Schweizerisches Gesundheitsobservatorium
Observatoire suisse de la santé
Osservatorio svizzero della salute
Swiss Health Observatory

POINT DE VUE

La densité hospitalière en Suisse est un sujet récurrent dans la sphère politique et publique. Le nombre d'hôpitaux est souvent considéré comme trop élevé et l'on déplore une prétendue offre excédentaire. Une réduction devrait permettre de gagner en efficacité et de réduire les coûts. On occulte souvent les particularités géographiques ou linguistiques de la Suisse, qui exercent une influence sur le paysage hospitalier. Une comparaison internationale montre cependant que la densité de lits en Suisse se situe dans la moyenne européenne (OCDE, 2025). De plus, la pandémie de Covid-19 a clairement démontré l'importance d'un système hospitalier performant et résilient.

Le présent bulletin de l'Obsan montre clairement que le paysage hospitalier est en pleine mutation: il évolue vers davantage de concentration et de spécialisation. Du point de vue de la qualité et de l'efficacité, cette tendance est à saluer. Dans le domaine de la médecine hautement spécialisée, les cantons soutiennent ce mouvement par une planification hospitalière à l'échelle nationale, portée par tous les cantons. La CDS considère par ailleurs qu'une coordination plus contraignante et plus systématique de la planification hospitalière cantonale est souhaitable. De cette manière, malgré une spécialisation croissante, l'accès à une offre médicale large et de haute qualité peut être garanti de manière économiquement durable.

Le bulletin se concentre sur les soins stationnaires hospitaliers. Compte tenu du transfert croissant vers le secteur ambulatoire, il sera tout aussi important à l'avenir de tenir compte des tendances à la concentration et à la spécialisation dans ce secteur, même si les cantons, avec leur planification hospitalière, n'ont pas d'influence directe sur le secteur ambulatoire.

Kathrin Huber
Secrétaire générale de la Conférence des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS)

Un paysage hospitalier en pleine mutation

Concentration et spécialisation des soins aigus stationnaires, une tendance observée depuis 2013

Le paysage hospitalier de la Suisse ne cesse d'évoluer: certains hôpitaux fusionnent, des sites hospitaliers ferment alors que de nouveaux centres spécialisés voient le jour. Ce bulletin analyse les évolutions que traverse le paysage hospitalier, en s'intéressant plus précisément aux soins aigus stationnaires depuis 2013. L'analyse s'articule autour de deux questions: le nombre d'hôpitaux, total et par domaine de prestations, a-t-il diminué ces dix dernières années? Les hôpitaux se focalisent-ils plus sur certains domaines de prestations?

Principaux résultats

- Sur la période 2013 à 2023, on observe une concentration des prestations hospitalières dans les soins somatiques aigus.
- Une tendance à la concentration se dessine clairement dans 19 des 24 domaines de prestations pour la planification hospitalière (DPPH), notamment en *Ophtalmologie*, en *(Radio-) oncologie* et en *Oto-rhino-laryngologie*. D'autres DPPH, comme l'*Urologie*, les *Vaisseaux*, la *Néphrologie,* la *Chirurgie thoracique* et les *Traumatismes graves*, suivent une tendance inverse.
- Deux raisons peuvent expliquer cette concentration: la baisse du nombre de sites hospitaliers et la spécialisation croissante des hôpitaux.
- Ce bulletin apporte un éclairage sur les bouleversements structurels que le paysage hospitalier traverse, en s'appuyant sur les données mises à disposition. Il n'est néanmoins pas possible de définir avec certitude les causes exactes de ces changements, ni le rôle qu'ont joué les mesures mises en place suite à la révision de la LAMal sur le financement hospitalier.

Contexte

Malgré la baisse du nombre de sites hospitaliers constatée depuis les années 1980, la Suisse peut se vanter d'avoir une densité hospitalière élevée en comparaison internationale. La densité de lits y est cependant inférieure à celle de ses voisins, car la capacité des hôpitaux suisses est en général plus petite (De Pietro et al., 2015). Ces conditions structurelles sont aussi souvent liées aux coûts de santé plus élevés en Suisse que dans les autres pays. La révision de la loi sur l'assurance-maladie (LAMal) relative au financement des hôpitaux s'inscrit dans ce contexte. Entrée en vigueur en 2012, elle visait notamment à transformer le paysage hospitalier de la Suisse, par un renforcement d'éléments concurrentiels d'une part et par une gestion ciblée dans le cadre de planifications hospitalières cantonales d'autre part (Jörg et Ruflin, 2016). Une multitude de mécanismes sous-jacents intervient à cet égard. Le système des forfaits par cas, le financement dual-fixe ainsi que la suppression de la distinction entre hôpital privé et hôpital public en lien avec le libre choix de l'hôpital ne font qu'accroître la pression concurrentielle, au détriment des hôpitaux moins rentables, lesquels finissent par perdre des parts de marché ou par fermer. Dans un même temps, les planifications hospitalières au niveau cantonal et la coordination intercantonale incitent les hôpitaux à se focaliser sur leurs compétences clés (Pellegrini et al., 2010). Ce constat vaut par exemple pour certaines interventions complexes dans le domaine de la médecine hautement spécialisée. Les hôpitaux qui proposent ce type d'interventions soignent en effet plus de cas et assurent une meilleure qualité de soins *(volume-outcome relationship)*.

Lorsqu'il est question d'évolution du paysage hospitalier, deux termes sont souvent évoqués : la concentration et la spécialisation. Dans le contexte qui nous intéresse, la **concentration** désigne la réduction du nombre de fournisseurs de prestations et le déplacement soit de la globalité des parts de marché, soit de certains domaines de prestations au profit de fournisseurs de prestations plus grands. La notion de concentration se rapport ainsi au paysage hospitalier dans son ensemble. La **spécialisation** désigne quant à elle la focalisation de certains hôpitaux sur des domaines de prestations ; elle sert à mieux cerner l'évolution que suivent les hôpitaux individuellement. Ces deux tendances se distinguent du point de vue de l'analyse, bien qu'elles apparaissent souvent simultanément. Une concentration en hausse peut venir d'une spécialisation de certains hôpitaux dans des domaines de prestations en particulier, mais pas nécessairement.

Ce bulletin examine sous quelle forme les processus de concentration et de spécialisation se mettent en place au fil du temps et dans quels domaines ils sont particulièrement visibles. Les analyses s'appuient sur les données fournies par la Statistique médicale des hôpitaux (MS) et par la Statistique des hôpitaux (KS) de l'Office fédéral de la statistique (OFS) et couvrent la période allant de 2013 à 2023. La méthodologie est expliquée plus en détail dans l'encadré 1 et dans le document d'accompagnement .

Encadré 1 : Données et méthodologie

Les analyses apportées dans ce bulletin s'appuient sur les données fournies par la Statistique médicale des hôpitaux (MS) de l'Office fédérale de la statistique (OFS) au sujet des prestations stationnaires des hôpitaux suisses, sur la période allant de 2013 à 2023.

Un **site hospitalier** correspond à une unité d'analyse. Si un hôpital est présent sur plusieurs sites, ce n'est pas l'entité qui dirige ces sites qui compte dans l'analyse, mais les différents sites. Pour des raisons de lisibilité, les termes hôpital et site hospitalier sont indifféremment utilisés. Seuls sont pris en compte les sites hospitaliers proposant des soins somatiques aigus. L'identification des sites hospitaliers et la délimitation des soins somatiques aigus s'appuient sur les données fournies par la Statistique médicale des hôpitaux (MS) de l'Office fédéral de la statistique, sur les expériences tirées par l'Obsan lors de précédentes études, ainsi que sur des clarifications apportées par les cantons (voir Délimitation et définition du cas et document d'accompagnement).

Les **domaines de prestations pour la planification hospitalière (DPPH)** servent à analyser le spectre des prestations des hôpitaux (c'est-à-dire l'offre médicale) ainsi que les tendances à la concentration dans un domaine de prestations. Ces domaines se basent sur la systématique de la direction générale de la santé du canton de Zurich (GDZH). Pour le groupage des cas, on a utilisé le groupeur GPPH (version 2024.0.51) en reprenant les définitions données dans la Planification hospitalière 2012. Lorsque les comparaisons s'étalent sur plusieurs années, les domaines de prestations (DPPH) conviennent mieux que les groupes de prestations (GPPH), car leur définition varie peu. Une modification de la classification engendre une restriction de la période d'analyse **(période d'analyse primaire)** afin d'éviter toute erreur d'interprétation. On a par ailleurs procédé à des évaluations au niveau des **groupes de diagnostic** dans le cadre d'une analyse de sensibilité.

Pour analyser les tendances à la concentration et à la spécialisation, on a recours à divers indicateurs :

1. Le **nombre de sites hospitaliers** correspond au nombre de fournisseurs de prestations avec au moins dix cas de soins somatiques aigus (dans le domaine de prestations concerné).
2. Le **taux de concentration** désigne la part de marché cumulée par les dix principaux hôpitaux.
3. Équivalent à la somme des carrés des parts de marché de tous les hôpitaux, **l'indice Herfindahl-Hirschman (HHI)** permet de calculer la concentration des parts de marché détenues par les hôpitaux suisses et dans un domaine de prestations en particulier.
4. **L'indice de théorie de l'information** (Information Theory Index – ITI) indique le niveau de spécialisation d'un hôpital, en comparant son spectre de prestations à la moyenne de tous autres les hôpitaux.

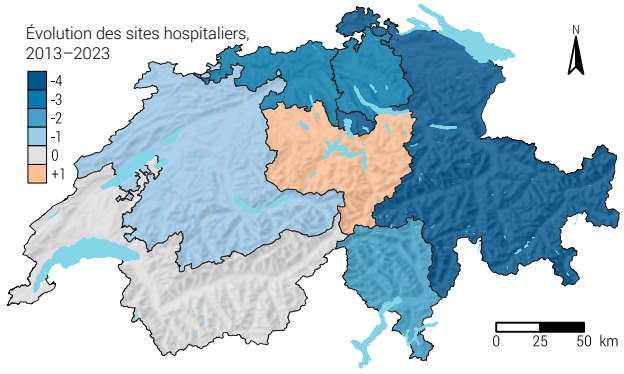
Le document d'accompagnement de ce bulletin contient des informations complémentaires sur la méthodologie ainsi que d'autres évaluations et représentations graphiques.

Réduction du nombre de sites hospitaliers

La tendance à la concentration des hôpitaux a été mesurée à l'aide de divers indicateurs (voir encadré 1). Le nombre d'hôpitaux donne une indication facile à comprendre: une baisse du nombre d'hôpitaux se traduit en général par une concentration du paysage hospitalier.

D'après la Statistique médicale des hôpitaux, la Suisse comptait, en 2013, 239 sites hospitaliers proposant des soins somatiques aigus ou ayant enregistré au moins dix cas de soins somatiques aigus. Entre 2013 et 2023, ce chiffre est passé à 228, alors même que le nombre d'hospitalisations pour recevoir ce genre de soins était passé de 1,2 à 1,4 million sur la même période, soit une hausse de 9%. En clair, le nombre de patients admis en soins somatiques aigus a augmenté alors que le nombre d'hôpitaux proposant des soins somatiques aigus a diminué.

Évolution du nombre de sites hospitaliers par grande région, de 2013 à 2023 **G1**



Source: OFS – MS, KS / analyse Obsan © Obsan 2025

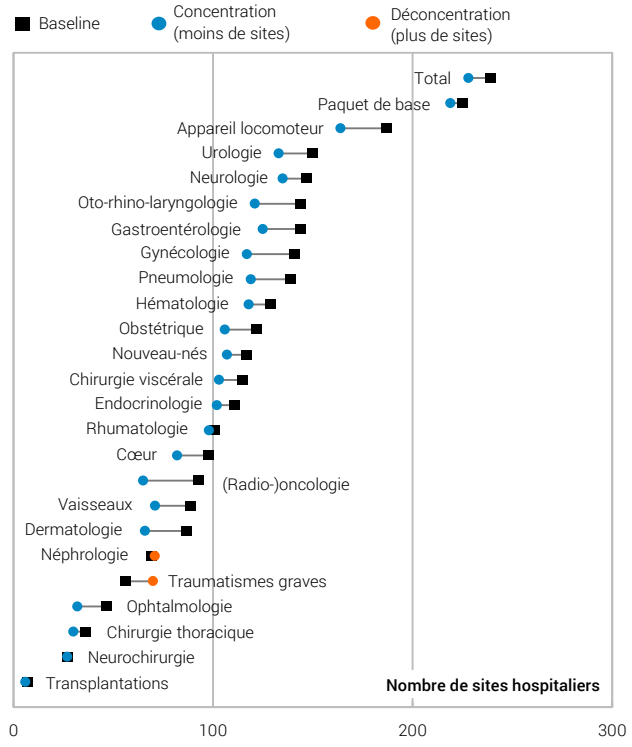
La carte (graphique G1) donne un aperçu de l'évolution du nombre de sites hospitaliers par grande région. La baisse la plus significative est enregistrée en Suisse orientale.

En tenant compte de la croissance démographique, on constate un recul du nombre de sites hospitaliers pour 100 000 habitants dans toutes les régions (voir document d'accompagnement). Il convient de préciser que le nombre de sites hospitaliers par habitant ne permet en aucun cas de tirer de conclusions sur la pertinence des soins. Dans les régions reculées, par exemple en montagne, on comprend facilement qu'il faille plus de sites hospitaliers pour garantir l'accès aux soins médicaux dans un délai utile. Le graphique G1 ne permet donc pas d'avoir une évaluation normative des évolutions, mais montre surtout les dynamiques régionales diverses qui gravitent dans le paysage hospitalier.

Moins d'hôpitaux par domaine de prestations

Par concentration, on n'entend pas nécessairement la fermeture de tout un hôpital. Dans une clinique, il peut s'agir de la fermeture de certains services ou de domaines de prestations. Le graphique G2 illustre l'évolution du nombre de sites hospitaliers par domaine de prestations pour la planification hospitalière (DPPH). Le nombre d'hôpitaux est en recul dans presque tous les DPPH (21 sur 24 DPPH, 88%), à l'exception des DPPH suivants: *Traumatismes graves, Néphrologie et Neurochirurgie*. On constate une nette réduction dans trois DPPH: *Ophtalmologie* (–32%, soit –15 sites), *(Radio-)oncologie* (–30%, soit –28 sites) et *Dermatologie* (24%, soit –21 sites).

Nombre de sites hospitaliers par DPPH, de 2013 à 2023 **G2**



Remarque: ce graphique montre l'évolution du nombre de sites hospitaliers comptant au moins dix cas de soins somatiques aigus (dans le DPPH concerné), sur la période 2013 à 2023. Comme il est difficile de comparer les données lorsque la définition des DPPH change pendant la période analysée (cela entraine une discontinuité dans les données), il a été décidé de définir une période d'analyse primaire qui va en général de la dernière discontinuité de données de définition jusqu'en 2023.

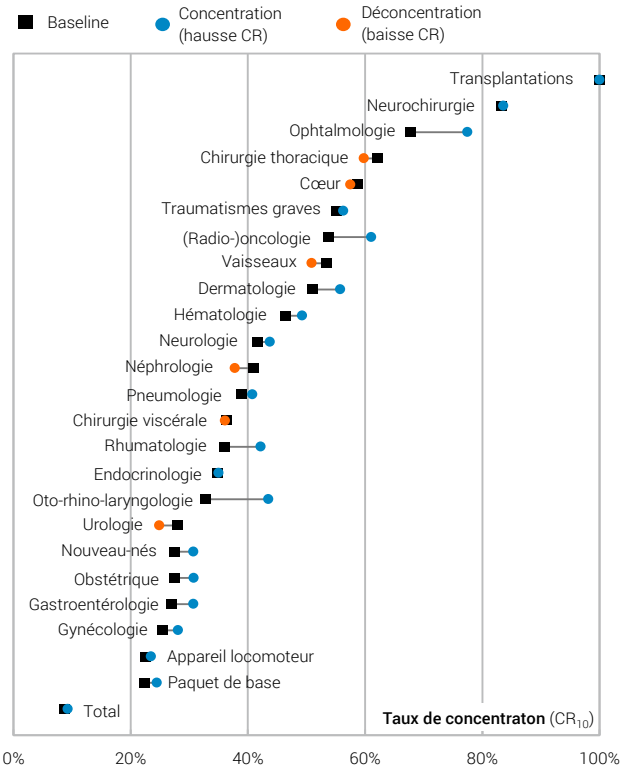
Source: OFS – MS, KS / analyse Obsan © Obsan 2025

Gain de parts de marché par les grands hôpitaux

La réduction du nombre de sites hospitaliers représenté dans la section précédente permet de mettre en évidence les changements chez les petits prestataires et les fournisseurs de prestations avec peu de cas, par exemple lorsqu'un petit hôpital abandonne certaines prestations ou vient à fermer. Les prestataires qui détiennent d'importantes parts de marché peuvent toutefois aussi être concernés par un phénomène de concentration. Le taux de concentration (CR) permet d'illustrer ces évolutions. Il désigne la part de marché cumulée par les principaux fournisseurs de marché. Le graphique G 3 montre la part de marché cumulée par les dix plus grands hôpitaux (CR_{10}) par DPPH.

En 2013, on constatait déjà de grosses disparités au niveau du taux de concentration. Dans certains domaines de prestations spécialisés, comme les DPPH *Transplantations, Neurochi-rurgie, Ophtalmologie et Chirurgie thoracique*, les dix plus grands hôpitaux cumulaient plus de 60% des traitements stationnaires. Les DPPH *Paquet de base, Chirurgie de l'appareil locomoteur, Gastroentérologie, Urologie* ainsi que *Gynécologie et obstétrique* affichaient en revanche un taux de concentration inférieur à 30%. Dans ces domaines, les prestations stationnaires étaient donc mieux réparties entre hôpitaux.

Taux de concentration dans les dix plus grands hôpitaux (CR_{10}) par DPPH, de 2013 à 2023 **G3**



Remarque: le graphique représente l'évolution sur la période allant de 2013 à 2023. Comme Il est difficile de comparer les données lorsque la définition des DPPH change pendant la période analysée (cela entraine une discontinuité dans les données), il a été décidé de définir une période d'analyse primaire qui va en général de la dernière discontinuité de données de définition jusqu'en 2023.

Source: OFS – MS, KS / analyse Obsan © Obsan 2025

Si l'on considère l'évolution au cours de la période analysée, on constate une hausse du taux de concentration dans 17 des 24 DPPH (71%). Cette hausse est surtout perceptible dans les DPPH *Oto-rhino-laryngologie* (+11 points de pourcentage), *Ophtal-mologie* (+10 points), *(Radio-)oncologie* (+7 points) et *Rhumatologie* (+6 points). Dans d'autres DPPH, le taux de concentration est en baisse durant la période sous revue. C'est le cas de l'*Urologie,* de la *Néphrologie*, des *Vaisseaux*, de la *Chirurgie thoracique*, du *Cœur* et de la *Chirurgie viscérale*.

Concentration dans la majorité des domaines de prestations

L'indicateur pour calculer le nombre de sites hospitaliers permet de savoir quand de petits fournisseurs de prestations arrêtent certaines prestations. Le taux de concentration met en exergue les évolutions en lien avec les grands fournisseurs de prestations. Mais les dynamiques qui s'opèrent aux deux extrémités de la répartition peuvent être contraires : prenons l'exemple du DPPH Cœur. On peut voir une diminution du nombre de sites hospitaliers durant la période analysée (graphique G 2), alors que dans un même temps, la part cumulée des dix plus grands hôpitaux régresse (graphique G 3), signe d'une déconcentration. Pour obtenir une évaluation globale des tendances à la concentration, il faut tenir compte de tous les mouvements. Ce calcul se fait au moyen de l'indice Herfindahl-Hirschman (HHI) représenté dans le graphique G 4. L'indice HHI prend en compte les changements de parts de marché de tous les fournisseurs de prestations et donne une évaluation globale des changements dans le paysage hospitalier. Plus l'indice HHI est élevé, plus un marché est concentré. La méthode de calcul de l'indice HHI est expliquée dans le document accompagnant ce bulletin.

Les différences notées dans l'indice HHI au cours d'une même année (p. ex. l'année de référence) reflètent les différences de spécialisation selon les DPPH, sans tenir compte de la tendance dans le temps. Les DPPH Transplantations (HHI = 2106), *Neurochirurgie* (882) et *Ophtalmologie* (582) affichent une concentration très marquée, contrairement au *Paquet de base* (111) et au DPPH *Chirurgie de l'appareil locomoteur* (114).

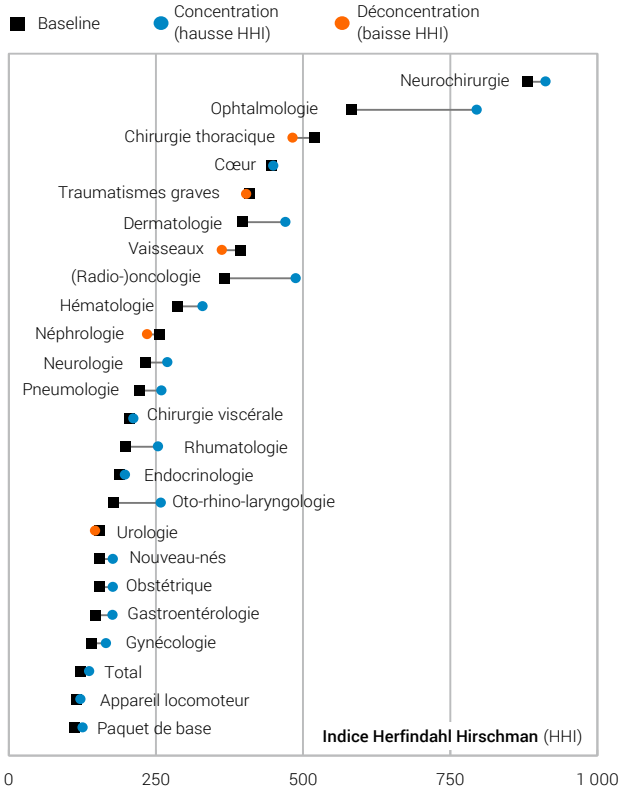
Durant la période analysée de 2013 à 2023, l'indice HHI augmente dans 19 des 24 DPPH (79%), ce qui traduit une concentration en hausse. La concentration est particulièrement forte en *Ophtalmologie* (+214), en *(Radio-)oncologie* (+122) et en *Oto-rhino-laryngologie* (+81). Dans cinq DPPH (*Chirurgie thoracique, Vaisseaux, Néphrologie, Urologie et Traumatismes graves*), on observe une déconcentration des prestations. Si l'on considère le marché dans sa globalité, l'indice HHI est passé de 122 en 2013 à 137 en 2023.

Spécialisation des fournisseurs de prestations

Toutes les analyses conduites jusqu'ici portaient sur le paysage hospitalier dans son ensemble. La question de la spécialisation permet de mettre en lumière la situation de chaque hôpital et de voir si le spectre des prestations a évolué au cours de la période sous revue et si oui, quelles spécialisations sont concernées.

Le niveau de spécialisation des hôpitaux se mesure grâce à l'indice de théorie de l'information (ITI). Cet indice permet de savoir si le mix de patients admis dans un hôpital varie par rapport à la moyenne suisse, pour ce qui est de la répartition des cas par domaine de prestations. Plus l'indice ITI s'écarte d'une valeur nulle, plus l'écart est grand par rapport au mix de patients moyen suisse[1]. La méthode de calcul de l'indice ITI est expliquée dans le document accompagnant ce bulletin.

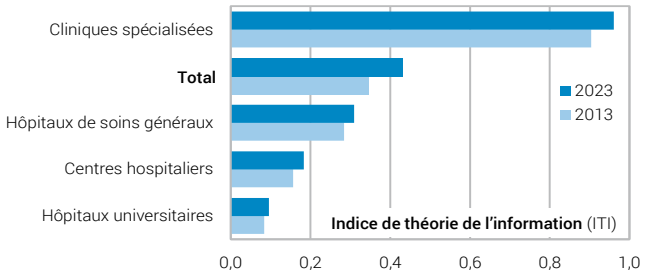
Indice Herfindahl-Hirschman (HHI) selon le DPPH, de 2013 à 2023 **G4**



Remarque: le graphique représente l'évolution sur la période allant de 2013 à 2023. Comme il est difficile de comparer les données lorsque la définition des DPPH change pendant la période analysée (cela entraine une discontinuité dans les données), il a été décidé de définir une période d'analyse primaire qui va en général de la dernière discontinuité de données de définition jusqu'en 2023. Le DPPH Transplantations n'est pas représenté dans le graphique, car les valeurs de ce DPPH sont en dehors de la plage de valeurs représentée (baseline: HHI = 2106, valeur finale: HHI = 2161).

Source: OFS – MS, KS / analyse Obsan © Obsan 2025

Médiane de l'indice de théorie de l'information (ITI) par type d'hôpital, de 2013 à 2023 **G5**



Remarque: l'ITI indique si un hôpital couvre un grand nombre de DPPH (valeur faible) ou s'il est fortement spécialisé (valeur élevée). Le Paquet de base n'est pas pris en compte dans le calcul. L'univers de base est constitué de l'ensemble des hôpitaux dispensant des soins somatiques aigus. En sont exclues les cliniques psychiatriques, les cliniques de réadaptation et les maisons de naissance (typologie des hôpitaux). Ne sont pas non plus pris en compte les hôpitaux sans valeur observable au début de la période analysée, en 2013, ou à la fin de la période analysée, en 2023.

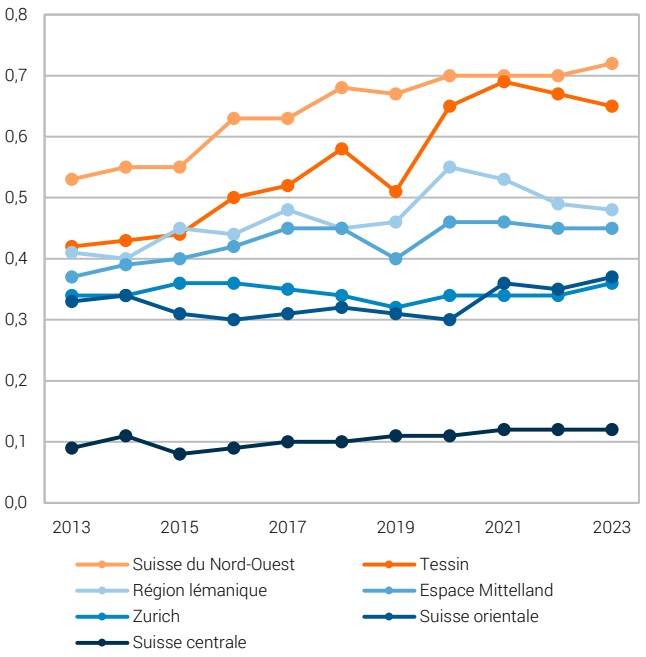
Source: OFS – MS, KS / analyse Obsan © Obsan 2025

Les valeurs médianes de l'indice ITI par type d'hôpital donnent une analyse plus pertinente (graphique G5). En 2023, les hôpitaux universitaires ont enregistré le taux de spécialisation le plus faible avec un ITI de 0,1 et les cliniques spécialisées le taux de spécialisation le plus élevé avec un ITI de 0,96. La médiane de l'indice ITI a globalement progressé (de 0,35 en 2013 à 0,43 en 2023), ce qui indique une hausse générale du niveau de spécialisation des hôpitaux. Le graphique G6 montre l'évolution du niveau de spécialisation par grande région. L'indice médian a tendance à légèrement augmenter, notamment dans la Suisse du Nord-Ouest et au Tessin.

Comment faut-il interpréter cette évolution de l'indice ITI? Un autre indicateur permet de mieux comprendre la situation. Il s'agit du nombre moyen de DPPH qu'un hôpital ou un type d'hôpital propose. En 2013, les hôpitaux ont soigné en moyenne des cas provenant de 11,5 DPPH (*Paquet de base* exclu) et en 2023, 11,0. Le spectre des prestations dans les cliniques spécialisées comprend approximativement 4,2 DPPH et n'a guère évolué durant la période analysée. Les hôpitaux universitaires soignent des patients dans la totalité de 23 DPPH. On constate de gros changements dans les hôpitaux de soins généraux et les centres hospitaliers. En 2013, les hôpitaux de soins généraux ont en moyenne fourni des prestations dans 11,9 DPPH, alors qu'en 2023, ils ne l'ont fait que dans 11,0 DPPH. De même, les centres hospitaliers ont en moyenne fourni des prestations dans 15,8 DPPH en 2013 et dans 15,0 DPPH en 2023. Depuis 2013, les hôpitaux de soins généraux et les centres hospitaliers comptent en moyenne un domaine de prestations en moins dans leur spectre des prestations.

[1] L'indice ITI peut être élevé aussi bien dans les hôpitaux avec une offre très restreinte que dans les hôpitaux avec une offre étoffée. Cet indice présente un inconvénient de taille: il ne fait pas la distinction entre ces deux formes de «spécialisation». On peut en effet retrouver les mêmes valeurs pour un hôpital de soins généraux (soins de base / offre de base) que pour un hôpital de soins tertiaire hautement spécialisé (vaste éventail de soins médicaux / accueil de cas rares et complexes).

Médiane de l'indice de théorie de l'information (ITI) par grande région, de 2013 à 2023 **G6**



Remarque: le Paquet de base n'est pas pris en compte dans le calcul. L'univers de base est constitué de l'ensemble des hôpitaux dispensant des soins somatiques aigus. En sont exclues les cliniques psychiatriques, les cliniques de réadaptation et les maisons de naissance (typologie des hôpitaux). Ne sont pas non plus pris en compte les hôpitaux sans valeur observable au début de la période analysée, en 2013, ou à la fin de la période analysée, en 2023.

Source: OFS – MS, KS / analyse Obsan © Obsan 2025

Encadré 2: Évaluation par groupe de diagnostic

Les DPPH permettent une analyse pertinente sur plusieurs années, car leur définition varie peu. Des discontinuités ne sont pourtant pas à exclure dans les données. Dans les évaluations présentées ici, il a été décidé d'anticiper de telles discontinuités, pour autant qu'elles soient connues, en limitant la période analysée selon le DPPH.

La robustesse des résultats a été vérifiée en effectuant des évaluations supplémentaires au niveau des **groupes de diagnostic**. Les groupes de diagnostic utilisés reprennent la classification de l'**étude Global Burden of Disease (GBD – charge de morbidité dans le monde**; étude publiée par l'institut IHME en 2021). Une version de cette étude adaptée au contexte de la Suisse (Stucki et al., 2024) a été reprise dans le cadre du présent rapport, avec toutefois quelques précisions (voir document d'accompagnement). Dans certains domaines, cette classification a fait l'objet de précisions (p. ex. pour mieux différencier les «Traumatismes»). Les groupes de diagnostic se réfèrent uniquement aux codes ICD, une particularité qui leur confère une certaine stabilité dans la durée. Il convient d'ajouter que les 24 DPPH ne permettent pas une classification aussi fine des prestations hospitalières en soins somatiques aigus que les 71 groupes de diagnostic.

Les résultats par groupe de diagnostic (voir document d'accompagnement) et les résultats au niveau des DPPH parviennent à la même conclusion: le nombre de sites hospitaliers (73%) a diminué dans 51 des 70 groupes de diagnostic (aucune analyse de la concentration n'a été faite dans le groupe de diagnostic lié au COVID-19). Le taux de concentration a augmenté dans 53 groupes (76%) et l'indice HHI dans 56 groupes (80%).

Classement des résultats

D'après les analyses présentées dans ce bulletin, la tendance est à plus de concentration et de spécialisation dans les hôpitaux proposant des soins somatiques aigus. Les résultats nous indiquent également que le nombre de sites hospitaliers a baissé au cours des dix dernières années, alors que dans un même temps, les parts de marché détenues par les grands prestataires ont augmenté. On observe des changements dans trois DPPH en particulier: l'*Ophtalmologie*, la *(Radio-)oncologie* et l'*Oto-rhino-laryngologie*. Les mêmes tendances se confirment en classant les résultats par groupe de diagnostic (voir Encadré 2).

Les résultats observés dans ce bulletin viennent dans l'ensemble confirmer les enseignements tirés de l'évaluation de la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier (OFSP, 2019)[2]. Il semble tout à fait plausible que ces changements aient été encouragés par les mesures prises dans le cadre de cette révision. Le renforcement des éléments concurrentiels dans le système de santé suisse (introduction du système des forfaits par cas, libre choix de l'hôpital et financement dual-fixe, p. ex.) et les incitations réglementaires (planifications hospitalières cantonales, nombre minimum de cas, CIMHS, p. ex.) font partie des changements constatés. Les données à disposition et la méthode de recherche (étude par observation) permettent difficilement de tirer des conclusions sur les causes et effets de telle ou telle mesure. Des analyses spécifiques ont par exemple été réalisées dans ce bulletin pour les groupes de prestations avec un nombre minimum de cas (voir document d'accompagnement). Ces résultats restent toutefois difficiles à interpréter. On aurait pu s'attendre à une concentration des prestations, notamment lorsque le nombre minimum de cas a été introduit, car l'attribution des mandats de prestations est liée au nombre minimum de cas atteint. Un nombre minimum a toutefois été introduit dans de nombreux groupes de prestations avant la période sous revue. Il est par conséquent impossible de comparer la situation avant et après. L'analyse et l'interprétation se trouvent en outre entravées par des lacunes en matière de réglementation ou des changements de définition concernant les groupes de prestations.

Il faut impérativement prendre en compte la situation avant l'entrée en vigueur de la révision, lorsque l'on s'interroge sur les éventuelles causes des évolutions actuelles et sur les répercussions de la révision. Des analyses approfondies en lien avec ce bulletin montrent que les domaines de prestations dans lesquels les hôpitaux privés ont gagné des parts de marché tendent vers

[2] La Statistique médicale des hôpitaux a déjà fait état de telles tendances (Fontana et al., 2018) et les représentants des hôpitaux considèrent que la tendance à la spécialisation s'est accélérée suite à la révision de la LA-Mal (Trageser et al., 2018).

une concentration nulle ou minime (voir document d'accompagnement). Cette tendance peut à première vue sembler contre-intuitive à supposer que le renforcement de la concurrence crée des incitations à la spécialisation et à la concentration. Mais si l'on tient compte du fait que les hôpitaux privés avaient un accès restreint au marché avant la révision (limité aux titulaires d'une assurance complémentaire surtout), il est possible que l'ouverture à la concurrence ait conduit, tout au moins dans un premier temps, à une déconcentration, qui s'explique par une augmentation du nombre d'acteurs en présence sur le marché. À ces explications possibles s'ajoutent également des différences dans l'attractivité financière de certains domaines de prestations, car cette attractivité joue un rôle dans l'orientation stratégique et le spectre de prestations des hôpitaux. D'autres analyses doivent toutefois être réalisées pour tirer des conclusions définitives sur le lien entre les incitations financières selon le domaine de prestations et l'orientation des spectres de prestations des hôpitaux. Ces analyses doivent comporter des données financières et des données sur les prestations.

La révision de la LAMal n'explique pas à elle seule la concentration qui s'opère dans le paysage hospitalier de la Suisse. On observait déjà une tendance à la concentration dans les soins somatiques aigus avant l'entrée en vigueur de la révision de la LAMal. Le recul du nombre d'établissements hospitaliers avait commencé bien avant (Jörg & Ruflin, 2016). L'analyse n'est pas non plus complète si l'on n'intègre pas les changements constatés dans des interfaces du système de soins. Citons notamment le transfert de certaines prestations stationnaires en ambulatoire, en partie dû à l'introduction de listes émises par les cantons et l'OFSP qui recommandent de mener certaines interventions en ambulatoire plutôt qu'en stationnaire («L'ambulatoire avant le stationnaire»). Les évaluations apportées dans ce bulletin montrent par exemple une progression de la concentration des soins stationnaires en *Ophtalmologie* et en *Oto-rhino-laryngologie*, alors qu'entre 2013 à 2023, ces DPPH enregistraient une baisse du nombre de cas. Dans ces deux domaines, le transfert en ambulatoire est une explication possible, étant donné que les interventions concernées sont répertoriées sur les listes des interventions ne nécessitant pas d'hospitalisation (L'ambulatoire avant le stationnaire) émises par la Confédération et par les cantons. Parmi ces opérations, il y a notamment l'opération de la cataracte et l'ablation des amygdales (voir également Roth et Pellegrini, 2025). Le transfert croissant des interventions en ambulatoire peut accroître la tendance à la concentration dans les soins stationnaires, quand certains hôpitaux se limitent à des prestations ambulatoires dans ces domaines.

Le présent bulletin dresse un état des lieux de la situation dans les soins somatiques aigus et met en évidence les domaines de prestations concernés par ces évolutions. La tendance à la concentration peut revêtir diverses formes : fermeture de certains hôpitaux et spécialisation grandissante des fournisseurs de prestations. Même si les causes et effets des mesures prises sont difficiles à estimer, ce bulletin apporte un éclairage et permet de mieux comprendre les changements à venir dans le paysage hospitalier de la Suisse.

Références

De Pietro, C., Camenzind, P., Sturny, I., Crivelli, L., Edwards-Garavoglia, S., Spranger, A., Wittenbecher, F., & Quentin, W. (2015). Switzerland : Health System Review. Health systems in transition, 17(4), 1–xix.

Fontana, M., Bock, S., Haering, B., Gruber, J. & Lippitsch, S. (2018). Evaluation der KVG-Revision im Bereich Spitalfinanzierung : Auswirkungen der Revision auf die Entwicklung der Spitallandschaft und die Sicherstellung der Versorgung. Rapport établi sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) auprès d'econcept/LENZ AG, Zurich.

IMHE (2024). Global Burden of Disease 2021 : Findings from the GBD 2021 Study. Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). Seattle, WA.

Jörg R., Ruflin R. (2016). Auswirkungen der KVG-Revision Spitalfinanzierung auf die Spitallandschaft und die Sicherstellung der stationären Versorgung : Konzept- und Machbarkeits-studie inklusive einer Bestandesaufnahme. Rapport établi sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) auprès de socialdesign ag, Berne.

OCDE (2025). Lits d'hôpitaux pour 1000 habitants 2022, indicateur sur https://www.oecd.org/ (accès : 27.08.2025). Organisation de coopération et de développement économiques (OECD).

OFSP (2019). Évaluation de la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier : Rapport final de l'OFSP au Conseil fédéral. Office fédéral de la santé publique (OFSP), Berne

Pellegrini, S., Widmer, T., Weaver, F., Fritschi, T., & Bennett, J. (2010). KVG-Revision Spitalfinanzierung : Machbarkeits-und Konzeptstudie zur Evaluation. Rapport établi sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP).

Roth, S. et Pellegrini, S. (2025). L'ambulatoire avant le stationnaire. Actualisation 2023 du monitorage de la limitation de la prise en charge stationnaire (selon OPAS, art. 3c et annexe 1a). Rapport établi sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) (Obsan Rapport 01/2025). Neuchâtel : Observatoire suisse de la santé.

Stucki, M., Vinci, L., Vetsch-Tzogiou, C., Grobet, C., Cakir, L., Müller, B., Kohler, A., Marzetta, J., Schärer, X., Sharakin, M., Thommen, C., Zemlyanska, Y., Eichler, K., Wieser, S., Boes, S., Berger, F., Hughes-Brühlmann, S., Mattli, R., & Lutz, N. (2025). Kosten der übertragbaren und nichtübertragbaren Krankheiten sowie Kosten der Risikofaktoren Übergewicht/Adipositas und Bewegungsmangel in der Schweiz : Rapport final établi sur mandat de l'OFSP (manuscrit non publié).

Trageser, J., Gschwend, E., von Stokar, T., Vettori, A., Zahnd, D. (2018). Evaluation der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung. Auswirkungen der Revision auf die Qualität der stationären Spitalleistungen. Rapport établi sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) auprès d'INFRAS/Info Navigation, Zurich/Berne.

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

Éditeur
Observatoire suisse de la santé (Obsan)

Auteurs
Reto Jörg, Fabienne B. Fischer, Alexandre Tuch, Lucas Haldimann (Obsan)

Document d'accompagnement
www.obsan.admin.ch/de/publikationen/2025-bulletin-02-begleitdokument

Remerciements
Nous remercions Christoph Altherr, Patricia Sigam, Hans-Jörg Schumann, Rahel Studer et Gianluca Macauda (direction de la santé de Zurich – GDZH) et Matthias Fügi (CDS) pour leur précieux soutien. Sans eux, nous ne serions pas parvenus à identifier certaines discontinuités temporelles dans les données en lien avec les domaines de prestations, les groupes de prestations et le nombre minimum de cas. Nous remercions également Michael Stucki (ZHAW) pour son travail de préparation au classement des données par groupe de diagnostic.

Référence bibliographique
Jörg, R, Fischer, F.B., Tuch, A., Haldimann, L. (2025). *Un paysage hospitalier en pleine mutation: concentration et spécialisation des soins aigus stationnaires, une tendance observée depuis 2013* (Obsan Bulletin 02/2025). Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.

Renseignements / informations
Observatoire suisse de la santé
Espace de l'Europe 10, CH-2010 Neuchâtel, Tél. +41 58 463 60 45,
obsan@bfs.admin.ch, www.obsan.ch

Langue du texte original
Allemand; cette publication est également disponible en allemand (Numéro OFS: 1033-2502).

Traduction
Services linguistiques de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP)

Graphiques
Obsan

Carte
Obsan

Mise en page
Office fédéral de la statistique (OFS), Publishing et diffusion PUB

En ligne
www.obsan.ch → Publications

Imprimés
www.obsan.ch → Publications
Office fédéral de la statistique, CH-2010 Neuchâtel,
order@bfs.admin.ch, tél. +41 58 463 60 60
Impression réalisée en Suisse

Numéro OFS
1034-2502

© Obsan 2025

Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren
Conférence des directrices et directeurs cantonaux de la santé
Conferenza 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.