titres des catégories* ne peuvent pas être codés ou utilisés pour le contrôle. Ils peuvent aussi englober d'autres codes respectivement interventions que ceux qui ont été énumérés dans la liste.
- Une intervention stationnaire est possible lorsque des conditions particulières l'exigent.

## 3 Critères pour un traitement stationnaire

Une liste de critères (« conditions particulières ») a été établie en collaboration avec les parties prenantes concernées. Ces critères de dérogation peuvent justifier un traitement stationnaire à la charge de l'AOS pour les interventions figurant dans l'OPAS<sup>4</sup>. Il s'agit de maladies associées et autres facteurs. Ces critères de dérogation servent de base commune aux fournisseurs de prestations qui planifient une intervention. Les assureurs se servent de la même liste afin de vérifier si les conditions de la prise en charge sont remplies. La liste des critères figure dans l'annexe 1a OPAS, tableau II. Ci-dessous figurent des explications concernant la manière de traiter les critères du tableau II :

- Si au moins un des critères mentionnés est rempli, un traitement stationnaire à la charge de l'AOS est possible. Toutefois, un traitement ambulatoire est aussi possible si les conditions spécifiques le permettent.
- La liste des critères n'est pas exhaustive. Cela signifie que, même si aucun critère de cette liste n'est pas rempli, le remboursement d'un traitement stationnaire est possible dans des circonstances particulières. À cette fin, une demande fondée de prise en charge individuelle à l'attention du médecin-conseil et l'accord de l'assureur sont nécessaires (cf. art. 3c, al. 3, OPAS).
- Les critères doivent simplifier et réduire les procédures administratives et ne constituent pas des directives médicales. En cas de traitement stationnaire, ils doivent être documentés en conséquence.
- Pendant ou après l'opération, des événements inattendus ou des complications nécessitant un suivi stationnaire peuvent survenir. Ces aspects doivent être codés<sup>5</sup> dans le cadre stationnaire et ne sont pas couverts par la liste de critères.

## 4 Procédure de contrôle par les assureurs

La définition de la procédure de contrôle relève de la compétence des partenaires tarifaires. Ce faisant, on veillera aux points suivants :

- En cas de traitement stationnaire, les critères doivent être documentés en conséquence dans l'anamnèse.

---

<sup>3</sup> Classification suisse des interventions chirurgicales (CHOP) : elle comprend lesdits codes de procédure représentant les prestations médicales dans les prises en charges stationnaires. Voir aussi : <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/sante/nomenclatures/medkk/instruments-codage-medical.html>

<sup>4</sup> Voir annexe 1a OPAS, tableau I

<sup>5</sup> Recueil systématique des prestations fournies en milieu hospitalier. Les données ainsi récoltées sont utilisées, entre autres, pour l'établissement des factures et à des fins statistiques (statistique médicale des hôpitaux, voir aussi : <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/sante/enquetes/ms.html>).

- Le fournisseur de prestations communique ces critères à l'assureur en cas de traitement stationnaire pour une intervention figurant sur la liste.
- L'assureur examine si les conditions d'un traitement stationnaire sont satisfaites, c'est-à-dire si un critère au moins figurant sur la liste est rempli ou si d'autres conditions le justifient.
- L'examen par l'assureur peut être réalisé avant l'intervention (*ex ante*) ou après, parallèlement au contrôle des factures (*ex post*). Les partenaires tarifaires conviennent des modalités.
- Pour les traitements stationnaires réalisés en dehors des critères définis, il y a lieu de soumettre au préalable à l'assureur une demande de prise en charge des coûts.
- Une partie des critères correspond aux codes établis, que les hôpitaux saisissent déjà systématiquement lors du codage des cas stationnaires. Les assureurs peuvent les contrôler de manière automatique et simple lorsqu'ils examinent les factures. Les critères non codifiables doivent être communiqués séparément à l'assureur.
- Pour simplifier les processus administratifs, il est prévu d'examiner la possibilité de coder tous les critères au moyen du catalogue des procédures CHOP.

## 5 Ordonnance sur la transmission des données

Conformément à la réglementation de l'OPAS « l'ambulatoire avant le stationnaire », la variable supplémentaire « Justification pour un traitement en milieu hospitalier » a été intégrée dans le Fichier de données médicales de l'ordonnance du DFI sur les fichiers de données pour la transmission des données entre fournisseurs de prestations et assureurs (RS 832.102.14).

- La variable représente, sous forme de chiffres, les « Critères à satisfaire pour un traitement en milieu hospitalier » fixés dans l'annexe 1a OPAS.
- La variable peut être utilisée dans l'échange de données automatique entre fournisseurs de prestations et assureurs.
- Pour permettre l'examen automatisé des traitements stationnaires, l'OFSP recommande d'enregistrer au moyen d'une logique unitaire la variable dans le champ réservé aux remarques du « Fichier des données médicales » (« payloadType/body»), par exemple, en cas d'insuffisance ventriculaire : **-as\_CH\_3.1-**.<sup>6</sup>

---

<sup>6</sup> Aide à la lecture concernant **-as\_CH\_3.1-** :

- « - » délimitation par rapport à une remarque figurant avant ou après (texte libre avant-as\_CH\_3.1-texte libre après) ;
- « \_ » délimitation structurée ;
- « **as** » désigne le type de cas « l'ambulatoire avant le stationnaire » et justifie l'inscription dans le champ réservé aux remarques ;
- « **CH** » signifie qu'il s'agit de la liste des critères de l'OPAS (tableau II, annexe 1a, OPAS), qui est valable pour toute la **suisse**. Par contre, pour les listes de cantons il est possible d'indiquer, par exemple, LU, VS, etc. ;
- « **3.1** » correspond à un numéro de critères selon le tableau II, annexe 1a, OPAS et code une insuffisance ventriculaire ;  
si plusieurs critères sont appliqués, il faut les séparer par « ; » (p. ex., -as\_CH\_3.2;4.3- en cas d'hypertension artérielle sévère et de syndrome d'apnée du sommeil).

La saisie doit être effectuée sans espaces.

### Informations complémentaires:

Office fédéral de la santé publique, Section Médias et communication, Tél. +41 58 462 95 05, [www.bag.admin.ch](http://www.bag.admin.ch)

## 6 Champ d'application et coordination avec les cantons

La réglementation « l'ambulatoire avant le stationnaire » de la Confédération s'applique au niveau national et prévaut sur les législations cantonales. L'Office fédéral de la santé publique (OFSP) est d'avis que le droit actuel permet aux cantons d'adopter des réglementations plus étendues. Le canton doit participer à hauteur d'au moins 55 pour cent à la rémunération des traitements stationnaires, séjour et soins à l'hôpital inclus. Toutefois, le canton ne doit verser sa part, dans chaque cas, que si les conditions de prise en charge de la prestation - ce qui inclut le critère d'économicité - sont remplies. Cela, le canton peut en principe le vérifier de la même manière que l'assureur-maladie. Le fait que les cantons désignent certaines prestations dont la fourniture en milieu hospitalier n'est prise en charge qu'en présence de circonstances particulières n'est donc en principe pas contraire aux dispositions de la LA-Mal.

L'OFSP collabore étroitement avec la Conférence des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS) et les cantons pour que la liste de la Confédération coïncide avec celles des cantons dans la mesure du possible. La CDS recommande aux cantons d'utiliser une liste uniforme des interventions.

## 7 Monitoring

Les répercussions de cette mesure devront être surveillées en ce qui concerne l'évolution du nombre d'interventions ambulatoires et stationnaires. Par ailleurs, il est prévu d'évaluer les critères qui sont appliqués dans la pratique pour justifier un traitement stationnaire. Si des problèmes devaient survenir dans la mise en œuvre ou si des critères devaient être employés de manière injustifiée, il serait possible de prendre des mesures. Des travaux afin de mettre en place un monitoring sont actuellement en cours.

Une évaluation des répercussions de la mesure sur les patients, les fournisseurs de prestations et les assureurs devra être réalisée dans les prochaines années ; elle tiendra compte des aspects qualitatifs et financiers. En fonction des résultats de cette évaluation, une extension ou une adaptation de la réglementation « l'ambulatoire avant le stationnaire » pourra être décidée.