



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

Rapport final

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

## Empreinte

Numéro de contrat :	142004744 / 071-31/2
Durée de l'évaluation :	Août 2021 - Février 2022
Période de relevé des données :	Octobre 2021 - Janvier 2022
Direction du projet d'évaluation l'OFSP :	Markus Weber Service évaluation et recherche (E+F)
Méta-évaluation :	<p>L'OFSP a confié l'élaboration du présent rapport à un mandataire externe dans le but d'obtenir une réponse indépendante et scientifiquement fondée à des questions essentielles. L'interprétation des résultats, les conclusions et les éventuelles recommandations à l'attention de l'OFSP et d'autres acteurs peuvent par conséquent diverger de l'avis et de la position de l'OFSP.</p> <p>Le projet de rapport a fait l'objet d'une méta-évaluation, effectuée par le service Évaluation et recherche de l'OFSP. La méta-évaluation (contrôle de la qualité scientifique et éthique d'une évaluation) s'appuie sur les standards de qualité de la Société suisse d'évaluation (standards SEVAL). Le résultat de la méta-évaluation a été transmis à l'équipe d'évaluation et pris en compte dans le présent rapport.</p>
Commande :	Office fédéral de la santé publique, 3003 Berne Service Évaluation et recherche (E+F) <a href="http://www.bag.admin.ch/rapports-evaluation">www.bag.admin.ch/rapports-evaluation</a>
Traduction :	Le résumé a été traduit de la langue originale par Pirmin Bundi.
Proposition de citation :	Bundi, Pirmin, Stéphane Bonny, Laura Gatto et Moulay Lablih (2022). <i>Évaluation de la réglementation « l'ambulatoire avant le stationnaire » de l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins</i> . Étude réalisée sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique. Lausanne : IDHEAP, Université de Lausanne.
Adresse de correspondance :	Pirmin Bundi, IDHEAP, Université de Lausanne ( <a href="mailto:pirmin.bundi@unil.ch">pirmin.bundi@unil.ch</a> )

## **Table des matières**

<b>Liste des figures</b>	<b>iii</b>
<b>Liste des tables</b>	<b>iv</b>
<b>Liste des abréviations</b>	<b>v</b>
<b>Résumé (F)</b>	<b>vi</b>
<b>Résumé (D)</b>	<b>xi</b>
<b>1 Introduction</b>	<b>1</b>
1.2 Situation initiale	1
1.2 Mission, objectifs et questions de l'évaluation	3
1.3 Concept d'évaluation	3
<b>2 Analyse des données secondaires</b>	<b>5</b>
2.1 Objectif et questions	5
2.2 Démarche méthodologique	5
2.3 Résultats	6
2.4 Limites	10
2.5 Conclusion	10
<b>3. Analyse des prestataires de soins</b>	<b>11</b>
3.1 Objectif et questions	11
3.2 Démarche méthodologique	11
3.3 Résultats	13
3.3.1 Appréciation du transfert d'interventions médicales du stationnaire à l'ambulatoire	13
3.3.2 Appréciations des effets sur les coûts	16
3.3.3. Appréciations des implications pour les effets cliniques	17
3.3.4 Appréciation de la mise en œuvre par les prestataires de services et les assureurs	18
3.3.5 Appréciation des effets sur les prestataires de services ambulatoires en aval	20
3.3.6 Nécessités d'amélioration de la réglementation	21
3.3.7 Facteurs contextuels	23
3.4 Conclusion	25
<b>4 Sondage en ligne auprès des assureurs</b>	<b>26</b>
4.1 Objectif et questions	26
4.2 Démarche méthodologique	26
4.3 Résultats	27
4.3.1 Fréquence et qualité des échanges avec les différents acteurs	27

4.3.2 Demandes de dérogation	28
4.3.3 Méthodes de contrôle, fréquence et types d'examens approfondis	30
4.3.4 Impacts sur les assureurs-maladie et leurs assurés	31
4.4 Conclusion	33
<b>5 Synthèse et recommandations</b>	<b>33</b>
5.1 Réponse aux questions d'évaluation	33
5.2 Recommandations	38
<b>Bibliographie</b>	<b>43</b>
<b>Annexe</b>	<b>45</b>

## Liste des figures

Figure 1 : Modèle d'impact de la réglementation AvS de l'OPAS	2
Figure 2 : Effet de la modification de l'OPAS sur le taux de prise en charge ambulatoire	6
Figure 3 : Impact de la modification de l'OPAS sur le recours à la prise en charge ambulatoire par groupe d'interventions	7
Figure 4 : Impact de la modification de l'OPAS sur le recours à la prise en charge ambulatoire par région linguistique	8
Figure 5 : Perception par les médecins de l'évolution du nombre d'interventions ambulatoires par domaine	12
Figure 6 : Satisfaction des répondants par région linguistique	13
Figure 7 : Satisfaction des répondants par fonction	13
Figure 8 : Perception de l'évolution des charges administratives par fonction	16
Figure 9 : Perception générale de l'évolution du nombre de complications	17
Figure 10 : Niveau de satisfaction des assureurs-maladie quant à la fréquence des échanges avec les différents acteurs concernés par la réglementation AvS	23
Figure 11 : Évaluation de la qualité des échanges entrepris avec les différents acteurs concernés par la réglementation AvS	23
Figure 12 : Appréciation de la fréquence de la réception de demandes de dérogation à la réglementation des médecins et la fréquence d'acceptation de ces demandes	24
Figure 13 : Estimation de la clarté des critères de dérogation invoqués par les médecins lors des demandes de dérogation à la réglementation AvS	25
Figure 14 : Estimation de la fréquence de contrôle des demandes de dérogation	26
Figure 15 : Satisfaction quant aux techniques de contrôle des demandes de dérogation	26
Figure 16 : Estimation de l'évolution de la charge de travail du personnel des assurances-maladie en charge du contrôle de la réglementation AvS depuis son implémentation	28
Figure 17 : Estimation de l'évolution des interventions ambulatoires par les assurances-maladie depuis l'implémentation de la réglementation AvS	28

## Liste des tables

Tableau 1 : Questions d'évaluation selon le cahier des charges (OFSP 2021 : 2)	3
Tableau 2 : Aperçu des modules d'évaluation : questions d'évaluation couvertes	4
Tableau 3 : Sélection des études de cas	10
Tableau 4 : Raisons mentionnées pour ne pas ajouter d'interventions	19

## Liste des abréviations

AvS	Ambulatoire avant le stationnaire
AOS	Assurance obligatoire des soins
BEW	Orthopédie
BS	Bâle-Ville
CHOP	Classification suisse des interventions chirurgicales
CDS	Conférence suisse des directeurs de la santé
CFPP	Commission fédérale des prestations générales et des principes
DID	Difference-in-Differences
DFI	Département fédéral de l'intérieur
DRG	Structure tarifaire pour des prestations médicales stationnaires
GEF	Chirurgie vasculaire
GYN	Gynécologie
HHC	Hospitalisations hors canton
HNO	Oto-rhino-laryngologie
IDHEAP	Institut de hautes études en administration publique
JU	Jura
LU	Lucerne
NE	Neuchâtel
Obsan	Observatoire suisse de la santé
OFS	Office fédéral de la statistique
OFSP	Office fédéral de la santé publique
OPAS	Ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins
ORL	Oto-rhino-laryngologie
SEVAL	Société suisse d'évaluation
SH	Schaffhouse
TARMED	Structure tarifaire pour des prestations médicales ambulatoires
VIS	Chirurgie viscérale
VS	Valais
ZG	Zoug
ZH	Zurich

## Résumé (F)

### 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 de prestataires de soins et d'assureurs maladie. Comme il s'agit d'une évaluation formative,

<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.



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 ménissectomie 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

---

<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).

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. 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		

## Résumé (D)

### **Ausgangslage**

Die neue Regelung «Ambulant vor Stationär» (AvS) trat am 1. Januar 2019 in Kraft, nachdem das Departement des Innern (EDI) die Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31)<sup>6</sup> angepasst hatte. Die neue KLV-Regelung AvS möchte ein ambulante Leistungserbringung fördern. Falls kein wichtiger Grund vorliegt, werden sechs Gruppen von Eingriffen nur noch bei einer ambulanten Durchführung von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung vergütet. Mit der neuen AvS-Regelung führt der Bund eine Regelung im Rahmen der OKP zur Förderung der ambulanten Eingriffe ein, wie diese gewisse Kantone in ähnlicher Form bereits zuvor eingeführt haben. Da es bei der Einführung allerdings zu Herausforderungen bei der Anpassung von Versorgungsstrukturen und -prozessen auf vermehrte ambulante Leistungserbringung sowie in der Tarifierung der Leistungen kommen kann, ist in einem ersten Schritt eine Liste mit einer beschränkten Anzahl von Eingriffen gewählt worden<sup>7</sup>. Zusätzlich werden die Auswirkungen der AvS Massnahme in den ersten zwei Jahren durch das Obsan mittels eines Monitorings beobachtet, dessen Resultate in der vorliegenden Evaluation aufgenommen und diskutiert werden.

### **Auftrag und Fragestellung**

Die Evaluation hat zum Ziel, orientierungs- und handlungsrelevantes Wissen in Bezug auf mögliche oder notwendige Weiterentwicklung der KLV-Regelung AvS zu beschaffen - sowohl in Bezug auf eine allfällige Anpassung der Verordnung als auch auf deren Umsetzung. Die Evaluation ist dabei formativ<sup>8</sup> ausgerichtet und soll allfälligen Verbesserungsbedarf bei der Umsetzung sowie Revisionsbedarf der KLV-Regelung AvS aufzeigen. Die Evaluationsfragen beziehen sich auf die Auswirkungen auf die Zielgruppen, die Endbegünstigten sowie auf weitere Betroffene, aber auch auf das Konzept von AvS. Es soll untersucht werden, inwiefern die AvS-Regulierung ihre Ziele erreicht und bei den Gesundheitsdienstleistern dazu geführt hat, dass eine Verschiebung von stationären zu mehr ambulanten Behandlungen stattfinden konnte. Es wird ebenfalls beurteilt, ob die Verordnung wie geplant umgesetzt wurde. Darüber hinaus soll evaluiert werden, inwieweit die neue KLV-Regelung AvS die Erwartungen und Befürchtungen der Stakeholder bisher erfüllt hat. Schliesslich befasst sich die Evaluation auch mit dem Optimierungsbedarf. Die Bewertungskriterien bei der Evaluation sind die Relevanz, Effektivität und Wirksamkeit der KLV-Regelung AvS. Das BAG hat das Institut für öffentliche Verwaltung (IDHEAP) der Universität Lausanne mit der Evaluation beauftragt.

### **Methodik**

Die Evaluation wurde von August 2021 bis Februar 2022 durchgeführt und ist modular aufgebaut. Eingesetzt wurden folgende Methoden: Statistische Analysen der Monitoring Daten mittels der "Difference-in-Differences"-Methode, Leitfadeninterviews mit 38 Mitarbeitenden von Leistungserbringern und kantonalen Gesundheitsdiensten aus acht<sup>9</sup>

---

<sup>6</sup> [https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/1995/4964\\_4964\\_4964/de](https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/1995/4964_4964_4964/de)

<sup>7</sup> Gemäss Ziffer I Anhang 1a KLV wurden folgende sechs Gruppen von Eingriffen definiert: Krampfaderoperationen der unteren Extremität; Eingriffe an Hämorrhoiden; einseitige Hernienoperationen; Untersuchungen und Eingriffe am Gebärmutterhals oder an der Gebärmutter; Kniearthroskopien, einschliesslich Eingriffe am Meniskus; Eingriffe an Tonsillen und Adenoiden; Eingriffe an Tonsillen und Adenoiden.

<sup>8</sup> Bei einer formativen Evaluation handelt es sich um eine Evaluation, bei welcher Lernprozesse absichtlich ausgelöst werden, um so zu einer Verbesserung des Evaluationsgegenstands beizutragen (Bundi 2022).

<sup>9</sup> Bei der Fallauswahl wurde insbesondere darauf geachtet, dass kleine und grosse Leistungserbringer ausgewählt wurden, sowie solche aus Kantonen mit und ohne AvS Erfahrung. Aus diesem Grund sind gewisse Akteure unterrepräsentiert, beispielsweise BelegärztInnen und Mitarbeitende von ambulanten OP-Zentren und Universitätsspitäler.

verschiedenen Kantonen, zwei standardisierte Online-Befragungen von Leistungserbringern und Krankenversicherern (Vollerhebung). Da es sich um eine formative Evaluation handelt, wurde die Begleitgruppe der Evaluation mit den Stakeholdern zweimal einbezogen. Zu Beginn hatten die Betroffenen und Beteiligten die Möglichkeit eine schriftliche Rückmeldung zum Detailkonzept der Evaluation zu geben. Am 22. Februar ist zusätzlich ein Validierungsworkshop abgehalten worden, bei welchem der Entwurf des Schlussberichts präsentiert wurde. Mit dem Einbezug konnten wichtige Anliegen und Informationsbedürfnisse der Stakeholder der KLV-Regelung AvS in der Evaluation berücksichtigt werden. Zudem wurde beim Austausch mit der Begleitgruppe ebenfalls die Umsetzbarkeit der Empfehlungen diskutiert. Der Einbezug der Stakeholder diente damit der gemeinsamen Reflexion über die Umsetzung und Wirkung von AvS und sollte günstige Rahmenbedingungen für die Nutzung der Evaluation schaffen.

### **Beantwortung der Evaluationsfragen auf der Basis der Ergebnisse**

Der folgende Abschnitt fasst die Antworten auf die Evaluationsfragen zusammen. Die Ergebnisse der Module sind im Schlussbericht ausführlich dargestellt.

### **Treffen die gewünschten Verlagerungseffekte ein? Gibt es Unterschiede nach Kanton, Sprachregion, Art des Leistungserbringers und Versicherungsstatus?**

Grundsätzlich lässt sich sagen, dass die erwünschten Verlagerungseffekte in Bezug auf die Zunahme der ambulanten Eingriffe eintreten. Basierend auf den Ergebnissen der Difference-in-Differences-Analyse des ersten Moduls hat die KLV-Änderung ab dem Januar 2019 bei den Kantonen, die vorher noch keine AvS Praxis gekannt hat, einen durchschnittlichen Anstieg der ambulanten Behandlung von 16% für die Jahre 2019 und 2020 generiert im Vergleich zu den anderen Kantonen mit einer solchen Erfahrung. Allerdings gibt es einen Unterschied zwischen den verschiedenen Arten von Eingriffen. Die Massnahme ist besonders wirksam bei der Kürettage, der Behandlung von Krampfadern, der Menishektomie und der Behandlung von Hämorrhoiden. Zudem zeigen unsere Ergebnisse, dass es Unterschiede zwischen den Sprachregionen gibt. Die Leistungserbringer in den lateinischen Kantonen setzen grundsätzlich mehr ambulante Leistungen ein als die Leistungserbringer in den deutschsprachigen Kantonen. Dieser Unterschied besteht seit der Einführung von AvS immer noch, ist aber nicht mehr signifikant. Schliesslich deuten die Ergebnisse der Fallstudien darauf hin, dass es für kleinere Spitäler immer schwieriger wird, ambulante Eingriffe durchzuführen, da diese nur bei einer grossen Fallzahl finanziell tragbar sind. Aus diesem Grund gibt es eine grössere Konzentration von ambulanten Leistungen in grösseren Spitälern. Diese Befunde werden auch durch die Befragung und die Fallstudien bestätigt. Es muss jedoch darauf hingewiesen werden, dass es bereits vorher einen entsprechenden Trend gab, der sich mit der AvS-Regulierung verstärkt hat. Die Befunde der Evaluation deuten möglicherweise darauf hin, dass die neue Regelung nicht für alle Auswirkungen verantwortlich ist, die eventuell durch einen vorbestehenden Trend verstärkt werden.

### **Was sind die Kostenauswirkungen auf Kantone, Versicherer, Leistungserbringer, insgesamt?**

Gesamthaft sind die Gesundheitskosten im Zusammenhang mit den ausgewählten Eingriffen gesunken. Die Auswirkungen sind jedoch je nach Akteur unterschiedlich. Grundsätzlich profitieren die Kantone am meisten von einer Kostensenkung, da ihr Anteil an den Kosten bei einem ambulanten Eingriff entfällt. Was die Leistungserbringer betrifft, so scheint es zwar eine Kostensenkung zu geben, doch geht diese auch mit einem erheblichen Rückgang der Einnahmen einher. Denn für denselben Eingriff kann der Leistungserbringer eine höhere Vergütung erhalten, wenn er stationär und nicht ambulant durchgeführt wird. Andererseits bedeutet dies auch, dass die Leistungserbringer die Kosten

für ambulante Eingriffe nur dann decken können, wenn diese mit einer optimalen Anpassung der Infrastruktur und der Prozesse, die mit dieser Art von Eingriffen verbunden sind, einhergehen. Was die Versicherer betrifft, so sind die Meinungen über die Auswirkungen der Regulierung auf ihre Kosten geteilt. Dennoch ist die grosse Mehrheit der Befragten der Meinung, dass es entweder keine grossen Veränderungen gegeben hat oder dass sie in der Lage waren, Geld zu sparen. Dieser Befund bestätigt andere Studien, die grundsätzlich davon ausgehen, dass die Reform für die Versicherer ein Nullsummenspiel gewesen ist.

### **Welches sind die Auswirkungen auf die klinischen Outcomes (Qualität)?**

Die Ergebnisse der Interviews und der standardisierten Befragung der Leistungserbringer deuten darauf hin, dass es aufgrund der AvS zu keinem Anstieg bei den postoperativen Komplikationen gekommen ist. Gemäss vieler Befragter führen die Fortschritte in der Chirurgie nicht nur zu einer Verbesserung der Qualität der Eingriffe, sondern auch zu einer Verringerung der postoperativen Schmerzen bei ambulant behandelten PatientInnen. Deshalb können alle sechs Gruppen von Eingriffen ambulant durchgeführt werden, ohne dass es zu grösseren klinischen Schwierigkeiten kommt. Die Zufriedenheit der PatientInnen scheint durch die Umsetzung der Vorschriften ebenfalls nicht beeinträchtigt worden zu sein. Es wurden jedoch Unterschiede zwischen den Altersgruppen festgestellt: Jüngere PatientInnen scheinen die Möglichkeit, früher nach Hause gehen zu können, zu schätzen, während ältere PatientInnen eher zurückhaltend sind. Ausserdem zeigten sich PatientInnen mit einer Zusatzversicherung unzufrieden damit, dass sie bei ambulanter Behandlung nicht in den Genuss bestimmter bevorzugter Leistungen kommen. Zentral erscheint allerdings die PatientInnenkommunikation, welche einige ÄrztInnen bereits praktizieren (erweiterte Sprechstunden etc.). Je besser die PatientInnen informiert sind, desto besser akzeptieren sie eine ambulante Behandlung und wissen bei einer Komplikation entsprechend zu reagieren. Diese Ergebnisse haben aber aufgrund der kleinen Fallzahl nur eine eingeschränkte Aussagekraft und sollten mittels einer gross angelegten Patientenbefragung überprüft werden.

### **Funktioniert die Umsetzung seitens Leistungserbringer und Versicherer? Wo bestehen Probleme? Gibt es diesbezüglich best practice?**

Die Umsetzung der KLV-Regelung AvS durch die Leistungserbringer und Versicherer funktioniert relativ gut. Die Evaluation zeigt einen starken fachlichen Austausch zwischen den kantonalen Gesundheitsdiensten, vor allem in denjenigen Kantonen, die bereits Erfahrungen mit AvS gemacht haben. In diesen Kantonen gibt es auch einen regen Austausch zwischen den kantonalen Behörden und den Krankenversicherungen. Im Gegensatz dazu ist dieser Austausch in den restlichen Kantonen weniger entwickelt, was gewisse Risiken hinsichtlich der Kontrolle von AvS birgt. Dies könnte dazu führen, dass die Umsetzung entweder gar nicht kontrolliert wird durch die Versicherer oder sogar doppelt durch Kantone und Versicherer. Auch bei der Kommunikation zwischen den Krankenversicherern und den Leistungserbringern gibt es Optimierungsbedarf. Probleme treten insbesondere dann auf, wenn die Krankenversicherer nicht mit den Ausnahmen einverstanden sind, die aus Sicht der Leistungserbringer eine stationäre Behandlung verlangen. Besonders problematisch erscheint es, dass bei Konfliktsituationen keine Instanz vorhanden ist, die zwischen den beiden Akteuren vermitteln kann. Darüber hinaus wird der zunehmende Verwaltungsaufwand bei den Leistungserbringern und den Versicherern als einer der grössten Nachteile der Regelung wahrgenommen, auch wenn die Akteure die Wirksamkeit der Massnahme attestieren. Zudem geht aus den Ergebnissen ebenfalls hervor, dass die Infrastruktur der Leistungserbringer anzupassen ist, um die Organisation ambulanter Eingriffe zu optimieren.

## **Gibt es Auswirkungen auf nachgelagerte ambulante Leistungserbringer z. B. Grundversorger, Spitex etc.? Welche?**

Die genauen Auswirkungen auf die nachgelagerten Gesundheitsdienstleister sind schwer abzuschätzen. Jedoch gibt es aufgrund der Interviews bei den Leistungserbringern und den Versicherern starke Hinweise darauf, dass in den bisherigen sechs Eingriffsgruppen das Risiko von postoperativen Komplikationen bei ambulant behandelten Patienten minimal ist. Der Bedarf an häuslicher Pflege ist daher geringer oder betrifft nur technische Pflegemassnahmen wie Verbandswechsel oder die Kontrolle der Klammern. Ausserdem werden PatientInnen mit einem zu hohen Komplikationsrisiko, die vor allem in den höheren Altersgruppen vorkommen und daher mehr häusliche Pflege benötigen, häufig trotzdem stationär behandelt und daher zur Beobachtung im Krankenhaus behalten, wo sie vom dortigen medizinischen Personal betreut werden.

## **Braucht es Anpassungen an der Regelung «Ambulant vor Stationär»? Wo bzw. auf Ebene Rechtsetzung oder Umsetzung? Welche?**

Der grösste Anpassungsbedarf besteht gemäss den Leistungserbringern bei der Tarifierung der ambulanten Leistungen. Diese geben den Leistungserbringern aktuell immer noch sehr starke Anreize, Eingriffe stationär durchzuführen und könnten somit die langfristigen Verlagerungseffekte gefährden. Teilweise gibt es private oder kleinere Leistungserbringer, welche deshalb gewisse Eingriffe nicht mehr durchführen. Die Infrastruktur der Einrichtungen spielt folglich eine wichtige Rolle bei der Umsetzung von AvS. Ambulante Eingriffe führen zu Überlegungen über die Einrichtung eines Leistungserbringers, insbesondere in Bezug auf die Optimierung der PatientInnenwege, der Zeitpläne und der Beobachtungsräume nach den Eingriffen. Gewisse Leistungserbringer sind aber noch nicht für eine massive Erhöhung von ambulanten Behandlungen ausgerüstet, was manchmal den reibungslosen Ablauf beeinträchtigt. Zudem gibt es ebenfalls Anpassungsbedarf bei den Ausnahmekriterien. Die ÄrztInnen sind zwar im Allgemeinen mit der Anwendung der Verordnung zufrieden, sind jedoch der Ansicht, dass die in Anhang 1a der KLV aufgeführten Kriterien für Ausnahmen nicht genügend persönliche Faktoren berücksichtigen, besonders das Alter der PatientInnen. Auf Seiten der Krankenversicherer sind die Schwierigkeiten bei der Bearbeitung von Ausnahmeanträgen ebenfalls spürbar, und je nach Komplexität der Fälle führt dies zu einer höheren Arbeitsbelastung. Einige Versicherer äusserten sogar den Wunsch nach einer Verschärfung der Kriterien, um den Interpretationsspielraum einzuschränken. Dies zeigt, dass die Ansichten zwischen Leistungserbringern und Krankenversicherungen in diesem Bereich sehr unterschiedlich sind und eine Annäherung wünschenswert wäre.

## **Soll die Regelung auf weitere Eingriffe ausgeweitet werden? Auf welche? Unter welchen Voraussetzungen?**

Die Ergebnisse der Evaluation zeigt einen Handlungsbedarf in folgenden zwei Bereichen auf. Einerseits führen die Unterschiede zwischen den verschiedenen Kantonslisten regelmässig zu administrativen Schwierigkeiten, die sowohl die ÄrztInnen als auch die DirektorInnen der Leistungserbringer, die kantonalen Gesundheitsbehörden und die Krankenversicherungen betreffen. Dadurch, dass unterschiedliche kantonale Eingriffslisten existieren, gibt es grosse Unsicherheiten bei den Leistungserbringern und Versicherern über die Anwendung der korrekten Liste. Eine Harmonisierung der kantonalen Listen würde zu einem effizienteren administrativen Ablauf führen. Zudem sollte die KLV-Liste um Eingriffe weiterer sechs Eingriffsgruppen ergänzt werden, die in allen der zwölf Pionierkantone mit eigenen Listen in Verwendung sind.<sup>10</sup> Andererseits zeigen die

---

<sup>10</sup> Namentlich sind dies: Handchirurgie (Entlastung Karpaltunnel und weitere kleine Eingriffe an der Hand); Fusschirurgie (exkl. Hallus valgus); Osteosynthesematerialentfernungen; Perkutane transluminale Angioplastik (PTA) inkl. Ballondilatation (i.d.R. exkl. Zugang mittels einer Schleuse >6F); Zirkumzision (siehe GDK 2021).



Ergebnisse der Evaluation ebenfalls, dass die Eingriffsliste nach dieser Harmonisierung ihr Potential wahrscheinlich erreicht hat und weitere Eingriffe nur mit einer Anpassung der Prozess und Infrastrukturen realisiert werden können. Ansonsten besteht die Gefahr, dass für Patientinnen und Patienten ein erhöhtes Risiko von Komplikationen auftreten könnte. Deshalb sollte der Fokus eher auf einer Harmonisierung der Eingriffe liegen und nicht auf deren zu starken Ausweitung. Unabhängig davon, ist eine geeignete Infrastruktur unabdingbar für die Förderung von ambulanten Behandlungen.

## Empfehlungen

Basierend auf den Evaluationsergebnissen haben wir insgesamt acht Empfehlungen formuliert, die sich auf die verschiedenen Aspekte (Umsetzung, Anpassung) der KLV-Regelung AvS beziehen. Bei den Empfehlungen haben wir spezifiziert, an wen sich die Empfehlungen richten und ob sie eine Änderung bezüglich der Praxis und des Rechts bedingen.

Empfehlungen zur Umsetzung der KLV-Regelung	Adressatinnen und Adressaten	Änderung	
		Praxis	Recht
1) Die Leistungserbringer sollten die Infrastruktur auf ihre Eignung für die Erbringung ambulanter Leistungen prüfen und den ambulanten Bereich beim Umbau von Gebäuden und bei der strategischen Planung besonders berücksichtigen.	Leistungserbringer, (Kantone)		
2) Die Tarifpartner sollten sich auf zeitgemässe kostendeckende Tarife für ambulante Eingriffe einigen (sachgerechte Vergütung).	Leistungserbringer, Versicherer		
3) Die Kommunikation zwischen den Akteuren und mit den Patienten muss verstärkt werden.	Kantone, Leistungserbringer, Versicherer		
4) Der Bund sollte die Möglichkeit prüfen, die AvS-Austauschgruppe dauerhaft zu institutionalisieren.	BAG, Austauschgruppe		
5) Der Bund sollte die Möglichkeit prüfen, das AvS-Monitoring zu verlängern.	BAG		
<b>Empfehlungen zur Anpassung der KLV-Regelung AvS</b>			
6) Der Bund sollte die Relevanz der Kriterien für Ausnahmeregelungen regelmässig überprüfen.	BAG, Austauschgruppe		
7) Der Bund sollte die Möglichkeit prüfen, die bundesweite Eingriffsliste durch Eingriffe der gleichen Eingriffsgruppen zu ergänzen, die in vielen Kantonen praktiziert werden (Harmonisierung der Eingriffsliste)	BAG		
8) Der Bund sollte regelmässig die Relevanz der Eingriffe und Eingriffsgruppen überprüfen.	BAG, Austauschgruppe		

# 1 Introduction

## 1.2 Situation initiale

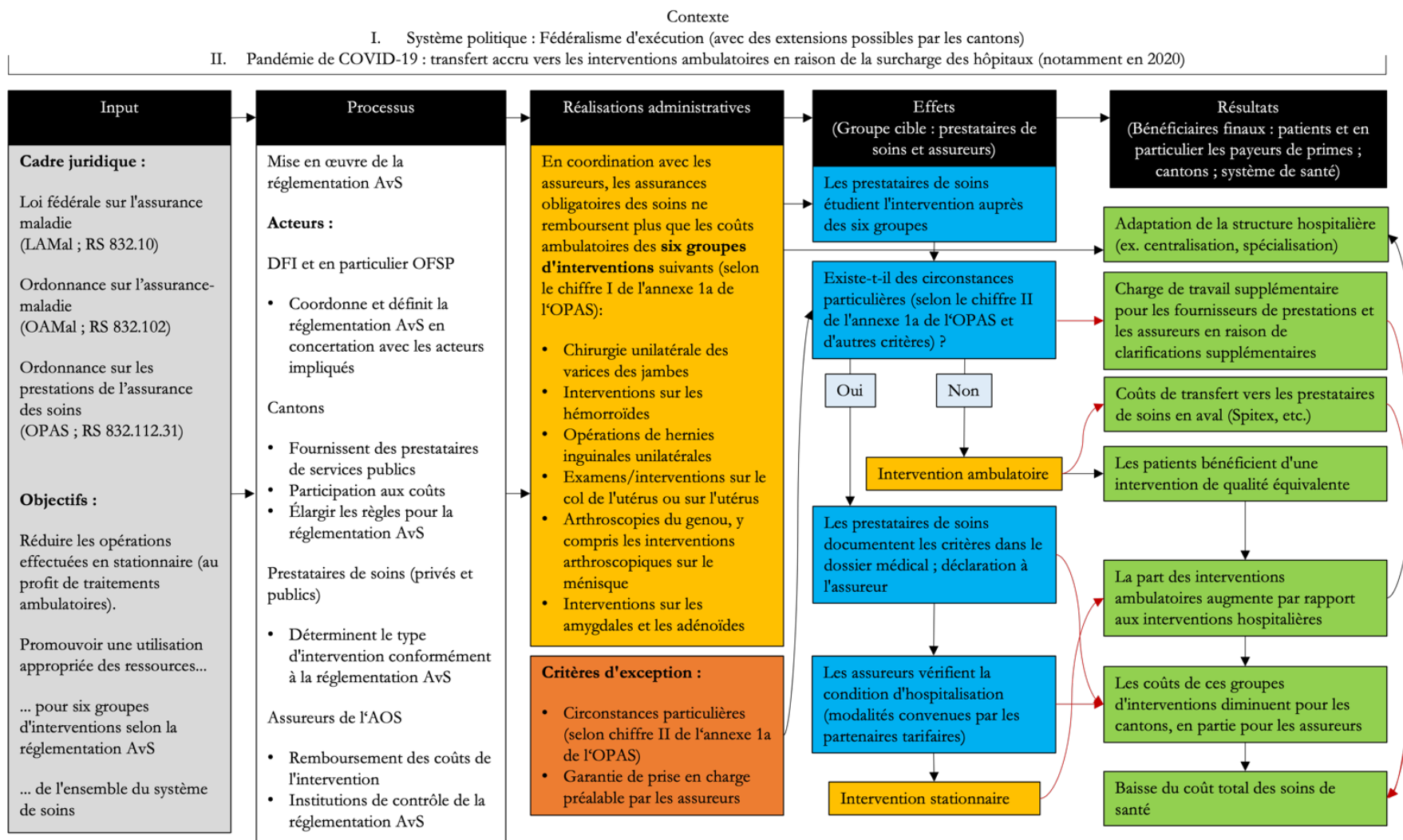
En Suisse, les interventions chirurgicales qui pourraient être effectuées en ambulatoire sont encore souvent réalisées en stationnaire, comparativement à l'étranger (OFSP 2021 : 1). Alors que les premiers cantons avaient déjà commencé entre 2017 et 2018 à ne plus rembourser l'exécution stationnaire de certains groupes d'opérations (BS, LU, JU, NE, SH, VS, ZG, ZH, cf. CDS 2021), le Département fédéral de l'intérieur (DFI) a également adapté en 2018 l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS, RS 832. 112.311) (art. 3c et annexe 1a OPAS) afin d'augmenter le rapport entre le traitement ambulatoire et le traitement stationnaire (ci-après appelé règlement de l'OPAS « l'ambulatoire avant le stationnaire » AvS). Depuis le 1er janvier 2019, six groupes d'interventions ne sont en principe remboursés par l'assurance obligatoire des soins (AOS) que s'ils sont effectués en ambulatoire (chiffre 1 de l'annexe 1a de l'OPAS). En présence de circonstances qui ne sont pas mentionnées dans la liste, une prise en charge par l'AOS pour une exécution stationnaire des interventions concernées est possible après une garantie de prise en charge préalable par l'assureur (chiffre 2 de l'annexe 1a de l'OPAS).

Cette nouvelle réglementation devrait encourager les interventions ambulatoires lorsqu'elles sont appropriées et adaptées aux patients du point de vue médical et qu'elles permettent d'économiser des ressources. Il est probable et souhaitable que cette réglementation puisse également avoir un effet positif sur l'évolution des coûts de la santé. Cependant, cela implique que les structures et les processus de soins ainsi que la tarification soient adaptés à l'augmentation des services ambulatoires. De plus, la pratique des cantons diffère, car certaines listes cantonales comprennent plus d'interventions que la réglementation AvS de l'OPAS. L'Office fédéral de la santé publique (OFSP) a commandé un monitoring à l'Observatoire suisse de la santé (Obsan) afin de documenter l'évolution des coûts, mais aussi d'autres aspects tels que le nombre d'interventions ambulatoires et stationnaires (OFSP 2021a). De plus, l'OFSP a commandé deux études séparées afin de vérifier l'impact sur la qualité clinique (OFSP 2021 : 1).

L'évaluation de l'efficacité de la réglementation AvS de l'OPAS présente toutefois une certaine difficulté, car le monitoring ne peut donner qu'une indication des liens de causalité entre une mesure et son effet (Bundi 2021) sans pouvoir déterminer les effets respectifs de tous les facteurs d'influence. En particulier, l'effet de la nouvelle réglementation doit tenir compte de la mesure dans laquelle le contexte institutionnel (fédéralisme d'exécution - mise en œuvre différente par les cantons) ainsi que la pandémie actuelle de Covid-19 ont pu influencer la diminution des interventions stationnaires et l'augmentation des interventions ambulatoires (Roth et Pellegrini 2021). Toutefois, on pouvait déjà observer une croissance à long terme du secteur ambulatoire avant la nouvelle réglementation. Pour cette raison, il faut également clarifier si les effets de transfert sont basés sur cette tendance générale ou s'ils ont été causés par la réglementation AvS de l'OPAS.

Pour illustrer le mode d'action de la réglementation, un modèle d'impact largement répandu dans la pratique d'évaluation scientifique s'impose. Le modèle d'impact ci-dessous illustre le mode d'action de la mesure en montrant les différents liens de cause à effet entre le concept politique, la mise en œuvre, les interventions et les résultats sur les groupes cibles et les bénéficiaires finaux. Alors que les flèches vertes signalent des liens positifs, des effets négatifs envisagés sont illustrés par des flèches rouges. Le modèle d'impact est basé sur les bases légales ainsi que sur les retours des parties prenantes datant de septembre 2021 concernant la réglementation AvS de l'OPAS.

Figure 1 : Modèle d'impact de la réglementation AvS de l'OPAS



## 1.2 Mission, objectifs et questions de l'évaluation

L'OFSP a attribué le mandat d'évaluation de la réglementation AvS de l'OPAS à l'Institut de hautes études en administration publique (IDHEAP) de l'Université de Lausanne dans le cadre d'un appel d'offre. L'évaluation a été réalisée entre août 2021 et janvier 2022. Le mandant a mis en place un groupe d'accompagnement<sup>11</sup> composé de représentants des parties prenantes et des personnes concernées, qui a soutenu l'évaluation avec son expertise technique. Le service d'évaluation et de recherche de l'OFSP a pris en charge la gestion du projet d'évaluation de la part du mandant.

L'évaluation externe a une orientation formative, car, selon le cahier des charges succinct (OFSP 2021 : 2), elle doit générer des connaissances pertinentes pour l'orientation et l'action afin d'adapter, le cas échéant, la réglementation AvS de l'OPAS, mais aussi fournir des indications pour une meilleure mise en œuvre de celle-ci.

Le tableau 1 reprend les questions d'évaluation du cahier des charges (OFSP 2021 : 2). Les questions couvrent en particulier l'impact sur les groupes cibles, fournisseurs de prestations et assureurs, les bénéficiaires finaux, patients et cantons (questions d'évaluation 1-5), mais abordent également des aspects du concept politique (questions d'évaluation 6-7). Il s'agit d'examiner dans quelle mesure la réglementation AvS a atteint ses objectifs de la part du mandant et a aidé les prestataires de soins à obtenir une réduction des interventions stationnaires. Nous devons également évaluer si la réglementation a été mise en œuvre comme prévu et, le cas échéant, en déterminer les raisons. En outre, il faudra examiner dans quelle mesure la nouvelle réglementation AvS de l'OPAS a contribué à réduire le nombre d'interventions stationnaires jusqu'à présent ou si les attentes et les craintes des parties prenantes concernant AvS ont été dissipées jusqu'à présent. Enfin, l'évaluation se penche également sur les besoins d'optimisation. Les critères d'évaluation sont la pertinence, l'effectivité et l'efficacité (cf. Knoepfel et al. 2022).

Tableau 1 : Questions d'évaluation selon le cahier des charges (OFSP 2021 : 2)

Question d'évaluation
1. Les effets de transfert souhaités se produisent-ils ? Différences par canton, région linguistique, type de fournisseur de prestation, statut d'assurance ?
2. Quelles sont les répercussions sur les coûts pour les cantons, les assureurs, les fournisseurs de prestations, dans l'ensemble ?
3. Quels sont les effets sur les résultats cliniques (qualité) ?
4. 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 ?
5. 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. ? Lesquels ?
6. Faut-il adapter la réglementation « l'ambulatoire avant le stationnaire » ? Au niveau de la législation ? Au niveau de la mise en œuvre ? Quelles adaptations ?
7. Faut-il étendre la réglementation à d'autres interventions ? Lesquelles ? Sous quelles conditions ?

## 1.3 Concept d'évaluation

Une structure modulaire a été choisie pour l'évaluation. Cette procédure facilite le traitement des questions d'évaluation en fonction de l'objet et de la tâche et s'inspire du guide

<sup>11</sup> La liste des membres du groupe d'accompagnement se trouve en annexe (Tableau A1).

des évaluations de l'efficacité à la Confédération (Widmer 2005). Nous nous inspirons également du concept-cadre "Évaluation à l'OFSP" (OFSP 2020) ainsi que du glossaire d'évaluation de l'OFSP (Widmer/Brunold 2017). Lors de l'élaboration du concept d'évaluation, nous nous sommes notamment appuyés sur le cahier des charges et les indications qu'il contient, ainsi que sur les retours des parties prenantes concernant l'AvS (OFSP 2019). Ce faisant, nous respectons les standards de la Société suisse d'évaluation (SEVAL 2016) qui décrivent les exigences d'une évaluation. Le tableau 2 résume les différents modules.

Le module 1 cherche à savoir si la réglementation AvS de l'OPAS a entraîné le transfert souhaité des interventions stationnaires vers les interventions ambulatoires dans les six groupes sélectionnés. Par conséquent, le module comprend l'analyse de données secondaires sur le nombre d'interventions ambulatoires et stationnaires. Ce module se concentre sur l'analyse des données de monitoring de l'Obsan qui, sur mandat de l'OFSP, constate les effets de la réglementation AvS de l'OPAS (OFSP 2019). Concrètement, le monitoring recueille, entre autres, des informations sur le nombre d'interventions ambulatoires et stationnaires effectuées.

Le module 2 se concentre sur la perspective des fournisseurs de soins et comprend deux éléments d'enquête différents : huit études de cas qualitatives de structures de soins et une enquête standardisée auprès de tous les prestataires de soins concernés par la nouvelle réglementation AvS. Tout d'abord, les études de cas visent à analyser de manière approfondie la manière dont ces établissements ont mis en œuvre la réglementation et comment les effets sur la qualité clinique et les processus (décision, facturation et contrôle) sont évalués. En outre, les études de cas fournissent également des informations sur la mesure selon laquelle il peut y avoir eu des effets négatifs sur les prestataires de soins ambulatoires en aval, tels que les médecins de premier recours et les soins à domicile. Enfin, la question de savoir si d'autres interventions doivent être intégrées dans les groupes AvS sera également soulevée. L'analyse des données utilise la méthode de l'analyse de contenu qualitative. Pour valider les résultats, un sondage en ligne standardisé, comprenant également quelques questions ouvertes permettant de recueillir des informations spécifiques, des appréciations complémentaires ou des propositions d'optimisation, a ensuite été mené auprès de tous les fournisseurs de prestations.

Le module 3 s'intéresse au point de vue des assureurs maladie. Une enquête en ligne standardisée a été menée afin d'appréhender la perception de la réglementation AvS de l'OPAS par les assureurs. Conformément au cahier des charges (OFSP 2021), les processus administratifs de facturation et de contrôle ainsi que les indications sur les répercussions sur les prestataires de soins ambulatoires en aval sont particulièrement intéressants. L'objectif de l'enquête est de recueillir auprès de ce groupe cible des appréciations sur l'opportunité et l'efficacité de la réglementation AvS et d'obtenir une vue d'ensemble de la perspective des assureurs. Compte tenu des informations à recueillir, un questionnaire comportant pour l'essentiel des questions standardisées, en plus de quelques questions ouvertes, s'est imposé.

Dans le module 4, les conclusions des différents modules sont synthétisées afin de générer une réponse complète et systématique aux questions d'évaluation. Sur cette base, les effets de la réglementation AvS de l'OPAS peuvent être mis en évidence. De plus, les résultats des deux études externes sur la qualité clinique des interventions, commandées par l'OFSP, seront également pris en compte dans ce module (OFSP 2021: 4)<sup>12</sup>. Enfin, les

---

<sup>12</sup> L'observation de l'évolution de la qualité des traitements concernés a été commandée à l'extérieur dans une étude de recherche rétrospective et prospective (Vach et al. 2021)

retours de l'atelier de validation du 22 février, lors duquel les résultats et les recommandations de l'évaluation seront présentés aux représentants du mandant et du groupe d'accompagnement, seront également intégrés.

Tableau 2 : Aperçu des modules d'évaluation : questions d'évaluation couvertes

Module	Méthodologie	Échantillon	Source des données	Questions d'évaluation							
				1	2	3	4	5	6	7	
1. Analyse des données secondaires du monitoring	Analyse statistique des données de suivi par la méthode dite de « différence-in-différences »	Cantons, régions linguistiques	Obsan								
2. Analyse des prestataires	Interviews guidées avec des prestataires de soins ainsi que des cantons et sondage en ligne standardisé auprès des prestataires de soins	8 études de cas; fournisseurs de prestations et services des départements de la santé des cantons	Propre enquête (entretiens et sondage en ligne)								
3. Sondage standardisé auprès des assureurs	Sondage en ligne standardisé auprès des assureurs de la liste des assureurs admis (01.10.2021)	Cadres et administrateurs	Propre enquête (sondage en ligne)								
4. Synthèse de l'évaluation	Analyse de documents Synthèse des résultats Atelier de validation	Modules 1-3 Groupe d'accompagnement	Propre enquête Documents Atelier de validation								

## 2 Analyse des données secondaires

### 2.1 Objectif et questions

Le module 1 examine la question de savoir si l'introduction de la modification de l'OPAS a engendré le transfert souhaité du stationnaire vers l'ambulatoire des opérations issues des six groupes d'interventions ciblés par la réglementation. Dans ce chapitre, nous procédons à l'analyse des données du monitoring fournies par l'Obsan qui a consigné les effets de la réglementation AvS de l'OPAS sur mandat de l'OFSP (Roth & Pellegrini 2021). Ce module génère des bases empiriques pour le traitement des questions d'évaluation 1 et 2.

### 2.2 Démarche méthodologique

L'approche de ce chapitre et les analyses y relatives se basent sur les données fournies par l'Obsan (Roth & Pellegrini 2021). Elles font notamment état des taux d'interventions standardisés (ambulatoires ou stationnaires) par groupe d'interventions, par canton et par trimestre pour la période 2015-2020. Ces données couvrent ainsi les quatre années antérieures à l'introduction de la révision de l'OPAS (2015-2018), mais aussi les deux années suivant son entrée en vigueur (2019-2020).

Pour évaluer l'effet de la réglementation, nous mettons en place une modélisation basée sur la méthode dite des "Difference-in-Differences" (DID). Un tel design compare l'évolution moyenne dans le temps (avant et après l'introduction d'une politique publique) d'une

variable donnée pour un groupe de traitement (ciblé par la politique publique), à la même évolution pour un groupe de contrôle (non ciblé par l'intervention). Ce design présente des avantages importants par rapport aux méthodes telles que les comparaisons avant/après et les designs liés aux séries temporelles (voir Tobías, 2020). Cet outil statistique permet donc de mettre en évidence l'effet causal d'une intervention, en comparant deux groupes (un groupe dit de traitement, et un groupe dit de contrôle) avant et après l'intervention en question. Nous profitons du fait que certains cantons ont déjà procédé avant 2019 à de premières tentatives de transfert vers davantage d'interventions ambulatoires (cantons pionniers) pour comparer leur développement avec les cantons sans listes cantonales préalables d'interventions à effectuer en ambulatoire (cantons non pionniers). Ces derniers ont un double rôle à jouer en matière de participation aux coûts : d'une part, en tant qu'exploitants d'hôpitaux (hôpitaux rentables) et, d'autre part, en tant que participants aux frais d'hospitalisation. Dans notre analyse, la révision de l'OPAS, entrée en vigueur le 1er janvier 2019, constitue l'intervention. Dans ce schéma analytique, le groupe de traitement est défini comme étant le groupe impacté par l'intervention. Dans le cas d'espèce, les cantons non pionniers<sup>13</sup> en la matière constituent le groupe de traitement de cette analyse, alors que les cantons pionniers<sup>14</sup> font office de groupes de contrôle<sup>15</sup>. Cette modélisation nous permet de mesurer l'effet de la réglementation sur l'évolution du taux ambulatoire. Ainsi, ce cadre analytique nous renseigne sur l'effet de la modification de l'OPAS sur les cantons non pionniers, comparativement aux cantons pionniers.

Nous incluons différentes variables dans nos analyses. Tout d'abord, le taux standardisé d'interventions réalisées en ambulatoire, pour 10'000 habitants, constitue notre variable dépendante. Le type d'intervention, le relevé trimestriel du nombre de cas de Covid-19 par canton depuis le début de la pandémie et la région linguistique sont introduits dans notre modélisation. Nous avons recours à des variables de contrôle, construites sur les données fournies par l'Obsan (2022) et l'Office fédéral de la statistique (OFS) (2022a, 2022b), telles que la densité de médecins par canton ou encore le taux d'occupation des lits dans les hôpitaux. La densité de médecins par canton recense le nombre de médecins actifs dans les hôpitaux (aussi bien dans le secteur stationnaire que dans le secteur ambulatoire), exprimée en équivalent plein temps<sup>16</sup>. Le taux d'occupation des lits, qui fournit des informations sur l'utilisation de la structure hospitalière, est mesuré en relevant le nombre de lits occupés pour 1'000 habitants. Finalement, nous contrôlons également nos analyses par le nombre d'interventions réalisées en ambulatoire et en stationnaire par canton et par trimestre.

## 2.3 Résultats

Dans le cadre du monitoring du AvS (Roth & Pellegrini 2021), les auteurs concluent que l'introduction de la modification de l'OPAS (art. 3c et annexe 1a) la prise en charge ambulatoire a augmenté pour la majorité des groupes d'interventions analysés. En outre, ce rapport décrit une baisse moins prononcée de la prise en charge stationnaire entre 2019 et 2020 et un changement de tendance dans l'évolution de la prise en charge ambulatoire qui pourrait être imputé à la crise de Covid-19. Un rapport de curafutura montre également

---

<sup>13</sup> BE, UR, SZ, OW, NW, GL, FR, SO, BL, AR, AI, SG, GR, AG, TG, TI, VD et GE.

<sup>14</sup> ZH, LU, ZG, BS, SH, VS, NE et JU.

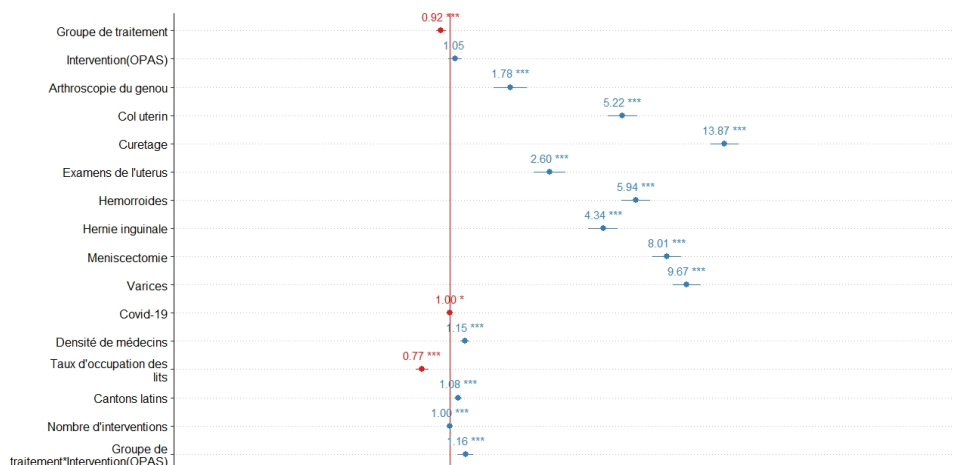
<sup>15</sup> A des fins de modélisation, nous faisons l'assomption que les cantons pionniers ne sont pas impactés de la même manière que les autres cantons par l'intervention. En effet, ces huit cantons ayant déjà une tradition de prise en charge ambulatoire de ces groupes d'interventions, leur pratique ne se voit pas affectée par cette réglementation de la même manière. Dans les cantons pionniers, nous supposons que la modification de l'OPAS vient renforcer une pratique déjà établie, ce qui n'est pas le cas pour les autres cantons. Le tableau de régression se trouve en annexe. (Table A1).

<sup>16</sup> Ces données recensent uniquement le nombre de médecins exerçant dans les hôpitaux. Il n'existe, à notre connaissance, pas de recensement des médecins pratiquant la chirurgie hors des hôpitaux.

que, ramené à 10'000 assurés, le nombre de cas standardisés dans le secteur stationnaire a diminué de 24,4% entre 2015 et 2019, tandis que les cas ambulatoires ont augmenté de 12,4% - avec une augmentation modérée des cas (ambulatoires et stationnaires) de 2,1% (Catlos et Petrini 2021).

La figure 2 ci-dessous présente une synthèse des résultats issus des analyses quantitatives que nous avons effectuées. La modélisation d'un design dit de DID nous permet de quantifier l'effet produit par la révision de l'OPAS. Ainsi, sous contrôle d'autres facteurs tels que le type d'intervention, le relevé trimestriel du nombre de cas de Covid-19 par canton depuis le début de la pandémie, la densité de médecins par canton, le taux d'occupation des lits dans les hôpitaux, la région linguistique ou encore le relevé trimestriel du nombre d'interventions réalisées en ambulatoire et en stationnaire dans chaque canton, nos analyses mettent en évidence un effet significatif et positif de la révision de l'OPAS sur le taux standardisé d'interventions ambulatoires. De ce fait, pour les cantons non pionniers (qui, dans le cadre de cette analyse, sont définis comme groupe de traitement), la modification de l'OPAS a causé une augmentation de 16% en moyenne, tous groupes d'interventions confondus, du taux standardisé d'interventions ambulatoires (Figure 2, étiquette « Groupe de traitement\*Intervention (OPAS) »)<sup>17</sup>. Ainsi, l'évolution du recours à l'ambulatoire dans les cantons non pionniers a été supérieure de 16% à l'évolution du recours à l'ambulatoire dans les autres cantons. Dans cette optique, la révision de l'OPAS a bel et bien engendré une augmentation du taux standardisé d'interventions prises en charge en ambulatoire, comparativement à la période précédant cette mesure. De plus, nos analyses portant sur l'évolution du taux de prise en charge en stationnaire fournissent de fortes indications indiquant un transfert du stationnaire vers l'ambulatoire<sup>18</sup>. En effet, sous contrôle des mêmes facteurs, la modification de l'OPAS a engendré une diminution de 17% de la prise en charge en stationnaire dans les cantons non pionniers, comparativement à la période précédant la modification de l'OPAS.

Figure 2 : Effet de la modification de l'OPAS sur le taux de prise en charge ambulatoire



*Exemple de lecture* : la modification de l'OPAS, pour les cantons composant le groupe de traitement a un coefficient de 1.16. Ainsi, cette mesure a causé une augmentation de 16% du taux de prise en charge ambulatoire, sous contrôle des variables présentes dans le modèle. Si le coefficient est supérieur à 1, il y a un effet positif sur le recours à l'ambulatoire, si le coefficient est inférieur à 1, il y a un effet négatif. Les catégories de références figurent en Annexe A1.

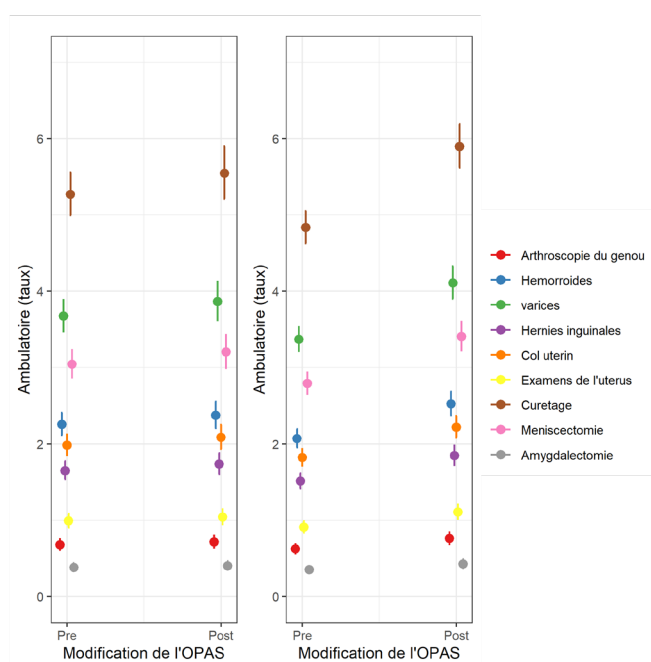
<sup>17</sup> Le tableau de régression se trouve en Annexe (Tableau A2).

<sup>18</sup> Le tableau de régression se trouve en Annexe (Tableau A3).



L'impact de la modification de l'OPAS se traduit également lorsque nous nous intéressons à l'évolution du taux de prise en charge ambulatoire par groupe d'intervention (Figure 3). Ainsi, cette mesure semble produire les effets les plus flagrants pour le curetage, le traitement des varices, la ménissectomie ou encore le traitement des hémorroïdes. En revanche, si en moyenne la mesure porte ses fruits, nous remarquons que l'effet est négligeable ou nul pour certains groupes d'interventions tels que l'amygdalectomie, l'arthroscopie du genou, ou encore les examens de l'utérus. Ces résultats corroborent ainsi partiellement les analyses de l'Obsan (Roth & Pellegrini 2021).

Figure 3 : Impact de la modification de l'OPAS sur le recours à la prise en charge ambulatoire par groupe d'interventions

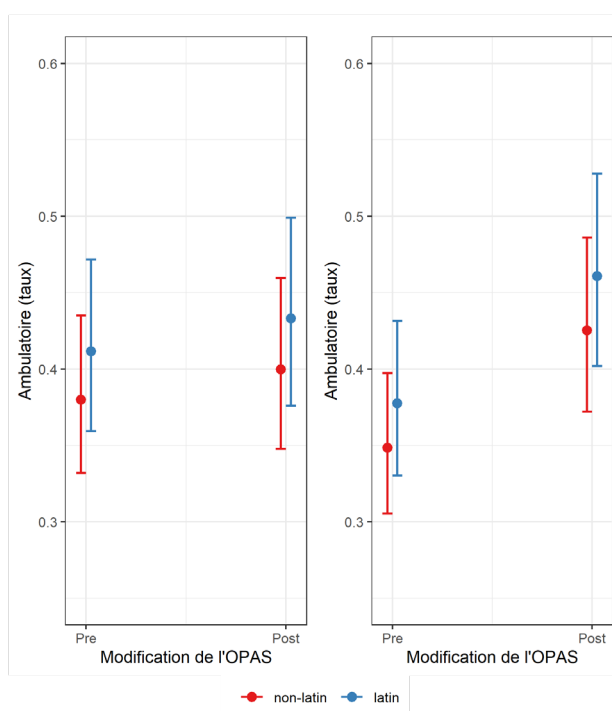


*Note* : Graphique de gauche : groupe de contrôle ; Graphique de droite : groupe de traitement. Ce graphique illustre l'impact de la modification de l'OPAS sur le recours à la prise en charge ambulatoire par groupe d'interventions. La période couverte par l'analyse s'étend de 2015 à 2020. La période antérieure à la modification de l'OPAS comprend les années 2015, 2016, 2017 et 2018, alors que la période postérieure à la modification de l'OPAS se rapporte aux années 2019 et 2020. Pour chaque groupe d'interventions, il s'agit de voir si l'augmentation du recours à la prise en charge en ambulatoire, avant et après la modification de l'OPAS en 2019, est supérieure pour le groupe de traitement ou pour le groupe de contrôle. Pour ce faire, il faut procéder à une double comparaison : comparer l'évolution pre/post du groupe de traitement à l'évolution pre/post du groupe de contrôle.

Intéressons-nous désormais aux variables de contrôle de nos analyses. De manière évidente, le taux d'occupation des lits au sein des structures hospitalières est négativement corrélé au recours à l'ambulatoire. En effet, une augmentation de l'occupation des lits traduit une prise en charge en stationnaire. Plus la densité de médecins en milieu hospitalier augmente, plus le taux de pris en charge en ambulatoire diminue. Cette corrélation négative s'explique notamment par la construction de cette variable. En effet, cet indicateur mesure le nombre de médecins travaillant (en équivalent plein temps) dans les hôpitaux, pour 1'000 habitants. Ainsi, cette variable regroupe tant les médecins actifs dans le secteur ambulatoire, que ceux œuvrant dans le secteur stationnaire. De ce fait, nous supposons que les médecins actifs dans le secteur stationnaire sont majoritaires dans les effectifs. De

légères différences peuvent aussi être relevées concernant l'effet des régions linguistiques sur le recours à la prise en charge ambulatoire. Ainsi, comparativement aux cantons germanophones, les cantons latins recourent plus à l'ambulatoire (+8%), cette différence est statistiquement significative. Le rapport de l'Obsan l'a déjà montré en 2019, les cantons romands présentaient déjà les taux les plus élevés d'interventions ambulatoires entre 2013 et 2016. Leurs valeurs étaient (et sont en partie encore aujourd'hui) constamment supérieures à la moyenne suisse (cf. Roth & Pellegrini 2019). De ce fait, en moyenne entre 2015 et 2020, les cantons latins recourent davantage à l'ambulatoire. La figure 4 nous renseigne sur l'impact de la modification de l'OPAS par région linguistique. Ainsi, tant pour les cantons germanophones que pour les cantons latins, le recours à l'ambulatoire est plus élevé à la suite de la révision de l'OPAS. En effet, la différence entre la période postérieure à la modification de l'OPAS et la période qui lui est antérieure est plus importante pour le groupe de traitement que pour le groupe de contrôle. Cependant, cette différence n'étant pas significative, nous ne pouvons pas nous prononcer sur une éventuelle différence relative à l'impact de la modification de l'OPAS par région linguistique. De ce fait, nos analyses ne nous permettent pas de savoir si la différence moyenne de 8% en termes de recours à l'ambulatoire entre régions linguistiques est imputable ou non à la révision de l'OPAS.

Figure 4 : Impact de la modification de l'OPAS sur le recours à la prise en charge ambulatoire par région linguistique



Note : Graphique de gauche : groupe de contrôle ; Graphique de droite : groupe de traitement. Ce graphique illustre l'impact de la modification de l'OPAS sur le recours à la prise en charge ambulatoire par région linguistique. La période couverte par l'analyse s'étend de 2015 à 2020. Période pre-modification de l'OPAS <1<sup>er</sup> janvier 2019 ; Période post-modification de l'OPAS >1<sup>er</sup> janvier 2019.

Ces analyses ne mettent en évidence aucun effet significatif de la crise du Coronavirus sur l'évolution de ce taux. Ainsi, nous ne pouvons confirmer l'hypothèse formulée dans le cadre du rapport de l'Obsan (Roth & Pellegrini 2021) quant à l'effet du Covid-19 sur la stagnation

de ce taux pour certains groupes d'interventions. Cependant, l'absence de preuve ne constitue pas la preuve d'une absence. Notons au passage que mesurer un lien de causalité entre le Covid-19 et l'évolution de ce taux est quasiment impossible, dans la mesure où, pour ce faire, il faudrait que certains cantons n'aient pas été impactés par la pandémie. En revanche, il est possible de mesurer la corrélation entre la crise sanitaire actuelle et l'évolution de ce taux. Cette corrélation n'est cependant pas statistiquement significative dans nos résultats. Enfin, le nombre absolu d'interventions chirurgicales réalisées par canton et par trimestre n'exerce pas d'effet sur l'évolution du taux de prise en charge en ambulatoire.

## 2.4 Limites

Nos analyses, bien qu'ayant permis de mettre en évidence l'effet de la modification de l'OPAS sur l'évolution du taux d'interventions ambulatoires, présentent certaines limites. Premièrement, malgré la robustesse de nos démarches, afin d'appliquer parfaitement le design DID, il aurait fallu que la modification de l'OPAS ne s'applique qu'à certains cantons. Cela aurait permis de définir un groupe de contrôle conforme à l'idéal type de cette méthode statistique. Deuxièmement, il serait intéressant de reconduire cette analyse avec plus de recul. En effet, pour l'heure, les données à disposition ne couvrent que la période 2015-2020. Cela a pour conséquence que seules les années 2019 et 2020 peuvent être prises en considération en qualité d'années post-intervention. Ainsi, avec plus de recul et l'augmentation des points temporels dans les données, l'analyse gagnerait en finesse. De plus, les bases de données à disposition souffrent parfois de données manquantes pour certains cantons. Ainsi, les cantons d'Appenzell Rhodes-Intérieures, de Glaris et d'Uri représentent 59% du total des données manquantes (car certaines interventions n'y sont pas effectuées). Même si ce phénomène est marginal, cela peut réduire quelque peu la qualité des données. Enfin, les données existantes à l'heure actuelle quant à l'évolution des coûts dans les secteurs ambulatoire et stationnaire nous restreignent dans nos analyses. En effet, ces données n'existent qu'en version agrégée au niveau suisse. De ce fait, répliquer l'analyse DID présentée dans ce rapport, et ainsi identifier l'effet causal de la révision de l'OPAS sur l'évolution des coûts n'est pas faisable. Cette entreprise nécessiterait des données mesurées au niveau des cantons afin d'établir des différences entre les groupes de traitement et de contrôle, constitués par les cantons.

## 2.5 Conclusion

En conclusion, nos analyses illustrent un transfert de prise en charge du stationnaire vers l'ambulatoire suite à la révision de l'OPAS en 2019. En effet, suite à cette intervention, nous observons simultanément dans les cantons non pionniers une augmentation de 16% du recours à l'ambulatoire et une diminution de 17% du recours au stationnaire (voir figure 2). De plus, cette mesure semble produire les effets les plus flagrants pour certains groupes d'intervention tels que le curetage, le traitement des varices, la ménisectomie ou encore le traitement des hémorroïdes. Une différence de 8% en moyenne sur la période 2015-2020 est à souligner entre cantons latins et cantons alémaniques quant au recours à l'ambulatoire. Cependant, nos analyses ne nous permettent pas de quantifier la part de cette différence imputable à la modification de la réglementation.

Toutefois, les analyses présentent certaines limites (voir ci-dessus) et les résultats mentionnés sont à interpréter relativement à l'évolution de la prise en charge dans les cantons pionniers. Ainsi, ces analyses ne permettent pas de quantifier l'impact absolu de la mesure, mais nous permettent d'affirmer avec certitude que la modification a produit plus d'effets dans les cantons non pionniers.

Compte tenu de ces résultats, nous soulignons l'utilité de cette réglementation qui remplit selon nous ses objectifs en matière de transfert de prise en charge du stationnaire vers l'ambulatoire. Manifestement, la modification de la législation a été particulièrement bénéfique aux cantons non pionniers, dans la mesure où cette dernière a participé à une forme de rattrapage de ces cantons comparativement aux cantons pionniers en termes de transfert du stationnaire vers l'ambulatoire. Il serait particulièrement utile de reconduire une telle analyse avec plus de recul et des données couvrant une plus large période post-modification de la réglementation afin d'observer l'évolution de ces résultats dans le temps.

### 3. Analyse des prestataires de soins

#### 3.1 Objectif et questions

Ce module se concentre sur la perspective des prestataires de soins et comprend deux éléments d'enquête différents : huit études de cas qualitatives d'institutions de soins et un sondage standardisé distribué auprès de tous les fournisseurs de prestations concernés par la nouvelle réglementation de l'OPAS. Tout d'abord, les études de cas visent à analyser de manière approfondie la manière dont ces institutions ont mis en œuvre la réglementation de l'OPAS et comment les effets sur la qualité clinique et les processus (décision, facturation et contrôle) sont évalués. En outre, les études de cas fournissent également des informations sur la mesure dans laquelle il pourrait y avoir eu des effets négatifs sur les fournisseurs de prestations ambulatoires en aval, tels que les médecins de premier recours et les soins à domicile. Enfin, la question de savoir si d'autres interventions doivent être intégrées dans les groupes AvS doit également être soulevée. Ce module se concentre sur les questions d'évaluation 3, 4, 6 et 7 et fournit des résultats complémentaires pour les questions 1 et 5.

#### 3.2 Démarche méthodologique

L'analyse de ce module s'appuie sur la méthode de l'analyse de contenu qualitative. La Suisse compte actuellement 281 prestataires de soins hospitaliers, dont 50 établissements pratiquant les six groupes d'interventions présents sur la liste de l'annexe 1a de l'OPAS (OFSP 2021b). Afin d'étudier une masse critique, seuls les fournisseurs de prestations possédant plus de 150 lits stationnaires sont pris en compte pour la comparaison qualitative des études de cas. La sélection des huit fournisseurs de prestations repose finalement sur deux dimensions principales pouvant exercer une influence sur la mise en œuvre de la réglementation AvS de l'OPAS. D'une part, certains cantons pionniers (ZH, LU, ZG, BS, SH, VS, NE et JU)<sup>19</sup> ont déjà procédé avant 2019 à de premières tentatives de transfert vers davantage d'interventions ambulatoires. On suppose qu'il existe dans ces cantons une tradition plus ancrée de prise en charge ambulatoire et que, par conséquent, la réglementation sera appliquée plus efficacement. D'autre part, les fournisseurs de prestations sont distingués par leur taille (nombre de lits d'hospitalisation), car les grandes institutions ont en principe davantage la possibilité de réaliser des traitements hospitaliers. Sur la base de ces deux dimensions, deux fournisseurs de prestations par catégorie sont sélectionnés, comme le montre le Tableau 3. Outre ces critères, il est également tenu compte des différences (linguistiques) régionales (deux à trois fournisseurs de prestations de Suisse romande/Tessin) et du type de fournisseurs de prestations (soins de base, mais pas d'hôpitaux universitaires, car ceux-ci se concentrent souvent sur des domaines spécifiques). L'accent est mis sur les fournisseurs de prestations publics, mais les hôpitaux

---

<sup>19</sup> Le canton d'Argovie a également introduit une liste le 1er janvier 2018, mais celle-ci a dû être retirée suite à une décision de justice. L'utilisation actuelle de la liste en Argovie ne se fait que dans les hôpitaux qui se sont déclarés volontaires.

privés sont également pris en compte pour la sélection. Enfin, il s'agit également, pour la plupart des prestataires, d'institutions ayant le plus grand nombre de journées de soins (stationnaires, sans les journées de sortie) en Suisse (OFSP 2021b). En principe, nous nous attendons à ce que les fournisseurs de prestations des cantons pionniers aient mis en œuvre la réglementation AvS de manière plus efficace en comparaison aux institutions des autres cantons. En outre, il est concevable que des différences soient observées entre les petits et les grands fournisseurs de prestations. Trageser et al. (2017 : 26) montrent que les grands fournisseurs de prestations profitent des avantages de la spécialisation, car ils effectuent plus souvent certains traitements et deviennent donc plus efficaces dans leurs processus.

Tableau 3 : Sélection des études de cas

Canton pionnier	Nombre de lits des prestataires de soins	
	Petit/moyen (150-300 lits)	Grande (450-820 lits)
Non	Hirslanden Klinik Aarau (AG) Spitalzentrum Biel (BE)	EOC Ente ospedaliero cantonale (TI) Kantonsspital St. Gallen (SG)
Oui	Réseau hospitalier neuchâtelois (NE) Spital Limmattal (ZH)	Hôpital du Valais Centre hospitalier du Valais Romand (VS) Luzerner Kantonsspital (LU)

Dans chacune des huit études de cas, quatre entretiens semi-directifs étaient menés dans les établissements sélectionnés avec des collaborateurs représentant différentes fonctions et services médicaux (personnel administratif et médecins spécialistes) afin de recueillir un éventail aussi large que possible d'expériences et d'évaluations. De plus, un entretien avec un représentant du département cantonal de la santé a également été réalisé afin de prendre en compte la perspective des cantons. Dans le cas des établissements médicaux, il a souvent fallu passer par un processus complexe de prise de contact avec la direction ou les médecins-chefs des services concernés afin d'expliquer les objectifs de l'évaluation et obtenir leur accord pour fixer les entretiens. Pour ceux menés avec les médecins spécialistes, ce sont principalement les médecins-chefs qui ont souhaité y prendre part. Au total, 38 entretiens sur les 40 prévus ont été réalisés, entre le 13 octobre et le 22 décembre 2021. Ces entretiens, qui ont duré environ 45 minutes en moyenne, ont été menés en allemand ou en français, ont fait l'objet d'un procès-verbal et ont été évalués à l'aide d'une analyse de contenu qualitative en fonction des thèmes principaux.<sup>20</sup>

Afin de généraliser les résultats obtenus à partir des études de cas, un questionnaire en ligne standardisé a été envoyé à tous les fournisseurs de prestations en Suisse qui réalisent au moins l'un des six groupes d'interventions AvS (OFSP 2021b). En combinaison avec les études de cas, ce sondage en ligne auprès des fournisseurs de prestations sert à confirmer ou à compléter les propos ressortant des entretiens menés. Le sondage se concentre sur les principaux résultats des études de cas et tente d'étendre les connaissances à tous les fournisseurs de prestations interrogés. La distribution finale du questionnaire était convenue avec le mandant et le groupe d'accompagnement, les adresses (générales) ont été récoltées manuellement étant donné qu'il n'existe pas de registre contenant les informations de contact de toutes les personnes travaillant dans les établissements médicaux directement touchées par la réglementation en Suisse<sup>21</sup>.

<sup>20</sup> Le questionnaire se trouve en annexe (Tableau A4).

<sup>21</sup> Le questionnaire se trouve en annexe (Tableau A5).

Au vu de la complexité du processus de contact mentionné plus haut avec la plupart des établissements et des contraintes de temps, la décision a été prise de compter sur la volonté des établissements de prendre part à l'évaluation pour sa distribution interne. En effet, les invitations à y participer ont d'abord été envoyées par les canaux de communication généraux aux établissements puis/ou envoyées à leur direction afin de décider de la poursuite de leur diffusion vers les différents services concernés. Le cas échéant, le/la médecin-chef en charge prenait à son tour la décision de diffuser le questionnaire au sein du service ou d'y répondre au nom de tout le service. Un rappel a ensuite été envoyé aux hôpitaux et cliniques n'ayant pas ou peu (selon leur taille) répondu. Début janvier, un dernier contact téléphonique a été fait avec la direction de quelques établissements sélectionnés pour leur taille importante ou se situant dans des cantons n'ayant donné aucune réponse.

Pour toutes ces raisons, il est difficile d'établir le nombre exact de personnes auxquelles ce questionnaire est parvenu et donc de définir le taux de réponse. Sur un total de 126 établissements contactés, 45 d'entre eux ont fourni au moins une réponse, soit un peu plus d'un tiers de l'échantillon. Cela représente un total de 96 personnes ayant pris part au sondage mené entre fin novembre 2021 et janvier 2022. Parmi les répondants, on dénombre notamment 65 médecins, 18 membres de direction, 10 collaborateurs·trices administratifs·ves et 3 autres<sup>22</sup>. Au niveau des cantons, sept d'entre eux ne sont pas représentés<sup>23</sup>, faute de participation des hôpitaux et cliniques contactés. À noter finalement que Berne (17), Neuchâtel (8), Saint-Gall (8) et Zurich (12) totalisent à eux quatre 45 réponses. Il faut donc prendre en considération que les résultats provenant du sondage en ligne présenté ci-après ne donnent qu'une vision limitée de l'opinion de la population totale et qu'il est ainsi difficile d'en tirer des interprétations générales applicables à l'ensemble des établissements médicaux de Suisse. De plus, dans la plupart des cas, une seule réponse par service a été donnée dans les établissements ayant participé, laissant penser que ce sont uniquement les médecins-chefs qui ont rempli le questionnaire à la réception du message d'invitation. Néanmoins, ces réponses fournissent des informations précieuses couvrant une majorité des cantons.

### 3.3 Résultats

#### 3.3.1 Appréciation du transfert d'interventions médicales du stationnaire à l'ambulatoire

La quasi-totalité des personnes interviewées s'accorde à dire qu'il y a une tendance claire à privilégier l'approche ambulatoire pour les six groupes d'interventions chirurgicales répertoriés dans l'annexe 1a de l'OPAS. Ce résultat est ultérieurement confirmé par le deuxième monitoring l'Obsan qui montre une augmentation des interventions en milieu ambulatoire pour les interventions précitées (Roth & Pellegrini 2021).

Or, cette propension est néanmoins nuancée par certains facteurs. Premièrement, conformément aux affirmations de plusieurs répondants lors des entretiens, en raison de l'urgence suscitée par l'épidémie de Covid-19, un grand nombre d'opérations non essentielles ont été reportées. Par conséquent, ils signalent qu'il n'est pas encore possible de dresser un constat précis de la situation. Deuxièmement, pour de nombreux répondants, une augmentation du transfert des interventions du stationnaire à l'ambulatoire était déjà visible dans leur secteur avant la mise en œuvre de cette mesure, car le progrès médical

---

<sup>22</sup> Pour garantir l'anonymat des réponses, nous n'avons pas demandé leur position, c'est pourquoi nous ne pouvons pas donner d'indications sur la représentativité par niveau hiérarchique. De plus, les réponses pourraient également être biaisées, car les personnes qui participent au sondage ont une certaine motivation, comme par exemple un fort intérêt pour le sujet (cf. Bundi et al. 2018).

<sup>23</sup> AI, FR, JU, NW, SZ, TI, ZG.

va lui aussi dans la direction d'une prise en charge en ambulatoire (voir aussi Roth & Pellegrini 2021). À titre d'exemple, un répondant précis que « le transfert a commencé bien avant l'entrée en vigueur de la réglementation à cause de multiples raisons. Mais [la réglementation] a certainement donné un élan supplémentaire ».

Le choix de réaliser ces types d'interventions en ambulatoire est également lié à la tradition du médecin traitant. Une personne questionnée sur le sujet souligne que « les différences dans la manière de réaliser les opérations relèvent d'une question de tradition médicale. Il y a ceux qui regardent en arrière (interventions stationnaires) et ceux qui regardent en avant (interventions ambulatoires) ».

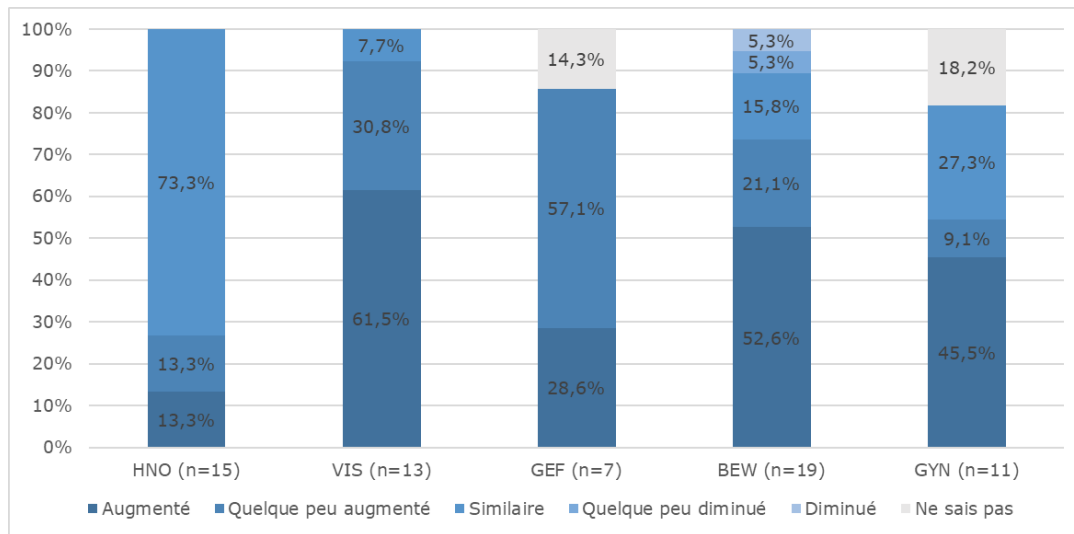
D'après les entretiens, il semble y avoir un phénomène de concentration des services ambulatoires, puisque, pour les hôpitaux de taille inférieure à la moyenne, le fait de basculer vers des opérations effectuées en ambulatoire s'avère être moins rentable. Plus précisément, l'analyse montre qu'il y a un regroupement majeur des opérations menées en ambulatoire dans des établissements spécifiques dans au moins six cantons analysés dans les études de cas, bien que les deux restants semblent avoir entamé également un processus allant dans ce sens. Cela a également été souligné par un répondant : « nous avons fermé cinq hôpitaux : pour les petits hôpitaux, c'est une catastrophe. Il y a donc une plus grande concentration des prestations, ce qui est positif pour le secteur. Toutefois, cela n'est pas fantastique pour tous les établissements ».

La grande majorité des participants aux entretiens estime également que le transfert d'interventions médicales du stationnaire vers l'ambulatoire est tout à fait compréhensible, surtout au niveau clinique. En effet, plus de la moitié des répondants affirme avoir déjà mis cette approche en pratique avant l'émergence de la réglementation.

Les chiffres du sondage en ligne démontrent une augmentation du nombre d'interventions menées en ambulatoire depuis l'introduction de la réglementation (Figure 5). Ainsi, près de deux tiers des médecins (61.6%, n=65) ayant répondu au questionnaire estiment que celles-ci ont augmenté alors qu'un peu moins d'un tiers (30.8%) estime que ce nombre est resté inchangé. Les avis sont cependant bien plus contrastés lorsque l'on regarde les chiffres plus en détail, selon les domaines concernés. Par exemple, près de trois quarts des sondés exerçant en oto-rhino-laryngologie (ORL) (73.3%, n=15) affirment n'avoir vu aucun changement notable. En contraste, une large proportion de celles et ceux pratiquant dans les domaines de la chirurgie viscérale (92.3%, n=13) et vasculaire (85.6%, n=7) indique une augmentation du nombre d'opérations. Au niveau des régions alémaniques et romandes, la majorité des sondés constate une augmentation du nombre d'interventions, en notant que l'impact est légèrement plus marqué en Suisse allemande (64.1%, n=78) qu'en Romandie (55.6%, n=18). L'explication de cette dernière observation peut être renvoyée à celle faite précédemment dans notre analyse (chapitre 2.3) citant le rapport de l'Obsan montrant un ancrage de la pratique ambulatoire déjà plus fort dans les cantons latins que dans les cantons alémaniques. Il paraît donc évident que la perception de l'augmentation du nombre d'interventions ambulatoires puisse être moins marquée chez ceux-là.

Les médecins interviewés ont également salué cette tendance, même si un tiers d'entre eux ont exprimé leur mécontentement quant à l'imposition de cette mesure et à la restriction de leur libre arbitre dans le cadre de leur profession. Il en va de même pour les hôpitaux : bien qu'ils en voient le potentiel, ils sont également préoccupés par les pertes entraînées par ce changement dans le système tarifaire actuel.

Figure 5 : Perception par les médecins de l'évolution du nombre d'interventions ambulatoires par domaine



Note : HNO = Oto-rhino-laryngologie ; VIS = Chirurgie viscérale ; GEF = Chirurgie vasculaire ; BEW = Orthopédie ; GYN = Gynécologie

Les résultats du questionnaire en ligne démontrent une tendance à l'insatisfaction quant à l'implémentation de la réglementation (Figures 6 et 7). Globalement, un peu plus de la moitié des sondés exprime son insatisfaction (55.2%) alors qu'un peu plus d'un tiers est satisfait (35.6%). En se focalisant sur l'avis des médecins uniquement, ces taux passent à 63.1% d'insatisfaction contre 30.8% de satisfaction. L'avis est cependant contrasté en considérant les régions linguistiques, ainsi les taux d'insatisfaction et de satisfaction sont respectivement de 60.3% et 33.3% pour la Suisse alémanique (n=78) et de 33.3% et 44.4% pour la Suisse romande (n=18).

Figure 6 : Satisfaction des répondants quant à l'implémentation de la réglementation AvS par région linguistique

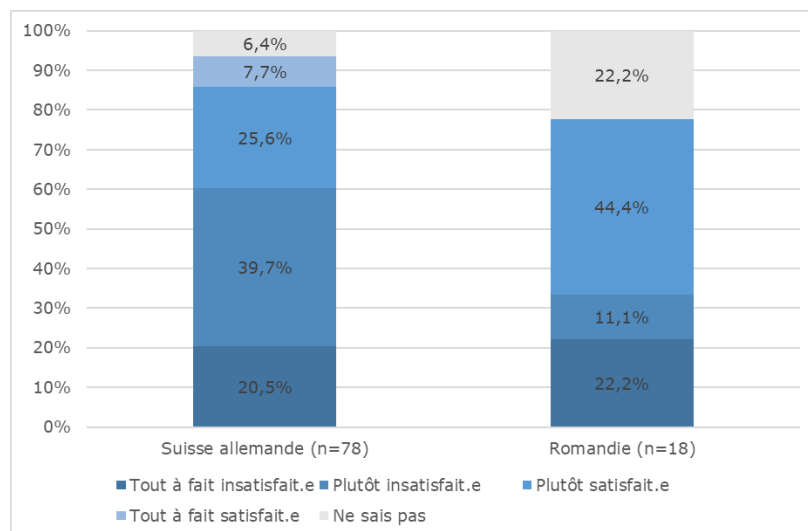
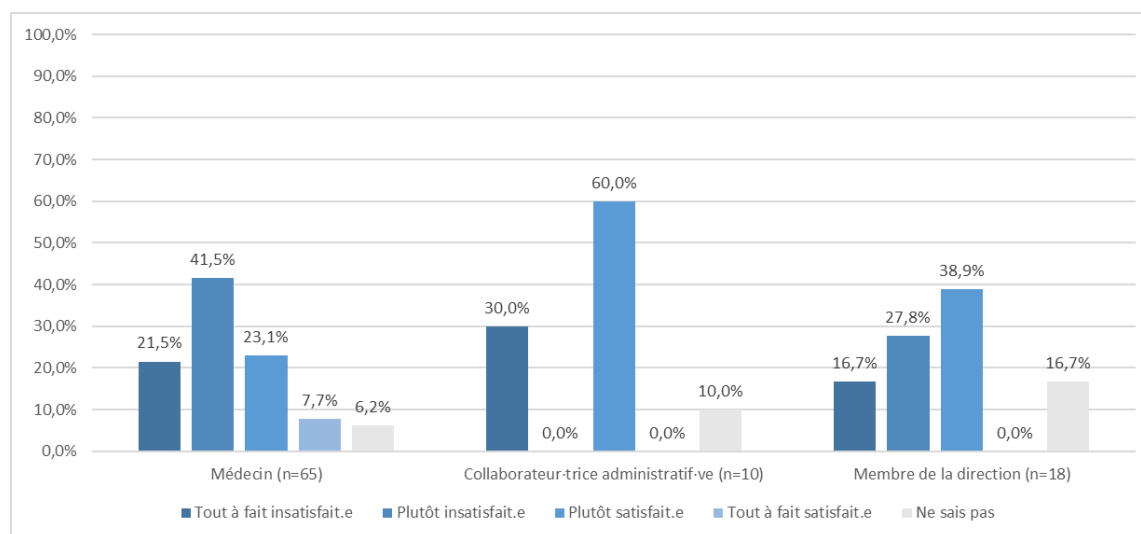




Figure 7 : Satisfaction des répondants quant à l'implémentation de la réglementation AvS par fonction



### 3.3.2 Appréciations des effets sur les coûts

Il y a une certaine unanimité autour des économies réalisées par les cantons, à la suite de l'application de la réglementation fédérale ou, dans le cas des cantons pionniers, de la réglementation cantonale. Trois représentants cantonaux ont clairement indiqué qu'ils avaient économisé entre 1,5 million et 2 millions de francs. En outre, rien qu'en 2019, le canton de Zurich a réalisé une économie de 10 millions de francs (Gesundheitsdirektion Kanton Zürich, 2019).

Selon les acteurs interviewés, il y a une claire perte de revenus pour les hôpitaux découlant du passage de l'activité stationnaire à ambulatoire. Cela s'explique par le fait que les interventions réalisées dans le secteur stationnaire sont plus avantageuses financièrement comparativement à celles réalisées en ambulatoire. Notamment, pendant l'interview, un intervenant a indiqué que la mise en pratique de cette réglementation a « conduit à une augmentation considérable de la pression sur les hôpitaux ». À ce propos, certains médecins ont exprimé leur inquiétude, expliquant qu'une baisse des revenus pourrait impliquer un manque d'investissement au niveau hospitalier dans le futur.

Globalement, une grande partie des acteurs interviewés - actifs dans le milieu hospitalier - ont exprimé leur désaccord avec le régime tarifaire qui, selon eux, engendre des incitations dissuasives. Ils estiment que même si les coûts ont baissé, puisque les interventions ambulatoires sont moins coûteuses, la tarification dans le domaine ambulatoire ne parvient pas à couvrir les frais. En effet, la même intervention sera comptabilisée de manière différente si le prix est calculé en ambulatoire (Tarmed) ou en stationnaire (DRG). Un répondant explique que « les hôpitaux ne sont en principe pas incités à pratiquer des opérations ambulatoires, car celles-ci ne sont viables qu'à grande échelle et avec des procédures standardisées ». En effet, les interventions en milieu ambulatoire sont considérées comme simples et n'ont ainsi pas une rémunération élevée. De ce fait, elles ne sont donc économiquement rentables ni pour les médecins associés ni pour l'hôpital.

Toujours en ce qui concerne les hôpitaux, l'analyse des entretiens suggère que dans les cas les plus extrêmes, lorsqu'à l'issue de l'échange entre les hôpitaux et les assureurs maladie, ces derniers refusent de prendre en charge un des six groupes d'interventions, l'hôpital décide parfois de prendre en charge lui-même les coûts ou de ne pas les réaliser.

Comme indiqué par un répondant, cela se justifie parce que les coûts d'une procédure juridique seraient trop élevés. Or, bien qu'il s'agisse d'un phénomène important à souligner, il ne semble pas se produire fréquemment et plutôt dans les hôpitaux de taille moyenne ou petite.

Les perceptions sont très divergentes quant aux coûts que cette réglementation a engendrés aux assurances-maladie. Pour une partie des personnes interviewées, l'effet sur les coûts pour les assurances-maladie devrait être négligeable : si d'une part elles doivent payer la totalité de la prestation<sup>24</sup>, d'autre part les interventions ambulatoires sont moins coûteuses. Au contraire, d'autres acteurs sont persuadés que les assurances-maladie ont réussi à faire des économies. Seulement une minorité des répondants considère que celles-là ont participé à une augmentation de leurs coûts. Ce résultat est conforme aux rapports de curafutura (2019) et de l'Obsan (Roth & Pellegrini 2021), lesquels montrent que les coûts bruts totaux de l'AOS (en tenant compte à la fois des prises en charge ambulatoires et stationnaires) pour les 16 interventions examinées<sup>25</sup> ont diminué de 1,7 million de francs (0,4 %) entre 2018 et 2019. Néanmoins, il faut souligner que les interventions considérées dans cette étude ne se limitent pas à la liste de la confédération.

### 3.3.3. Appréciations des implications pour les effets cliniques

Au niveau des complications postopératoires, la totalité des médecins interrogés lors des entretiens n'a pas détecté de changements majeurs. Pour mieux illustrer ce phénomène, un répondant déclare : « les complications chirurgicales sont les mêmes que ce soit dans le domaine ambulatoire ou stationnaire ». D'ailleurs, les médecins indiquent clairement que les progrès accomplis en matière de médecine ont permis de réduire non seulement les problèmes postopératoires, mais aussi la douleur qui peut en découler. Ces avancées contribuent donc à favoriser l'évolution vers un mode de fonctionnement ambulatoire.

Selon le personnel médical et administratif interrogé dans les entretiens, la satisfaction des patients ne semble en général pas avoir diminué. Il est largement observé par les acteurs que les patients, surtout les plus jeunes, sont généralement satisfaits des pratiques ambulatoires et préfèrent rentrer chez eux le plus rapidement possible. À cela, ils ajoutent que depuis l'arrivée du Covid-19, toujours plus de patients préfèrent quitter l'hôpital le plus tôt possible. Cependant, les médecins et le personnel administratif ont constaté que l'âge représente un facteur fondamental dans l'appréciation des interventions traitées en ambulatoire<sup>26</sup>. En d'autres termes, si les plus jeunes semblent être plutôt favorables à un séjour plus court à l'hôpital, les plus âgés qui selon les médecins cumulent souvent plusieurs comorbidités préfèrent passer une nuit supplémentaire à l'hôpital afin de bénéficier d'un meilleur contrôle. Plus spécifiquement, comme souligné par un répondant, « les patients plus âgés, seuls chez eux, plus enclins à avoir certains problèmes seront moins satisfaits de devoir rentrer ». Ceux-ci peuvent être hospitalisés conformément à la liste de dérogations, mais le fait est que l'âge seul n'est pas considéré comme une raison, ce qui pousse les médecins à fournir une autre raison, ce qu'ils considèrent sous-optimal. Un autre point évoqué plusieurs fois lors des entretiens concerne le mécontentement de certains patients ayant une assurance complémentaire privée. Les répondants expliquent que ces patients ne reçoivent non seulement pas de prestations supplémentaires lors des interventions en ambulatoire et que le parcours ambulatoire fait qu'ils ne bénéficient pas

---

<sup>24</sup> Le canton ne participe pas aux coûts engendrés par les interventions en milieu ambulatoire.

<sup>25</sup> AUG1, BEW1, BEW2, BEW3, BEW4, GEF1, GEF2, GYN1, GYN2, HNO1, KAR1, KAR2, URO1, VIS1, VIS2, VIS3

<sup>26</sup> Cependant, les interventions concernent différents groupes d'âge. Alors que l'amygdalectomie concerne surtout les enfants et les adolescents, le curetage et les examens de l'utérus concernent les jeunes femmes et les hernies inguinales touchent particulièrement les personnes plus âgées. Le reste des opérations (arthroscopie du genou, ménissectomie, col utérin, hémorroïdes, varices) concernent les personnes d'âge moyen.

d'une chambre privée durant ces types d'interventions. Afin de maintenir leur confort, deux médecins supposent que des patients avec une assurance complémentaire privée préféreraient préférer un traitement en milieu stationnaire. De même, les prestataires de soins peuvent préférer hospitaliser les patients assurés en privé plutôt que de les traiter en ambulatoire.

Certains médecins, surtout ceux actifs dans le domaine de l'ORL, ont toutefois relevé lors des entretiens que pour des opérations très douloureuses, le patient est plus susceptible de vouloir rester à l'hôpital. Comme clarifié par un des répondants, « la plainte la plus importante concerne la douleur. Dans le service de l'ORL, ce sont les tonsillotomie qui sont les plus douloureuses, et ce sont celles qui peuvent causer le plus de problèmes. Elles rendent le postopératoire assez lourd ». À ce sujet, les médecins interviewés ont donc indiqué que les progrès à faire se situent plutôt au niveau de la gestion de la douleur. Cela dit, les médecins de cette branche ont également fait état des progrès réalisés à cet égard.

Finalement, une communication claire et cohérente avec les patients quant à la pratique ambulatoire semble augmenter le niveau de satisfaction et d'apaisement des patients, tout en renforçant le « patient empowerment ». Un intervenant affirme notamment « que les patients auraient plus de remarques si on ne leur explique pas bien comment faire les pansements ou bien quoi faire avec le médicament prescrit ». Malheureusement, cela ne serait pas pris en compte en raison de la situation tendue dans les hôpitaux et de la forte pression sur les coûts. Selon deux médecins, les patients sont également très heureux de se retrouver dans une même pièce pour partager leur expérience tout en constatant une certaine égalité de traitement.

### 3.3.4 Appréciation de la mise en œuvre par les prestataires de services et les assureurs

Dans l'ensemble, les échanges d'informations et la coordination entre les acteurs sont satisfaisants. En outre, l'analyse des études de cas relève un très bon niveau de coordination pour au moins trois des quatre cantons pionniers. Une illustration directe de cette tendance est la création, dans la plupart de ces cantons, de groupes de travail réunissant les différentes parties prenantes dans le but de mettre en œuvre le système ambulatoire. Les hôpitaux participant à ces groupes de travail ont en effet exprimé une forte satisfaction quant à leur inclusion dans les décisions de mise en œuvre.

Néanmoins, les entretiens ont également permis de mettre en lumière un manque de collaboration entre certaines entités. De plus, presque tous les cantons mettent en avant le fait que les contacts avec les assurances-maladie pourraient être améliorés, en instaurant par exemple des réunions ou des échanges plus fréquents. En l'espèce, non seulement la majorité des cantons non pionniers ont relativement peu d'échanges avec les assurances-maladie, mais la situation est compliquée en raison d'un problème de confidentialité : selon certaines personnes interviewées, les cantons ont une vue d'ensemble sur les données plus larges, par rapport aux assurances-maladie qui ne disposent que des données de leurs clients.

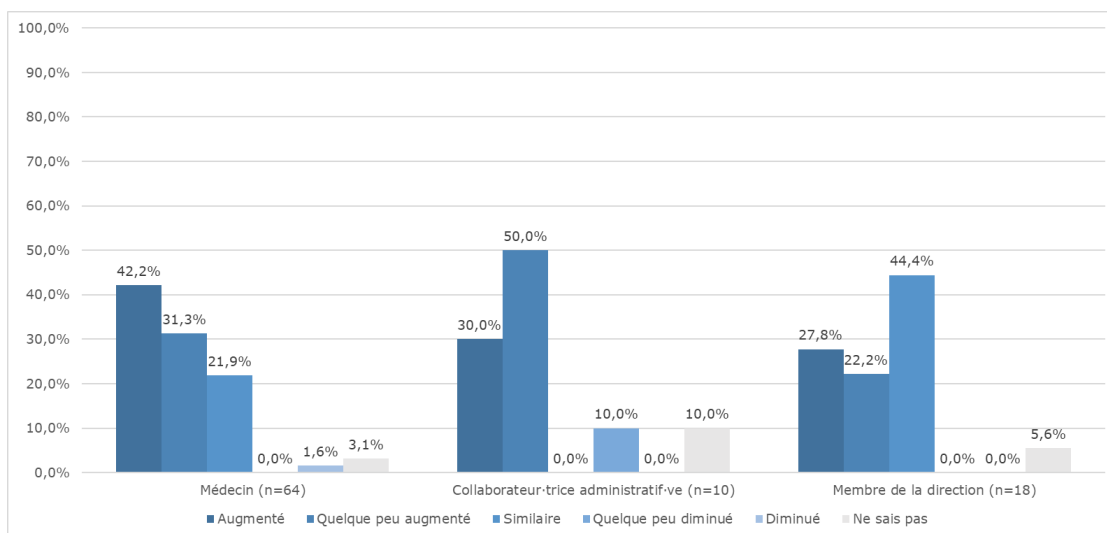
En ce qui concerne la communication entre les médecins/les hôpitaux et les assurances-maladie, les avis sont mitigés parmi les personnes interviewées. Pour une partie d'entre elles, la communication avec les assurances-maladie se passe globalement bien. En revanche, la plupart des médecins et quelques hôpitaux (plutôt de taille petite à moyenne) soulignent clairement plusieurs difficultés. Le problème majeur se pose lorsque les assurances-maladie sont en désaccord avec la décision de réaliser une opération en stationnaire, alors que selon la réglementation, elle devrait être réalisée en ambulatoire. En particulier, les médecins interrogés font souvent référence à la difficulté de contacter les médecins-conseils ce qui réduit les opportunités de discuter des différences d'avis. En

résulte un processus administratif plus lourd pour le médecin qui doit argumenter son choix auprès des assureurs. Cette tendance est bien illustrée par la réponse d'un répondant : « si l'on traite quand même un·e patient·e en stationnaire, cela devient très vite pénible et il faut écrire plusieurs lettres ». À cet égard, un médecin interviewé ajoute qu'un simple appel téléphonique, c'est-à-dire un contact plus rapide et plus direct avec le médecin-conseil d'une assurance, serait une solution idéale pour améliorer et fluidifier le transfert d'informations. D'après les réponses, il existe également des différences majeures parmi la panoplie d'assurances-maladie : certaines d'entre elles semblent être plus strictes quant aux demandes de dérogations, alors que d'autres font preuve de plus de flexibilité.

La plupart des acteurs interviewés signalent une augmentation de la charge administrative au sein de l'hôpital suite à l'entrée en vigueur de la réglementation. Cela est principalement dû aux vérifications supplémentaires faites par les assurances-maladie et aux justificatifs élaborés par les médecins. Les médecins interviewés ont toutefois constaté une légère amélioration par rapport au tout début de la mise en œuvre de la réglementation, puisque la procédure, du moins en partie, a été optimisée. À mentionner également que le fait d'avoir des patients hospitalisés hors canton (HHC), dans lesquels la liste de critères de dérogation et de groupes d'interventions peut différer, complique davantage les tâches administratives. Toutefois, cela est également dû au fait que tous les critères d'exception ne peuvent être vérifiés automatiquement, car il n'est pas possible de tous les coder au moyen de la CIM-10.

L'impact sur le travail administratif se matérialise aussi dans les réponses des personnes questionnées en ligne (Figure 8). Globalement, deux tiers d'entre elles (68.8%) déclarent une augmentation de leur charge administrative depuis l'entrée en vigueur de la réglementation alors que moins d'un quart (22.9%) n'ont pas remarqué de changement. Cette augmentation concerne toutes les fonctions dans les établissements, même si elle est plus marquée auprès des médecins (73.4%, n=64) et du personnel administratif (80%, n=10).

Figure 8 : Perception de l'évolution des charges administratives par fonction



### 3.3.5 Appréciation des effets sur les prestataires de services ambulatoires en aval

La majeure partie des personnes interviewées n'était malheureusement pas en mesure de fournir des informations concernant les impacts de l'ambulatoire sur les soins à domicile. Ces derniers étant essentiellement gérés par des entités externes, la communication entre celles-ci et les personnes constituant notre échantillon n'est pas fréquente.

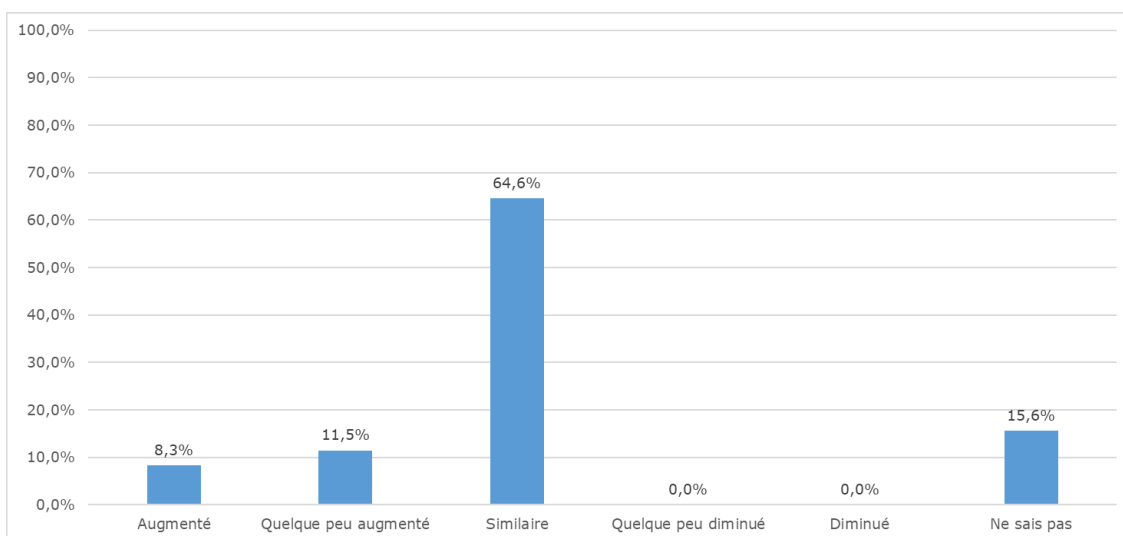
Cependant, quelques médecins interrogés estimaient que l'effet était certainement minime, car les patients traités en ambulatoire sont souvent jeunes et ont donc en général une bonne capacité de récupération. De plus, l'ambulatoire concerne principalement des interventions dites légères, pour lesquelles le risque de complications est réduit. Ce seraient ainsi les patients les plus âgés qui requièrent davantage de soins à domicile, car les conséquences d'une opération sont plus lourdes chez ces derniers. À cela s'ajoute le fait qu'un patient traité en ambulatoire doit être gardé quelques heures en observation après son intervention et n'est libéré qu'à condition de ne pas présenter de signes de complications postopératoires. À ce sujet, un médecin note que « les patients qui ont besoin de ce type de soins (à domicile) sont des patients qui auraient besoin de rester à l'hôpital », signifiant que les médecins font donc le nécessaire en amont pour identifier les personnes présentant un risque de complications élevé afin de les hospitaliser et éviter de les renvoyer chez eux dans un état de santé grave.

L'ensemble des réponses récoltées par le biais du questionnaire standardisé démontre en effet qu'il n'y a pas eu d'impact majeur sur le nombre de complications postopératoires (Figure 9), ce qui correspond aux conclusions d'un autre rapport (Trezzini & Bach 2020).<sup>27</sup> Si aucune des réponses n'indique une diminution des complications postopératoires, près de deux tiers des médecins (66.2%, n=65) rapportent que ce nombre est resté inchangé alors que près d'un quart des médecins sondés (24.6%, n=65) estime toutefois qu'il a augmenté. Les médecins actifs dans le domaine de l'ORL déclarent tant une grande stabilité (66.7%, n=15) qu'un haut taux d'augmentation (26.7%). Le même constat peut être fait dans le domaine de la chirurgie viscérale où 69.2% des réponses (n=13) ne déclarent pas de constat de changement et 23.1% déclarent une augmentation. Le taux d'augmentation le plus haut est observé en orthopédie avec 31.6% (n=19) tandis que 63.2% des réponses indiquent qu'il est inchangé. Il est difficile d'expliquer avec certitude ce contraste entre stabilité et augmentation des complications postopératoires dans les réponses, mais il se peut que ceci soit influencé par le fait que dans ces domaines le caractère invasif des opérations pratiquées varie plus que dans les autres domaines. Par exemple, les interventions pratiquées en gynécologie sont principalement considérées légères tandis qu'en chirurgie viscérale, ORL ou orthopédie, celles-ci peuvent être plus intrusives et entraîner davantage de désagréments par la suite comme cela a été mentionné précédemment (chapitre 3.3.3). Dernièrement, le degré de complication n'était pas précisé dans les réponses en ligne, voulant dire qu'il peut s'agir de complications plus ou moins graves.

---

<sup>27</sup> Cela ne signifie pas pour autant qu'elles n'existent pas et il serait préférable d'examiner d'autres études.

Figure 9 : Perception générale de l'évolution du nombre de complications



En se basant sur ces retours, il est difficile de conclure que la réglementation a eu un impact majeur sur les prestataires de soins ambulatoires en aval. Effectivement, le suivi est souvent effectué par le médecin de famille, qui est donc plus à même de savoir s'il y a eu une augmentation des demandes ou non. Malheureusement, les médecins spécialistes interviewés ne possèdent pas d'informations à ce sujet. Selon certains d'entre eux, un des impacts mentionnés sur les soins à domicile concernerait les demandes de soins simples telles que la vérification des pansements ou des agrafes. Cette prise en charge en aval est souvent synonyme de qualité et « les retours sont donc positifs tant du côté des patients que des infirmières [et] s'il y a des problèmes [celles-ci] sont assez formés pour renvoyer rapidement les patients à l'hôpital pour une consultation ».

Il est également à noter que certains professionnels de la santé ont adapté leurs pratiques en augmentant par exemple la fréquence des consultations pour des contrôles, en voyant les patients plus rapidement qu'auparavant après une intervention ou encore en créant des brochures expliquant toute l'après-opération aux patients et indiquant des numéros de référence à contacter en cas de problèmes. Certains médecins s'accordent à dire que dans ce tournant ambulatoire, il y a une nécessité que toutes les structures suivent la même évolution et, par conséquent, que les soins à domicile s'y adaptent. En effet, ils ont exprimé leurs craintes en indiquant que plus la liste des groupes d'interventions réalisées en ambulatoire sera élargie, plus les besoins en soins postopératoires grandiront, car elle pourrait un jour inclure des interventions plus lourdes nécessitant un suivi des patients plus rapproché. Un médecin parle par exemple de la nécessité « de mettre en place une structure qui gère les "échecs" de l'ambulatoire », tels que les saignements et les douleurs. Cela démontre donc l'inquiétude de certains professionnels de santé face à l'évolution de la prise en charge postopératoire dans ce tournant ambulatoire. À l'heure actuelle, une évolution en décalé entre l'augmentation des groupes d'interventions ambulatoires et leur suivi est vue comme un potentiel frein à son développement futur.

### 3.3.6 Nécessités d'amélioration de la réglementation

Dans l'ensemble, les retours obtenus avec les cas d'études montrent que la réglementation semble fonctionner convenablement. D'après les entretiens, cela s'explique principalement par le fait que la pratique de l'ambulatoire était déjà fortement ancrée dans la plupart des

services des établissements sélectionnés pour les études de cas. La réglementation est donc venue consolider ce qui était déjà pratique courante. Cela a tout de même nécessité des temps d'adaptation plus longs pour certains hôpitaux.

Concernant l'ajout de groupes d'interventions à la liste fédérale, une grande partie des personnes interrogées s'accorde à dire que celle-ci relativement courte, devrait intégrer les interventions déjà présentes dans la plupart des listes cantonales par souci d'harmonisation, l'exemple du canton de Lucerne comme canton de référence étant souvent cité, tout en prenant en compte l'inquiétude concernant les interventions plus lourdes mentionnées dans le chapitre précédent (3.3.5). En effet, des problèmes administratifs peuvent survenir lorsque des patients se font opérer en dehors de leur canton de résidence : les listes ne correspondant parfois pas d'un canton à l'autre. Il se peut ainsi qu'une intervention jugée comme devant être réalisée en ambulatoire dans l'un ne le soit pas dans l'autre. Au niveau cantonal, cela pose également des problèmes pour les HHC lors du contrôle des factures. Cette variation entre listes cantonales est mentionnée comme une source de complications entraînant non seulement de la confusion, mais entravant également la prise en charge des patients. Un représentant du personnel administratif a notamment exprimé son mécontentement en affirmant que « la prise en charge restera imparfaite, si chaque canton prépare sa propre soupe ». Une uniformisation de la liste au niveau fédéral réglerait alors ce problème.

Nous notons que beaucoup de professionnels de la santé font part de leur inquiétude quant à de futurs ajouts à la liste qui seraient néfastes à la sécurité et au bien-être des patients opérés. En effet, ces aspects sont au centre des préoccupations des médecins, qui craignent de se voir contraint de pratiquer des opérations en ambulatoire au détriment de la santé du patient. Cela concerne notamment des interventions jugées comme plus lourdes qui ne figurent pas encore dans la liste de l'OPAS. Comme mentionner dans la partie précédente, aux yeux de certains, celles-là pourraient causer trop de douleur aux patients et exiger davantage de contrôles ainsi qu'un meilleur suivi, les renvoyer chez eux ne ferait alors pas sens. Les médecins craignent donc une perte de liberté décisionnelle, l'un d'eux expliquant que « la réalité du terrain est bien différente que de simplement mettre des chiffres ou des recommandations sur une liste ».

Les données récoltées par questionnaire confirment cette tendance, notamment par le fait qu'une grande majorité des sondés (79.2%) est contre l'ajout de groupes d'interventions supplémentaires et chez les médecins, cet avis est encore plus marqué (87.7%). Les raisons majoritairement évoquées concernent la tarification ambulatoire en place, l'impact sur la charge de travail administrative ou le danger de l'augmentation des complications si des interventions plus lourdes sont intégrées. Beaucoup estiment aussi que la liste fédérale actuelle contient suffisamment d'interventions dans leur domaine en l'état actuel. Finalement, les autres raisons évoquées mentionnent surtout le fait que la priorité est à mettre sur la santé et la sécurité du patient et qu'il est du ressort du médecin de décider ce qui est le plus pertinent dans une situation donnée.

Les critères de dérogation de la liste fédérale sont source d'avis divergents au sein de l'échantillon des études de cas. Effectivement, d'une part il y a celles et ceux qui estiment qu'en l'état actuel ces critères sont suffisants et ne nécessitent pas de changements, car ils prennent en considération des aspects jugés importants dans le cadre d'opérations ambulatoires. D'autre part, il est jugé que les critères manquent en clarté et ont une trop grande marge d'interprétation dans certaines situations. Beaucoup de médecins sont d'avis que l'intégration de critères sociopsychologiques ou géographiques est essentielle : la décision d'opérer en stationnaire au lieu d'ambulatoire dépend fréquemment de la situation personnelle du patient, telle que son statut familial, sa santé mentale ou la distance entre son lieu de résidence et l'établissement hospitalier par exemple. Il n'est pas rare que les patients eux-mêmes fassent la demande de ne pas rentrer, car ils ne s'en sentent pas capables. Ainsi, avoir à se justifier pour ces critères est parfois compliqué, car ils sont «

basés sur du ressenti du médecin plutôt que des critères clairs ». Aux yeux de la plupart des médecins, ces facteurs jouent un rôle primordial dans le maintien de la santé et du bien-être du patient et ils considèrent que l'élaboration de critères de dérogation pouvant tenir compte de tous les cas particuliers est extrêmement difficile.

Par conséquent, une partie des médecins interrogés dans les entretiens exprime le ressenti d'un manque de liberté thérapeutique, à savoir l'impossibilité de pouvoir choisir la modalité d'intervention (ambulatoire ou stationnaire) la plus appropriée pour leur patient, en plus d'un manque de confiance à leur égard découlant de cette nécessité de justifier leur décision. Dès lors, ils ont l'impression de perdre leur autonomie dans le type de prise en charge réservé aux patients. Ce ressenti est largement partagé par les répondants ayant laissé des commentaires dans le questionnaire en ligne distribué dans les établissements médicaux. Pour cette raison, la grande majorité des médecins exprimant cet avis préférerait pouvoir évaluer les cas de façon individuelle, car ils considèrent cela comme faisant partie intégrante de leurs compétences. À leurs yeux, le dernier mot devrait être laissé aux médecins et non à d'autres acteurs tels que la Confédération, les cantons ou les assureurs.

Tableau 4 : Raisons mentionnées pour ne pas ajouter de nouveaux groupes d'interventions

Raisons mentionnées pour ne pas ajouter d'interventions à la liste fédérale actuelle	%	N
<i>La liste fédérale actuelle couvre suffisamment de groupes d'interventions dans mon domaine</i>	42.86%	18
<i>Les groupes d'interventions ne figurant pas sur la liste fédérale sont complexes à réaliser en ambulatoire</i>	33.33%	14
<i>Des interventions ambulatoires supplémentaires entraîneraient davantage de complications postopératoires</i>	42.86%	18
<i>Rajouter des interventions ambulatoires ne présenterait pas d'avantages financiers pour moi</i>	26.19%	11
<i>Rajouter des interventions ambulatoires ne présenterait pas d'avantages financiers pour l'établissement où je travaille</i>	28.57%	12
<i>La structure actuelle de l'établissement où je travaille ne permet pas d'augmenter le nombre d'interventions ambulatoires</i>	14.29%	6
<i>Des interventions ambulatoires supplémentaires entraîneraient une augmentation de la charge administrative</i>	23.81%	10
<i>Des interventions ambulatoires supplémentaires ne conduiraient pas à une réduction des coûts dans le système de santé</i>	40.48%	17
<i>Autre</i>	28.57%	12

### 3.3.7 Facteurs contextuels

Quelques points d'amélioration contextuels ressortent chez une majorité des médecins interviewés. Le premier de ces points concerne la tarification ambulatoire : beaucoup font part de leur mécontentement et de leur incompréhension quant au système de rémunération actuellement en place. C'est un point qui ressort également en grand nombre dans les commentaires du questionnaire en ligne. En effet, il paraît injustifié pour les médecins qu'une même intervention ayant la même durée et faisant prendre les mêmes risques qu'en stationnaire, soit significativement moins bien facturée lorsqu'elle est effectuée en ambulatoire. Certaines opérations couvrent à peine les frais engendrés et représentent une perte financière conséquente pour les prestataires de soins. Pour beaucoup, il est essentiel de revoir les aspects financiers de l'ambulatoire sous peine de rendre bien moins attractifs



certaines groupes d'interventions et affecter leur viabilité sur le long terme. Selon certaines personnes interviewées, le risque est de se retrouver avec une pénurie de médecins formés pour certaines interventions ainsi que des pertes financières significatives pour les prestataires de soins.

Alors que certains établissements possèdent déjà des structures dédiées spécifiquement à l'ambulatoire et que d'autres sont en train de les développer, nous notons qu'il y a eu un développement évident des infrastructures hospitalières, accéléré par l'entrée en vigueur de la réglementation. D'après un médecin, « [même si] c'était quelque chose qui était déjà dans les pensées avant la réglementation [...] elle a peut-être accéléré le mouvement ». Cela a donc potentiellement fait pencher la balance chez certains prestataires de soins alors en hésitation face au virage ambulatoire en se dirigeant pleinement dans sa direction. Selon les personnes interrogées parmi les fournisseurs de services, il devient de moins en moins possible pour les petits hôpitaux de réaliser des interventions ambulatoires sans infrastructure adaptée.

Les réponses montrent clairement la nécessité d'une adaptation des structures hospitalières. Le parcours du patient en ambulatoire étant différent de celui en stationnaire, celui-ci demande des trajets pensés pour être plus courts, notamment entre le point d'entrée, la préparation, la salle d'opération et la salle de réveil. Malheureusement, à l'heure actuelle cela n'est pas possible partout : il est ainsi nécessaire de revoir l'architecture des hôpitaux. Les plans d'opération doivent aussi être réorganisés pour ce mode opératoire pour éviter qu'ils soient chamboulés comme dans certains cas lorsque des urgences surviennent et prennent la priorité. Les opérations ambulatoires étant alors décalées, il arrive qu'un patient programmé tôt dans la journée soit pris en charge bien plus tard. Le cas échéant, il n'est parfois plus possible de respecter le temps d'observation préconisé et ces patients doivent rester la nuit, car il serait trop risqué de les renvoyer chez eux. Comme noté par un médecin, cela demande une « lourde réorganisation structurelle ».

Du côté de l'appréciation du niveau de satisfaction des patients, des différences entre les générations sont observables. En effet, des médecins interviewés affirment que la grande majorité des patients les plus jeunes expriment un certain entrain envers l'ambulatoire et sont également moins affectés par les complications suite à une intervention de ce type grâce à leur meilleure capacité de récupération. Une grande partie des personnes interrogées en face à face affirme que beaucoup de patients ne veulent pas rester à l'hôpital s'ils n'en ont pas besoin et sont heureux de pouvoir retourner chez eux le jour même. Néanmoins, tous ne sont pas de cet avis et cette positivité envers l'ambulatoire est modérée, surtout chez les personnes les plus âgées. D'une part l'inquiétude des complications qu'une opération peut engendrer est plus grande, d'autre part l'habitude qu'une personne doit rester à l'hôpital après avoir subi une intervention chirurgicale est encore fortement ancrée. Pour certains médecins, cela nécessite tout un travail d'explication lorsqu'un patient fait part d'incompréhensions à cet égard afin de leur faire comprendre que la décision de les traiter en ambulatoire « n'est pas un choix personnel, mais finalement c'est une directive fédérale », pour reprendre les propos de l'un d'eux. Ces professionnels de santé sont donc de l'avis dont il serait bénéfique que la population comprenne la réflexion derrière la stratégie ambulatoire. Un médecin estime qu'il faudrait « expliquer de manière plus transparente les raisons et les motivations des choix à travers des chiffres, de la documentation, etc. plutôt que de l'indiquer à travers une simple liste seulement ». Ainsi, pour une partie des médecins interrogés, la réglementation pourrait être accompagnée d'un aspect éducatif/social, sous forme de campagne de promotion fédérale par exemple (voir chapitre recommandations à ce propos), de façon à « faire en sorte que les gens adhèrent à ce type de médecine qui va de plus en plus vite ». Ceux-ci étant de l'avis que l'éducation de la population relative à l'essor de la médecine ambulatoire serait favorable à la généralisation de son implémentation.

### 3.4 Conclusion

Conformément à l'analyse des études de cas et du questionnaire en ligne, suite à la mise en œuvre de la réglementation AvS, les six groupes d'interventions énumérés dans l'annexe 1a de l'OPAS sont traités davantage en ambulatoire. Toutefois, ce résultat est à mettre en perspective en tenant compte de deux facteurs non négligeables : la présence du Covid-19 et les différences entre les fournisseurs de prestation quant à l'avancement de la prise en charge ambulatoire avant l'entrée en vigueur de la réglementation. En effet, en raison de la pandémie, de nombreuses interventions ont été reportées, tandis que le deuxième facteur suggère des points de départ très différents entre les diverses institutions hospitalières. Il est également intéressant de noter que les résultats du questionnaire en ligne montrent des effets différents selon les domaines médicaux : alors qu'il ne semble pas y avoir eu de forte augmentation des interventions ambulatoires en ORL, cela semble plutôt être le cas en chirurgie viscérale et vasculaire. Un autre élément à souligner est le rôle important joué par la tradition des médecins dans l'acceptation d'une approche ambulatoire renforcée, à cela s'ajoute aussi le ressenti exprimé par certains médecins-chefs d'être restreints dans leur liberté thérapeutique.

En ce qui concerne les coûts, la situation est plutôt positive. Comme prévu, les cantons sont en mesure de faire des économies, tandis que les coûts globaux des fournisseurs de prestation semblent avoir diminué. Or, malgré cette diminution des coûts, elle ne semble pas être suffisamment prononcée pour compenser la perte de revenus pour les prestataires de soins. Ceci entraîne une grande déception de la part des fournisseurs de prestations et des médecins, de même qu'une critique du système tarifaire actuel. Quant aux assurances-maladie, non seulement les coûts ne devraient pas avoir augmenté pour les six groupes d'interventions mentionnés ci-dessus, mais nous observons même un effet positif (curafutura, 2019). Nous constatons donc une baisse générale des coûts dans ce domaine, même si la perte de revenus encourue par les hôpitaux reste une incitation négative.

Au niveau clinique, nous n'avons pas répertorié de problèmes majeurs. Les progrès médicaux semblent jouer un rôle primordial permettant l'optimisation des interventions ambulatoires. Néanmoins, ce qui a été mentionné comme étant encore un facteur de difficulté est la gestion de la douleur ; bien qu'il semble y avoir eu des progrès considérables à cet égard. Globalement, les acteurs interviewés n'ont pas décelé de changements majeurs dans le niveau de satisfaction des patients. Cela dit, des écarts ont été constatés. Si les jeunes sont très favorables à cette approche, les personnes âgées semblent être plus récalcitrantes. Il en va de même pour les patients bénéficiant d'une assurance complémentaire privée. Or, comme mentionné dans les entretiens, le « patient empowerment » peut contribuer à apaiser ces réserves.

Pour ce qui est de la mise en œuvre, la coordination et la communication fonctionnent dans l'ensemble relativement bien, surtout dans les cas des cantons pionniers, mais elles pourraient être renforcées. Précisément, les cantons signalent avoir peu ou presque pas de contact avec les assurances-maladie, alors que les fournisseurs de prestations et les médecins rencontrent parfois des difficultés dans leurs échanges avec elles. En l'espèce, ce qui ressort des entretiens est parfois une communication très protocolaire laissant peu de place à une plus grande fluidité d'information. L'analyse des études de cas et du sondage montre que les médecins et le personnel administratif des hôpitaux perçoivent la charge administrative comme étant élevées en raison des vérifications supplémentaires conduites par les assurances-maladie.

Il existe peu d'informations sur les services en aval, étant donné le manque de communication entre ces derniers et les personnes interviewées. Pourtant, certains médecins précisent qu'ils ne constatent pas une augmentation dans la charge de travail de ces services, puisque les procédures courantes dans le cadre des interventions ambulatoires permettaient aux patients de rentrer chez eux de manière autonome et de bénéficier d'un

suivi postopératoire. Néanmoins, les médecins ont exprimé leur préoccupation quant à la possibilité qu'une évolution vers des soins ambulatoires renforcés ait à l'avenir comme conséquence un impact très fort sur les services en aval, en particulier les soins.

Bien que, dans l'ensemble, la réglementation semble produire les effets désirés, plusieurs améliorations ont été énumérées. La première d'entre elles est l'harmonisation des listes cantonales et la création d'une liste fédérale prenant exemple sur la liste cantonale de Lucerne. Au contraire, l'ajout d'interventions plus lourdes, qui ne relèvent pas des listes cantonales plus étendues, a été largement rejeté. Rejet motivé non seulement par l'augmentation des risques, mais aussi par une possible détérioration du bien-être du patient. En revanche, les critères de dérogation sont une source de divergence quant à la décision d'effectuer une opération en stationnaire ou en ambulatoire. Si certains préféreraient ne pas en ajouter, d'autres souhaitent que l'on tienne davantage compte des critères sociaux et géographiques des patients.

Les études révèlent également plusieurs possibilités d'amélioration contextuelles. Tout d'abord, comme mentionnée, cette disparité dans le système tarifaire semble encore être un obstacle au bon fonctionnement de la régulation. Finalement, une amélioration de l'organisation des interventions ambulatoires pourrait conduire à une plus grande efficacité, en particulier dans les établissements qui ont le plus de difficultés à les réaliser.

## 4 Sondage en ligne auprès des assureurs

### 4.1 Objectif et questions

Nous avons réalisé un sondage en ligne standardisé afin d'évaluer la perception de la réglementation AvS chez les assureurs. Conformément au cahier des charges (OFSP 2021c), l'impact sur les coûts, les processus administratifs de facturation et de contrôle ainsi que les indications sur les effets sur les fournisseurs de prestations ambulatoires en aval sont particulièrement intéressants. L'objectif de ce sondage est de recueillir auprès de ce groupe-cible des estimations concernant l'implémentation et l'efficacité de la réglementation de l'OPAS et d'obtenir une vue d'ensemble en adoptant la perspective des assureurs. Au vu des informations d'intérêt, un questionnaire avec des questions en grande partie standardisées s'imposait. Quelques questions ouvertes ont permis de recueillir des informations spécifiques, des opinions complémentaires ou des propositions d'optimisation.

### 4.2 Démarche méthodologique

Cette partie de l'évaluation s'appuie sur une analyse quantitative de données obtenues auprès des différents assureurs maladie autorisés figurant sur la liste publiée par l'OFSP<sup>28</sup>. Pour 2021, celle-ci indique 56 assureurs, dont 6 ne pratiquant que l'assurance d'indemnités journalières. Ces derniers n'étant pas affectés par la réglementation de l'OPAS, un total de 50 assureurs étaient concernés par ce questionnaire. Nous avons alors sollicité santésuisse et curafutura afin, d'une part, de les inclure au processus de création du questionnaire et, d'autre part, de déterminer la meilleure façon de procéder pour sa diffusion auprès des assurances. Ainsi, un courrier de prénotification a été envoyé par les associations faitières fin novembre 2021 à tous les assureurs concernés expliquant la démarche de l'évaluation et leur demandant de fournir des informations de contact pour la création de la base de données d'adresses.<sup>29</sup>

---

<sup>28</sup> Liste des assureurs-maladie admis en vertu des art. 4 et 28 de la loi sur la surveillance de l'assurance-maladie, état au 01.10.2021 : <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-versicherer-aufsicht/verzeichnisse-krankenundrueckversicherer.html>

<sup>29</sup> Le questionnaire se trouve en annexe (Tableau A6).

La phase de récolte de données s'est étendue entre décembre 2021 et janvier 2022 et a été effectuée en plusieurs phases. Au total, 31 réponses représentant 21 assureurs maladie différents ont été collectées, couvrant ainsi près de 40% de ceux présents sur la liste. Les différentes tailles d'assureurs ont été prises en compte et sont représentatives de l'ensemble du secteur de l'assurance. La taille de ceux-là, définie ici par leur part de marché au niveau national, varie entre grande (5 assureurs, 8 réponses), moyenne (4 assureurs, 7 réponses) et petite (12 assureurs, 16 réponses)<sup>30</sup>. La part de marché totale couverte par les assureurs maladie ayant pris part à l'évaluation s'élève à 42%. Il faut également prendre en compte qu'un certain nombre d'assureurs maladie figurant sur la liste de l'OFSP susmentionnée sont rattachés à des groupes d'assureurs plus grands<sup>31</sup>. Les démarches administratives étant souvent centralisées chez ces derniers, il n'était donc pas pertinent de récolter leur opinion selon les avis de santésuisse et curafutura. En prenant ce facteur en compte et en ne considérant que l'assurance indiquée sous l'adresse du siège lorsqu'un assureur est rattaché à un groupe, le nombre d'assurances passe à 37. Rapporté au nombre d'assureurs maladie ayant répondu au sondage, le taux de couverture passerait alors à 56.8%.

Pour finir, il est important de mentionner que dans la plupart des cas, ce sont les personnes occupant une fonction de direction ou un expert/spécialiste d'un département dans l'assurance, personnes possédant donc le plus souvent les informations demandées dans le questionnaire, qui ont répondu au nom de celle-ci dans son ensemble. Compte tenu de l'ensemble de ces aspects, les caractéristiques des données obtenues ici sont variées et reflètent l'avis d'une grande partie des assureurs maladie, permettant de dresser un portrait relativement proche de la réalité du terrain.<sup>32</sup>

## 4.3 Résultats

### 4.3.1 Fréquence et qualité des échanges avec les différents acteurs

Une partie du questionnaire s'intéresse à la relation avec les différents acteurs médicaux concernés par la réglementation, à savoir les médecins spécialistes, les services administratifs et directions des établissements de soins ainsi que les instances cantonales en charge de la santé. Lorsque questionnés sur la satisfaction de la fréquence des échanges avec ceux-là, les résultats généraux indiquent que les assureurs s'avèrent en être dans l'ensemble plutôt satisfaits (Figure 10). Toutefois, une partie des réponses indique que la fréquence de contact avec les instances cantonales (16.6%) et les services administratifs des établissements (22.6%) n'est pas satisfaisante (Figure 11), cela est particulièrement marqué chez les assurances de taille moyenne (n=7) chez lesquelles les deux valeurs sont à 42.9%. À noter également qu'environ un tiers des réponses générales (36.7%) indique qu'aucun échange n'a lieu avec les instances cantonales. Cela reflète ainsi les informations du module précédent obtenues lors des entretiens menés avec les employés cantonaux ou des hôpitaux et cliniques. Ces résultats laissent donc penser que, globalement, la situation est jugée convenable par les assureurs, même si une marge de progression reste possible.

La grande majorité des réponses indique que les échanges avec ces différents acteurs se passent bien dans l'ensemble, nous laissant ainsi supposer que les situations de conflit ne

---

<sup>30</sup> Tailles définies selon les données obtenues par curafutura décrivant les parts de marché des assureurs de l'AOS au 16.06.21. La médiane des parts de marché suisse se trouvant à 0.7%, sont définies comme petites les assurances couvrant 0.7% ou moins de parts de marché, comme moyennes celles couvrant entre 0.8% et 2.8% (quatre fois la médiane) et comme grandes celles couvrant 2.9% et plus.

<sup>31</sup> On dénombre 8 groupes dans la liste des assureurs-maladies admis, totalisant 26 assureurs différents.

<sup>32</sup> Tailles définies selon les données obtenues par curafutura décrivant les parts de marché des assureurs de l'AOS au 16.06.21. La médiane des parts de marché suisse se trouvant à 0.7%, sont définies comme petites les assurances couvrant 0.7% ou moins de parts de marché, comme moyennes celles couvrant entre 0.8% et 2.8% (quatre fois la médiane) et comme grandes celles couvrant 2.9% et plus.

sont pas courantes. Toutefois nous notons qu'une entente légèrement moins bonne avec les médecins et les instances cantonales est relayée.

Figure 10 : Niveau de satisfaction des assureurs maladie quant à la fréquence des échanges avec les différents acteurs concernés par la réglementation AvS

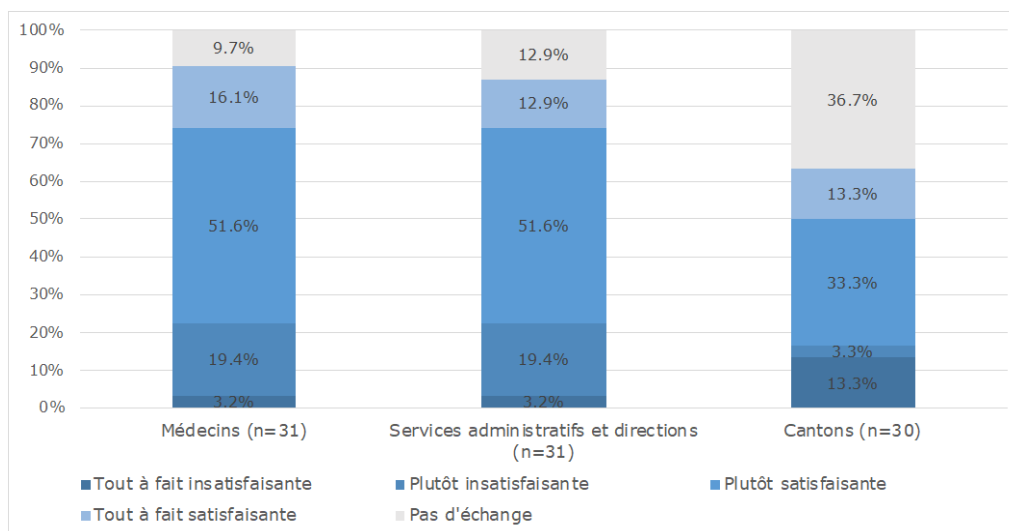
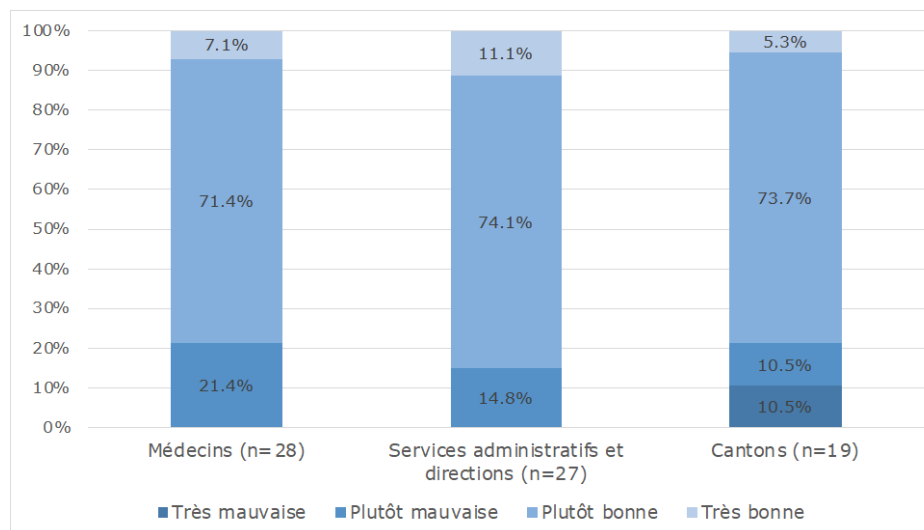


Figure 11 : Évaluation de la qualité des échanges entrepris avec les différents acteurs concernés par la réglementation AvS



#### 4.3.2 Demandes de dérogation

Comme décrit précédemment, la majorité des contacts avec les assurances-maladie a lieu dans le cadre de demandes de dérogation pour effectuer une opération présente sur la liste de l'OPAS en stationnaire. Il est donc pertinent de s'intéresser à celles et ceux qui reçoivent ces demandes afin de définir leur fréquence et l'évaluation de la clarté des critères évoqués par les médecins notamment.

Ainsi, les réponses démontrent que la majorité (82.7%) déclare ne pas souvent recevoir de demandes de dérogation de la part des médecins, soulignant le caractère plutôt sporadique de ce genre de requêtes (Figure 12). En s'intéressant de plus près à celles-ci, le sondage démontre qu'il arrive fréquemment que les assureurs soient en majorité d'accord avec les critères évoqués par les médecins (86.2%). Critères étant également jugés suffisamment compréhensibles par la très grande majorité (80.7%) (Figure 13). Ce climat de consensus se reflète dans les réponses obtenues quant à l'éventualité d'une nécessité de modification des critères actuellement en vigueur : la très grande majorité (77.4%) estime qu'aucune modification n'est nécessaire. Ceux en faveur de changements déclarent vouloir majoritairement une réduction des critères de dérogation en les affinant ou en accordant moins de marge de manœuvre aux médecins, voire aucune selon un des sondés.

Figure 12 : Estimation de la fréquence de la réception de demandes de dérogation à la réglementation AvS des médecins et la fréquence d'acceptation de ces demandes

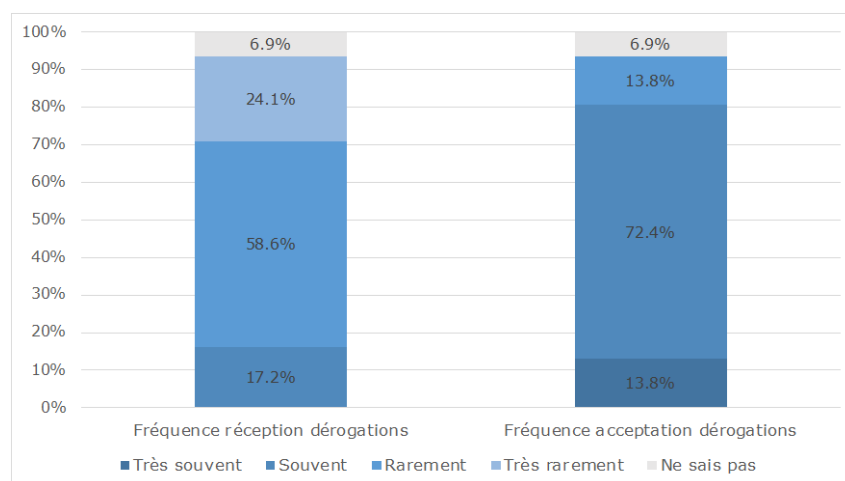
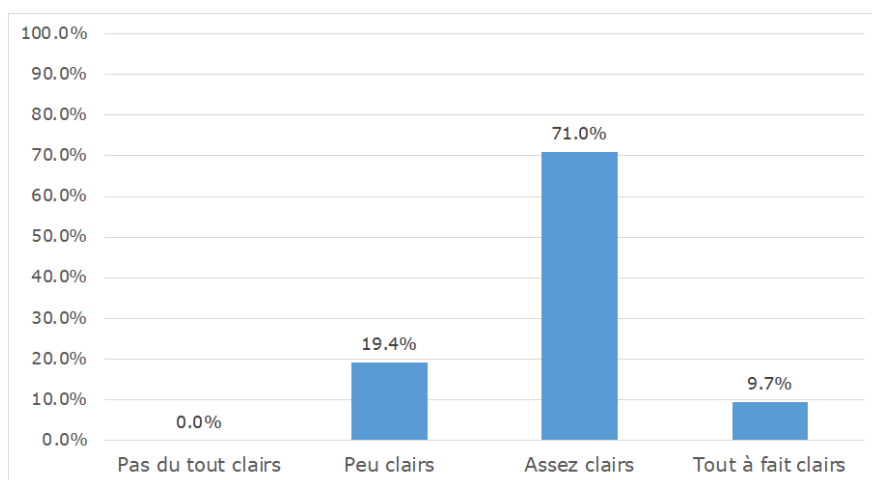


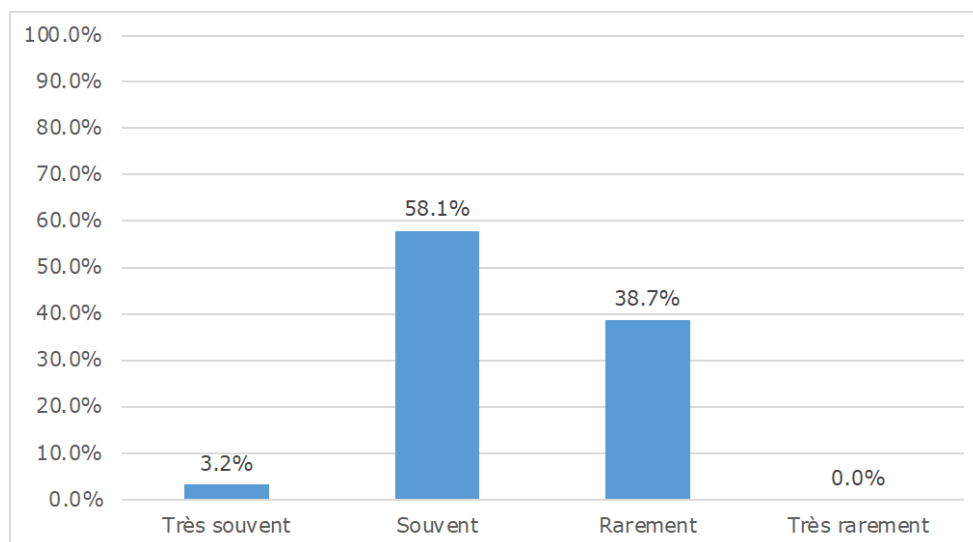
Figure 13 : Estimation de la clarté des critères de dérogation invoqués par les médecins lors des demandes de dérogation à la réglementation AvS



### 4.3.3 Méthodes de contrôle, fréquence et types d'examens approfondis

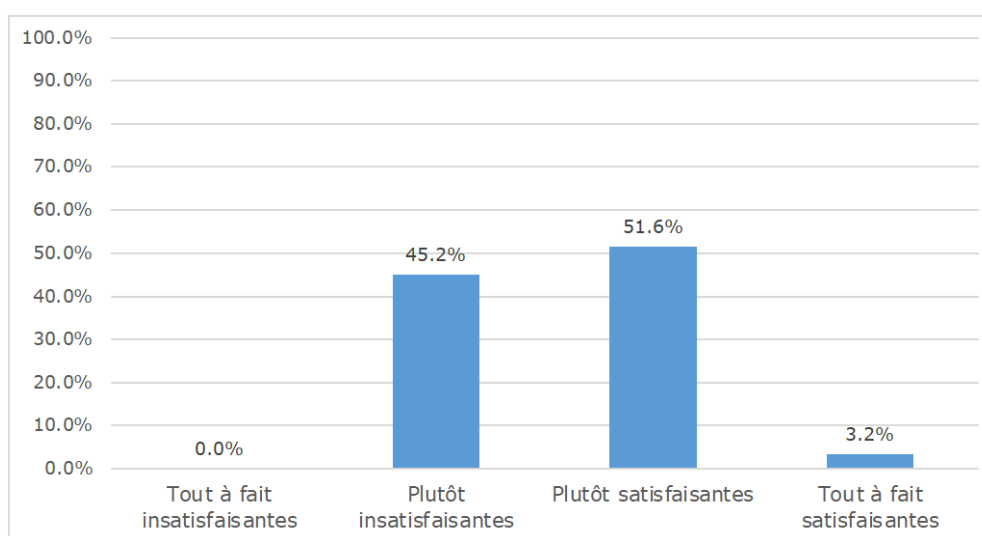
En s'intéressant à la fréquence de contrôle des demandes de dérogation reçues, les réponses obtenues montrent une certaine dualité dans les pratiques des assureurs. En effet, un peu plus d'un tiers (38.7%) déclare rarement mener des examens approfondis, tandis que le reste déclare en mener souvent (Figure 14). À ce propos, rien dans nos données n'illustre d'impact de la taille d'une assurance sur la fréquence de ces examens approfondis, la distribution des réponses en fonction de cette caractéristique étant similaire. Dès lors, dans la majorité des cas (61.3%) où un patient est traité en stationnaire au lieu d'ambulatoire, la requête du médecin est analysée de façon plus détaillée. Les répondants déclarant mener le plus de contrôles estiment toutefois ne pas recevoir trop fréquemment de demandes (78.9%, n=19) et n'expriment pas un avis plus défavorable envers les demandes reçues en comparaison à l'avis général : la quasi-totalité de ce groupe estime être souvent en accord avec ces requêtes (73.7%, n=19) et trouve les critères évoqués suffisamment clairs (78.9%, n=19). Nous observons également que les répondants les plus adeptes de contrôles représentent tant des assurances-maladie de grande taille que de taille plus modeste.

Figure 14 : Fréquence de contrôle des demandes de dérogation



Les types d'examens conduits sont principalement réalisés ex ante (contrôle de garantie de paiement avant l'hospitalisation) (41.9%) ou en plusieurs étapes, mélangeant ex ante et ex post (contrôle après l'hospitalisation, à la réception de la facture) (45.2%). Cependant, lorsque questionnées sur le niveau de satisfaction par rapport aux méthodes de contrôle de l'application de la réglementation actuellement en place, les opinions sont à nouveau tranchées. Un peu moins de la moitié des sondés (45.2%) les considère plutôt insatisfaisantes, tandis que le reste s'estime plutôt satisfait (Figure 15). Dans la même optique, une petite majorité des réponses (54.8%) considère que les différences entre les listes cantonales posent problème lors du contrôle des dossiers. Cela reflétant les propos recueillis auprès des acteurs interviewés mentionnant les difficultés que celles-là peuvent parfois engendrer (voir partie 3.3.4).

Figure 15 : Satisfaction quant aux méthodes de contrôle actuelles des demandes de dérogation à la réglementation AvS



Si nous nous intéressons de plus près aux commentaires liés aux avis négatifs concernant les méthodes de contrôle, nous notons que les répondants indiquent une charge administrative trop élevée pour les examens, des problèmes d'interprétation des critères de dérogation, des divergences d'opinions entre médecins spécialistes ou des informations partagées jugées « souvent imprécises ». À noter également que certains soulignent la difficulté de contrôler des cas à l'aide d'une simple grille, laissant ainsi une « marge de manœuvre trop importante » et nécessitant parfois des explications complémentaires ou un dialogue entre le médecin-conseil de l'assurance et les médecins ayant émis la demande de dérogation, un assureur déplorant même qu'ils n'aient « pratiquement aucune chance contre l'argumentation d'un médecin » dans leur décision d'opérer en stationnaire. Cela reflète les avis récoltés lors des entretiens avec les médecins qui ont vu leur charge administrative augmenter, notamment pour certains cas jugés plus complexes leur demandant beaucoup plus de temps à argumenter pour les justifier aux assurances.

Malgré quelques contrastes dans les avis récoltés, il est possible d'en déduire que, dans la majorité des cas, lorsqu'une personne doit être opérée en stationnaire pour une intervention concernée par la réglementation AvS, les raisons évoquées par les médecins paraissent justifiées aux yeux des assurances-maladie. Il ne semble d'ailleurs pas y avoir d'abus dans la fréquence de leurs demandes, laissant penser qu'elles constituent plutôt l'exception que la règle. Alors que nous trouvons une certaine polarité d'opinion, certains plaidant notamment d'enlever toute possibilité de discussion, nous observons que la majorité des assurances-maladie semblent ouvertes au dialogue quand il s'agit de traiter des dérogations à la réglementation.

#### 4.3.4 Impacts sur les assureurs maladie et leurs assurés

Une autre partie du questionnaire se focalise sur les impacts de la réglementation quant à la structure du personnel des assurances et auprès de leurs assurés. Lorsqu'interrogée sur la charge de travail, une majorité des personnes sondées (56.7%) estime que la réglementation a créé une augmentation de la charge de ses collaborateurs, alors que près d'un tiers (36.7%) estime qu'il n'y a pas eu d'impact notable (Figure 16). Cependant, la très grande majorité (93.5%) est d'avis que leur structure du personnel actuelle est capable



de garantir le bon contrôle de la réglementation, laissant ainsi penser qu'elle n'a pas engendré de surcharge administrative insurmontable du côté des assureurs.

Pour ce qui est de l'impact sur le niveau de satisfaction des assurés depuis l'implémentation de la réglementation, une grande partie des réponses indique qu'il n'y a pas eu de changement notable (41.9%) tandis qu'une partie réduite (19.3%) indique avoir constaté une diminution chez ses assurés. À noter que le reste des répondants (38.8%) ne s'est pas prononcé à ce propos. La quasi-majorité des réponses (48.4%) s'accorde à dire qu'il y a eu une augmentation du nombre d'opérations menées en ambulatoire et un tiers environ (32.3%) ne constate pas de changement majeur (Figure 17). Ces chiffres correspondent à ceux relevés dans le sondage précédent auprès des établissements hospitaliers. Finalement, la plupart des personnes sondées n'étaient pas en mesure d'indiquer si elles estimaient que le nombre de complications à la suite d'opérations ambulatoires avait évolué depuis. En effet, beaucoup ne se sont pas exprimés à ce propos (48.4%) ou jugent qu'il n'y a pas eu de changement notable (41.9%). Comme expliqué par un assureur, cela peut s'expliquer par la nature des informations obtenues qui « ne permettent pas de déterminer s'il s'agit de complications ou de nouveaux cas ».

Figure 16 : Estimation de l'évolution de la charge de travail du personnel des assurances-maladie en charge du contrôle de la réglementation AvS depuis son implémentation

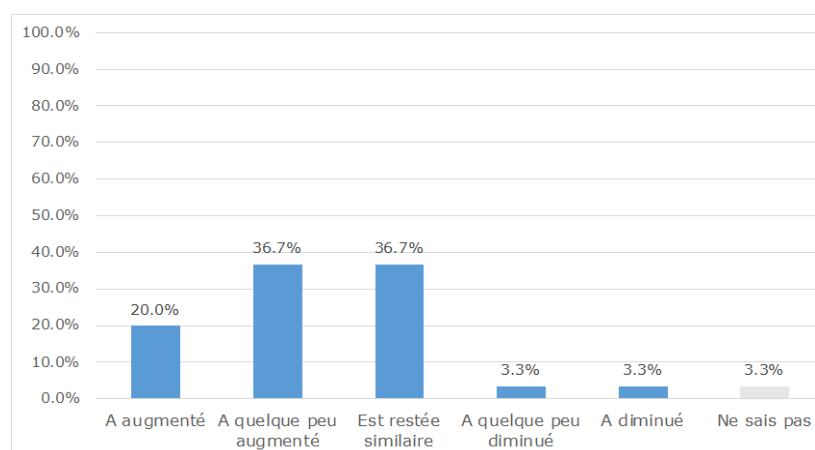
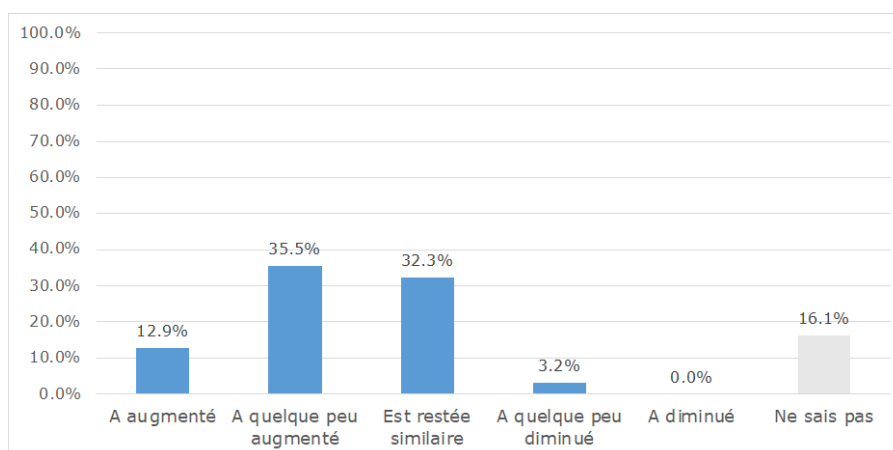


Figure 17 : Estimation de l'évolution des interventions ambulatoires par les assurances-maladie depuis l'implémentation de la réglementation AvS



## 4.4 Conclusion

Les résultats présentés dans ce chapitre nous laissent penser que du côté des assurances, l'implémentation de la réglementation n'a pas posé de problèmes majeurs. En effet, bon nombre de réponses mettent en avant la satisfaction des assureurs quant aux échanges effectués avec les différents acteurs cités, tant dans leur fréquence qu'au niveau de l'entente, même s'il est démontré que la communication est quelque peu lacunaire avec les instances cantonales chargées de la santé. Dans le cadre des demandes de dérogations, les réponses ne semblent pas laisser paraître l'existence d'abus du côté des médecins quant à la fréquence de leurs requêtes et, dans l'ensemble, celles-ci sont souvent acceptées par les assureurs. À noter toutefois que même si les critères évoqués par les médecins sont généralement considérés assez clairs aux yeux des assureurs, ils peuvent parfois mener à des confusions, certainement dans les cas les plus complexes, et, dans ces cas, demandent beaucoup de ressources afin de clarifier la situation.

Les contrôles approfondis menés dans le cadre des vérifications des demandes de dérogation ont également un impact notable sur la charge administrative des assurances-maladie. De notre point de vue, l'impact est donc similaire chez tous les acteurs concernés par la réglementation. Cependant, les données récoltées ici suggèrent que les assurances s'estiment majoritairement capables de faire face à cette augmentation de la charge de travail. Cela nous laisse supposer deux choses : leur organisation est suffisamment efficace pour encaisser le flux de demandes actuelles et/ou que la quantité de demandes reçues n'est pas excessif. Ce dernier point reste cependant à confirmer en s'appuyant sur des chiffres précis, mais, si tel est le cas, la majorité des médecins applique généralement la réglementation et ne cherche pas forcément à y déroger.

## 5 Synthèse et recommandations

### 5.1 Réponse aux questions d'évaluation

Ce chapitre rassemble les résultats des différentes parties de l'enquête afin de répondre aux questions de l'évaluation. La démarche de ce module s'appuie sur la recherche documentaire et l'analyse de documents. Il s'agit notamment des bases juridiques de la politique (art. 3c et annexe 1a de l'OPAS), du monitoring ainsi que de ses rapports (Roth & Pellegrini 2021) et des résultats des deux études de recherche externes sur la qualité clinique des interventions, commandées par l'OFSP (Vach et Rageth 2021a, 2021b).<sup>33</sup> Le chapitre est structuré selon les priorités thématiques de l'évaluation (voir chapitre 1.2).

#### **Les effets de transfert souhaités se produisent-ils ? Différences par canton, région linguistique, type de fournisseur de prestation, statut d'assurance ?**

Les effets souhaités relatifs à l'augmentation de la prise en charge des interventions en ambulatoire se produisent. Sur la base des résultats de l'analyse différence-in-différences du premier module, la modification de l'OPAS de janvier 2019 a causé une augmentation moyenne de 16% de la prise en charge ambulatoire chez les cantons non-pionniers, et une diminution de 17% de la prise en charge stationnaire (voir figures 2 et 3). En d'autres termes, cela signifie que les cantons non pionniers ont augmenté le nombre d'interventions ambulatoires de 16% pour les années 2019 et 2020 après l'introduction de la réglementation AvS de l'OPAS par rapport aux cantons pionniers. Ce constat est également confirmé par le sondage et les études de cas. Selon les médecins interrogés, il y a une tendance

---

<sup>33</sup> La participation aux études a été très faible, ce qui relativise fortement leur pertinence. Les médecins (associations) ont cependant souligné la nécessité d'une telle enquête sur les résultats cliniques lors de l'atelier de validation.

claire au transfert du stationnaire vers l'ambulatoire. Or, il faut préciser qu'il existait déjà une tendance qui s'est intensifiée avec la réglementation. Cela suggère que la nouvelle réglementation n'est pas entièrement responsable de tous les effets, mais qu'elle est certainement une traduction politique d'une tendance sociétale plus générale. Toutefois, selon l'ensemble des analyses, l'impact de la modification dans la législation se traduit différemment d'un groupe d'intervention à l'autre. Nous constatons ainsi que cette mesure est particulièrement efficace en ce qui concerne le curetage, le traitement des varices, la ménissectomie ou encore le traitement des hémorroïdes. De plus, aussi bien les analyses quantitatives que nos études de cas indiquent des différences entre régions linguistiques. En effet, les cantons latins semblent en moyenne recourir davantage à la prise en charge ambulatoire suite à la révision de la législation que les cantons alémaniques. Cette différence ne peut pas être expliquée de manière définitive, même si la culture de la liberté individuelle est traditionnellement plus forte en Suisse alémanique qu'en Suisse romande. Par exemple, les gouvernements régionaux suisses allemands utilisent le terme *Canton* pour leur entité, alors que les francophones utilisent le terme *État*. Ironiquement, le premier est plus français dans ses origines, tandis que Canton (lit. coin, lieu) indique le caractère spécial d'une localité (Kley 2016). Finalement, les résultats des études de cas indiquent qu'il devient de moins en moins possible pour les hôpitaux de petite taille d'effectuer des interventions ambulatoires. Pour cette raison, il est possible qu'il y ait une plus grande concentration dans les grandes structures de services ambulatoires dans les années à venir.

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

De manière générale, les coûts ont connu une diminution. Toutefois, l'impact diffère selon l'acteur concerné. En principe, les cantons sont les premiers à bénéficier d'une réduction des coûts, puisque leur part des coûts est exonérée lors d'une intervention en ambulatoire. Les études de cas indiquent notamment que tous les huit cantons ont économisé quelques millions. En revanche, en ce qui concerne les fournisseurs de prestations, même s'il semble y avoir une baisse des coûts, cela s'accompagne également par une baisse significative des revenus. En effet pour la même intervention, le fournisseur de prestations peut recevoir une indemnité supérieure si elle est effectuée en stationnaire et non en ambulatoire. Ce phénomène a été identifié comme une source de problèmes par de nombreux répondants. D'autre part, cela signifie également que les prestataires de services peuvent supporter les coûts des interventions ambulatoires uniquement si elles sont accompagnées d'une adaptation optimale de l'infrastructure et des processus liés à ce type d'intervention. Cette situation est également illustrée par le fait que les fournisseurs de prestations évitent souvent les conflits prolongés avec les assureurs concernant les exceptions, car ceux-ci se révèlent finalement plus coûteux au vu de la charge administrative. En ce qui concerne les assureurs, les avis sont partagés quant aux répercussions de la réglementation sur leurs coûts. Néanmoins, la grande majorité des répondants estime qu'il n'y a soit pas eu de changement majeur, soit qu'ils ont été en mesure d'économiser. Cela ressort clairement des interviews, mais la plupart des gens s'accordent à dire que la réforme est un jeu à somme nulle pour les assureurs. D'autres études montrent également ces résultats. Selon Roth & Pellegrini (2021), les coûts ont baissé dans le secteur stationnaire et augmenté dans le secteur ambulatoire. De plus, il y a une baisse des coûts pour les cantons, tandis que l'AOS présente un bilan équilibré (cf. Roth & Pellegrini, 2018). Enfin, curafutura (2019) montre que les coûts bruts totaux de l'AOS ont diminuée de 1,7 million de francs (0,4 %) entre 2018 et 2019 pour 16 interventions étudiées.

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

Selon les médecins interviewés, il n'y a pas eu de changement majeur au niveau des complications postopératoires. Ils sont d'avis que les progrès de la chirurgie entraînent non seulement une amélioration de la qualité des interventions, mais aussi une réduction de la douleur postopératoire chez les patients. Cela permet donc de réaliser les six groupes d'interventions en ambulatoire sans rencontrer de difficultés importantes sur le plan clinique. Or, même s'il a été possible de réduire la douleur ressentie par les patients après l'intervention, les spécialistes pratiquant en oto-rhino-laryngologie (ORL) affirment que l'amygdalectomie est encore relativement douloureuse. Selon le personnel administratif et les médecins, la satisfaction des patients ne semble pas avoir été altérée par la mise en œuvre de la réglementation. Cependant, des différences sont constatées par les médecins en fonction de la tranche d'âge : les jeunes patients semblent apprécier la possibilité de rentrer chez eux plus tôt, tandis que les patients plus âgés se montrent plus réticents. Mais il s'avère aussi que certains médecins investissent davantage dans la communication avec les patients et peuvent donc les préparer en conséquence. En outre, les patients disposant d'une assurance complémentaire privée manifestent plus facilement leur mécontentement quant au fait de ne pas bénéficier de certaines prestations privilégiées. Finalement, une communication claire et cohérente avec les patients au sujet de la prise en charge ambulatoire semble augmenter la satisfaction et l'apaisement des patients. En effet, comme déjà discuté dans la littérature (Holmström et Röing 2010), l'autonomisation des patients (*patient empowerment*) leur donne l'occasion d'accroître leur autonomie et leur participation à leurs propres soins. En ce qui concerne les plaintes postopératoires et la satisfaction des patients, une étude mandatée par l'Office fédéral de la santé publique n'a pas pu établir de tendance claire en comparant les deux types d'interventions. Ce n'est que dans le cas d'interventions sur les hernies qu'une tendance légèrement plus positive pour les plaintes postopératoires a été observée chez les patients opérés en milieu stationnaire (Vach et Rageth 2021a, 2021b). Cependant, la pertinence de ces études, en particulier l'étude prospective, est fortement compromise par le manque de volonté des médecins à y participer, même si les sociétés médicales ont fortement insisté sur ce point au début. De plus, il existe déjà de nombreuses études internationales sur les complications des opérations ambulatoires (voir Lemons et al. 2006 ; International Association for Ambulatory Surgery 2014), c'est pourquoi il serait intéressant de considérer leurs conclusions pour la Suisse dans une étude externe. Néanmoins, une augmentation des services ambulatoires pourrait tout à fait être une opportunité d'améliorer les connaissances et les expériences sur la qualité clinique dans le domaine de l'ambulatoire.

### **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 par les fournisseurs de prestations et les assureurs fonctionne relativement bien. Premièrement, au niveau de la communication entre les différents acteurs, les entretiens montrent un niveau élevé de coordination, surtout dans les cantons pionniers. Néanmoins, des améliorations peuvent être apportées pour renforcer les contacts entre les acteurs impliqués. Tout d'abord, dans ce domaine, la communication entre presque toutes les autorités cantonales non pionnières interrogées et les assurances-maladie est peu développée. En revanche, les cantons pionniers s'occupent de cette thématique depuis plus longtemps et ont donc des échanges plus importants. A priori, cela ne semble pas poser de problème majeur, mais dans l'hypothèse d'un renforcement du système ambulatoire, il serait opportun de favoriser les échanges entre ces deux entités. Ainsi, plus d'échanges permettraient de mettre en évidence les conflits entre les acteurs, afin de mieux les identifier et de les aborder à temps.

En outre, même si la communication entre les assureurs maladie et les fournisseurs de prestations se déroule globalement bien, des améliorations sont envisageables dans ce domaine, surtout avec les hôpitaux de petite et moyenne taille. Des problèmes ont été notamment rencontrés lorsque les assureurs maladie<sup>34</sup> ne sont pas en accord avec les exceptions demandant une intervention en stationnaire. En l'occurrence, le problème soulevé par les médecins réside dans la charge administrative engendrée par l'élaboration des justificatifs. Par ailleurs, la charge administrative croissante a été désignée comme l'un des principaux inconvénients de cette réglementation. Ainsi, nous estimons qu'il est important d'aborder cette question. C'est pourquoi nous proposons d'accélérer les contacts entre les assurances-maladie et les médecins en les rendant plus directs. Un autre point important qui ressort des résultats est l'importance d'adapter les infrastructures hospitalières pour optimiser l'organisation des interventions en ambulatoire. Bien que l'arrivée de la réglementation ait sans doute accéléré son développement, apportant une amélioration dans ce domaine, pour certains fournisseurs de prestations, la structure hospitalière ne permet pas encore une réorganisation efficace des interventions en ambulatoire. Ceci est principalement dû à un manque de structures ou à une adaptation difficile des sites.

### **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. Lesquels ?**

La répercussion exacte sur les prestataires de soins en aval est difficile à estimer compte tenu du trop peu d'information à disposition de la population interrogée dans cette évaluation. En effet, ces derniers ne sont pas en mesure de se prononcer avec certitude sur cette question. Cependant, d'après les entretiens, il est certain que par la nature des interventions concernées par la réglementation AvS dits légers, les risques de voir des complications postopératoires chez les patients traités en ambulatoire sont minimes. La nécessité de soins à domicile est ainsi moindre ou alors elle ne concerne que des soins techniques tels que des changements de pansements ou vérifications d'agrafes. De plus, les patients présentant de trop gros risques de complications - majoritairement présents dans les tranches d'âge les plus élevées - et nécessitant donc plus de soins à domicile, sont souvent opérés en stationnaire et gardés en observation à l'hôpital où ils sont pris en charge par le personnel médical sur place. Un impact est cependant noté auprès des pratiques de certains médecins qui ont par exemple augmenté le nombre de consultations postopératoires effectuées ou réduit le temps d'attente entre l'opération et la première consultation en comparaison à une prise en charge stationnaire ou encore prennent soin d'indiquer à leurs patients des numéros de référence à appeler en cas de complications.

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

Le souhait des médecins et des établissements hospitaliers d'une adaptation des tarifs ambulatoires pratiqués actuellement ressort des entretiens et du questionnaire en ligne. Bien que les médecins fassent également partie des partenaires tarifaires (assureurs et prestataires de soins) et soient responsables de négocier les tarifs, aucun accord n'a été trouvé depuis trois ans pour adapter ou modifier les tarifs. Ce qui engendre probablement l'attitude négative de nombreux médecins face à la réglementation AvS. En outre, un sentiment d'incompréhension est présent chez les chirurgiens concernés, car ils disent effectuer les mêmes gestes, qu'une opération soit menée en ambulatoire ou en stationnaire, mais elle sera significativement moins bien rémunérée en ambulatoire. Cependant, il faut aussi savoir que ce n'est pas seulement l'intervention qui est rémunérée pour les

---

<sup>34</sup> Il est à noter que, selon le personnel administratif des fournisseurs de prestations, il semble que certains assureurs-maladie posent plus de questions que d'autres (voir chapitre 3).

fournisseurs de prestations, mais aussi l'infrastructure nécessaire à cette intervention. En résultent ainsi de grandes pertes pour les prestataires de soins et, dans certains cas, un abandon de la prise en charge de ces interventions par les établissements privés ou de taille plus modeste. De ce fait, nous considérons qu'il est important de réduire les incitations négatives et d'entreprendre un examen critique dans le but d'harmoniser le système tarifaire. L'infrastructure des établissements joue également un rôle important dans la mise en œuvre de la réglementation. L'ambulatoire engendre une réflexion autour de l'aménagement de l'hôpital, notamment au niveau de l'optimisation du parcours des patients, des plannings et des salles d'observation après les interventions. La favorisation de structures ambulatoires adaptées de la part des institutions en charge des établissements de soins aurait un apport bénéfique.

Du côté des chirurgiens, même si l'ensemble se dit généralement satisfait de son application, ils considèrent que les critères de dérogation marqués dans la liste de l'annexe 1a de l'OPAS ne prennent pas assez de facteurs contextuels en compte (voir chapitre 3.3.7). Certains estiment même que ces critères vont même jusqu'à remettre en question leur expertise en tant que professionnel de santé lorsqu'il s'agit de décider ce qui est le mieux pour leurs patients. Il arrive régulièrement que leur décision soit basée sur leur ressenti, leur expérience et il peut être complexe de justifier cela en se basant sur des grilles standardisées. C'est pour cela qu'une partie des médecins est en faveur d'un allègement de ces critères, voire de leur suppression. Nous considérons que ce point est moins problématique, car les exceptions devraient être traitées de manière globale et égale et que les règles d'exception sont donc indispensables. Cependant, il est important de savoir que les médecins se sentent lésés dans leur compétence et que les assureurs devraient peut-être s'appuyer davantage sur la décision des médecins, afin qu'une confiance mutuelle puisse s'instaurer. Cela n'a pas de conséquences directes sur les adaptations, mais nécessite un changement de culture de la part des assureurs et des prestataires de soins (qui devraient accepter les règles d'exception).

Du côté des assureurs maladie, cette difficulté à traiter les demandes de dérogation se fait aussi ressentir et, selon la complexité des cas, cela se traduit par une augmentation de la charge de travail. Certains assureurs expriment même l'envie d'une réduction de la marge d'interprétation des critères. Cela démontre alors le spectre de divergences d'opinions présent entre les chirurgiens et les assurances-maladie à ce propos, nécessitant donc de trouver un terrain d'entente. Toutefois, les critères actuels ont été élaborés en collaboration avec des experts médicaux et d'autres parties prenantes, et ont été discutés par la Commission fédérale des prestations générales et des principes (CFPP) et recommandés au DFI pour adoption.

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

Nous notons que les personnes interrogées sont principalement favorables à l'ajout de groupes d'interventions légères. Elles sont majoritairement déjà présentes dans la plupart des listes cantonales. À l'heure actuelle, ces différences entre cantons entraînent régulièrement des difficultés administratives selon les opinions des médecins, directions des établissements hospitaliers, instances cantonales en charge de la santé ou assurances-maladie. Pendant l'évaluation, nous n'avons pas vu de signes montrant qu'il y avait plus de complications ou d'autres problèmes dans les cantons avec une liste élargie. Pour réduire la charge administrative, les listes devraient être uniformisées entre tous les cantons. Selon notre évaluation, cela est absolument nécessaire, car la structure d'incitation pour les médecins est toujours telle que les opérations sont plutôt effectuées en stationnaire si elles ne sont pas prescrites par la liste AvS. Cela ne s'explique pas seulement par les incitations financières, mais aussi par leur aversion au risque. Dans le cas d'opérations

stationnaires, il est possible d'intervenir plus rapidement en cas de complications. Même si cela ne peut pas être prouvé empiriquement, cette logique influence le comportement des médecins. De plus, cette attitude pourrait également indiquer le malaise des médecins, car les processus (notamment l'information aux patients) n'ont pas encore été suffisamment adaptés, ce qui contribue également à une perception accrue du risque.

Une uniformisation au niveau fédéral viendrait alors régler ces irrégularités, car le type de prise en charge (ambulatoire/stationnaire) pour ces interventions serait plus clair pour les différents acteurs. Cependant, ces modifications ne sont pas du goût de tous les répondants et nous notons un certain clivage au sein des réponses obtenues. En plus, il est vrai que certaines de ces interventions sont déjà en grande partie réalisées en ambulatoire et que le potentiel de transfert est donc faible. Ainsi, la plupart des avis collectés dans le second module s'accordent à dire qu'une augmentation du nombre d'interventions présentes dans la liste de l'annexe 1a de l'OPAS n'est pas souhaitable. Les raisons majoritairement évoquées mettent en avant une inquiétude pour le bien-être des patients, craignant l'ajout d'interventions jugées comme trop lourdes-en ambulatoire pour ces derniers et donc plus susceptibles d'augmenter la douleur ou les complications postopératoires chez les patients. C'est du moins le cas chez les tranches de la population la plus âgée, chez lesquelles la capacité de récupération est amoindrie. Il faudrait donc favoriser le suivi postopératoire en cas d'ajout d'interventions plus lourdes. Une extension de la liste à d'autres interventions devrait donc se faire en consultation avec les médecins afin d'évaluer au mieux les besoins des patients et anticiper les aspects négatifs de l'ambulatoire. De notre point de vue, rien ne s'oppose donc à une extension des interventions ou à une adaptation des listes fédérales avec les interventions qui sont déjà pratiquées dans d'autres cantons. Au-delà, il convient toutefois d'être prudent, car les cantons couvrent probablement déjà la majorité des interventions dites légères. L'inclusion d'interventions plus lourdes pourrait entraîner de gros problèmes dans le domaine des soins postopératoires.

## 5.2 Recommandations

La présente évaluation vise à établir des bases pour optimiser la mise en œuvre de la réglementation AvS de l'OPAS et à mettre en évidence les éventuels besoins de révision de l'AvS. Dans ce chapitre, des recommandations sur la marche à suivre sont formulées sur la base des résultats de l'évaluation.

*Recommandation 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.*

Les résultats de l'évaluation ont clairement montré que l'infrastructure est essentielle pour favoriser le transfert des interventions du stationnaire vers l'ambulatoire. Une bonne structure et une bonne organisation permettent non seulement d'améliorer le travail et l'ensemble du processus qui accompagne les interventions ambulatoires, mais aussi d'améliorer le déroulement des interventions et de ne pas affecter les urgences. Plus précisément, une réorganisation de l'infrastructure permet d'optimiser le temps, ce qui améliore l'efficacité de l'intervention et réduit donc les coûts. Cependant, il existe des différences significatives entre les infrastructures des prestataires de soins. Bien sûr, il n'est pas possible de reconstruire tous les hôpitaux, mais les entretiens ont montré que les propriétaires d'établissements médicaux feraient bien de surveiller de près leurs infrastructures et d'accorder une attention particulière à cet aspect lors des projets de transformation ou de construction. Il est également possible d'adapter la planification hospitalière et d'accorder une plus grande importance stratégique à cet aspect. Dans ce

contexte, on pourrait également envisager d'adapter les structures hospitalières stationnaires. Une réduction du nombre de lits pourrait créer des ressources pour le secteur ambulatoire.

*Recommandation 2: Les partenaires tarifaires devraient se mettre d'accord sur des tarifs modernes couvrant les coûts des interventions ambulatoires (tarification appropriée).*

Il est clair que le tarif actuel de remboursement de la chirurgie ambulatoire n'incite pas les prestataires de soins à pratiquer réellement d'interventions en ambulatoire. Souvent, les prestataires de soins ne gagnent presque rien après avoir déduit les coûts fixes de l'opération (y compris la location des locaux). Pour cette raison, les chirurgiens sont fortement incités à effectuer une intervention en stationnaire. Il y a parfois des cas isolés qui essaient de trouver des motifs pour pratiquer une intervention en stationnaire. La structure d'incitation est moins problématique dans les hôpitaux publics, car les médecins y sont souvent employés de manière fixe et leur salaire dépend moins des interventions individuelles. Mais là aussi, la pression sur les coûts est forte. Les acteurs au niveau fédéral sont conscients de leur situation et reconnaissent eux-mêmes que le système actuel, qui prévoit en plus un financement différent des services ambulatoires et stationnaires, conduit à diverses dérives. L'objectif devrait être que les interventions et les examens effectués dans le contexte de traitement respectif (ambulatoire ou stationnaire) soient rémunérés de manière appropriée. Or, dans le domaine ambulatoire, les prestations sont rémunérées avec la structure tarifaire TARMED, qui repose sur des données datant des années 90. Cela conduit à une sous-rémunération et, plus rarement, à une sur-rémunération pour de nombreuses prestations. C'est pourquoi, il faut impérativement, dans le domaine ambulatoire également, une tarification qui reflète la réalité médicale actuelle permettant une indemnisation appropriée des prestations et pouvant être développée périodiquement. Une proposition d'une telle structure tarifaire (TARDOC) a été soumise par les partenaires tarifaires au Conseil fédéral pour approbation en 2019 ou, dans sa version révisée et finale, fin 2021. En ce qui concerne le financement des prestations ambulatoires et stationnaires, il existe en outre des incitations erronées dues aux différentes structures de financement. L'introduction d'un financement uniforme des prestations ambulatoires et stationnaires pourrait neutraliser en grande partie ces incitations erronées. Différents modèles sont actuellement à l'étude, notamment la répartition de la contribution cantonale entre les différents assureurs non pas sur la base des coûts occasionnés, mais sur la base des coûts attendus, en fonction des risques de chaque portefeuille d'assurés. L'objectif est de maximiser l'incitation entrepreneuriale des prestataires de services à fournir des soins efficaces, par exemple par le biais du développement et la gestion de modèles de soins coordonnés (Conseil Fédéral : 2019: 10-11). Notre analyse ne donne pas d'indication sur la meilleure façon d'aborder la réforme, mais elle montre clairement que notamment la structure tarifaire actuelle compromet le transfert des interventions stationnaires vers les interventions ambulatoires et les met en danger à long terme. Nous pensons qu'un réajustement est nécessaire, même si une uniformisation des tarifs ne semble pas judicieuse. Les traitements ambulatoires ont des coûts de soins et d'hôtellerie réduits, ce qui explique la baisse de la rémunération dans le secteur ambulatoire par rapport au secteur stationnaire.

*Recommandation 3: La communication entre les acteurs et avec les patients devrait être renforcée.*

L'évaluation montre que la communication générale entre les acteurs doit être renforcée. En principe, grâce à la CDS et à l'OFSP, il existe déjà de très bons canaux à travers lesquels les cantons, les fournisseurs de prestations et les assureurs peuvent échanger des informations. Toutefois, cela pourrait être renforcé : les départements cantonaux de la santé



devraient encourager les échanges entre les prestataires de soins, les assureurs (y compris les médecins-conseils) et les autres institutions pour coordonner les structures et les processus ainsi que renforcer la confiance mutuelle. Il pourrait également être judicieux d'envisager d'impliquer davantage les associations de médecins. Nos résultats montrent que si des échanges ont lieu, ils ne sont pas toujours satisfaisants. En particulier, il existe certaines réticences entre les prestataires de soins et les médecins-conseils qui compliquent la mise en œuvre de la réglementation. En outre, la Confédération devrait envisager une campagne d'information pour les patients. Notre évaluation montre qu'une bonne communication entre les médecins et les patients pourrait rendre l'ensemble du traitement ambulatoire plus fluide et plus acceptable. Il s'agit d'expliquer aux patients le raisonnement qui sous-tend le traitement ambulatoire afin qu'ils soient mieux informés. Cette campagne est utile non seulement pour les patients et générations les plus réticents ayant des habitudes plus ancrées dans le stationnaire, mais aussi pour les patients bénéficiant d'une assurance complémentaire privée.

*Recommandation 4: La Confédération devrait examiner la possibilité d'institutionnaliser de manière permanente le groupe d'échange des parties prenantes à AvS.*

La plus grande faiblesse de la nouvelle réglementation AvS est l'augmentation des tâches administratives. Tant les prestataires de soins que les assureurs déclarent en majorité avoir vu leur charge administrative augmenter. En principe, ils souhaitent que les procédures soient simplifiées et qu'il y ait une plus grande flexibilité au niveau administratif. Un moyen d'y parvenir serait de créer des formulaires standardisés que les fournisseurs de prestations utiliseraient pour s'adresser aux assurances-maladie (quelques cantons appliquent déjà cette pratique). Certains prestataires ont également exprimé le souhait que les assurances-maladie définissent un service auquel ils pourraient s'adresser directement par téléphone afin de discuter des ambiguïtés et des désaccords et de faire gagner du temps à toutes les parties concernées. Un autre point qui devrait être clarifié est l'uniformisation du codage, qui n'est actuellement pas toujours utilisé de manière uniforme par les cantons, les prestataires de soins et les assurances-maladie, ce qui entraîne des inefficacités. Actuellement, il n'existe aucune institution qui s'occupe des conflits entre les prestataires de soins et les assureurs. Si les deux acteurs ne parviennent pas à se mettre d'accord, les frais de soins stationnaires restent souvent à la charge des prestataires de soins, car une contestation entraînerait des coûts plus élevés. C'est pourtant l'un des grands points négatifs de la nouvelle réglementation qui, outre les tarifs, entraîne des désaccords chez les prestataires de soins, ce qui compromet sa mise en œuvre. Jusqu'à présent, il existe un groupe des parties prenantes à AvS, coordonné par l'OFSP, mais qui discute en premier lieu de l'orientation du monitoring. De notre point de vue, il serait souhaitable que ce groupe se pérennise et que son champ d'action s'élargisse. Il ne pourrait pas intervenir sur des cas individuels, mais recueillir les situations problématiques et tenter d'élaborer des solutions entre les différents groupes d'acteurs. De même, ce groupe pourrait discuter périodiquement la liste des interventions et, le cas échéant, envisager une adaptation des critères de l'annexe 1a, point II de l'OPAS (voir recommandation 5).

*Recommandation 5: La confédération devrait examiner la possibilité de prolonger le monitoring de l'AvS.*

Les données issues du monitoring commandé par l'OFSP et réalisé par l'Obsan revêtent une importance capitale dans l'optique d'observer, de documenter mais aussi d'évaluer l'évolution de la prise en charge (en stationnaire et en ambulatoire) des opérations relatives aux groupes d'interventions concernés. Toutefois, pour l'heure, les données issues du processus de monitoring ne couvrent que deux années postérieures à la révision de

l'OPAS (2019 et 2020). L'équipe d'évaluation tient à souligner l'importance d'étendre la période couverte par la collecte de données. Une couverture temporelle plus étendue dans le cadre du monitoring permettrait d'avoir davantage de recul par rapport à la modification de l'OPAS de janvier 2019 et ainsi d'observer sur la durée une éventuelle pérennisation des effets produits par la mesure. Dans cette optique, il serait bénéfique de récolter les données le plus finement possible, en focalisant notamment le monitoring sur l'évolution des différents taux de prise en charge (ambulatoire et stationnaire) sur une base cantonale et trimestrielle. Des données très fines sont aisément agrégables, alors que le processus inverse n'est pas toujours envisageable.

*Recommandation 6: La Confédération devrait vérifier régulièrement la pertinence des critères de dérogation.*

La liste des exceptions est en principe considérée comme claire et satisfaisante. Cependant, il est vrai que les médecins se sentent parfois limités dans leurs compétences par le système réglementaire actuel, ce qui peut conduire à une attitude négative de la part de ceux-là. La liste des exceptions s'est avérée très précieuse et est acceptée par une grande majorité des acteurs. Nous pensons toutefois qu'il serait utile d'inclure d'autres critères plus souples. Le bien-être des patients est une priorité pour les médecins, qui s'appuient souvent sur leur ressenti et leur expérience pour décider si une intervention en milieu hospitalier est jugée plus appropriée. Ce complément pourrait toutefois augmenter la confiance quelque peu ébranlée des médecins dans la réglementation AvS et garantir ainsi son application à long terme. De notre point de vue, il serait utile que le groupe d'échange sur l'AvS nouvellement créé discute de critères supplémentaires afin que le système soit largement accepté par toutes les parties prenantes. Toutes les adaptations de l'OPAS et de l'annexe 1a doivent ensuite être traitées par l'OFSP et soumises à l'avis de la CFPP, qui peut émettre une recommandation indépendante à ce sujet. Le DFI décide de l'introduction concrète.

*Recommandation 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).*

De nombreux cantons ont élargi le nombre de groupes d'interventions AvS à d'autres interventions et utilisent la liste dite de Lucerne avec d'autres interventions en orthopédie, cardiologie, urologie, chirurgies vasculaire et générale.<sup>35</sup> L'évaluation montre que, contrairement aux autres cantons, ces cantons ne constatent pas d'impact négatif sur la satisfaction des patients ou sur la qualité clinique. Cependant, un autre problème se pose : comme les cantons tiennent des listes différentes, les prestataires de soins et les assureurs ne savent pas toujours quelle liste fait foi. Cela est particulièrement problématique pour les patients hospitalisés dans un canton qui a une liste plus courte, mais dont le canton de résidence a une liste plus longue (ce qui est important pour la prise en charge des coûts par l'assureur). Cela signifie que l'élargissement de la liste par les cantons n'a pas conduit à des gains d'efficacité, mais au contraire à une augmentation de la charge administrative. Toutefois, il est également possible d'argumenter que, d'un point de vue médical, les interventions figurant sur les listes peuvent généralement être réalisées sans problème en ambulatoire et que la « confusion créée par les différentes listes » est un

---

<sup>35</sup> Il s'agit notamment de : Chirurgie de la main (décompression 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).

« faux problème » puisque l'intervention doit toujours être réalisée en ambulatoire si elle est médicalement appropriée. Même si cet argument est correct, il ne reflète pas la perception des acteurs interrogés dans le cadre de ce rapport. De plus, l'évaluation n'a pas mis en évidence d'éléments illustrant le fait que la mise en œuvre de l'AvS par des listes cantonales différentes aurait été avantageuse. C'est pourquoi nous pensons qu'une harmonisation des interventions pour les six groupes d'interventions serait un changement utile. La Confédération devrait donc compléter la liste actuelle avec des interventions mentionnées précédemment pour l'uniformiser entre les cantons. Cette liste doit être obligatoire, de sorte que tout le monde doive s'y conformer (et qu'aucune autre liste ne soit autorisée). Les interventions définies devraient être revues périodiquement en fonction des progrès médicaux et techniques.

*Recommandation 8: La Confédération devrait vérifier régulièrement la pertinence des interventions et des groupes d'interventions.*

Pratiquement tous les acteurs interrogés s'accordent à dire qu'une liste uniformisée d'interventions serait pertinente. L'ajout d'autres groupes d'interventions à la liste serait risqué à ce stade et nécessiterait une amélioration de la phase postopératoire : les parties prenantes affirment que le risque de complications pourrait augmenter si d'autres groupes d'interventions étaient ajoutés. Même si le règlement AvS prévoit que seules les interventions qui ne sont justement pas particulièrement lourdes en termes de suivi à domicile sont inscrites sur la liste, il est probablement utile d'assurer un meilleur suivi des patients afin de réduire les risques qui en découlent. En plus, nous suggérons de réfléchir à un suivi plus systématique et efficace à domicile prenant en compte les inconvénients de la prise en charge ambulatoire. Toutefois, cette situation peut rapidement changer en raison d'un renouvellement technique des interventions. Le groupe d'échange AvS nouvellement créé devrait donc vérifier à intervalles réguliers la pertinence de la liste des interventions et faire des propositions correspondantes à la CFPP.

## Bibliographie

- Bundi, Pirmin (2021). Évaluation. Dans : Nils Soguel, Pirmin Bundi, Tobias Mettler et Sophie Weerts (éd.). *Modèle IDHEAP de l'action publique en Suisse*. Lausanne : EPFL Press.
- Bundi, Pirmin, Frédéric Varone, Roy Gava et Thomas Widmer (2018). Self-selection and misreporting in legislative surveys. *Political Science Research and Methods*, 6(4), 771-789.
- CDS (2021). Übersicht GDK «ambulant vor stationär». Berne : Secrétariat général de la Conférence des directrices et directeurs cantonaux de la santé.
- Conseil fédéral (2019). *Parlamentarische Initiative Finanzierung der Gesundheitsleistungen aus einer Hand. Einführung des Monismus*. Bericht der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates vom 5. April 2019 Stellungnahme des Bundesrates.
- curafutura (2019). « Ambulant vor stationär » (AVOS). *Bericht zum Monitoring über den Zeitraum 2015 – 2019*. Berne : curafutura.
- Gesundheitsdirektion Kanton Zürich. (2019, 15 Februar). «Ambulant vor stationär» – Information zur Umsetzung im Kanton Zürich. Kanton Zürich. [https://www.zh.ch/content/dam/zhweb/bilder-dokumente/themen/gesundheit/-gesundheitsversorgung/spitaeler\\_kliniken/spitalfinanzierung/avos/20190214\\_avs\\_informationsblatt.pdf](https://www.zh.ch/content/dam/zhweb/bilder-dokumente/themen/gesundheit/-gesundheitsversorgung/spitaeler_kliniken/spitalfinanzierung/avos/20190214_avs_informationsblatt.pdf)
- Holmström, Inger et Marta Röing (2010). The relation between patient-centeredness and patient empowerment: a discussion on concepts. *Patient education and counseling*, 79(2), 167-172.
- International Association for Ambulatory Surgery (2014) *Ambulatory Surgery Handbook* 2nd Edition. IAAS.
- Kley, Andreas (2016): "Kantone", in: Historisches Lexikon der Schweiz (HLS), Version vom 13.04.2016. Online: <https://hls-dhs-dss.ch/de/articles/026414/2016-04-13/>.
- Knoepfel, Peter, Pirmin Bundi, Stéphane Nahrath et Frédéric Varone (2022). *Analyse et évaluation des politiques publiques*. En preparation.
- Lemos, Paulo, Paul Jarrett and Beverly Philip (2006). *Day surgery. Development and practice*. IAAS.
- OFS (2022a). *Statistique administrative des hôpitaux (KS) et Statistique de la population et des ménages (STATPOP)*. Neuchâtel : Office fédéral de la statistique.
- OFS (2022b). *Statistique médicale des hôpitaux (MS) et Statistique de la population et des ménages (STATPOP)*. Neuchâtel : Office fédéral de la statistique.
- OFSP (2021a). *Statistiques de l'assurance maladie obligatoire 2020*. Berne : Office fédéral de la santé publique.
- OFSP (2021b). Chiffres clés des hôpitaux suisses 2019. Berne : Office fédéral de la santé publique.
- OFSP (2021c). *Kurzpflichtenheft. Évaluation der KLV-Regelung «Ambulant vor Stationär»*. Stand 15. Juni 2021. Berne: Office fédéral de la santé publique.
- OFSP (2020). *Rahmenkonzept «Evaluation im BAG»*. Berne : Office fédéral de la santé publique.
- OFSP (2019). *Concept de monitoring de l'ambulatoire avant le stationnaire (AvS)*. Berne : Office fédéral de la santé publique.

- Trageser, Judith, Eva Gschwend, Rolf Iten, Anna Vettori, Massimo Filippini et Nina Boogen (2017). *Effizienz und Performance kantonaler Gesundheitssysteme. Schlussbericht*. Zürich: INFRAS.
- Trezzini, Bruno et Mirjam Bach (2020). Ambulant vor stationär : Herausforderungen bei der Umsetzung. *Bulletin des médecins suisses* 101(36) : 1063-1066.
- Roth, Sascha et Sonia Pellegrini (2021). *L'ambulatoire avant le stationnaire. Actualisation 2020 du monitoring de la limitation de la prise en charge stationnaire pour une sélection d'interventions électives (selon OPAS, art. 3c et annexe 1a)*. Rapport court établi sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP). (Obsan Rapport 08/2021). Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.
- Roth, Sascha et Sonia Pellegrini (2019). *Die Entwicklung der ambulanten Versorgung in den Kantonen. Analyse von sechs Gruppen chirurgischer Leistungen (Obsan Bulletin 1/2019)*. Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.
- Roth, Sascha et Sonia Pellegrini (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.
- SEVAL (2016). *Standards d'évaluation de la Société suisse d'évaluation (Standards SEVAL)*.
- Tobías, Aurelio (2020). Evaluation of the lockdowns for the SARS-CoV-2 epidemic in Italy and Spain after one month follow up. *Science of the Total Environment*, 725, 138539.
- Vach, Werner et Luzi Rageth (2021a). *AvS Pro – Eine prospektive Studie, begleitend zum Monitoring der Einführung von AvS*. Rapport établi sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique. Bâle: Basel Academy for Quality and Research in Medicine.
- Vach, Werner et Luzi Rageth (2021b). *AvS Pro – Eine retrospektive Studie, begleitend zum Monitoring der Einführung von AvS*. Rapport établi sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique. Bâle: Basel Academy for Quality and Research in Medicine.
- Widmer, Thomas (2005). *Leitfaden für Wirksamkeitsüberprüfungen beim Bund*. Berne: Office fédéral de la justice.
- Widmer, Thomas et Herbert Brunold (2017). *Glossaire d'évaluation de l'OFSP*. Berne : Office fédéral de la santé publique.

## Annexe

Tableau A1 : Group d'accompagnement

<b>Nom</b>	<b>Organisation</b>
Krisztina Beer	Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren GDK
Carmen Brenner-Meyer	Kanton Wallis, Departement für Gesundheit
Peter Catlos	curafutura
Patrick Dreher	Bundesamt für Statistik
Isabell Helms	SwissDRG
Constanze Hergelt	SwissDRG
Sibrand Houtman	Bundesamt für Gesundheit
Simon Iseli	Spitex Schweiz
Ivan Jivkov	Zentralstelle für Medizinaltarife ZMT
Maria Rosa Joller	Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner SBK
Philippe Luchsinger	mfe Haus- und Kinderärzte Schweiz
Cornelia Meier	santésuisse
Beatrix Meyer	FMH, Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte
Patrick Müller	FMH, Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte
Michaël Papaloizos	Foederatio Medicorum Chirurgicorum Helvetica FMCH
Sonia Pellegrini	Schweizer Gesundheitsobservatorium Obsan
Sacha Roth	Schweizer Gesundheitsobservatorium Obsan
Ursula Schafroth	Schweizerische Gesellschaft der Vertrauens- und Versicherungsärzte SGV
Kai-Bernhard Trachsel	Association Spitex privée Suisse ASPS
Cheryl von Arx	Die Spitäler der Schweiz H+
Flavia Wasserfallen	Dachverband schweizerischer Patientenstellen DVS
Dorota Zglinski	Bundesamt für Gesundheit

Tableau A2 : Tableau de régressions (modèle DID)

	<b>Ambulatoire</b>	
	<i>Incidence Rate Ratios</i>	<i>std. Error</i>
(Intercept)	<b>0.44</b> ***	0.03
Occupation des lits	<b>0.77</b> ***	0.02
Covid-19	<b>1.00</b> *	0.00
Densité de médecins	<b>1.15</b> ***	0.02
<i>Groupe d'interventions</i>		
Arthroscopie du genou	<b>1.78</b> ***	0.15
Col utérin	<b>5.22</b> ***	0.37
Curetage	<b>13.87</b> ***	0.96
Examens de l'utérus	<b>2.60</b> ***	0.20
Hémorroïdes	<b>5.94</b> ***	0.42
Hernies inguinales	<b>4.34</b> ***	0.32
Méniscectomie	<b>8.01</b> ***	0.56
Varices	<b>9.67</b> ***	0.67
Nombre d'interventions	<b>1.00</b> ***	0.00
Cantons latins	<b>1.08</b> ***	0.02
Modification de l'OPAS	1.05	0.04
Groupe de traitement	<b>0.92</b> ***	0.02
Groupe de traitement*Modification de l'OPAS	<b>1.16</b> ***	0.05
Observations	5580	

\*  $p < 0.05$  \*\*  $p < 0.01$  \*\*\*  $p < 0.001$

Les catégories de références suivantes sont employées : Groupe de contrôle ; Période pré-modification de l'OPAS (2015, 2016, 2017, 2018) ; Amygdalectomie ; Cantons germanophones ; Groupe de contrôle\* Période pré-modification de l'OPAS.

Tableau A3 : Tableau de régressions (modèle DID)

	<b>Stationnaire</b>	
	<i>Incidence Rate Ratios</i>	<i>std. Error</i>
(Intercept)	<b>0.19</b> ***	0.02
Occupation des lits	<b>1.40</b> ***	0.06
Covid-19	1.00	0.00
Densité de médecins	<b>0.83</b> ***	0.02
<i>Groupe d'interventions</i>		
Arthroscopie du genou	1.10	0.13
Col utérin	<b>1.79</b> ***	0.19
Curetage	<b>3.91</b> ***	0.37
Examens de l'utérus	<b>2.76</b> ***	0.27
Hémorroïdes	<b>2.91</b> ***	0.28
Hernies inguinales	<b>11.91</b> ***	1.05
Méniscectomie	<b>11.97</b> ***	1.06
Varices	<b>4.95</b> ***	0.46
Nombre d'interventions	<b>1.00</b> ***	0.00
Cantons latins	<b>0.70</b> ***	0.02
Modification de l'OPAS	<b>0.51</b> ***	0.03
Groupe de traitement	<b>1.34</b> ***	0.04
Groupe de traitement*Modification de l'OPAS	<b>0.83</b> *	0.06
Observations	5580	

\*  $p < 0.05$  \*\*  $p < 0.01$  \*\*\*  $p < 0.001$

Les catégories de références suivantes sont employées: Groupe de contrôle ; Période pré-modification de l'OPAS (2015, 2016, 2017,2018) ; Amygdalectomie ; Cantons germanophones ; Groupe de contrôle\* Période pré-modification de l'OPAS.



Tableau A4 : Guide d'entretien – études de cas

Questions introductives			
PA	MS	DCS	1. Comment avez-vous perçu l'introduction du nouveau règlement « l'ambulatoire avant le stationnaire » ? Avez-vous participé activement à son processus de réalisation ?
PA	MS		2. Comment percevez-vous la relation avec les autres acteurs concernés ? PA = médecins, direction-hôpital, autres départements cantonaux, assurances-maladies MS = autres médecins (intra ou extra hôpital), direction-hôpital
		DCS	3. En tant qu'instance cantonale, comment percevez-vous le niveau d'acceptation des nouvelles mesures par les hôpitaux/cliniques et les caisses maladie ?
		DCS	4. Comment les caisses maladie s'acquittent-elles de leurs tâches de supervision ?
<b>(3) Quelles sont les implications pour les outcomes cliniques (qualité) ?</b>			
PA	MS		5. Depuis l'entrée en vigueur de la réglementation, estimez-vous que, dans votre unité, il y a eu un changement notable au niveau des complications postopératoires dans les interventions concernées par la réglementation ? Si oui, quel est le changement observé (et quelles sont ces interventions, s'il y en a plusieurs) ?
PA	MS		6. Comment jugeriez-vous l'adaptation des conditions de sécurité (infrastructures, processus, suivi, personnel) à la prise en charge de ce mode (prestation ambulatoire) ? Sinon, qu'est-ce qui pourrait être amélioré ?
PA	MS		7. Globalement, quelle est votre impression quant au niveau de satisfaction des patients suite à l'introduction de la réglementation ? Pour quel(le)s raison(s) pensez-vous cela ?
<b>(4) La mise en œuvre par les prestataires de services et les assureurs fonctionne-t-elle ? Où sont les problèmes ? Existe-t-il une meilleure pratique à cet égard ?</b>			
PA	MS		8. Avez-vous eu des réticences quant à la mise en œuvre de ce règlement ? Si oui, lesquelles ? Et comment ont-elles évolué ?
PA	MS	DCS	9. En ce qui concerne l'infrastructure de votre lieu de travail (matériel, locaux, démarches administratives, personnel), comment évaluez-vous l'adaptation à cette nouvelle réglementation ?
PA	MS	DCS	10. Comment évaluez-vous les échanges entre les médecins traitants/spécialistes, les hôpitaux/cliniques et les caisses-maladie ? Sont-ils actuellement satisfaisants ou nécessitent-ils d'être renforcés ? Si oui, comment ?
PA	MS	DCS	11. Est-ce que la structure tarifaire actuelle influence la décision du transfert de prestations du stationnaire vers l'ambulatoire ? Si oui, de quelle manière ?
PA	MS		12. Comment se passe la communication avec les caisses maladie concernant le remplissage des conditions d'hospitalisation ? Avez-vous eu des expériences d'opinion divergentes ?
PA	MS		13. Avez-vous constaté un impact sur la quantité de travail administratif suite à l'introduction de la nouvelle réglementation ?
<b>(5) Est-ce qu'il y a des effets sur les prestataires de services ambulatoires en aval, par exemple les hôpitaux/cliniques, médecins généralistes, Spitex, etc. ? Si oui, lesquels ?</b>			
	MS	DCS	14. Est-ce qu'il y a des éléments indiquant une augmentation ou une diminution des demandes de soins à domicile des patients traités en ambulatoire ?
PA	MS	DCS	15. Avez-vous des contacts directs avec des organisations de soins et d'aide à domicile ? a. Avez-vous reçu un retour direct, positif ou négatif, de la part de Spitex/médecins généralistes concernant des patients traités en ambulatoire ?
<b>(6) Des ajustements doivent-ils être apportés à la réglementation « l'ambulatoire avant le stationnaire » plutôt au niveau de la législation ou de la mise en œuvre ?</b>			
		DCS	16. Estimez-vous que des adaptations au niveau de la législation sont nécessaires ? Si oui, lesquelles ?

PA	MS		17. Comment peut-on améliorer la mise en œuvre de la réglementation dans votre hôpital ?
<b>(7)</b> Les dispositions doivent-elles être étendues à d'autres interventions ? Lesquelles ? Dans quelles conditions ?			
	MS	DCS	18. Selon vous, serait-il pertinent d'ajouter d'autres groupes d'interventions à la liste figurant dans le règlement ? Si oui, lesquels ?
PA	MS	DCS	19. Estimez-vous également que les critères de dérogation devraient être modifiés ? Si oui, comment ?
<b>(1)</b> Le transfert d'interventions médicales du stationnaire à l'ambulatoire permet-il d'obtenir les effets souhaités ? Peut-on constater des différences selon le canton, la région linguistique, le type de prestataire de services ou le statut de l'assurance ?			
PA	MS	DCS	20. Pensez-vous que, suite à l'entrée en vigueur de la réglementation « l'ambulatoire avant le stationnaire », le nombre d'interventions chirurgicales en ambulatoire ait considérablement été impacté ?
			21. Pensez-vous que les coûts ont diminué auprès des patients, des caisses-maladies ou des hôpitaux/cliniques ?
PA	MS	DCS	22. Quels sont, selon vous, les effets globaux de l'introduction de ce nouveau règlement jusqu'à présent ?
PA	MS	DCS	23. Avez-vous quelque chose à ajouter ou voulez-vous parler de quelque chose en particulier ?

PA : Personnel administratif, MS : Médecin spécialiste, DCS : Département cantonal de la santé

Tableau A5 : Questionnaire du sondage auprès des prestataires de soins

N°	QUESTIONS
1.	<p>Veillez s'il vous plaît indiquer votre année de naissance.</p> <p>▼ 1945 (1) ... 2003 (69)</p>
2.	<p>À quel genre vous identifiez-vous ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Féminin (1)</li> <li>■ Masculin (2)</li> <li>■ Autre (3)</li> <li>■ Ne souhaite pas répondre (4)</li> </ul>
3.	<p>Dans quel canton exercez-vous votre activité professionnelle principale ?</p> <p>▼ Zurich (1) ... Jura (26)</p>
4.	<p>Dans quel établissement exercez-vous votre profession ?</p> <p>▼ Adus Medica AG (1) ... Autre (127)</p> <p>Si "autre" veuillez préciser le nom de l'établissement.</p> <p>_____</p>
5.	<p>Quelle fonction exercez-vous au sein de votre établissement ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Membre de la direction (4)</li> <li>■ Secrétariat (3)</li> <li>■ Médecin (1)</li> <li>■ Infirmier/ère (2)</li> <li>■ Autre (veuillez préciser) : (5)</li> </ul> <p>_____</p> <p><b>Si médecin (1)</b></p> <p>Exercez-vous dans un des domaines suivants ?</p> <p>Plusieurs réponses sont possibles. Si aucune ne correspond à votre situation, veuillez sélectionner "Aucun de ces domaines".</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Oto-rhyno-laryngologie (ORL) (HNO1) (1)</li> <li>■ Chirurgie viscérale (VIS1) (2)</li> <li>■ Chirurgie générale (GEF1) (3)</li> <li>■ Orthopédie (BEW1/5) (4)</li> <li>■ Gynécologie (GYN1) (5)</li> <li>■ Aucun de ces domaines (6)</li> </ul>

6.	<p>Dans quelle mesure êtes-vous satisfait-e de l'introduction de la réglementation AvS (AVOS) ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Très satisfait-e (1)</li> <li>■ Plutôt satisfait-e (2)</li> <li>■ Plutôt insatisfait-e (3)</li> <li>■ Très insatisfait-e (4)</li> </ul>
7.	<p>Depuis l'entrée en vigueur de la réglementation AvS, comment estimez-vous l'évolution du nombre d'interventions chirurgicales en ambulatoire ? Le nombre d'interventions chirurgicales en ambulatoire...</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ À augmenté (1)</li> <li>■ À plutôt augmenté (2)</li> <li>■ Est resté constant (3)</li> <li>■ À plutôt diminué (4)</li> <li>■ À diminué (5)</li> <li>■ Ne sais pas (6)</li> </ul>
8.	<p>Depuis l'entrée en vigueur de la réglementation AvS, comment estimez-vous l'évolution du nombre de complications postopératoires dans les interventions concernées par la réglementation ? Le nombre de complications postopératoires...</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ À augmenté (1)</li> <li>■ À plutôt augmenté (2)</li> <li>■ Est resté constant (3)</li> <li>■ À plutôt diminué (4)</li> <li>■ À diminué (5)</li> <li>■ Ne sais pas (6)</li> </ul>
9.	<p>Selon votre expérience, comment estimez-vous l'évolution de la charge administrative depuis l'entrée en vigueur de cette mesure ? La charge administrative...</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ À augmenté (1)</li> <li>■ À plutôt augmenté (2)</li> <li>■ Est restée constante (3)</li> <li>■ À plutôt diminué (4)</li> <li>■ À diminué (5)</li> <li>■ Ne sais pas (6)</li> </ul>

10.	<p>Selon vous, dans quelle mesure la tarification de la prise en charge en ambulatoire influence-t-elle la décision d'opérer en ambulatoire ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Fortement (1)</li> <li>■ Modérément (2)</li> <li>■ Pas d'influence (3)</li> <li>■ Ne sais pas (4)</li> </ul>
11.	<p>a) Selon vous, serait-il pertinent d'ajouter d'autres groupes d'interventions à la liste fédérale figurant dans le règlement ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Oui (1)</li> <li>■ Non (2)</li> </ul> <hr/> <p><b>Si Oui</b> <b>Et si travaillant dans les cantons non pionniers</b></p> <hr/> <p>b) Parmi les groupes d'interventions suivants, le(s)quel(s) ajouteriez-vous ? <i>Plusieurs réponses sont possibles.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Chirurgie de la main (libération du canal carpien et autres interventions mineures de la main) (1)</li> <li>■ Chirurgie du pied (sauf hallus valgus) (2)</li> <li>■ Ablations de matériel d'ostéosynthèse (3)</li> <li>■ Techniques diagnostiques concernant le cœur (4)</li> <li>■ Pacemaker (incl. remplacement) (5)</li> <li>■ Angioplastie transluminale percutanée (ATP) incl. dilatation par ballonnet (normalement excl. cathéter à ballonnet &gt;6F) (6)</li> <li>■ Circoncision (7)</li> <li>■ Lithotripsie par onde de choc extracorporelle (ESWL) (8)</li> <li>■ Autre groupe (veuillez préciser) : (9)</li> </ul> <hr/> <p><b>Si Non</b> <b>Et si travaillant dans les cantons non pionniers</b></p> <hr/> <p>c) Pour quelle(s) raison(s) n'ajouteriez-vous pas d'autres groupes d'interventions ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Un plus grand nombre de procédures ambulatoires entraînerait davantage de complications postopératoires (1)</li> <li>■ D'autres interventions ambulatoires ne peuvent être effectuées pour couvrir les coûts (2)</li> <li>■ Des interventions ambulatoires supplémentaires entraînent des dépenses administratives plus élevées (3)</li> <li>■ Les interventions ambulatoires supplémentaires ne conduisent pas à une réduction des coûts dans le système de santé (4)</li> <li>■ Autre raison (veuillez préciser) : (5)</li> </ul> <hr/> <p><b>Si Oui</b> <b>Et si travaillant dans les cantons pionniers</b></p>

	<hr/> <p>d) Quel(s) groupe(s) d'interventions ajouteriez-vous ? _____</p> <hr/> <p><b>Si Non</b> <b>Et si travaillant dans les cantons pionniers</b></p> <hr/> <p>e) Pour quelle(s) raison(s) n'ajouteriez-vous pas d'autres groupes d'interventions ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Un plus grand nombre de procédures ambulatoires entraînerait davantage de complications postopératoires (1)</li> <li>■ D'autres interventions ambulatoires ne peuvent être effectuées pour couvrir les coûts (2)</li> <li>■ Des interventions ambulatoires supplémentaires entraînent des dépenses administratives plus élevées (3)</li> <li>■ Les interventions ambulatoires supplémentaires ne conduisent pas à une réduction des coûts dans le système de santé (4)</li> <li>■ Autre raison (veuillez préciser) : (5) _____</li> </ul>
12.	<p>Avez-vous des points à ajouter qui n'auraient pas été abordés ou d'éventuels commentaires et remarques ?</p> <p>_____</p>

Tableau A6 : Questionnaire du sondage auprès des assureurs maladie

N°	QUESTION																								
1.	Après de quelle assurance travaillez-vous ? ▼ Agrisano (259) ... Autre assurance (30)																								
2.	Dans quel département travaillez-vous ? <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Service du médecin-conseil (1)</li> <li>■ Vérification des prestations (2)</li> <li>■ Garanties de paiement (3)</li> <li>■ Autre département (veuillez préciser) : (4)</li> </ul> <hr style="width: 30%; margin-left: 20px;"/>																								
3.	Quelle fonction occupez-vous ? <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Fonction de direction (1)</li> <li>■ Collaborateur·trice (2)</li> <li>■ Expert·e / spécialiste (3)</li> <li>■ Autre fonction (veuillez préciser) : (4)</li> </ul> <hr style="width: 30%; margin-left: 20px;"/>																								
4.	Comment évaluez-vous la fréquence des échanges avec les acteurs suivants dans le cadre de la gestion des cas AvS ? <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 10px;"> <thead> <tr> <th style="width: 30%;"></th> <th style="width: 15%;">Tout à fait insatisfaisante (1)</th> <th style="width: 15%;">Plutôt insatisfaisante (2)</th> <th style="width: 15%;">Plutôt satisfaisante (3)</th> <th style="width: 15%;">Tout à fait satisfaisante (4)</th> <th style="width: 15%;">Pas d'échange (5)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Médecins spécialistes (1)</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Services administratifs et direction d'hôpitaux ou cliniques (2)</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Instances cantonales en charge de la santé (3)</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> </tbody> </table>		Tout à fait insatisfaisante (1)	Plutôt insatisfaisante (2)	Plutôt satisfaisante (3)	Tout à fait satisfaisante (4)	Pas d'échange (5)	Médecins spécialistes (1)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Services administratifs et direction d'hôpitaux ou cliniques (2)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Instances cantonales en charge de la santé (3)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Tout à fait insatisfaisante (1)	Plutôt insatisfaisante (2)	Plutôt satisfaisante (3)	Tout à fait satisfaisante (4)	Pas d'échange (5)																				
Médecins spécialistes (1)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																				
Services administratifs et direction d'hôpitaux ou cliniques (2)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																				
Instances cantonales en charge de la santé (3)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																				

5.	Comment jugeriez-vous l'entente lors des échanges avec les acteurs suivants ?				
		Très mauvaise (1)	Plutôt mauvaise (2)	Plutôt bonne (3)	Très bonne (4)
	Médecins spécialistes (1)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Services admini- nistratifs et direction d'hôpi- taux ou cliniques (2)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Instances canto- nales en charge de la santé (3)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.	À quelle fréquence recevez-vous des demandes de dérogation pour mener une opération stationnaire au lieu d'une opération ambulatoire ?				
	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Très souvent (1)</li> <li>■ Souvent (2)</li> <li>■ Rarement (3)</li> <li>■ Très rarement (4)</li> <li>■ Ne sais pas (5)</li> </ul>				
7.	À quelle fréquence êtes-vous d'accord avec les raisons invoquées par les médecins pour justifier une exception ?				
	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Très souvent (1)</li> <li>■ Souvent (2)</li> <li>■ Rarement (3)</li> <li>■ Très rarement (4)</li> <li>■ Ne sais pas (5)</li> </ul>				
8.	Dans l'ensemble, comment jugez-vous la clarté des critères de dérogation invoqués par les médecins pour qu'une intervention soit menée en stationnaire au lieu d'être menée en ambulatoire ?				
	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Pas du tout clairs (1)</li> <li>■ Peu clairs (2)</li> <li>■ Assez clairs (3)</li> <li>■ Tout à fait clairs (4)</li> </ul>				
9.	Estimez-vous que les critères de dérogation actuels nécessitent une modification ?				
	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Oui (1)</li> <li>■ Non (2)</li> </ul>				



	<p>Parmi les propositions suivantes, quelles modifications apporteriez-vous ?</p> <p><i>Plusieurs réponses sont possibles.</i></p> <p>Ajouter des nouveaux critères de dérogation (1)  Enlever des critères de dérogation (2)  Affiner les critères de dérogation (3)  Accorder plus de marge de manoeuvre aux médecins (4)  Accorder moins de marge de manoeuvre aux médecins (5)  Autre(s) modification(s) (veuillez préciser) : (6)</p> <hr/>
10.	<p>À quelle fréquence procédez-vous à un examen approfondi des demandes de dérogation (par exemple en demandant une documentation médicale ou une justification du médecin traitant) ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Très souvent (1)</li> <li>■ Souvent (2)</li> <li>■ Rarement (3)</li> <li>■ Très rarement (4)</li> </ul>
11.	<p>Quel type d'examen conduisez-vous le plus souvent ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Ex ante (contrôle de la demande de garantie de paiement avant l'hospitalisation) (1)</li> <li>■ Ex post (contrôle après l'hospitalisation, à la réception de la facture) (2)</li> <li>■ Les deux (ex post et ex ante) (3)</li> <li>■ Autre type d'examen (veuillez préciser) : (4)</li> </ul> <hr/>
12.	<p>Considérez-vous les méthodes de contrôle actuelles quant à l'application de la réglementation insatisfaisantes ou satisfaisantes ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Tout à fait insatisfaisantes (1)</li> <li>■ Plutôt insatisfaisantes (2)</li> <li>■ Plutôt satisfaisantes (3)</li> <li>■ Tout à fait satisfaisantes (4)</li> </ul>
13.	<p>Selon vous, pour quelles raisons les méthodes de contrôle actuelles sont-elles insatisfaisantes ?</p> <hr/>
14.	<p>Il existe des différences entre les listes cantonales quant aux interventions qui ne sont en principe remboursées qu'en ambulatoire.  Dans quelle mesure estimez-vous ces différences problématiques lors du contrôle des dossiers ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Tout à fait problématiques (1)</li> <li>■ Plutôt problématiques (2)</li> <li>■ Peu problématiques (3)</li> <li>■ Pas du tout problématiques (4)</li> </ul>

15.	<p>Depuis l'implémentation de la réglementation, estimez-vous que le niveau de satisfaction de vos assuré·e·s traité·e·s en ambulatoire a augmenté, diminué ou est resté similaire ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ À augmenté (1)</li> <li>■ À quelque peu augmenté (2)</li> <li>■ Est resté similaire (3)</li> <li>■ À quelque peu diminué (4)</li> <li>■ À diminué (5)</li> <li>■ Ne sais pas (6)</li> </ul>
16.	<p>Depuis l'introduction de la réglementation, estimez-vous que le nombre d'opérations réalisées en ambulatoire a augmenté, diminué ou est resté similaire ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ À augmenté (1)</li> <li>■ À quelque peu augmenté (2)</li> <li>■ Est resté similaire (3)</li> <li>■ À quelque peu diminué (4)</li> <li>■ À diminué (5)</li> <li>■ Ne sais pas (6)</li> </ul>
17.	<p>Depuis l'introduction de la réglementation, estimez-vous que le nombre de complications suite à des opérations ambulatoires a augmenté, diminué ou est resté similaire ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ À augmenté (1)</li> <li>■ À quelque peu augmenté (2)</li> <li>■ Est resté similaire (3)</li> <li>■ À quelque peu diminué (4)</li> <li>■ À diminué (5)</li> <li>■ Ne sais pas (6)</li> </ul>
18.	<p>Dans quel(s) groupe(s) d'interventions avez-vous constaté une augmentation du nombre de complications ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Opérations sur les amygdales et végétations adénoïdes (HNO) (1)</li> <li>■ Interventions pour hémorroïdes/opérations unilatérales des hernies (VIS) (2)</li> <li>■ Opérations des veines variqueuses des membres inférieurs (GEF) (3)</li> <li>■ Arthroscopies du genou/du ménisque (BEW) (4)</li> <li>■ Examens/interventions au niveau du col utérin ou de l'utérus (GYN) (5)</li> <li>■ Augmentation généralisée (6)</li> <li>■ Ne sais pas (7)</li> <li>■ Autre(s) groupe(s) (veuillez préciser) : (8)</li> </ul> <hr style="width: 20%; margin-left: 0;"/>

19.	<p>Selon vous, dans quelle mesure la tarification des soins ambulatoires influence-t-elle le type (ambulatoire/stationnaire) d'intervention ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Fortement (1)</li> <li>■ Modérément (2)</li> <li>■ Pas du tout (3)</li> <li>■ Ne sais pas (4)</li> </ul>
20.	<p>Depuis l'implémentation de la réglementation, estimez-vous que la charge de travail des collaborateurs·trices concerné·e·s par les tâches de contrôles des dossiers a augmenté, diminué ou est restée similaire ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ À augmenté (1)</li> <li>■ À quelque peu augmenté (2)</li> <li>■ Est restée similaire (3)</li> <li>■ À quelque peu diminué (4)</li> <li>■ À diminué (5)</li> <li>■ Ne sais pas (6)</li> </ul>
21.	<p>Dans quelle mesure estimez-vous être en désaccord ou en accord avec l'affirmation suivante ? La structure du personnel de mon assurance permet de garantir le bon contrôle de la réglementation AvS.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Pas du tout d'accord (1)</li> <li>■ Plutôt en désaccord (2)</li> <li>■ Plutôt d'accord (3)</li> <li>■ Tout à fait d'accord (4)</li> </ul>
22.	<p>Avez-vous des points à ajouter qui n'auraient pas été abordés ou d'éventuels commentaires et remarques ?</p> <hr/>