



## POINT DE VUE

«L'ambulatoire avant le stationnaire»: cette devise est devenue réalité au plus tard il y a un an et demi lorsque Lucerne a été le premier canton à introduire une liste d'interventions à pratiquer exclusivement en ambulatoire. Bien des choses ont bougé depuis lors. D'autres cantons ont suivi et ont publié leurs propres listes. En outre, la liste de la Confédération est entrée en vigueur au début de cette année. Elle vise à créer une réglementation uniforme au niveau national pour six groupes d'interventions électives.

Dans le domaine de la santé également, on ne peut bâtir l'avenir qu'en connaissant le passé. La présentation de la situation dans les cantons avant l'introduction des listes ambulatoires constitue à ce titre une base de décision importante et précieuse.

Ce bulletin montre que la situation de départ varie fortement selon les cantons. Le potentiel de transfert n'est pas partout le même. Mais tous les cantons présentent un potentiel d'économies et le principe de «L'ambulatoire avant le stationnaire» est dans une large mesure sans incidence sur les coûts pour les assurances-maladie.

Éviter des traitements stationnaires non nécessaires représente un défi central pour maintenir en Suisse un système de santé de grande qualité à un coût abordable. Le principe de l'ambulatoire avant le stationnaire permet d'économiser sans douleur, autrement dit sans péjorer la disponibilité et la qualité des traitements.

Le potentiel n'est cependant pas encore épuisé. L'évolution vers davantage de médecine ambulatoire va se poursuivre. Pour assurer la réussite de ce processus, il faudra procéder à des adaptations dans la planification hospitalière et dans les infrastructures, sans oublier, qu'il faudra également des prix équitables.

Guido Graf, Conseiller d'État  
Chef du Département de la santé et des affaires sociales  
du canton de Lucerne

# Le développement de l'ambulatoire dans une perspective cantonale

## Analyse de six groupes de prestations chirurgicales

Au cours des dernières années, le transfert de prestations du stationnaire vers l'ambulatoire est devenu une thématique importante de la politique de santé. Constatant que le potentiel de transfert n'était pas suffisamment exploité dans le secteur hospitalier, certains cantons ont instauré dès 2017 (2017: LU; 2018: ZH, ZG VS, AG, SH, BS, NE, JU) des listes de prestations chirurgicales qui doivent être réalisées en ambulatoire (sauf contre-indication médicale justifiée). La Confédération a légiféré au niveau suisse en modifiant l'ordonnance sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie (OPAS). Cette modification est entrée en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2019.

Ce bulletin se focalise sur les six groupes de prestations figurant dans l'OPAS (encadré 2) et couvre la période 2013 à 2016. Il propose une analyse des situations cantonales avant l'entrée en vigueur de la liste fédérale et crée ainsi la base pour mesurer ultérieurement l'effet de cette mesure. Il étend les analyses réalisées dans le Dossier Obsan 63 sur le potentiel de transfert du stationnaire vers l'ambulatoire (Roth et Pellegrini, 2018) en les distinguant selon les cantons.

### Encadré 1: Principaux résultats pour les six groupes de prestations chirurgicales analysées, de 2013 à 2016

- La majorité des interventions sont déjà réalisées en ambulatoire.
- La proportion d'interventions ambulatoires varie entre les cantons de 40% à 80%.
- Il reste encore un potentiel élevé d'interventions transférables du stationnaire vers l'ambulatoire. Selon les cantons, entre 55% et 80% des interventions réalisées en stationnaire pourraient l'être en ambulatoire.
- Le transfert d'interventions représente un potentiel d'économie variable selon les cantons.

## Encadré 2: Méthode

### Prestations chirurgicales analysées

Il s'agit des prestations de l'annexe 1 de l'OPAS:

- opération des veines variqueuses des membres inférieurs,
- interventions pour hémorroïdes,
- opérations unilatérales des hernies (inguinales),
- examens/interventions au niveau du col utérin ou de l'utérus
  - opération du col utérin,
  - examens de l'utérus,
  - curetage,
- arthroscopies du genou, y compris opérations du ménisque
  - opération du ménisque,
  - arthroscopie du genou,
- opération sur des amygdales et des végétations adénoïdes.

Ces prestations chirurgicales ne sont pas représentatives de l'ensemble de l'activité des hôpitaux. Les résultats doivent donc être interprétés en tenant compte qu'il s'agit d'une sélection de prestations.

### Démarche

Les résultats sont présentés pour l'ensemble des prestations chirurgicales analysées, pour la période 2013 à 2016 et sous l'angle du canton de domicile du patient. Ce regroupement des années permet d'amener plus de robustesse aux résultats, notamment dans les cantons dont le nombre d'interventions est petit. Le regroupement des prestations chirurgicales donne une vue générale de la situation dans les cantons.

De manière générale, ce bulletin reprend la méthode développée au dossier Obsan 63 (Roth, S et Pellegrini, S, 2018). Les points de méthode les plus importants sont rappelés ci-dessous, puis à l'encadré 3.

### Critères principaux<sup>1</sup> de sélection des cas stationnaires

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

Le présent bulletin s'articule autour des questions suivantes: Le développement de l'ambulatoire est-il au même stade dans tous les cantons? Comment l'ambulatoire a-t-il évolué entre 2010 et 2016? Existe-t-il encore un potentiel pour transférer des interventions du stationnaire vers l'ambulatoire et quelles en seraient les conséquences financières sur l'assurance obligatoire des soins (AOS) et sur les cantons? Et de manière plus générale, comment se profilent les cantons par rapport aux recours stationnaire et ambulatoire?

## Le développement de l'ambulatoire

La proportion d'interventions réalisées en ambulatoire est utilisée comme un indicateur du développement de l'ambulatoire pour les prestations chirurgicales analysées. Il s'agit de comparer cette proportion entre les cantons et de montrer son évolution dans le temps.

### La prise en charge ambulatoire

Pour les prestations chirurgicales analysées, la majorité des interventions sont déjà réalisées en ambulatoire pendant la période 2013 à 2016. En effet, la proportion d'interventions réalisées en ambulatoire s'élève à 58% pour la Suisse (G1). Dans la majorité des cantons, la prise en charge ambulatoire est également la règle. Seuls les cantons de Zurich, Schwytz, Saint-Gall, Bern, Tessin et Appenzell Rhodes-Intérieures ont une proportion d'interventions réalisées en ambulatoire inférieure à 50%, signifiant qu'il y a plus d'interventions en stationnaire qu'en ambulatoire.

<sup>1</sup> D'autres critères sont pris en considération. Le Dossier 63 (Roth et Pellegrini, 2018) présente la liste exhaustive des critères de sélection.

## Grandes différences entre les cantons

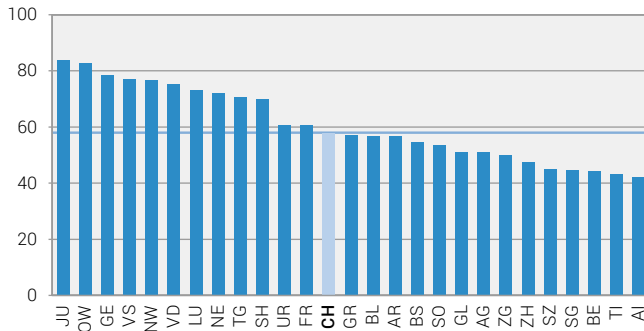
La proportion d'interventions réalisées en ambulatoire varie fortement entre les cantons<sup>2</sup>. Le canton du Jura a ainsi une proportion deux fois plus élevée (84%) que le canton d'Appenzell Rhodes-Intérieures (42%).

Il est intéressant de relever que les cantons de Suisse romande présentent des proportions d'interventions réalisées en ambulatoire parmi les plus élevées et sont en dessus de la valeur suisse. Ce résultat va dans le sens de l'hypothèse que la virage ambulatoire a été amorcé plus tôt en Suisse romande qu'en Suisse alémanique.

## Proportion d'interventions ambulatoires, sélection de six groupes de prestations chirurgicales, de 2013 à 2016<sup>1</sup>

G1

Proportion d'interventions ambulatoires



<sup>1</sup> données agrégées de 2013 à 2016 (années et prestations), canton de domicile des patients

Sources: OFS – Statistique médicale et administrative des hôpitaux et SASIS SA – Pool tarifaire, de 2013 à 2016 © Obsan 2019

## Évolution de la proportion d'interventions ambulatoires

La proportion d'interventions réalisées en ambulatoire a fortement augmenté, passant de 42% en 2010 à 59% en 2016 au niveau suisse<sup>3</sup>. La croissance n'a pas été linéaire: elle a augmenté de 42% à 58% de 2010 à 2014, puis elle a stagné. Le développement de l'ambulatoire au niveau suisse semble donc s'être ralenti pour les prestations chirurgicales analysées.

D'un canton à l'autre, la croissance de la proportion d'interventions ambulatoires varie fortement. Les cantons présentant une croissance plus soutenue que celle de la Suisse (T1), ont une proportion d'interventions ambulatoires plus faible que la Suisse (G1). On peut supposer qu'il s'agit d'un effet de rattrapage.

<sup>2</sup> Le coefficient de variation qui est un indicateur de la dispersion des cantons par rapport à leur moyenne s'élève à 22%. Autrement dit, les valeurs cantonales s'écartent en moyenne de 22% de la valeur suisse.

<sup>3</sup> Afin de donner une vision plus large de l'évolution de la proportion d'interventions ambulatoires, la période a été élargie avec les années 2010, 2011 et 2012.

## Évolution de la proportion d'interventions ambulatoires par rapport à la Suisse, sélection de six groupes de prestations chirurgicales

T1

Évolution moins soutenue que la Suisse	Évolution plus soutenue que la Suisse
AR, BL, GE, GL, JU, LU, NE, NW, OW, SG, SH, SO, SZ, TG, UR, VD, VS	AG, AI, BE, BS, FR, GR, TI, ZG ZH

Sources: OFS – Statistique médicale et administrative des hôpitaux et SASIS SA – Pool tarifaire, de 2010 à 2016 © Obsan 2019

Le ralentissement de la croissance de la proportion d'interventions réalisées en ambulatoire se confirme également dans les cantons pris individuellement. En ce sens, il sera intéressant de suivre cette évolution avec l'entrée en vigueur des listes cantonales et fédérale, et de voir dans quelle mesure cette proportion augmentera.

## Le potentiel de transfert

Comme le chapitre précédent l'a montré, la majorité des interventions sont effectuées en ambulatoire. Néanmoins, parmi les interventions encore réalisées en stationnaire, un certain nombre pourrait l'être en ambulatoire. Il s'agit notamment des interventions qui nécessitent une hospitalisation de courte durée et pour lesquelles le patient ne présente pas de complication ou de comorbidité. L'encadré 3 décrit dans le détail les deux critères retenus pour juger si une intervention est transférable

### Encadré 3: Critères de sélection des cas potentiellement transférables<sup>4</sup>

Une prise en charge ambulatoire à la place d'une hospitalisation n'est pas envisageable pour tous les cas. Elle peut l'être pour des hospitalisations de courte durée et sans complication ou comorbidité du patient. Deux critères sont utilisés pour juger si un cas est potentiellement transférable du stationnaire vers l'ambulatoire:

- une durée de séjour inférieure ou égale à deux nuits. La limite est fixée à deux nuits pour considérer les cas où, pour des raisons organisationnelles, les patients sont admis à l'hôpital le jour avant l'intervention (notamment pour y passer des examens préliminaires qui pourraient être réalisés en ambulatoire) et/ou que l'intervention se déroule dans l'après-midi, empêchant une sortie le jour même.
- absence de complication ou de comorbidité: le niveau de complexité clinique du patient (PCCL) est égal à zéro. Les patients avec un PCCL plus grand que zéro ont souvent des comorbidités ou des complications qui demandent un contrôle postopératoire plus long.

<sup>4</sup> Les critères à satisfaire pour un traitement stationnaire sont explicitement mentionnés à l'annexe 1 de l'OPAS.

du stationnaire vers l'ambulatoire hospitalier. Ces critères ont été définis par l'OFSP dans le cadre de l'étude de base (Obsan Dossier 63) publiés début 2018.

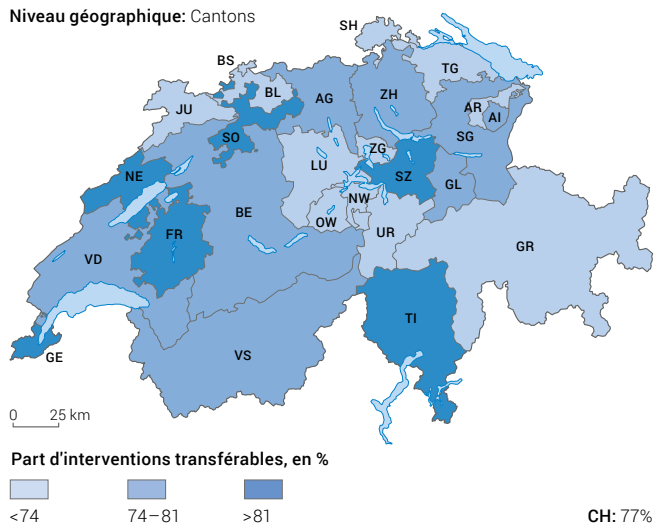
Pour les prestations chirurgicales analysées, ce chapitre évalue tout d'abord la part d'interventions potentiellement transférables, puis l'impact financier d'un tel transfert sur l'AOS et les cantons.

## Un potentiel de transfert encore élevé

Au niveau suisse, le potentiel d'interventions transférables du stationnaire vers l'ambulatoire se situe à 77% du nombre d'interventions réalisées en stationnaire (G 2). Pour tous les cantons, le potentiel de transfert est encore élevé, selon les critères adoptés pour ce bulletin (encadré 3). Il se situe entre 55% du nombre d'interventions réalisées en stationnaire pour le canton d'Obwald et 83% pour le canton de Genève. Même dans les cantons où la proportion d'interventions réalisées en ambulatoire est déjà élevée, comme Obwald ou le Jura par exemple, le potentiel d'interventions transférables reste élevé avec respectivement 55% et 62% du nombre d'interventions réalisées en stationnaire.

## Potentiel de transfert, sélection de six groupes de prestations chirurgicales, de 2013 à 2016<sup>1</sup> G 2

Niveau géographique: Cantons



Sources: OFS – Statistique médicale des hôpitaux (MS),  
Statistique des hôpitaux (KS)

© Obsan 2019

Si toutes les interventions potentiellement transférables étaient réalisées en ambulatoire, la proportion d'interventions ambulatoires augmenterait fortement. Pour la Suisse, elle passerait de 58% à 90%, alors que pour les cantons elle se situerait entre 85% et 96%. Les cantons avec une faible proportion d'interventions ambulatoires (G1) verraient leur proportion fortement augmenter et se rapprocher des cantons dont la proportion est la plus grande. La variation de la proportion d'interventions ambulatoires entre les cantons diminuerait donc fortement<sup>5</sup>. Les différences subsistantes peuvent s'expliquer, par exemple, par des différences d'âge et d'état de santé de la population.

## Économies potentielles

Pour les prestations analysées, le potentiel d'économie du transfert du stationnaire vers l'ambulatoire hospitalier se ferait principalement par le biais des cantons. L'AOS serait financièrement peu touchée par ce transfert (Roth et Pellegrini, 2018).

Le graphique G3 présente le potentiel d'économie pour chaque canton en 2016. Dans la plupart des cantons, l'impact sur l'AOS est faible. Au maximum, les dépenses à charge de l'AOS augmenteraient de 590 000 francs dans le canton de Zurich et diminueraient de 55 000 francs dans le canton des Grisons. Du côté des cantons, les économies potentielles varient de 200 000 francs pour le canton d'Obwald à 16 millions pour le canton de Zurich<sup>6</sup>.

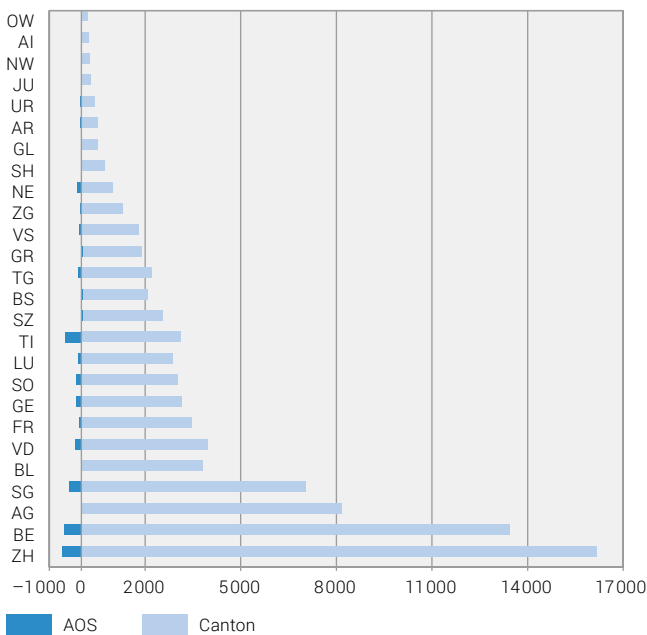
Rapportées à la population, les économies potentielles pour l'AOS varient de 0,3 francs par habitant pour les cantons d'Obwald et des Grisons à une surcharge annuelle de 1,5 francs par habitant pour le canton du Tessin. Du côté du financement des cantons, les économies potentielles annuelles varient de 4 francs par habitant dans le canton du Jura à 16 francs par habitant dans le canton de Schwytz.

<sup>5</sup> Le coefficient de variation entre les cantons diminuerait de 22% à 3%.

<sup>6</sup> Le potentiel d'économie entre les cantons varie car le tarif de base pour les interventions stationnaires ainsi que le nombre d'interventions transférables varient selon les cantons. Les différences d'économies potentielles entre les cantons et l'AOS proviennent du système de financement. Les interventions stationnaires sont financées par un système dual-fixe (55% min. par les cantons et 45% max. par l'AOS), alors que les interventions ambulatoires sont financées à 100% par l'AOS (système moniste). Ainsi pour l'AOS, selon l'ampleur des différences de coûts entre l'ambulatoire et le stationnaire, 100% des dépenses ambulatoires peuvent représenter un montant plus faible ou plus grand que 45% des dépenses stationnaires.

**Potentiel d'économie par canton en milliers de francs, sélection de six groupes de prestations chirurgicales, en 2016**

**G3**



Un tarif de base moyen par canton a été utilisé pour l'estimation des coûts stationnaires. Les valeurs des tarifs de base cantonaux moyens sont tirées de la publication d'Avenir Suisse (2018) «Une politique hospitalière saine». L'estimation des coûts ambulatoires est basée sur le Dossier Obsan 63 (annexe 5 avec le TARMED 1.09). Résultat pour l'ensemble des prestations chirurgicales analysées.

Sources: OFS – Statistique médicale et administrative des hôpitaux, 2016; © Obsan 2019 Avenir Suisse (2018) «Une politique hospitalière saine»

**Le profil des cantons**

Pour les prestations chirurgicales analysées, les différences cantonales dans la proportion d'interventions ambulatoires (G1) amènent à se demander si elles proviennent plutôt de différences dans le recours à l'ambulatoire ou au stationnaire. Le chapitre qui suit propose des éléments de réponse.

**Le recours stationnaire et ambulatoire**

Pour les prestations chirurgicales analysées, la comparaison des taux de recours stationnaire et ambulatoire cantonaux avec ceux de la Suisse permet de définir deux profils principaux (G4).

Le premier concerne les cantons avec un taux de recours stationnaire plus bas et un taux de recours ambulatoire plus élevé que la Suisse (G4, cadran supérieur gauche).

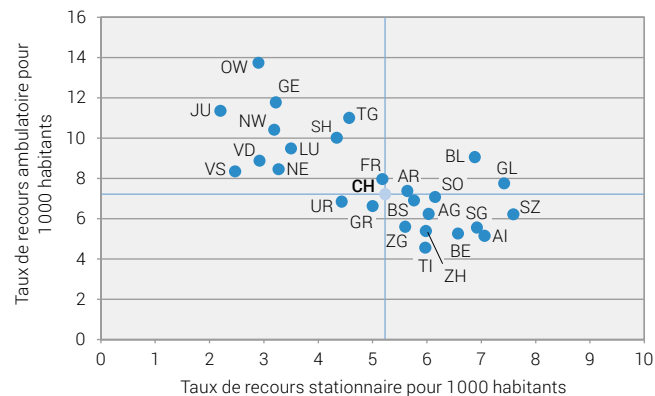
Le second profil regroupe les cantons avec un taux de recours stationnaire plus élevé et un taux de recours ambulatoire plus bas que la Suisse (G4, cadran inférieur droit).

Les autres profils (taux de recours stationnaire et ambulatoire au-dessus (respectivement au-dessous) de la moyenne) sont théoriquement possibles, mais se rencontrent rarement. Sur les quatre cantons dans ce cas de figure, seul le canton de Bâle-Campagne a les deux taux de recours clairement supérieurs à la Suisse. Les trois autres cantons (Uri, Grisons, Glaris) ont au moins l'un des deux taux de recours proche de ceux de la Suisse.

Le graphique G4 montre une certaine relation entre le recours stationnaire et ambulatoire, dans le sens qu'un recours stationnaire élevé (bas) à tendance à s'accompagner d'un recours ambulatoire bas (élevé).

**Recours stationnaire et ambulatoire, sélection de six groupes de prestations chirurgicales, de 2013 à 2016<sup>1</sup>**

**G4**



<sup>1</sup> données agrégées de 2013 à 2016 (années et prestations), canton de domicile des patients

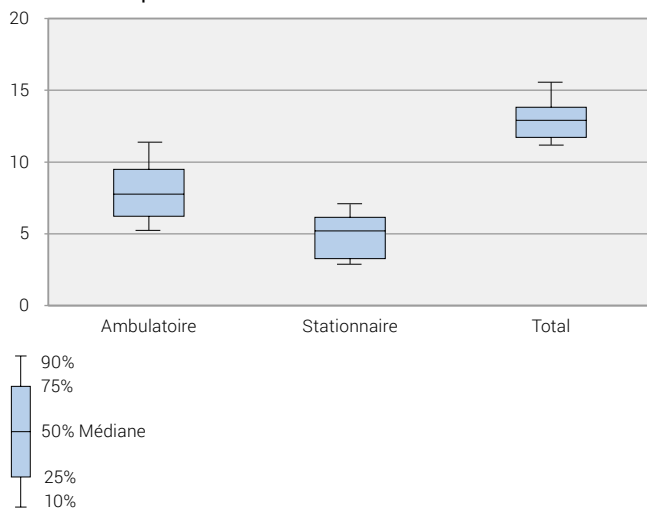
Sources: OFS – Statistique médicale et administrative des hôpitaux et SASIS SA – Pool tarifaire, de 2013 à 2016 © Obsan 2019

## Le recours total

Au graphique G4, on a vu qu'un recours stationnaire élevé s'accompagne d'un recours ambulatoire tendanciellement bas et inversement. Dès lors que l'on observe une certaine substitution entre ces deux formes de prise en charge, on peut se demander si les différences entre les cantons persistent si l'on considère le recours total (somme du recours stationnaire et ambulatoire). Dans quelle mesure, pour les prestations analysées, le recours total varie-t-il entre les cantons?

### Répartition par canton du recours stationnaire, ambulatoire et total, sélection de six groupes de prestations chirurgicales, de 2013 à 2016 G5

Taux de recours pour 1000 habitants



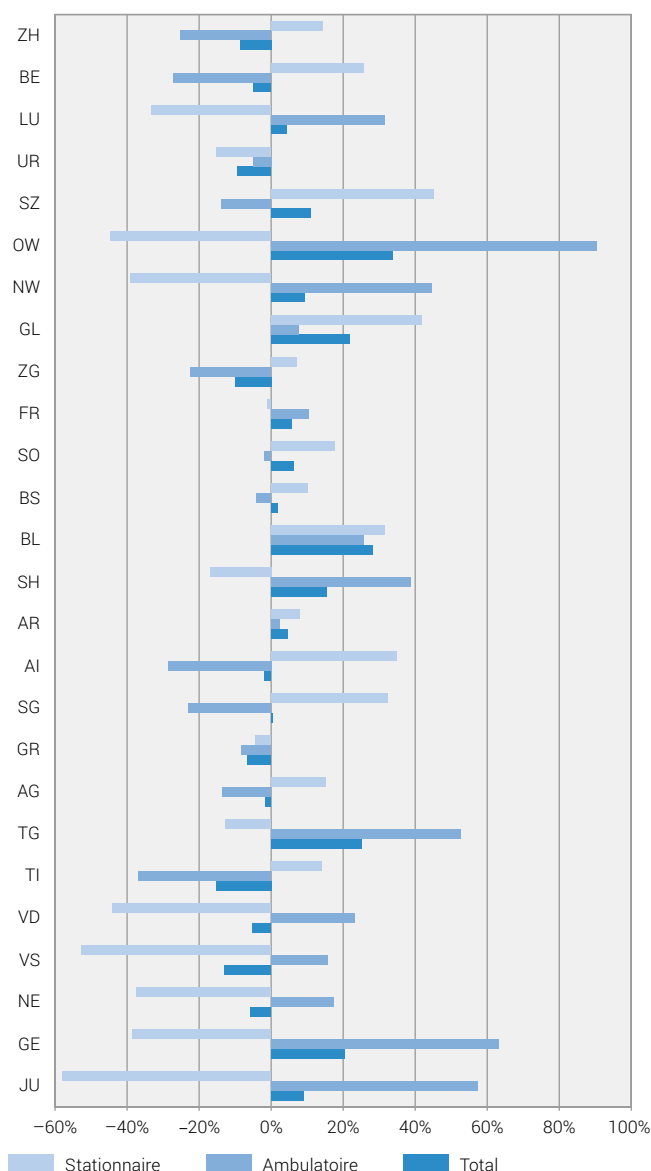
Sources: OFS – Statistique médicale et administrative des hôpitaux, statpop et SASIS SA – Pool tarifaire, de 2013 à 2016 © Obsan 2019

Les box-plots du graphique G5 représentent la répartition des taux de recours cantonaux. La dispersion du taux recours total (box-plot de droite) est moindre que celle des taux recours ambulatoire et stationnaire (box-plot de gauche et du centre)<sup>7</sup>. Tenir compte des taux de recours ambulatoire et stationnaire atténue donc les variations de recours entre les cantons. Elles restent néanmoins non négligeables pour le recours total. Autrement dit, même en faisant la somme des recours stationnaire et ambulatoire, des différences dans le recours total persistent.

<sup>7</sup> Les coefficients de variation des taux recours s'élèvent respectivement à 30% pour l'ambulatoire, à 33% pour le stationnaire et à 13% pour le total.

Le graphique G6 présente les différences (en %) des taux de recours cantonaux par rapport à ceux de la Suisse, pour les prestations analysées. Les différences peuvent être importantes. Ainsi, par rapport à la Suisse, le recours ambulatoire dans le canton de Genève est 63% plus élevé, alors que le recours stationnaire est 38% plus bas. De manière générale, les recours totaux cantonaux s'écartent moins de la valeur Suisse. Néanmoins, pour les cantons de Bâle-Campagne et de Thurgovie, le recours total est 25% supérieur à celui de la Suisse, alors qu'il est 15% inférieur au Tessin.

### Différences entre les taux suisses et cantonaux pour le recours stationnaire, ambulatoire et total, pour 1000 habitants, sélection de six groupes de prestations chirurgicales, de 2013 à 2016<sup>1</sup> G6



Sources: OFS – Statistique médicale et administrative des hôpitaux, statpop et SASIS SA – Pool tarifaire, 2012–2016 © Obsan 2019

## Conclusion

Les résultats présentés ici viennent compléter ceux du Dossier Obsan 63 sur le potentiel de transfert du stationnaire vers l'ambulatoire (Roth et Pellegrini, 2018) en apportant un éclairage sur la situation des cantons. Les analyses portent sur les prestations chirurgicales mentionnées dans l'ordonnance sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie (OPAS<sup>8</sup>) et couvrent la période 2013 à 2016.

Il en ressort des tendances communes à tous les cantons. Ces tendances peuvent être résumées ainsi:

Pour les prestations chirurgicales analysées, la prise en charge ambulatoire est majoritaire dans la plupart des cantons. Néanmoins, il reste encore un potentiel élevé d'interventions transférables du stationnaire vers l'ambulatoire. Ce transfert représente un potentiel d'économie. Les économies se feraient principalement par le biais des cantons, l'impact financier serait modéré sur l'AOS.

En outre, deux profils de cantons ressortent de l'analyse des taux de recours: les cantons ayant un recours stationnaire élevé et un recours ambulatoire bas et les cantons connaissant la situation inverse (recours stationnaire bas et recours ambulatoire élevé). Il n'y a quasiment pas de canton qui présentent des recours élevés (bas) à la fois en stationnaire et en ambulatoire. Le recours total (stationnaire et ambulatoire) varie moins entre les cantons que les recours stationnaire et ambulatoire pris séparément. Les variations cantonales du recours total restent néanmoins significatives.

Ce bulletin, qui présente la situation des cantons avant l'instauration de la liste fédérale, peut servir de base à des analyses plus spécifiques sur les effets de l'entrée en vigueur de cette liste. Un suivi de ces prestations chirurgicales permettra de confronter les résultats à la réalité du terrain et montrera comment les différences et les tendances identifiées dans ce bulletin évolueront après l'entrée en vigueur de la liste fédérale. Ce suivi est également recommandé pour les listes cantonales. Les cantons précurseurs ont déjà communiqué certains chiffres. Le canton de Bâle-Ville a, par exemple, instauré une liste de 13 groupes de prestations depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2018. Il estime le potentiel de transfert à 50% des cas stationnaires et attend des économies annuelles de l'ordre de 3,4 millions de francs (canton Bâle-Ville, 2018). Le canton de Lucerne a communiqué les premiers chiffres six mois après l'introduction d'une liste comprenant douze groupes de prestations: la prise en charge stationnaire a reculé de 26% en six mois et les économies pour le canton se sont élevées à 1,5 millions de francs (canton de Lucerne, communiqué de presse, 28 mars 2018).

En outre, les questions abordées dans ce bulletin et les éléments de réponse qui y sont apportés peuvent servir de base pour des analyses cantonales plus approfondies. Il serait notamment possible d'affiner les résultats en estimant le coût des interventions ambulatoires pour chaque canton (en adaptant la valeur du point TARMED). Les critères de transférabilité pourraient également être considérés plus en détail et correspondre de manière encore plus précise aux critères mentionnés dans l'OPAS.

### Encadré 5: Bases de données utilisées

#### La Statistique médicale des hôpitaux, OFS

La statistique médicale (MS) recense chaque année tous les cas d'hospitalisations (séjours stationnaires) effectués en Suisse. Les informations sur les interventions (code CHOP), l'année de traitement et le canton de domicile des patients sont exploités dans le cadre de cette étude. Un cas peut regrouper plusieurs prestations analysées. Dans ce scénario, le cas est compté plusieurs fois. Le niveau de complexité clinique du patient (PCCL)<sup>9</sup> et les costweights effectifs sont calculés à l'aide du groupeur SwissDRG.

#### Le pool tarifaire de SASIS SA

Le pool tarifaire de SASIS SA regroupe toutes les factures saisies par les assureurs y participant. Il contient le détail des positions tarifaires. Nous utilisons les informations sur le nombre de positions tarifaires TARMED (tarif médical) facturées à l'AOS par les cabinets privés (médecins) et par le secteur ambulatoire des hôpitaux. Le pool tarifaire n'est pas une base de données exhaustive, car seule une partie des assureurs y contribuent. Son taux de couverture varie dans le temps et entre les prestataires de soins (médecins en cabinets privés, ambulatoire hospitalier). Pour interpréter correctement les résultats une extrapolation des données est effectuée.

#### Statistique de la population et des ménages (STATPOP), OFS

La Statistique de la population et des ménages fait partie du système de recensement annuel de la population. Elle livre des informations concernant l'effectif et la structure de la population résidente à la fin d'une année ainsi que des mouvements de la population pendant l'année en cours. Les effectifs cantonaux à la fin des années considérées ont été utilisés dans le cadre de cette étude.

<sup>8</sup> Ces interventions sont réalisées en ambulatoire sous certaines conditions à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2019.

<sup>9</sup> Il existe cinq niveaux de complexité: de 0, le moins complexe à 4, le plus complexe.

**Encadré 6: Bibliographie**

Cosandey, J., Roten N. & Rutz S. (2018). *Une politique hospitalière saine*. Zurich. Avenir Suisse.

Roth, S. & Pellegrini, S. (2018). *Le potentiel de transfert du stationnaire vers l'ambulatorio. Analyse pour une sélection d'interventions chirurgicales. Etude réalisée sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique* (Obsan Dossier 63). Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.

Erich Aschwanden (2018, 29 janvier). *Diese acht Operation will Berset nur noch ambulant durchführen lassen*. Zurich. Neue Zürcher Zeitung

Site internet de l'OFSP:

<https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-revisionsprojekte/konsultation-ambulant-vor-stationaer.html>

Canton de Lucerne (2018, 28 mars). *Sechs Monate «ambulant vor stationär»: Kanton spart 1,5 Millionen Franken* [Communiqué de presse].

Canton de Bâle-Ville (2018). *Gesundheitsversorgungsbericht*. Bâle: Gesundheitsdepartement des Kantons Basel-Stadt.

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

**Impressum****Éditeur**

Observatoire suisse de la santé (Obsan)

**Auteurs**

Sacha Roth, Obsan; Sonia Pellegrini, Obsan

**Référence bibliographique**

Roth, S. et Pellegrini, S. (2018). *Le développement de l'ambulatorio dans une perspective cantonale. Analyse de six groupes de prestations chirurgicales* (Obsan Bulletin 1/2019). Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.

**Renseignements/informations**

Observatoire suisse de la santé

Espace de l'Europe 10, CH-2010 Neuchâtel, Tél. 058 463 60 45, [obsan@bfs.admin.ch](mailto:obsan@bfs.admin.ch), [www.obsan.ch](http://www.obsan.ch)

**Langue du texte original**

Français. Cette publication est également disponible en allemand (Numéro OFS: 1033-1901).

**Mise en page/graphiques**

Office fédéral de la statistique (OFS), Section DIAM, Prepress/Print

**Cartes**

Office fédéral de la statistique (OFS), Section DIAM, ThemaKart

**Commandes d'imprimés**

Tél. 058 463 60 60, [order@bfs.admin.ch](mailto:order@bfs.admin.ch)

**Prix**

Fr. 3.50 (TVA excl.)

**Numéro OFS**

1034-1901

**Téléchargement du fichier PDF**

[www.obsan.ch](http://www.obsan.ch) → Publications (gratuit)

© Obsan 2019



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



Schweizerische Eidgenossenschaft  
Confédération suisse  
Confederazione Svizzera  
Confederaziun svizra

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



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