

«L'ambulatoire avant le stationnaire» - Liste des interventions des assureurs-accidents et de l'assurance militaire

1. Situation initiale dans la LAMal

La règle «l'ambulatoire avant le stationnaire» définie par la Confédération est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2019. À compter du 1^{er} janvier 2023, une liste uniforme des interventions s'appliquera à l'échelle suisse. La liste initiale de l'OFSP comportant six groupes d'interventions ainsi que toutes les listes cantonales complémentaires ont été regroupées en une liste nationale harmonisée de 18 groupes d'interventions («liste des 18»). Les interventions de cette liste ne sont en principe remboursées par l'assurance obligatoire des soins que si elles sont réalisées en ambulatoire (voir chiffre I de l'annexe 1a OPAS), à moins que des «circonstances particulières» n'exigent une hospitalisation (art. 3c et chiffre II de l'annexe 1a OPAS) ([LIEN](#)). Au 1^{er} janvier 2026, la liste sera élargie aux interventions sur l'extrémité supérieure (coude) et Chirurgie du pied.

2. Situation du point de vue de la LAA et de la LAM

Les assureurs-accidents comme l'assurance militaire soulignent que, du fait de la base légale (principe de la prestation en nature), la règle plaçant l'ambulatoire avant le stationnaire est déjà appliquée individuellement par les assureurs, et continuera de l'être, pour toutes les interventions.

Pour garantir une mise en œuvre uniforme, la CTM se base sur les interventions prescrites conformément à l'annexe 1a OPAS (la liste complète en vigueur de l'OFSP).

3. Mise en œuvre dans la LAA et la LAM

Avec l'ajout de deux nouveaux types d'interventions à la liste, le Comité directeur de la CTM a décidé, lors de sa réunion du 10 décembre 2025, la prise en charge de la liste complète. À l'avenir, les modifications seront également directement prises en compte, sauf indication contraire.

Cela vaut aussi bien pour le domaine de l'assurance-accidents que pour l'assurance militaire.

La liste en vigueur avec les codes CHOP actuels figure au chiffre I de l'annexe 1a «Liste des interventions électives à effectuer en principe en ambulatoire» de l'OPAS disponible sur le lien ([LIEN](#)). La **date d'admission du patient** sera pertinente comme date de référence.

4. Procédure de contrôle pour les cas relevant de la LAA et de la LAM

- Le fournisseur de prestations fait parvenir préalablement à l'assureur une demande de prise en charge pour l'intervention élective à effectuer en stationnaire (voir à cet effet la convention tarifaire CTM SwissDRG, partie II, chiffre 6).

- Pour les interventions d'urgence et celles exigeant un séjour hospitalier du fait de la situation peropératoire ou postopératoire, la demande de garantie de prise en charge peut être formulée après coup.
- Dans le cadre de la demande de prise en charge, le fournisseur de prestations communique précisément à l'assureur quels critères spécifiques au cas (voir point 5) justifient une intervention en stationnaire (la remarque «les critères sont remplis» ne suffit pas). Les critères doivent être remplis conformément à liste et ne peuvent pas être modifiés.
- L'assureur vérifie si les conditions requises pour un traitement stationnaire sont remplies, autrement dit si au moins un des critères requis est rempli (voir point 5) ou si d'autres circonstances spécifiques justifient le séjour hospitalier. Si tel est le cas, une garantie de prise en charge est accordée pour le traitement stationnaire. Toutefois, un traitement ambulatoire peut également être dispensé malgré le fait que les critères soient remplis, dans la mesure où des circonstances particulières le permettent.
- En cas de traitement stationnaire, l'hôpital doit consigner les critères pertinents dans le dossier du patient.

5. Critères pour une exécution du traitement en stationnaire

- La liste des critères d'exception selon le chiffre II de l'annexe 1a OPAS «Critères à saisir pour un traitement en milieu hospitalier» qui exigent une hospitalisation est déterminante pour l'examen d'une demande de garantie en vue d'un séjour stationnaire ([LIEN](#)).
- Cette liste de critères n'est pas exhaustive. Cela signifie qu'en présence de circonstances particulières, un traitement stationnaire peut être pris en charge même si aucun des critères de la liste n'est rempli. Pour cela, une demande de prise en charge individuelle avec une justification compréhensible (cf. art. 3c al. 3 OPAS) et l'octroi explicite d'une garantie de paiement de la part de l'assureur sont nécessaires. Des raisons organisationnelles (durée du trajet jusqu'à l'hôpital, horaire d'opération tardif, etc.) ne justifient pas un séjour stationnaire.
- Ces critères ont pour but de simplifier et réduire le travail administratif. Ils ne constituent pas une recommandation médicale. En cas de traitement stationnaire, les critères pertinents doivent être consignés.
- Des imprévus ou des complications peuvent survenir pendant les phases peropératoire ou postopératoire et exiger la poursuite du traitement en milieu hospitalier. De tels aspects doivent être documentés et codés dans le cadre du cas stationnaire et rémunérés par un forfait DRG.
- Sans l'octroi d'une garantie de paiement pour un séjour hospitalier, la facture DRG sera refusée et une facturation ambulatoire sera requise.