

Point de vue

L'offre de soins et partant la planification hospitalière prévue explicitement dans la LAMal relèvent de la compétence des cantons. Pour affiner leurs projections, ces derniers recourent à différents modèles de planification reposant de manière plus ou moins marquée sur des hypothèses relatives à l'évolution médicale, démographique ou sociétale. Le modèle de l'Obsan est établi avant tout en fonction de l'évolution démographique.

Les hospitalisations sont de plus en plus fréquentes pendant les dernières années de vie. Avec l'accroissement de la population de plus de 65 ans, la part des cas d'hospitalisation en soins aigus dans la population totale ne cesse d'augmenter. La planification de la prise en charge des patients âgés multimorbides (gériatrie) revêt donc une importance particulière. Reste à définir des modèles de planification fiables dans ce domaine.

Il se peut que les flux de patients observés jusqu'ici, depuis les petits cantons et cantons de taille moyenne vers ceux comptant des hôpitaux universitaires ou des centres hospitaliers, s'intensifient: un défi pour la coordination inter-cantonale et la promotion de la relève, si l'on veut maintenir la bonne qualité de la prise en charge dans les régions périphériques. Les services des urgences des hôpitaux accueillent en effet un nombre croissant de patients de plus de 65 ans présentant des facteurs de risque accrus et plusieurs comorbidités.

Les forfaits par cas (SwissDRG) représentent le premier système de remboursement et d'incitation uniforme à l'échelle suisse dans les soins somatiques aigus. Ce système doit permettre de réduire les différences de taux et de durée d'hospitalisation entre les cantons. Nous verrons dans quelle mesure et à quel rythme les cantons pourront exploiter le potentiel de réduction de la durée des hospitalisations évoqué dans ce bulletin.

Susanna Schuppisser
 cheffe suppléante de l'office de la santé publique
 du canton de Thurgovie

Recours aux soins hospitaliers stationnaires

Evolution récente et projections

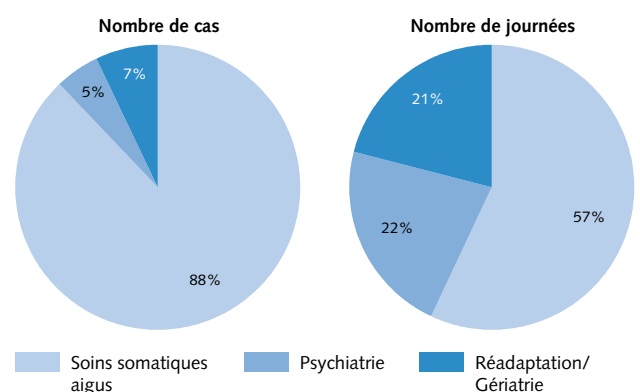
L'Obsan saisit l'occasion de la sortie des nouveaux scénarios démographiques de l'OFS pour calculer les futurs besoins en soins de la population suisse. Ces données sont importantes en soi mais aussi dans l'optique de calculer prochainement les projections du personnel de santé.

Le modèle de projection des soins élaboré par l'Obsan en collaboration avec Statistique Vaud et proposé aux cantons comme base à leur planification hospitalière est utilisé ici pour l'ensemble de la Suisse à partir des nouveaux scénarios démographiques de l'OFS. Après un bref survol de tous les domaines, ce bulletin se consacrera exclusivement aux soins somatiques aigus (encadré 1). Les projections seront mises en relation avec les évolutions observées ces dernières années.

Soins somatiques aigus, Psychiatrie, Réadaptation/Gériatrie

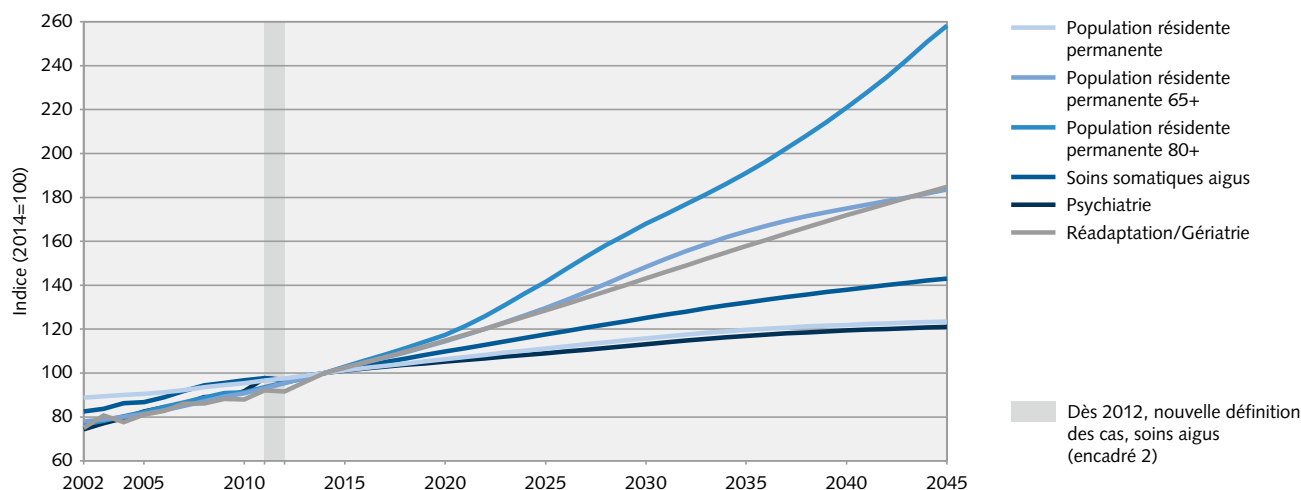
Ampleur du recours aux hôpitaux en Suisse, par type de soins, 2014

Fig. 1



Sources: OFS – MS 2014; KS 2014

© Obsan 2016



Sources: OFS – MS 2002–2014; KS 2002–2014; ESPOP 2002–2009; STATPOP 2010–2014; Scénarios cantonaux moyens 2015–2045

© Obsan 2016

En 2014, 88% des cas dans les hôpitaux en Suisse relevaient des soins somatiques aigus, contre 7% pour la réadaptation/gériatrie et 5% pour la psychiatrie. En termes de journées d'hospitalisation, la part des soins somatiques s'élevait à 57%, contre 22% pour la réadaptation/gériatrie et 21% pour la psychiatrie (figure 1).

dessous de celle de la population résidente permanente dans son ensemble (24%). Toutefois si l'on considère l'évolution entre 2002 et 2045, l'augmentation est plus forte pour la psychiatrie (63%) que pour la population (39%). L'évolution des soins aigus se situe au centre, avec une augmentation de 43% entre 2014 et 2045 ou de 73% entre 2002 et 2045 (figure 2).

Encadré 1: Délimitation des types de soins

Les types de soins des hôpitaux sont délimités selon la typologie des établissements de santé et les centres de prise en charge des coûts de l'OFS. Les cas sont attribués aux différents types d'abord sur la base du centre de prise en charge des coûts puis si cela est nécessaire sur la base de la typologie, selon les définitions suivantes:

	Soins somatiques aigus	Psychiatrie	Réadaptation/Gériatrie
Définition du cas ¹	A	A, C	A
Centre de prise en charge des coûts ²	Tous sauf: M500, M900, M950	M500	M900, M950
Typologie des établissements de santé ³	Tous sauf: K211, K212, K221, K234	K211, K212	K221, K234

¹ A: sortie entre le 1.1 et le 31.12; C: date d'entrée avant le 1.1 et traitement se poursuivant au-delà du 31.12

² M500=Psychiatrie et psychothérapie; M900=Gériatrie; M950=Médecine physique et réadaptation

³ K21=Cliniques psychiatriques; K221=Cliniques de réadaptation; K234=Cliniques spécialisées en gériatrie

Source: Obsan

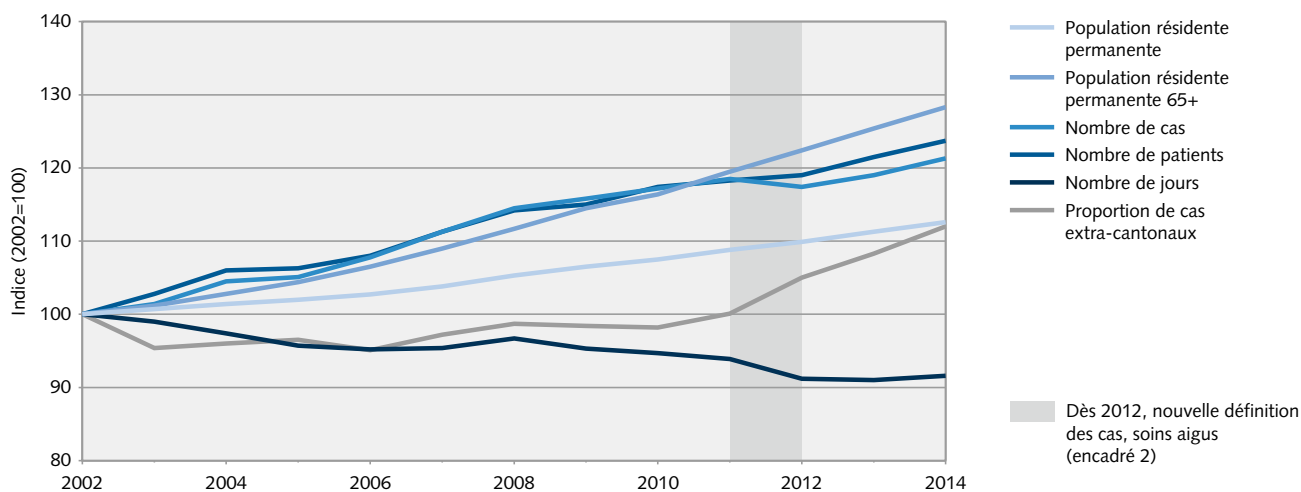
© Obsan 2016

Encadré 2: Nouvelle définition du cas hospitalier

Il convient de mentionner la rupture de série entre 2011 et 2012 suite à l'introduction du nouveau financement hospitalier, avec une redéfinition du cas pour les séjours facturés selon SwissdrG (soins aigus). En effet, dès 2012, si un patient est réadmis dans le même hôpital et la même MDC (Major Diagnostic Category) dans les 18 jours qui suivent la sortie d'hôpital, un seul cas est enregistré, contre deux jusqu'en 2011. Le nombre de jours est quant à lui cumulé, ce qui est sans conséquence au niveau total, mais qui tend à faire augmenter artificiellement la durée moyenne de séjour entre 2011 et 2012.

Gros plan sur les soins somatiques aigus

La suite du bulletin est consacrée exclusivement aux soins somatiques aigus, qui représentent la plupart des cas et des journées de soins dans les hôpitaux. Le nombre de cas ne cesse d'augmenter, suivant de près l'évolution démographique des personnes âgées de 65 ans et plus, excepté entre 2011 et 2012 où les réadmissions sont enregistrées sous certaines conditions comme un seul cas, provoquant une diminution artificielle du nombre de cas (figure 3 et encadré 2). Le nombre de patients, qui n'est pas affecté par ce changement de définition, continue d'augmenter. Entre 2002 et 2014, le nombre de patients a augmenté de 23,7%, soit près du double de la population résidente permanente (+12,6%) mais moins que la population résidente permanente de 65 ans et plus (+28,3%). La proportion de cas extra-cantonaux a fluctué en début de période puis enregistré une augmentation continue après 2010 et même particulièrement marquée depuis 2012. Rappelons que suite à la révision de



Sources: OFS, MS 2002–2014; KS 2002–2014; ESPOP 2002–2009; STATPOP 2010–2014

© Obsan 2016

la loi sur l'assurance-maladie (LAMal), le libre choix de l'hôpital a été introduit au 1^{er} janvier 2012 dans le volet lié au financement hospitalier. Le nombre de cas extra cantonaux a augmenté de 35,8% entre 2002 et 2014, ou de 14,5% entre les seules années 2011 et 2014, cela malgré le changement de définition des cas¹ (encadré 2). Enfin, le nombre de journées d'hospitalisation a diminué entre 2002 et 2013 de 9,0% mais augmente de 0,7% entre 2013 et 2014. D'ailleurs, au vu de l'évolution démographique, même avec les scénarios les plus optimistes en termes de démographie et de durée moyenne de séjour, le nombre total de journées d'hospitalisation est appelé à augmenter à l'horizon 2030.

Encadré 3: Modèle

Les projections dans ce bulletin sont des scénarios de type «que se passerait-il si...» visant à fournir des informations sur la taille et la structure futures probables du recours aux soins.

La Statistique médicale des hôpitaux fournit le nombre de cas à la dernière année disponible soit 2014. A l'aide des données démographiques, il est possible de calculer pour 2014 des taux d'hospitalisation par âge, par DRG et par canton, qui seront appliqués aux données projetées de population les plus récentes pour obtenir les cas projetés jusqu'en 2045. Différents scénarios de durée moyenne de séjour (DMS) sont ensuite utilisés pour obtenir le nombre de journées d'hospitalisation jusqu'en 2045:

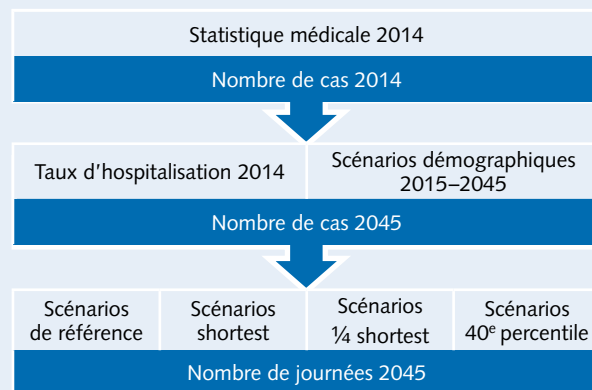
- Référence: la DMS par DRG par hôpital reste constante.
- Shortest: on applique la DMS par DRG de l'hôpital ayant la DMS la plus courte.
- ¼-shortest: on applique la DMS par DRG que 25% des hôpitaux parviennent à atteindre.
- 40^e percentile: on applique la DMS par DRG qui correspond au 40^e percentile. On considère ici la durée par DRG de tous les séjours en Suisse, indépendamment de l'hôpital.

¹ On ne sait pas si l'effet de la nouvelle définition des cas affecte dans la même mesure l'ensemble des cas et les cas extra cantonaux. Le nombre total de cas diminue entre 2011 et 2012 tandis qu'il augmente pour les cas extra cantonaux. Soit les cas extra cantonaux sont moins affectés par la nouvelle définition des cas, liée aux réadmissions, soit la progression des hospitalisations hors canton est telle qu'elle fait plus que contrebalancer l'effet lié à la nouvelle définition des cas.

Le délai pour atteindre les objectifs de réduction de durée de séjour pour les scénarios concernés a été fixé à 10 ans, soit en 2024.

Les premiers scénarios correspondent au modèle de projection de l'Obsan en collaboration avec Statistique Vaud², tandis que les deux derniers ont été élaborés par la suite.

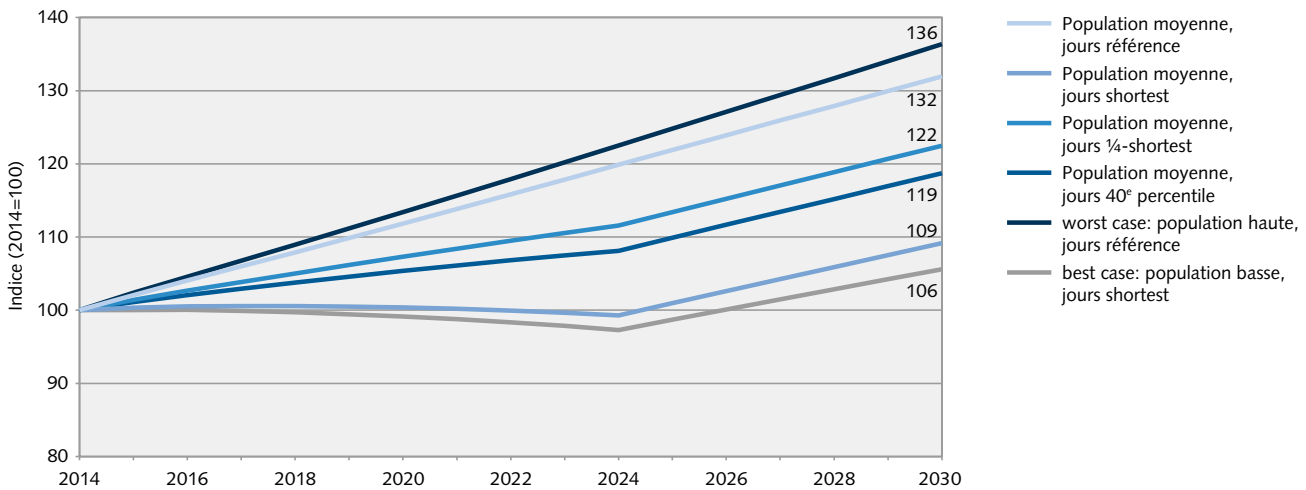
Le modèle peut être schématisé comme suit:



Source: schéma Obsan

© Obsan 2016

² Weaver France, Cerboni Sacha, Oettli Alexandre, Andenmatten Patrick, Widmer Marcel (2009), Modèle de projection du recours aux soins comme outil d'aide à la planification hospitalière, Document de travail 32, Neuchâtel: Obsan.



Sources: OFS – MS 2014; KS 2014; STATPOP 2014; Scénarios cantonaux 2015–2030

© Obsan 2016

Quel que soit le scénario, l'évolution démographique pèsera sur le nombre de journées d'hospitalisation

Les scénarios démographiques permettent de calculer le nombre de cas projetés tandis que les scénarios de durée de séjour sont utilisés pour projeter le nombre de journées d'hospitalisation. Les scénarios de durée de séjour sont résumés dans l'encadré 3. Les projections des journées sont présentées dans la figure 4 selon six scénarios différents. Quatre scénarios sont basés sur une évolution démographique moyenne: il s'agit du scénario de durée de référence, présentant une hausse des jours de 31,9% sur toute la période 2014–2030, du scénario ¼-shortest, avec une hausse de 22,5%, du scénario 40^e percentile, avec une hausse légèrement inférieure soit 18,7% et du scénario shortest présentant une augmentation de 9,2%. Finalement, les deux scénarios extrêmes combinent les scénarios démographiques optimiste et pessimiste avec le meilleur scénario de durée de séjour, respectivement le pire. Ainsi dans le meilleur des cas, les journées d'hospitalisation n'augmenteront que de 5,6% entre 2014 et 2030, et dans le pire des cas de 36,4%.

L'année cible pour atteindre les réductions de durées de séjour a été fixée à 2024, soit 10 ans après l'année de référence (encadré 3). Ensuite, la durée moyenne par drg reste au niveau atteint, et donc l'effet démographique reprend le dessus, ce qui est bien visible dans les scénarios de durées de séjours optimistes (inflexion de la courbe en 2024).

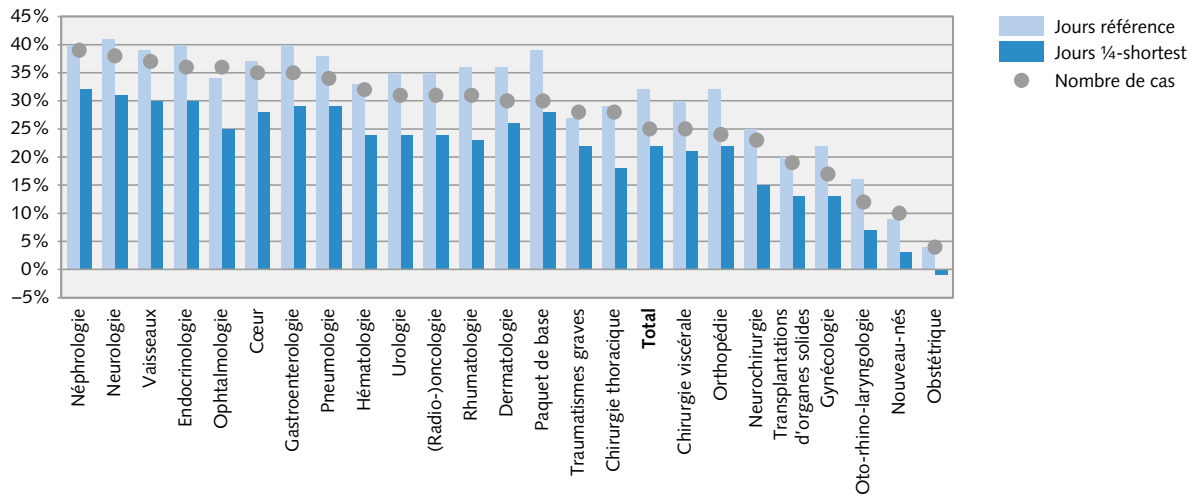
Plus ou moins grande influence du scénario choisi selon les domaines de prestations

Les projections des soins aigus peuvent être analysées plus en détails, afin de mettre en évidence les domaines de prestations qui sont les plus touchés par la vague démographique et ceux qui ont le plus grand potentiel de réduction du nombre de journées d'hospitalisation (figure 5). Le scénario de population moyen est combiné avec les scénarios de durée de référence et ¼-shortest. Selon ces projections, les domaines dont la progression des cas sera la plus faible entre 2014 et 2030 sont l'obstétrique, les nouveau-nés et l'oto-rhino-laryngologie avec respectivement 4,1%, 9,5% et 12,2%. Ces domaines de prestations concernent en priorité les personnes jeunes. A l'opposé, les domaines qui sont plutôt liés à l'âge enregistrent la plus forte progression, à savoir la néphrologie (+38,8%), la neurologie (+37,5%) et les vaisseaux (+37,2%).

En ce qui concerne les projections des journées d'hospitalisation, il y a des écarts parfois importants entre le scénario de durée de référence et le scénario ¼-shortest. Ainsi en obstétrique, le nombre de journées en 2030 par rapport à 2014 pourrait même diminuer (-1,1%) avec le scénario ¼-shortest, tandis qu'il augmentait de 4,3% selon le scénario de référence. C'est d'ailleurs le seul domaine qui pourrait voir son nombre de journées diminuer, fait lié aussi à la faible progression de son nombre de cas. L'écart relatif³ entre les progressions des deux scénarios est également important dans les domaines nouveau-nés (+196,0%) et oto-rhino-laryngologie (+112,7%) tandis qu'il est moindre dans les domaines traumatismes graves (+21,5%) et néphrologie (+22,6%). Cela signifie que dans ces deux derniers domaines, il ne faut pas s'attendre à des progrès très importants en termes de journées d'hospitalisation et donc que le scénario choisi a une influence moins prononcée.

³ L'écart relatif est calculé selon la formule suivante: (évolution en % des jours selon le scénario de référence – évolution en % des jours selon le scénario ¼-shortest)/évolution en % des jours selon le scénario ¼-shortest.

Evolution en % des cas et des jours par domaine de prestations et par scénario, 2014–2030 **Fig. 5**



Sources: OFS – MS 2014; KS 2014; STATPOP 2014; Scénarios cantonaux moyens 2015–2030

© Obsan 2016

Situations cantonales bien différentes⁴

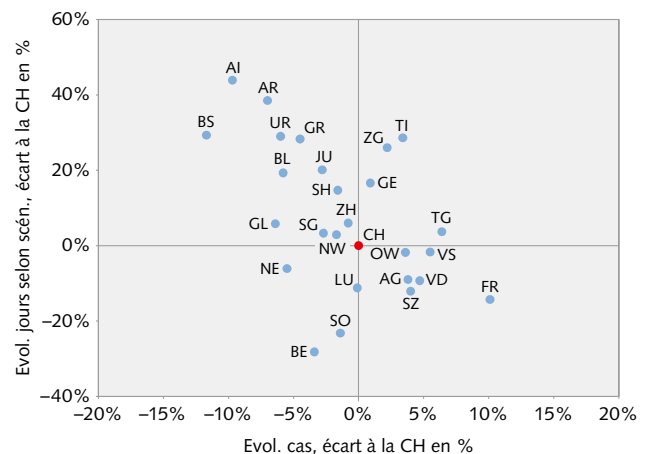
Les projections cantonales des soins aigus sont représentées sous forme d'un nuage de points montrant l'écart de chaque canton en pourcent par rapport à la moyenne suisse, et ce dans deux dimensions: d'abord l'évolution du nombre de cas entre 2014 et 2030, ensuite l'écart relatif de l'évolution du nombre de jours d'hospitalisation entre 2014 et 2030 selon les scénarios de référence et 1/4-shortest (figure 6).

Ainsi, les cantons à droite de l'axe vertical sont ceux qui vont voir leur nombre de cas augmenter plus fortement que la moyenne suisse, par exemple le canton encore jeune de Fribourg dont la part de personnes âgées va augmenter. Inversement, les cantons à gauche de l'axe comme Bâle-Ville enregistrent déjà une forte proportion de personnes âgées et verront plutôt leur situation s'améliorer avec une évolution des cas inférieure à la moyenne suisse.

Quant aux cantons situés en-dessous de l'axe horizontal, ils ont un écart relatif entre les scénarios de référence et 1/4-shortest inférieur à l'écart relatif moyen suisse. Autrement dit, ils ont théoriquement moins de potentiel de diminution du nombre de journées d'hospitalisation. Il est intéressant de voir que le cadran qui comporte le plus grand nombre de cantons est celui avec une évolution du nombre de cas inférieure à la moyenne suisse mais un écart relatif supérieur du nombre de journées. L'une des raisons est probablement d'ordre démographique: comme la plupart de ces cantons ont déjà une forte proportion de personnes très âgées en 2014, les cas sont plus complexes entraînant probablement des durées de séjours supérieures et ainsi un plus grand potentiel d'amélioration en termes de journées d'hospitalisation. Le canton de Bâle-Ville serait dans cette situation et celui de Fribourg à l'opposé. Une autre explication pourrait être de nature structurelle: certains cantons supportent des cas plus lourds (donc avec une durée de séjour plus longue), notamment ceux qui ont un hôpital universitaire. Si ce dernier prend en charge la plupart des patients

⁴ Le canton de domicile est considéré comme le canton d'établissement pour les cas issus des hôpitaux à cheval sur deux cantons (Hôpital Riviera-Chablais géré par VD et VS et Hôpital Intercantonal de la Broye par VD et FR), pour autant que le canton de domicile soit l'un des deux cantons gestionnaire de l'hôpital.

Ecarts des cantons à la Suisse concernant les évolutions des cas et des journées, comparaison scénarios de référence et 1/4-shortest, 2014–2030 **Fig. 6**



Sources: OFS – MS 2014; KS 2014; STATPOP 2014; Scénarios cantonaux moyens 2015–2030

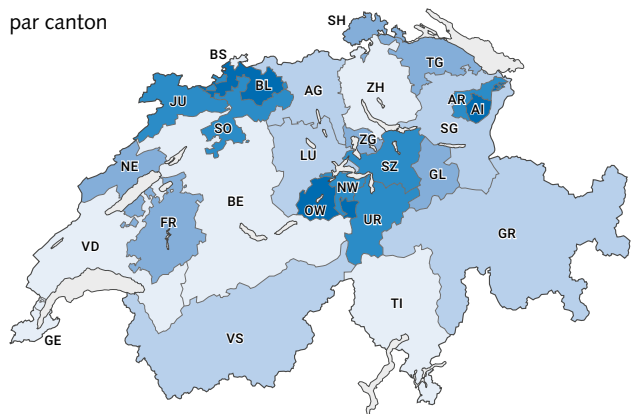
© Obsan 2016

dans le canton, comme c'est le cas de Genève ou de Bâle-Ville, cela pèsera plus lourdement au niveau cantonal. En effet, les HUG traitent 66% des cas de soins aigus dans le canton, et l'hôpital universitaire de Bâle 54%, contre seulement 34% pour le CHUV, 24% pour l'hôpital universitaire de Berne et 17% pour l'hôpital universitaire de Zurich.

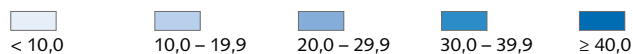
Notons encore que les projections sont influencées par divers facteurs, qui peuvent aussi expliquer des différences considérables avec les résultats des planifications cantonales individuelles (encadré 4). Par ailleurs, les cas traités hors canton pourraient encore augmenter et avoir un impact sur les besoins futurs. Il est toutefois difficile de prévoir les évolutions de flux et de les intégrer. Les trois prochaines figures montrent la situation actuelle des flux sortants (outflow) et entrants (inflow) des cantons en 2014, ainsi que le ratio d'exportation (outflow/inflow) des cantons en 2014 et les projections de ce ratio en 2030 sans considérer une intensification des flux, donc en ne tenant compte que de l'effet démographique de chaque canton.

Proportion des flux sortants (outflow), 2014 Fig. 7

par canton



Pourcentage des hospitalisations hors canton parmi toutes les hospitalisations des résidents du canton, en %



Sources: OFS – MS 2014; KS 2014/calculs Obsan

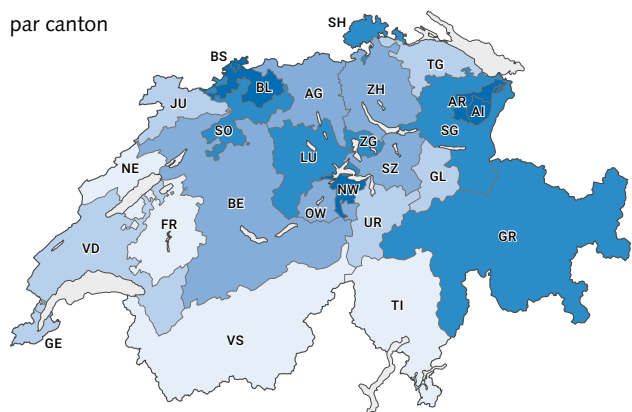
© OFS, ThemaKart 2016

Cantons avec hôpital universitaire plus autonomes

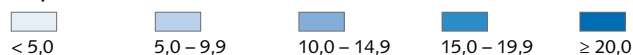
La carte suisse met en évidence les cantons selon si leur part d'hospitalisations hors canton est importante (figure 7). Plus un canton est de couleur foncée, plus sa part d'outflow est grande⁵. Du fait de la disponibilité de l'ensemble des prestations sur place, les cantons avec hôpital universitaire enregistrent la moins grande proportion d'hospitalisations hors canton, allant de 3,5% pour le canton de Genève à 9,5% pour le canton de Bâle-Ville. Avec 5,7% d'hospitalisations hors canton, le Tessin fait partie de la même catégorie, probablement pour des raisons à la fois géographique et linguistique. A l'autre extrémité se situent les cantons d'Appenzell Rhodes-Intérieures (74,0%) et de Bâle-Campagne (49,4%), du fait de leur proximité respective avec Appenzell Rhodes-Extérieures et Bâle-Ville.

Proportion des flux entrants (inflow), 2014 Fig. 8

par canton



Pourcentage des hospitalisations de résidents hors canton parmi toutes les hospitalisations dans le canton, en %



* Les séjours des patients domiciliés à l'étranger ne sont pas considérés.

Sources: OFS – MS 2014; KS 2014/calculs Obsan

© OFS, ThemaKart 2016

⁵ Selon la formule: Hospitalisations hors canton/Toutes les hospitalisations de patients domiciliés dans le canton x 100.

Encadré 4: Facteurs d'influence des résultats

- actualité des données médicales et démographiques utilisées
- modèle de projection choisi, qui peut prendre ou non en compte les développements médicotechniques et épidémiologiques ou le déplacement vers l'ambulatoire (modèle zurichois)
- qualité des données médicales (variable selon les cantons, particulièrement en ce qui concerne le codage de la réadaptation/gériatrie et de la psychiatrie)
- développement du paysage hospitalier respectivement des structures de prises en charge (principe de privilégier les soins ambulatoires plutôt que les prestations stationnaires, en particulier en psychiatrie mais pas uniquement).

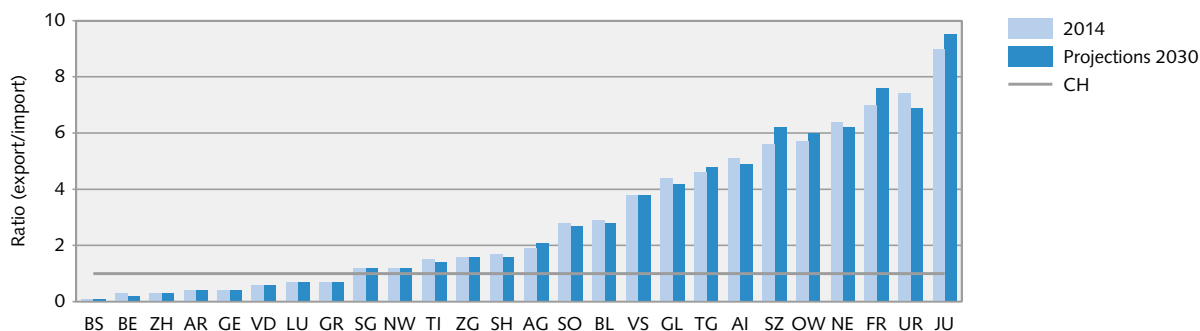
Les cantons latins sans hôpital universitaire enregistrent proportionnellement moins de patients domiciliés hors canton

La carte suisse distingue les cantons selon si leur part de patients extra cantonaux est grande (figure 8). Plus un canton est de couleur foncée, plus il enregistre une forte proportion d'hospitalisations issues de patients domiciliés hors canton⁶.

Les cantons avec hôpital universitaire⁷ se situent à 7,9% d'inflow pour Genève, 9,0% pour Vaud, 14,1% pour Berne, 14,7% pour Zurich et même 50,1% pour Bâle-Ville, sachant que déjà un tiers de la patientèle de ce dernier est domiciliée dans le canton de Bâle-Campagne. D'ailleurs, Bâle-Campagne fait aussi partie des grands importateurs, avec 25,1% des cas. Il en va de même pour les cantons d'Appenzell Rhodes-Extérieures et d'Appenzell Rhodes-Intérieures qui présentent des pourcentages respectifs de 63,8% et 35,7%. Les cantons qui enregistrent la moins forte proportion d'hospitalisations de patients extra cantonaux sont des cantons latins et un canton de Suisse centrale, à savoir le Tessin (3,9%), le Valais (4,3%), Neuchâtel (4,4%), Fribourg (4,8%), Uri et le Jura (5,8% chacun). Notons que le canton du Valais présente un pourcentage d'importation bien inférieur à celui des Grisons (17,0% d'inflow), bien que les deux soient des cantons montagneux et touristiques.

⁶ Selon la formule: Hospitalisations de patients domiciliés hors canton/Toutes les hospitalisations dans le canton (sans les patients domiciliés à l'étranger) x 100.

⁷ On pourrait s'attendre à ce que les cantons avec hôpital universitaire soient parmi les plus foncés. Toutefois, comme il s'agit de cantons avec un grand bassin de population, les cas importés – même en grand volume – rapportés à l'ensemble des patients traités restent modérés.



Sources: OFS – MS 2014; KS 2014; STATPOP 2014; Scénarios cantonaux moyens 2015–2030

© Obsan 2016

Ratio d'exportation influencé variablement par la démographie selon les cantons

Les cantons peuvent être importateurs et exportateurs de patients. Le ratio d'exportation⁸ montre dans quelle proportion l'inflow ou l'outflow domine, et comment ce ratio est appelé à évoluer dans le temps suite aux changements démographiques (figure 9). Un ratio théorique égal à un indique que le canton exporte exactement le même nombre de cas qu'il en importe. Ce cas de figure n'existe pas dans les cantons suisses. Les cantons avec un hôpital universitaire importent tous plus de patients qu'ils n'en exportent, en tête le canton de Bâle-Ville avec un ratio de 0,1, pour les mêmes raisons que précédemment à savoir sa proximité avec Bâle-Campagne. Les cantons d'Appenzell Rhodes-Extérieures, de Lucerne et des Grisons importent également plus de patients qu'ils n'en exportent et c'est le contraire pour tous les autres cantons. Le canton du Jura détient le ratio le plus élevé (9,0) en 2014 et est aussi l'un des trois qui devrait voir son ratio progresser le plus fortement pour passer à 9,5 en 2030 selon les projections. Les cantons de Schwyz et de Fribourg devraient aussi enregistrer des hausses de leur ratio relativement importantes (de 5,6 à 6,2 pour Schwyz et de 7,0 à 7,6 pour Fribourg). Cela reste toutefois très théorique car uniquement basé sur l'évolution démographique. En effet, il n'est pas tenu compte ici de changements stratégiques des cantons ou de modifications des habitudes des patients. D'ailleurs, le libre choix de l'hôpital introduit en 2012 pourrait encore encourager les flux de patients.

Conclusions

Le nombre d'hospitalisations est en augmentation depuis 2002. Selon les projections, l'évolution démographique va entraîner une augmentation manifeste de la demande en soins de tout type et en particulier du secteur réadaptation/gériatrie. Malgré les limites imposées par le modèle à savoir qu'il part du principe qu'il n'y a pas de situation de sur- ou de sous-approvisionnement et qu'il se base sur le statu quo de la prise en charge, on peut considérer que les hôpitaux seront bien sollicités.

Vont fortement progresser les cas et les jours d'hospitalisation concernant les domaines de prestations qui sont essentiellement liés à l'âge, notamment la néphrologie, la neurologie et les vaisseaux.

Selon les cantons, les besoins varieront de façon importante (voir aussi encadré 4). La situation démographique propre à chaque canton influence le nombre de cas et de jours projetés, mais aussi partiellement l'impact du scénario choisi. Par ailleurs, la structure de l'offre cantonale semble aussi jouer un rôle dans les différences de résultats selon le scénario. Un canton avec un hôpital universitaire équipé pour traiter des cas complexes aura tendance à avoir des durées de séjours plus longues et donc un plus grand écart avec un scénario de réduction de durées de séjour, d'autant plus si cet hôpital traite la plupart des cas dans le canton.

Certains cantons sont plutôt importateurs, d'autres exportateurs de patients. Les flux de patients augmentent considérablement depuis 2012, probablement en lien avec l'introduction du libre choix de l'hôpital, ce qui n'est pas sans conséquence sur les finances des cantons. En outre, cette tendance pourrait s'accroître à l'avenir, même si elle n'est pas prise en compte spécifiquement dans le modèle de projections.

Ce bulletin offre une vue d'ensemble très synthétique. Des développements sont possibles et permettraient de fournir des explications supplémentaires. Rappelons encore que les calculs de la présente publication serviront de base à l'étude des projections du personnel de santé qui paraîtra dans le courant de l'année.

⁸ Selon la formule: Cas exportés/Cas importés (sans les patients domiciliés à l'étranger).

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

Impressum

Editeur

Observatoire suisse de la santé (Obsan)

Auteurs

Sylvie Füglistler-Dousse (Obsan)
Marcel Widmer (Obsan)

Référence bibliographique

Füglistler-Dousse, S. & Widmer, M. (2016). *Recours aux soins hospitaliers. Evolution récente et projections* (Obsan Bulletin 10/2016). Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.

Renseignements/Informations

Observatoire suisse de la santé
Espace de l'Europe 10
2010 Neuchâtel
Tél. 058 463 60 45
obsan@bfs.admin.ch
www.obsan.ch

Graphisme/Layout

DIAM, Prepress/Print, OFS

Commande

Tél. 058 463 60 60 / Fax 058 463 60 61
order@bfs.admin.ch
Numéro de commande: 1034-1610

Cette publication est également disponible en allemand (numéro de commande: 1033-1610)

Téléchargement du fichier PDF

www.obsan.ch → Publications

© Obsan 2016



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.