



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

OBSAN RAPPORT 55

55

Séjours hospitaliers hors du canton de domicile

Description des flux de patients
et analyse des déterminants

Sonia Pellegrini, Stéphane Luyet

L'**Observatoire suisse de la santé (Obsan)** est une institution mandatée par la Confédération et les cantons. L'Observatoire suisse de la santé 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.

Paraissent dans la **série «Obsan Rapport»** des rapports et des analyses consacrés au domaine de la santé. La réalisation des rapports est assurée par l'Obsan ou confiée à des experts externes. Une commission de révision contrôle la qualité des rapports. Le contenu de ces derniers est de la responsabilité de leurs auteurs. Les rapports de l'Obsan sont généralement publiés sous forme imprimée.

Impressum

Editeur

Observatoire suisse de la santé (Obsan)

Auteurs

- Sonia Pellegrini, Obsan
- Stéphane Luyet, Obsan

Avec la participation de

- Gaëlle Dreyer, Obsan

Reviewboard

- Kathrin Huber, Conférence des directeurs de la santé CDS
- Sophie Schaller, République et Canton du Jura
- Raphaël Bize, Institut Universitaire de Médecine Sociale et Préventive (IUMSP-CHUV)
- Tania Andreani, Office fédéral de la statistique
- Marcel Widmer, Obsan
- Monika Diebold, Obsan

Remerciements

Les auteurs adressent leurs sincères remerciements à toutes les personnes qui leur ont fourni des informations indispensables à la réalisation de cette étude, en particulier à Sophie Schaller pour la mise à disposition de données pour les cantons membres du GRSP ainsi qu'à Patrick Schwab, section Santé de l'Office fédéral de la statistique, pour son soutien dans l'analyse des données.

Direction du projet à l'Obsan

Sonia Pellegrini

Série et numéro

Obsan Rapport 55

Référence bibliographique

Pellegrini, S. & Luyet, S. (2012). *Séjours hospitaliers hors du canton de domicile. Description des flux de patients et analyse des déterminants* (Obsan Rapport 55). Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.

Renseignements/informations

Observatoire suisse de la santé
Espace de l'Europe 10
CH-2010 Neuchâtel
Tél. 032 713 60 45
E-mail: obsan@bfs.admin.ch
Internet: www.obsan.ch

Langue du texte original

Français

Page de couverture

Roland Hirter, Berne

Commande

Tél. 032 713 60 60
Fax 032 713 60 61
E-mail: order@bfs.admin.ch

Numéro de commande

874-1204

Prix

11 francs (TVA excl.)

Téléchargement du fichier PDF

www.obsan.ch > Publications

ISBN

978-2-940502-02-8

© Obsan 2012



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

Séjours hospitaliers hors du canton de domicile

Description des flux de patients et analyse des déterminants

Sonia Pellegrini, Stéphane Luyet

Table des matières

Index des figures	4
Index des tableaux	4
Résumé	5
Zusammenfassung	11
1 Introduction	17
2 Contexte	19
2.1 Modification du contexte légal.....	19
2.2 Situation en matière de demandes de garanties de financement	20
3 Survol de la littérature	23
3.1 Les flux de patients dans la littérature internationale	23
3.2 Quelques études suisses.....	24
4 Méthode	27
4.1 Facteurs d'influence potentiels	27
4.2 Données.....	28
4.3 Variables	29
4.3.1 Facteurs liés à l'hôpital	29
4.3.2 Facteurs liés aux patients.....	31
4.4 Démarche d'analyse	32
5 Mouvements de patients entre les cantons	33
5.1 Patients hospitalisés hors canton de résidence (flux sortants).....	33
5.2 Patients en provenance d'autres cantons (flux entrants)	36
5.3 Typologie des cantons selon l'importance relative des flux entrants et sortants.....	38
5.3.1 Cantons fortement importateurs.....	39
5.3.2 Cantons modérément importateurs.....	40
5.3.3 Cantons modérément exportateurs.....	41
5.3.4 Cantons fortement à très fortement exportateurs.....	41
5.4 Conclusion	43
6 Caractéristiques des hospitalisations hors canton	45
6.1 Types d'hôpital	45
6.2 Admissions hors canton : planifiées ou en urgence ?	47
6.2.1 Admissions planifiées : vers quels types d'hôpitaux ?	49
6.3 Types de diagnostics et d'interventions.....	50
6.3.1 Probabilités par centres et par groupes de prestations.....	50
6.3.2 Volumes extracantonaux selon les groupes de prestations.....	51
7 Caractéristiques des patients hospitalisés hors canton	53
7.1 Age et sexe	53
7.2 Langue et nationalité.....	54
7.3 Présence d'une assurance d'hospitalisation en division (semi-)privée	55
8 Principaux facteurs d'influence	57
8.1 Variables de l'analyse multivariée	57
8.2 Modèle logistique	59
8.3 Odds ratios.....	59
8.3.1 Interprétation du graphique	59
8.3.2 Résultats.....	61
9 Synthèse et discussion	63
10 Bibliographie	67
11 Annexes	69

Index des figures

Figure 4.1	Facteurs d'influence.....	29
Figure 5.1	Proportion de patients hospitalisés hors canton, par canton de résidence, 2010.....	34
Figure 5.2	Cantons en fonction de l'importance des flux sortants, 2010.....	36
Figure 5.3	Proportion de patients en provenance d'autres cantons, par canton de l'hôpital, 2010.....	37
Figure 5.4	Cantons en fonction de l'importance des flux entrants, 2010.....	38
Figure 5.5	Cantons en fonction du ratio (R) entre flux sortants et flux entrants, 2010.....	39
Figure 5.6	Typologie des cantons selon l'importance relative des flux entrants et sortants, 2010.....	42
Figure 5.7	Typologie des cantons selon le degré d'ouverture du système hospitalier, 2010.....	43
Figure 6.1	Répartition des cas d'hospitalisations hors canton selon le type d'hôpital, 2010.....	46
Figure 6.2	Décision d'envoi selon le type d'hôpital, pour les hospitalisations hors canton, 2010.....	47
Figure 6.3	Répartition des cas d'hospitalisations hors canton, selon le mode d'admission, 2010.....	48
Figure 6.4	Décision d'envoi selon le type d'admission, pour les hospitalisations hors canton, 2010.....	49
Figure 6.5	Mode d'admission selon le type d'hôpital, pour les hospitalisations hors canton, 2010.....	49
Figure 6.6	Proportion d'hospitalisations hors canton, selon le centre de prise en charge, 2010.....	50
Figure 8.1	Odds ratio, par covariable, avec intervalle de confiance à 95%.....	60
Figure 11.1	Flux entrants par canton, y compris patients en provenance de l'étranger, 2010.....	69

Index des tableaux

Tableau 2.1	Demandes d'hospitalisations hors canton, moyennes 1998-2009, pour les cantons membres du GRSP.....	21
Tableau 5.1	Principaux flux entrants et sortants (>1% du total des patients) pour les cantons fortement importateurs.....	40
Tableau 5.2	Principaux flux entrants et sortants (>1% du total des patients) pour les cantons modérément importateurs.....	41
Tableau 5.3	Principaux flux entrants et sortants (>1% du total des patients) pour les cantons modérément exportateurs.....	41
Tableau 5.4	Principaux flux entrants et sortants (>1% du total des patients) pour les cantons fortement exportateurs.....	42
Tableau 6.1	Probabilité d'une hospitalisation hors canton selon le type d'hôpital, 2010.....	46
Tableau 6.2	Probabilité d'une hospitalisation hors canton, selon le mode d'admission, 2010.....	48
Tableau 7.1	Hospitalisations selon le sexe et l'âge, en %, 2010.....	53
Tableau 7.2	Hospitalisations hors canton selon la zone linguistique et la nationalité, en %, 2010.....	54
Tableau 7.3	Hospitalisations selon le type de chambre occupée, en %, 2010.....	55
Tableau 8.1	Variables indépendantes.....	58
Tableau 11.1	Estimations et erreurs standards des coefficients de la régression logistique.....	69
Tableau 11.2	Probabilité d'une hospitalisation hors canton, selon le groupe de prestations, 2010.....	70
Tableau 11.3	Volume d'hospitalisations hors canton par groupes de prestations, 2010.....	72

Résumé

1. Un changement de loi, de nouveaux enjeux

Avec l'entrée en vigueur du nouveau financement hospitalier au 1er janvier 2012, les séjours hospitaliers hors du canton de domicile prennent une nouvelle dimension politique et stratégique, aussi bien pour les cantons que pour les hôpitaux. L'extension du libre choix de l'hôpital, prévue par l'art. 41 al.1bis LAMal, donne à l'assuré la possibilité de se rendre dans l'établissement de son choix, dans toute la Suisse, privé ou public, et de voir la (quasi-)totalité des coûts pris en charge par l'assurance-maladie de base et le canton de domicile conjointement. La seule restriction est de choisir parmi les hôpitaux répertoriés aptes à traiter sa maladie, c'est-à-dire figurant sur la liste de son canton de résidence ou celle du canton où se situe l'hôpital (art. 41 al. 1bis LAMal). Auparavant le canton n'intervenait financièrement que si le séjour hors canton était indiqué médicalement, c'est-à-dire si la prestation requise n'était pas disponible dans le canton ou s'il s'agissait d'une urgence survenue hors canton. Une demande préalable de garantie de financement était nécessaire. Lorsque celle-ci était refusée, les coûts étaient à charge du patient, respectivement de son assurance complémentaire.

Ainsi, les mouvements de patients deviennent, davantage que par le passé, l'objet d'un enjeu budgétaire pour les cantons. Ceux-ci remplacent en effet l'assurance complémentaire dans la prise en charge des coûts de presque toutes les hospitalisations hors canton. Ils participent désormais aux coûts des séjours dans les hôpitaux répertoriés, à hauteur de la facture totale si l'hospitalisation est indiquée médicalement et jusqu'à concurrence du tarif de référence du canton de domicile en l'absence d'indication médicale. Par conséquent, même si le nombre de séjours hors canton restait stable, les coûts à charge des cantons augmenteraient. La proportion de demandes refusées selon l'ancien régime peut être interprétée comme une indication de l'augmentation minimale attendue des séjours à cofinancer par le canton dès 2012. En moyenne, cette proportion est de 30% dans l'ensemble des cantons qui nous ont fourni des données (GRSP et autres). Elle varie toutefois sensiblement d'un canton à l'autre, avec un minimum de 11% et un maximum de 43% de demandes refusées. L'impact sur les budgets cantonaux pourrait ainsi être variable selon la situation initiale.

Du point de vue des hôpitaux, l'enjeu est de conserver ses patients. Par le passé, la clause de l'indication médicale au séjour hors canton cloisonnait le marché. Aujourd'hui, l'impression, fondée ou non, que la qualité des soins ou le confort sont meilleurs ailleurs pourrait amener les patients à se déplacer davantage. Le fait que les patients peuvent librement choisir leur prestataire, ou qu'ils en ont davantage conscience par le biais du travail publicitaire et médiatique, introduit une concurrence accrue entre les hôpitaux pour l'acquisition de leur clientèle. Cette potentielle volatilité des flux de patients constituent un réel défi pour le développement stratégique des hôpitaux et pour l'élaboration des planifications cantonales.

A ce stade, la réaction des patients au nouveau cadre légal est difficile à prédire. A priori, le nouveau contexte n'est de facto pas très différent du précédent dans la mesure où une grande partie de la population disposait déjà d'une couverture d'assurance pour l'hospitalisation en division commune dans toute la Suisse. Bien que celle-ci offrait les mêmes possibilités que la nouvelle loi, relativement peu d'assurés en profitaient. Pourtant, mi-2012, plusieurs cantons signalent une tendance à une augmentation des demandes de garanties financières et du volume de factures pour des séjours hors canton. Que les demandes aux cantons augmentent ne signifie toutefois pas encore que les séjours hors canton augmentent. Toute une partie des hospitalisations hors canton qui ne faisaient pas l'objet d'une demande auprès des cantons en vue d'une garantie de financement, notamment les séjours pris en charge par les assurances (semi-)privées, passent maintenant dans les services cantonaux concernés, puisque le canton doit statuer sur la hauteur de sa contribution.

2. Pourquoi décrire les mouvements de patients entre les cantons

Evaluer dans quelle mesure les mouvements de patients s'intensifient, si la direction des flux se modifie et comment, ne sera véritablement possible que d'ici un à deux ans, lorsque les premières données chiffrées pour 2012 et 2013 seront disponibles. Apprécier cette évolution nécessite un point de comparaison dans le passé, que se propose de fournir le présent rapport. En décrivant l'intensité et la direction des flux de patients en 2010, la première partie de ce travail décrit la situation actuelle en matière de séjours hospitaliers hors canton. Cet état des lieux constitue une information de base, utile en vue d'évaluer les effets de l'extension du libre choix de l'hôpital, mais pas uniquement. Il permet aussi d'améliorer les bases statistiques servant à la planification hospitalière et d'attirer l'attention sur la nécessité de prendre en compte les flux de patients dans la réflexion budgétaire et stratégique.

Les matrices des flux entrants et sortants par canton, établies chaque année par l'OFS dans le cadre des tableaux standard de la Statistique médicale, fournissent une information utile de l'ampleur et de la direction des mouvements de patients. Elles sont trop détaillées pour permettre une compréhension générale du rôle des différents cantons. Les travaux de Zahnd (2003), réalisés avec les premières séries de données des Statistiques médicale et administrative des hôpitaux, ont décrit les flux de patients au début des années 2000 et mis en lumière différents sous-systèmes régionaux. Une réévaluation de la situation dix ans plus tard est une mise-à-jour bienvenue, qui permet de connaître les mouvements actuels de patients. Par ailleurs, certaines analyses complémentaires apportent un angle de vue nouveau sur le rôle des cantons dans le système et sur les motifs des hospitalisations hors canton.

3. Des proportions très variables de patients traités hors canton

Les analyses sont basées sur les Statistiques médicale et administrative des hôpitaux de 2010. Elles prennent en compte tous les cas d'hospitalisations stationnaires en soins somatiques aigus de patients résidant en Suisse. Le set de données analysé comporte ainsi 1,07 million d'observations. En moyenne, 12,3% des hospitalisations ont lieu hors canton, avec toutefois une grande diversité de situations. Les flux sortant les plus faibles sont de 3,2% (GE), les plus forts de 49% (AI).

Quatre groupes de cantons peuvent être distingués :

- Le premier est formé des cantons dont seule une minorité des patients, au plus 5%, est hospitalisée hors des frontières cantonales. On y trouve les cantons disposant d'un hôpital universitaire (GE, BE, ZH, VD)¹ sauf BS. Si l'on considère ensemble les deux demi-cantons BS et BL, ils font également partie de ce groupe ainsi que le Tessin.
- Le deuxième regroupe les cantons « dans la moyenne », avec 10 à 16% des patients traités hors canton. Ce groupe comprend des cantons bien peuplés, mais sans hôpital universitaire (SG, AG, LU). Il inclut aussi les cantons montagneux du VS et des GR, dont la topographie limite peut-être les flux de patients vers l'extérieur.
- Le troisième groupe est constitué des cantons dont 20 à 30% des patients recourent aux services des hôpitaux des autres cantons. Ainsi une fois sur quatre environ, les résidents de NE, SH, FR, TG, GL, ZG et UR sortent des frontières cantonales pour des soins aigus stationnaires. A l'exception de FR et TG dont la population atteint les 250-280 000 habitants, il s'agit de cantons ayant une population moyenne à petite et souvent voisins de cantons disposant d'une infrastructure hospitalière plus développée.

¹ Les cantons sont listés dans l'ordre croissant du taux d'hospitalisations extracantonales.

- Le quatrième groupe fait traiter plus de 30% de ses patients hors canton, et même jusqu'à 49% pour le cas le plus extrême (AI). Il est composé de petits cantons, dont plusieurs de Suisse centrale (NW, SZ, OW, AI, AR) ainsi que du JU et de SO.

4. Huit cantons accueillent davantage de patients qu'ils n'en traitent hors frontières

Les cantons dont beaucoup de patients sont traités ailleurs en Suisse en accueillent-ils aussi beaucoup dans leurs hôpitaux ? L'analyse simultanée des flux entrants et sortants suggère la coexistence de différents modèles. Certains systèmes hospitaliers affichent un bilan quasi équilibré entre flux entrants et sortants; d'autres accueillent peu de patients, mais en envoient beaucoup dans d'autres cantons ; enfin il y a ceux qui reçoivent davantage de patients qu'ils n'en envoient à l'extérieur. Globalement, huit cantons sur 26 accueillent davantage de patients qu'ils n'en font soigner hors de leurs frontières.

Avec au minimum 2,5 fois plus de patients accueillis qu'envoyés hors canton, les cantons fortement importateurs sont au nombre de quatre – BE, BS, ZH et GE. Tous disposent d'un hôpital universitaire. Le canton de BE, qui accueille 3,4 fois plus de patients qu'ils n'en fait traiter hors frontières, est le plus grand importateur de patients en chiffres relatifs. FR, SO, NE et VS sont les principaux cantons y envoyant des patients.

Quatre cantons sont modérément importateurs. Il s'agit d'AR, VD, LU et GR, qui accueillent dans leurs hôpitaux entre 1,3 et 1,5 fois plus de patients qu'ils n'en envoient ailleurs en Suisse. Le volume des flux varie sensiblement dans ce groupe. VD a proportionnellement peu d'échanges avec l'extérieur, avec des flux entrants et sortants représentant moins de 10% du total de ses hospitalisations. A l'autre extrême, AR connaît un système très ouvert, avec près de 38% des patients hospitalisés hors canton et 55% de patients en provenance d'autres cantons.

Parmi les exportateurs modérés, on trouve huit cantons, dont plusieurs de Suisse centrale et orientale (ZG, NW, SH, SG, AI, AG, BL et TI). Ces cantons font traiter davantage de patients hors de leurs frontières qu'ils n'en accueillent, dans une proportion comprise entre 1,1 et 1,9 fois plus. La plupart ont des échanges plus ou moins intenses avec leurs voisins. Le Tessin constitue à cet égard une exception, en ce qu'il fonctionne de manière quasi autarcique, avec très peu de patients venant s'y faire soigner, mais aussi très peu se rendant dans un hôpital d'un autre canton (5,3%).

Enfin dix cantons ont des structures hospitalières qui exercent un attrait faible, avec 2,5 fois plus de séjours hors canton que de patients extracantonaux. Pour les plus extrêmes, ce ratio est de 5 à 5,6 fois plus de patients traités hors des frontières qu'accueillis. On trouve dans ce groupe le solde des cantons romands (JU, NE, FR, VS), les cantons de Suisse centrale qui se regroupent autour de LU (UR, OW, SZ), ainsi que TG, GL et SO.

A noter que l'attractivité relative exprimée par ce ratio ne dit rien quant à la qualité d'un système hospitalier. Des modèles d'organisation hospitaliers prévoyant de fortes collaborations intercantionales peuvent être très efficaces en termes de coûts et de qualité. Ils vont par ailleurs dans le sens de la coordination intercantonale souhaitée par la révision de la loi sur le financement hospitalier (LAMal, art. 39 al.2).

En conclusion, on relèvera que les constellations régionales ont peu changé par rapport à ce que constatait Zahnd (2003) en 2001. LU est resté un pôle d'attraction pour la Suisse centrale et BE pour l'ouest du Plateau, fournissant des soins pour les cantons de NE, FR, SO et en partie aussi pour LU. Des échanges importants ont toujours lieu entre les cantons du quart nord-est de la Suisse (AG, ZH, TG, AI, AR, SG, SH) et les cantons de VD et GE prennent en toujours charge une partie des patients romands.

5. Motifs des hospitalisations hors canton

Comprendre les raisons qui amènent certains patients à contourner l'hôpital le plus proche, apte à fournir la prestation, est souhaitable à la fois pour les hôpitaux, confrontés à une patientèle potentiellement plus volatile, pour les cantons, responsables de la planification hospitalière et pour qui ces séjours ont une incidence budgétaire. A l'étranger, plusieurs études se sont penchées sur les facteurs qui influencent le choix de l'hôpital par le patient (ou son prescripteur). Dans le système libéral des Etats-Unis par exemple, les travaux mettent en évidence des facteurs tels que la distance, les coûts, la couverture assurantielle, la qualité des soins approximée par la taille de l'hôpital ou la modernité des équipements, ainsi que l'âge et le statut socio-économique du patient.

En Suisse, les raisons qui amènent les patients à se faire hospitaliser hors de leur canton de résidence ont été peu étudiées. Les travaux effectués se réfèrent surtout aux zones de dessertes hospitalières, montrant les zones d'utilisation effective des prestations hospitalières pour différentes spécialités. Comblant ce manque, la seconde partie de ce rapport apporte un éclairage sur la question des facteurs qui influencent le choix d'une hospitalisation hors canton. A noter qu'à la différence de la littérature internationale, l'analyse ne porte pas sur le choix d'un établissement en particulier, mais sur la probabilité de sortir de son canton pour une hospitalisation en soins somatiques aigus.

Hypothèses

Dans notre analyse, nous partons de l'idée que certains des mouvements de patients observés sont imposés par les circonstances et que d'autres relèvent d'un libre choix du patient. Les urgences survenues hors du canton de domicile, suite à un accident ou problème médical grave, sont des hospitalisations hors canton imposées par les circonstances. Il en est de même de l'envoi d'un patient dans un établissement hors canton car la prestation nécessaire n'existe pas dans son canton. Dans ces deux cas de figure, il n'y a pas de véritable choix, contrairement aux hospitalisations où le patient pourrait se faire soigner dans son canton, mais préfère se rendre ailleurs.

Dans le cas d'hospitalisations hors canton librement décidées, nous supposons que la présence ou l'absence d'une barrière financière, la distance à l'hôpital, la qualité perçue et les délais d'attente, de même que les circonstances personnelles et familiales façonnent les préférences. Une préférence pour une hospitalisation extracantonale peut par exemple exister si l'hôpital hors canton est le plus proche du lieu de domicile ou s'il paraît qualitativement plus attractif. Le rôle du prescripteur peut aussi être évoqué, dans la mesure où ses recommandations influencent vraisemblablement la décision du patient.

Résultats

Une série d'analyses descriptives ont été conduites pour décrire les caractéristiques des hospitalisations hors canton en termes de type d'hôpital, de centres de prestations et de mode d'admission ainsi que celles des patients en termes de sexe, d'âge, de nationalité, d'appartenance linguistique et de séjour en chambre (semi-)privée. Un modèle logistique a ensuite été développé, afin de tenir compte de l'influence conjointe des différentes variables. Les résultats de l'analyse descriptive et multivariée coïncident, c'est pourquoi nous nous limitons à présenter ces derniers.

Être traité hors canton est souvent une question de (non-)disponibilité des prestations dans le canton de résidence. Le recours aux hôpitaux universitaires et aux cliniques spécialisées triple par exemple la probabilité d'un traitement hors canton. Le besoin en prestations complexes et/ou spécifiques, pas présentes partout sur le territoire, accroît ainsi fortement la probabilité d'une hospitalisation hors canton. L'ophtalmologie, les soins intensifs et la radiologie médicale, utilisée notamment en oncologie, sont les centres de prestations de soins aigus pour lesquels il est le plus probable de sortir de son canton.

Cette (non-)disponibilité des prestations sur le territoire cantonal est elle-même liée à la taille du canton. Plus la population cantonale est petite, plus la probabilité d'une hospitalisation hors canton est grande. Ce résultat reflète le fait que les petits cantons en termes de population n'ont pas la masse critique pour offrir toute la palette des prestations hospitalières. A taille équivalente, la probabilité d'une hospitalisation extracantonale est par ailleurs plus grande dans les cantons alémaniques que bilingues, elle-même plus grande que dans les cantons latins. Une hypothèse est que le nombre et la portée des conventions hospitalières et conventions de libre passage, qui sont un facteur déterminant pour la mobilité des patients, seraient plus nombreuses à mesure que l'on va vers l'est du pays. Si les données étaient disponibles, pouvoir intégrer un indicateur du nombre de cas couverts par des conventions permettrait d'évaluer la pertinence de cette hypothèse.

En plus des séjours avec indication médicale, des éléments de préférences interviennent dans les hospitalisations hors canton. Les analyses indiquent que pouvoir planifier son hospitalisation tend à laisser au patient une plus grande marge de manœuvre dans le choix du lieu d'hospitalisation. Les interventions électives sont celles qui ont la plus grande probabilité d'être effectuées hors canton. En ce qui concerne les caractéristiques des patients, l'âge est celle qui a l'impact le plus important. La probabilité diminue à mesure que les patients avancent en âge, signalant que les hospitalisations du grand âge sont tendanciellement des soins de proximité. Enfin, le séjour en chambre (semi-)privée est un prédicteur important de l'hospitalisation extracantonale. Les patients bénéficiant d'une couverture d'assurance d'hospitalisation en division (semi-)privée sont deux fois plus souvent hospitalisés hors canton. Ce résultat cristallise plusieurs aspects, notamment un élément de statut socio-économique et un élément de préférence pour le libre choix de l'hôpital et du médecin. L'ensemble de ces résultats va dans le sens des résultats des études nationales et internationales, notamment en confirmant le rôle du type de couverture assurantielle.

6. Limites et travaux futurs

Cette analyse illustre l'importance de la taille du canton, de la région géographique, du type d'hôpital et d'interventions – planifiée ou non et dans quel domaine médical – pour l'explication des flux de patients en Suisse. Elle souligne aussi le rôle de la couverture assurantielle et de certaines caractéristiques personnelles, dont l'âge, dans la mobilité des patients. Le modèle pourrait être affiné en y intégrant deux dimensions supplémentaires.

L'influence de la qualité des établissements de soins, objective et perçue, n'est abordée qu'indirectement par le biais du type d'hôpital. L'hypothèse implicite est que les hôpitaux universitaires délivrent des soins plus complexes et perçus comme de qualité supérieure. Des différences de qualité, de réputation et de confort peuvent cependant exister entre deux hôpitaux de même type. Des informations relatives aux différentes dimensions de la qualité pourraient apporter un éclairage complémentaire à l'analyse.

La question de la distance à l'hôpital devrait aussi être thématifiée. Pour les patients habitant à proximité des frontières cantonales, l'hôpital hors canton peut être plus proche du lieu de domicile que le premier hôpital du canton de résidence. Les nouvelles données de la Statistique administrative, qui indiquent le site hospitalier sur lequel sont prodigués les soins, et non plus le seul lieu où un hôpital multisites a sa raison sociale, devraient permettre à l'avenir une analyse plus réaliste des distances à parcourir.

Si, dans la perspective de l'extension du libre choix de l'hôpital, l'intérêt se porte sur les éléments qui amènent le patient (ou son prescripteur) à choisir un hôpital en particulier, l'étude réalisée comporte certaines limites. Elle porte en effet sur la probabilité d'être traité hors de son canton de résidence et non, comme souvent dans la littérature internationale, sur la probabilité de choisir un établissement spécifique. Dès lors, les résultats ne permettent pas de prédire leur comportement dans un contexte de libre choix du prestataire de soins. Pour aller plus loin, il serait envisageable de réaliser une étude de cas et de concentrer l'analyse sur quelques prestations qui existent aussi bien dans le canton

qu'en-dehors. Il serait alors judicieux de sélectionner des traitements de différents niveaux de gravité. Il est probable que les facteurs influençant le choix d'un patient qui doit subir une opération lourde ne soient pas les mêmes que s'il s'agit de quelques examens simples.

Une approche par ailleurs intéressante pourrait être les small area analysis, c'est-à-dire des regroupements de régions Medstat selon la direction des flux hospitaliers. Une telle méthode offre la possibilité de définir l'aire d'activité de l'hôpital en fonction des services effectivement utilisés par la population (Klauss et al. 2005, Matter-Walstra, Widmer et Busato 2006, Widmer et al. 2009). Une comparaison dans le temps des aires d'activité des hôpitaux montrerait les mouvements de patients. Une telle analyse n'est cependant possible que dans un paysage hospitalier stabilisé, où les hôpitaux existent dans une forme semblable sur plusieurs années.

La perspective la plus concrète est la réévaluation de l'ampleur et de la direction des flux de patients, lorsque les effets de la nouvelle LAMal se seront pleinement déployés. Par comparaison avec les données présentées ici, il sera possible d'apprécier les changements survenus en matière d'hospitalisations hors canton. Il sera alors particulièrement intéressant de suivre l'évolution de la mobilité des patients et le rôle des cliniques privées dans un marché libéralisé. Une telle étude sera réalisable à partir de 2014.

Zusammenfassung

1. Gesetzesänderung bringt neue Herausforderungen

Mit dem Inkrafttreten der neuen Spitalfinanzierung am 1. Januar 2012 werden Aufenthalte in Spitälern ausserhalb des Wohnkantons neu geregelt, was Kantone und Spitäler vor neue politische und strategische Herausforderungen stellt. Mit der Erweiterung der freien Spitalwahl nach Art. 41 Abs. 1bis KVG hat die versicherte Person sowohl unter den privaten als auch den öffentlichen Spitälern in der ganzen Schweiz die freie Wahl. Die dabei anfallenden Kosten (oder einen Grossteil davon) tragen die Krankengrundversicherung und der Wohnkanton gemeinsam. Die einzige Einschränkung ist, dass die versicherte Person unter den für die Behandlung ihrer Krankheit geeigneten Spitälern, die auf der Spitalliste ihres Wohnkantons oder jener des Standortkantons aufgeführt sind, wählen muss (Art. 41 Abs. 1bis KVG). Früher griff der Kanton finanziell nur ein, wenn der ausserkantonale Aufenthalt medizinisch notwendig war, das heisst, wenn die benötigte Behandlung im Wohnkanton nicht verfügbar war oder wenn es sich um einen ausserhalb des Wohnkantons eingetretenen Notfall handelte. Für Ersteres musste eine vorgängige Kostengutsprache eingeholt werden. Wurde diese abgelehnt, hatte die Patientin oder der Patient bzw. die Zusatzversicherung für die Kosten aufzukommen.

Die Patientenströme stellen die Kantone somit – mehr denn je – vor eine finanzielle Herausforderung. Nun tragen nämlich sie, und nicht mehr die Zusatzversicherung, die Kosten nahezu aller ausserkantonalen Hospitalisierungen. Sie beteiligen sich künftig an den Kosten aller ausserkantonalen Aufenthalte. Bei medizinisch notwendigen Hospitalisierungen übernehmen sie die Gesamtkosten, bei fehlender medizinischer Indikation höchstens den Betrag, der für die betreffende Behandlung in einem Listenspital des Wohnkantons gilt. Selbst bei einer stabil bleibenden Zahl der ausserkantonalen Aufenthalte hätten die Kantone somit höhere Kosten zu tragen. Die Ablehnungsquote der Kostengutsprache gesuche nach altem Regime könnte ein Hinweis darauf sein, dass eine leichte Zunahme der Aufenthalte, die die Kantone ab 2012 mitfinanzieren müssen, erwartet werden kann. Diese Ablehnungsquote liegt im Durchschnitt aller Kantone, von denen Daten (GRSP und andere) eingingen, bei 30%. Der Anteil abgelehnter Kostengutsprache gesuche variiert von Kanton zu Kanton jedoch stark und reicht von 11% bis 43%. Die kantonalen Ausgaben können somit je nach Ausgangslage mehr oder weniger stark betroffen sein.

Aus Sicht der Spitäler ist die grösste Herausforderung, keine Patientinnen und Patienten zu verlieren. In der Vergangenheit hat die Klausel der medizinischen Indikation bei ausserkantonalen Aufenthalten den Markt abgeschottet. Heute könnte der – zu Recht oder Unrecht – bestehende Eindruck, die Qualität der Behandlung und der Komfort seien in anderen Kantonen besser, dazu führen, dass sich Patientinnen und Patienten vermehrt ausserhalb ihres Wohnkantons behandeln lassen. Mit der freien Spitalwahl, oder der zunehmenden Sensibilisierung dafür durch Werbung und Medien, steigt zwischen den Spitälern der Wettbewerb um Patientinnen und Patienten. Die mögliche Volatilität der Patientenströme stellt für die strategische Entwicklungsplanung der Spitäler sowie für die Erarbeitung der kantonalen Planungen eine grosse Herausforderung dar.

Zum jetzigen Zeitpunkt ist schwierig vorherzusehen, wie die Patientinnen und Patienten auf die neue gesetzliche Regelung reagieren werden. Diese unterscheidet sich de facto kaum von der vorhergehenden Regelung, da ein Grossteil der Bevölkerung bereits über eine Spitalkostenversicherung allgemeine Abteilung ganze Schweiz verfügte. Obschon die Leistungen, die das neue Gesetz vorsieht, bereits bei der alten Regelung angeboten wurden, haben die Versicherten diese relativ selten in Anspruch genommen. Mitte 2012 meldeten jedoch mehrere Kantone eine Zunahme der Kostengutsprache gesuche sowie der Anzahl Rechnungen für ausserkantonale Aufenthalte. Eine Zunahme der Gesuche bedeutet allerdings noch nicht, dass auch die Zahl der ausserkantonalen Aufenthalte steigt. Ein grosser Teil der ausserkantonalen Hospitalisierungen, für die keine Kostengutsprache gesuche bei den Kantonen beantragt wurden (insbesondere von privaten und halbprivaten Versicherungen übernommene Aufenthalte), läuft nun über die zuständigen kantonalen Stellen, da der Kanton über die Höhe seines Beitrags entscheiden muss.

2. Warum wird die Patientenbewegung zwischen den Kantonen beschrieben

Inwiefern die Patientenbewegung zunimmt sowie ob und wie sich die Richtung der Patientenströme ändert, wird erst bestimmt werden können, wenn in ein bis zwei Jahren die ersten Zahlen für die Jahre 2012 und 2013 zur Verfügung stehen. Dieser Bericht soll dazu dienen, einen Vergleichspunkt in der Vergangenheit festzulegen, um diese Entwicklung beurteilen zu können. Der erste Teil dieser Publikation beschreibt die Ist-Situation in Bezug auf ausserkantonale Aufenthalte, indem er den Umfang und die Richtung der Patientenströme im Jahr 2010 vorstellt. Diese Standortbestimmung dient als Basisinformation, die u. a. helfen kann, die Auswirkungen der Erweiterung der freien Spitalwahl zu beurteilen. Sie trägt zudem zur Verbesserung der statistischen Grundlagen für die Spitalplanung bei und weist darauf hin, dass die Patientenströme bei der Budget- und Strategieplanung berücksichtigt werden müssen.

Die Matrizen der Patientenströme nach Kanton, die das BFS jedes Jahr im Rahmen der Standardtabellen der Medizinischen Statistik erstellt, liefern nützliche Informationen über den Umfang und die Richtung dieser Bewegungen. Sie sind jedoch zu ausführlich, als dass ein allgemeines Verständnis der Rolle der verschiedenen Kantone möglich wäre. Die Arbeiten von Zahnd (2003), die auf den ersten Datenreihen der Medizinischen Statistik sowie der Krankenhausstatistik basieren, beschreiben die Patientenströme zu Beginn der 2000er-Jahre und zeigen verschiedene regionale Teilsysteme auf. Eine Neubeurteilung der Situation zehn Jahre später ist eine willkommene Ergänzung, mit der die heutige Patientenbewegung erfasst werden kann. Anhand zusätzlicher Analysen können zudem die Rolle der Kantone im Spitalwesen sowie die Gründe für ausserkantonale Hospitalisierungen neu beurteilt werden.

3. Stark schwankende Anteile der ausserkantonale behandelten Patientinnen und Patienten

Die Analysen basieren auf der Medizinischen Statistik und der Krankenhausstatistik aus dem Jahr 2010. Sie berücksichtigen alle stationären Spitalaufenthalte für akutsomatische Behandlungen von in der Schweiz lebenden Patientinnen und Patienten. Die analysierten Daten umfassen 1,07 Millionen Fälle. Im Durchschnitt erfolgten 12,3% der Hospitalisierungen ausserhalb des Wohnkantons, wobei von Kanton zu Kanton sehr grosse Unterschiede bestehen. Die schwächste Patientenabwanderung lag bei 3,2% (GE), die stärkste bei 49% (AI).

Die Kantone können in vier Gruppen eingeteilt werden:

- Die erste Gruppe setzt sich aus Kantonen zusammen, in denen sich nur ein kleiner Patientenanteil (max. 5%) jenseits der Kantonsgrenzen behandeln lässt. Dabei handelt es sich um die Kantone, die über ein Universitätsspital verfügen (GE, BE, ZH, VD)² mit Ausnahme von BS. Werden die beiden Halbkantone BS und BL zusammen betrachtet, zählen sie ebenfalls zu dieser Gruppe, wie auch der Kanton Tessin.
- Die zweite Gruppe umfasst Kantone, die mit 10–16% ausserkantonale behandelten Patientinnen und Patienten im Bereich des gesamtschweizerischen Durchschnitts liegen. Dazu gehören bevölkerungsreiche Kantone ohne Universitätsspital (SG, AG, LU) sowie die Bergkantone Wallis und Graubünden, wo die Patientinnen und Patienten ihren Wohnkanton möglicherweise aufgrund der Topografie selten zu Behandlungszwecken verlassen.
- Die dritte Gruppe besteht aus Kantonen, bei denen sich 20–30% der Patientinnen und Patienten in Spitälern ausserhalb ihres Wohnkantons behandeln lassen. Für einen Aufenthalt in einem Akutspital verlassen die Einwohnerinnen und Einwohner der Kantone Neuenburg, Schaffhausen, Freiburg, Thurgau, Glarus, Zug und Uri in einem von vier Fällen ihren Wohnkanton. Mit Ausnahme der Kantone Freiburg und Thurgau (250–280'000 Einwohnerinnen und Einwohner) bewegt sich die

² Die Kantone sind in aufsteigender Reihenfolge der Rate der ausserkantonalen Hospitalisierungen aufgeführt.

Einwohnerzahl in diesen Kantonen, die zudem oft an Kantone mit einer besseren Spitalinfrastruktur grenzen, im mittleren bis unteren Bereich.

- In der vierten Gruppe lassen sich über 30% und im Extremfall sogar bis 49% (AI) der Patientinnen und Patienten ausserkantonale behandeln. Diese Gruppe besteht nur aus kleinen Kantonen (NW, SZ, OW, AI, AR, JU, SO).

4. In acht Kantonen war die Patientenzuwanderung grösser als die -abwanderung

Behandeln Kantone, die eine hohe Patientenabwanderung aufweisen, in ihren Spitälern auch oft Patientinnen und Patienten aus anderen Kantonen? Die gleichzeitige Untersuchung der Zu- und Abwanderung legt die Koexistenz verschiedener Modelle nahe. In gewissen Kantonen war die Bilanz der Zu- und Abwanderungen nahezu ausgeglichen. Andere Kantone nahmen nur wenige Patientinnen und Patienten auf, schickten dafür umso mehr in andere Kantone. Schliesslich gab es solche, bei denen die Zahl der Patientenzuwanderungen höher war als jene der -abwanderungen. Insgesamt nahmen 8 der 26 Kantone mehr Patientinnen und Patienten auf, als sie zur Behandlung über die Kantonsgrenze hinaus verwiesen.

Mit einer Zahl der Patientenzuwanderung, die mindestens 2,5 Mal höher liegt als jene der -abwanderungen, nehmen die Kantone Bern, Basel-Stadt, Zürich und Genf, die alle über ein Universitätsspital verfügen, bei den Zuwanderungen die vordersten Plätze ein. Der Kanton Bern, der 3,4 Mal mehr Patientinnen und Patienten (hauptsächlich aus FR, SO, NE und VS) aufnahm als ausserkantonale behandeln liess, wies die grösste Zuwanderung auf.

Vier Kantone (AR, VD, LU, GR) wiesen eine nur leicht höhere Patientenzuwanderung auf: zwischen 1,3 und 1,5 Mal mehr zugewanderte Patientinnen und Patienten als abgewanderte. Der Umfang der Patientenströme variierte in dieser Gruppe stark. Im Kanton Waadt ist der Austausch mit anderen Kantonen eher gering: Die Zu- und Abwanderung machte nicht einmal 10% aller Hospitalisierungen aus. Das andere Extrem ist der Kanton Appenzell-Ausserrhodan mit seinem sehr offenen Spitalwesen: Die Abwanderung lag hier bei 38%, die Zuwanderung bei 55%.

Acht Kantone, insbesondere aus der Zentral- und Ostschweiz (ZG, NW, SH, SG, AI, AG, BL und TI), wiesen einen leicht höheren Abwanderungsanteil auf. Mit anderen Worten: In diesen Kantonen lag die Zahl der Patientinnen und Patienten, die sich ausserkantonale behandeln liessen, 1,1 bis 1,9 Mal höher, als jene der Personen, die zu Behandlungszwecken zugewandert sind. In den meisten dieser Kantone findet ein mehr oder weniger intensiver Austausch mit den Nachbarn statt. Der in dieser Hinsicht beinahe autarke Kanton Tessin bildet eine Ausnahme: Die Anteile der Zuwanderung wie auch der Abwanderung (5,3%) waren hier sehr tief.

In zehn Kantonen schliesslich war die Patientenabwanderung 2,5 Mal (in Extremfällen sogar 5 bis 5,6 Mal) höher als die Zuwanderung. Zu dieser Gruppe gehören Westschweizer Kantone (JU, NE, FR, VS), die Kantone der Zentralschweiz rund um den Kanton Luzern (UR, OW, SZ) sowie die Kantone Thurgau, Glarus und Solothurn.

Anzumerken ist, dass die relative Attraktivität, die aus diesen Zahlen hervorgeht, nichts über die Qualität des kantonalen Spitalwesens aussagt. Spitalmodelle, die eine enge interkantonale Zusammenarbeit vorsehen, können in Bezug auf Kosten und Qualität sehr wirksam sein. Diese gehen zudem Richtung interkantonalen Koordination, die mit der KVG-Revision im Bereich Spitalfinanzierung angestrebt wird (KVG, Art. 39 Abs. 2).

Abschliessend ist festzuhalten, dass sich die regionalen Konstellationen seit 2001 (Zahnd 2003) kaum verändert haben. Der Kanton Luzern hat ebenso wenig von seiner Anziehungskraft auf die Zentralschweiz verloren wie der Kanton Bern auf das westliche Mittelland (NE, FR, SO, teilweise auch LU). Ein wichtiger Austausch findet noch immer unter den Kantonen der Nordostschweiz (AG, ZH, TG,

AI, AR, SG, SH) statt, während die Kantone Waadt und Genf einen Teil der Westschweizer Patientinnen und Patienten versorgt.

5. Gründe für ausserkantonale Hospitalisierungen

Sowohl Spitäler, die mit möglichen Schwankungen der Patientenzahlen konfrontiert sind, als auch Kantone, die für die Spitalplanung zuständig sind und für die sich die Spitalaufenthalte auf das Budget auswirken, haben Interesse daran, zu erfahren, weshalb gewisse Patientinnen und Patienten den nächstgelegenen Spitälern fernbleiben. Mehrere ausländische Studien haben sich bereits mit den Faktoren befasst, die Patientinnen und Patienten (oder die verschreibende Person) bei der Spitalwahl beeinflussen. Sie zeigen, dass beispielsweise im liberalen System der USA Faktoren wie Distanz, Kosten, Versicherungsschutz, Qualität der Behandlung (dargestellt durch Spitalgrösse und Modernität der Infrastruktur) sowie Alter und sozioökonomischer Hintergrund der Person bei der Spitalwahl eine Rolle spielen.

Die Gründe, weshalb sich Patientinnen und Patienten in der Schweiz lieber ausserhalb ihres Wohnkantons behandeln lassen, sind bisher kaum untersucht worden. Frühere Arbeiten befassen sich primär mit den Versorgungsgebieten der Spitäler und zeigen die Zonen, in denen spezielle Spitalleistungen tatsächlich in Anspruch genommen werden. Der zweite Teil dieses Berichts füllt diese Lücke und beantwortet die Frage nach den Faktoren, die für oder gegen ausserkantonale Hospitalisierungen sprechen. Anzumerken ist, dass sich die Analyse im Unterschied zur internationalen Literatur nicht mit der Wahl eines bestimmten Betriebs befasst, sondern vielmehr mit der Wahrscheinlichkeit, den Wohnkanton für eine akutsomatische Behandlung zu verlassen.

Hypothesen

Diese Analyse geht davon aus, dass einige Patientenströme durch äussere Umstände bedingt sind und andere auf die freie Wahl durch die Patientinnen und Patienten zurückgehen. Bei Notfällen, die ausserhalb des Wohnkantons eintreten (Unfall, ernstes medizinisches Problem), sind Hospitalisierungen durch äussere Umstände bedingt. Gleiches gilt für die Verlegung von Patientinnen oder Patienten in einen ausserkantonalen Betrieb aufgrund fehlender Infrastruktur im Wohnkanton. Im Gegensatz zu Hospitalisierungen, bei denen sich die Patientinnen und Patienten zwar im Wohnkanton behandeln lassen könnten, sich aber lieber an einen anderen Betrieb wenden, besteht in den beiden vorgenannten Fällen keine echte Wahl.

Das Bedürfnis, sich ausserhalb des Wohnkantons behandeln zu lassen, ist vermutlich auf vorhandene oder fehlende finanzielle Einschränkungen, die Distanz zum Spital, die wahrgenommene Qualität und die Wartezeiten, ebenso wie persönliche und familiäre Gründe zurückzuführen. Ein Grund für eine freiwillige ausserkantonale Hospitalisierung könnte zum Beispiel sein, dass sich das Spital zwar ausserhalb des Wohnkantons, aber in unmittelbarer Nähe des Wohnorts befindet. Auch die Rolle der verschreibenden Person ist nicht zu vernachlässigen, da ihre Empfehlungen die Entscheidung der Patientin oder des Patienten vermutlich beeinflussen.

Ergebnisse

Es wurde eine Reihe beschreibender Analysen durchgeführt, um die Merkmale der Hospitalisierungen ausserhalb des Wohnkantons (nach Art des Spitals, Leistungsstelle und Eintrittsart) sowie der Patientinnen und Patienten (nach Geschlecht, Alter, Nationalität, sprachlicher Zugehörigkeit, Aufenthalt in Privat- oder Halbprivatzimmer) zu beschreiben. Anschliessend wurde ein logistisches Modell entwickelt, um den gemeinsamen Einfluss der verschiedenen Variablen zu berücksichtigen. Da

die Ergebnisse der beschreibenden und multivariaten Analysen übereinstimmten, wird hier nur auf letztere eingegangen.

Ob man sich ausserhalb des Wohnkantons behandeln lässt, hängt oft vom (fehlenden) Leistungsangebot im Wohnkanton ab. Werden Leistungen an Universitätsspitalern oder Spezialkliniken in Anspruch genommen, verdreifacht sich beispielsweise die Wahrscheinlichkeit einer ausserkantonalen Behandlung. Der Bedarf an komplexen und/oder spezifischen Leistungen, die nicht überall angeboten werden, erhöht somit die Wahrscheinlichkeit einer ausserkantonalen Hospitalisierung stark. Ophthalmologie, Intensivpflege und medizinische Radiologie, die insbesondere in der Onkologie verwendet wird, sind Leistungszentren in der Akutpflege, die eine ausserkantonale Behandlung sehr wahrscheinlich machen.

Dieses (fehlende) Leistungsangebot im Wohnkanton hängt mit der Kantonsgrösse zusammen. Je kleiner die Bevölkerung des Kantons, umso höher ist die Wahrscheinlichkeit einer ausserkantonalen Hospitalisierung. Dieses Ergebnis zeigt, dass Kantone mit einer tiefen Einwohnerzahl die kritische Masse nicht erreichen, die nötig wäre, um die ganze Bandbreite an Spitalleistungen bieten zu können. Die Wahrscheinlichkeit einer ausserkantonalen Hospitalisierung ist zudem in einem deutschsprachigen Kanton am höchsten, tiefer in einem zweisprachigen und am tiefsten in einem lateinischen Kanton gleicher Grösse. Eine Hypothese ist, dass Zahl und Tragweite der Spital- und Freizügigkeitsabkommen, die für die Patientenströme ein ausschlaggebender Faktor sind, gegen Osten des Landes hin zunehmen. Lägen geeignete Daten vor, könnte mit der Aufnahme eines Indikators für die Anzahl der durch Abkommen abgedeckten Fälle die Stichhaltigkeit dieser Hypothese geprüft werden.

Neben den medizinisch notwendigen Aufenthalten haben auch die Wünsche der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf die Hospitalisierungen ausserhalb des Wohnkantons. Die Analysen weisen darauf hin, dass Patientinnen und Patienten bei der Wahl des Behandlungsortes tendenziell mehr Spielraum haben, wenn sie ihre Behandlung planen können. Bei geplanten medizinischen Eingriffen ist die Wahrscheinlichkeit einer ausserkantonalen Behandlung am höchsten. Bei den Patientenmerkmalen hat das Alter den stärksten Einfluss auf das Wahlverhalten. Die Wahrscheinlichkeit einer ausserkantonalen Behandlung nimmt mit zunehmendem Alter der Patientinnen und Patienten ab, was darauf hindeutet, dass im hohen Alter Spitalaufenthalte in der Nähe erfolgen. Der Aufenthalt in einem Privat- oder Halbprivatzimmer ist schliesslich ein ausschlaggebender Faktor für ausserkantonale Hospitalisierungen. Patientinnen und Patienten mit einer privaten oder halbprivaten Spitalversicherung lassen sich zweimal häufiger ausserkantonal behandeln. Das Resultat zeigt verschiedene Aspekte auf, insbesondere den sozioökonomischen Hintergrund und den Wunsch nach freier Spital- und Arztwahl. Die Ergebnisse dieser Studien entsprechen jenen der nationalen und internationalen Studien und bestätigen insbesondere, dass die Art des Versicherungsschutzes eine zentrale Rolle spielt.

6. Grenzen und künftige Arbeiten

Diese Analyse unterstreicht die Bedeutung der Kantonsgrösse, der geografischen Region sowie der Art des Spitals und des Eingriffs (geplant oder nicht geplant, medizinischer Bereich) für die Beschreibung der Patientenströme in der Schweiz. Sie zeigt zudem, dass Versicherungsschutz und gewisse persönliche Merkmale (z. B. das Alter) die Patientenbewegung beeinflussen. Das Modell könnte noch verfeinert werden, indem zwei zusätzliche Dimensionen beigezogen würden.

Die Rolle der (objektiven und wahrgenommenen) Qualität der Pflegeinstitutionen wird nur indirekt – bei der Art des Spitals – behandelt. Die implizite Hypothese lautet, dass Universitätsspitaler komplexere Pflegedienstleistungen anbieten, was als qualitativ wertvoll wahrgenommen wird. Unterschiede bezüglich Qualität, Ruf und Komfort können jedoch auch zwischen zwei Spitalern derselben Art bestehen. Informationen zu den einzelnen Qualitätsdimensionen könnten zusätzlichen Aufschluss über die Analyse geben.

Die Anreise zum Spital sollte ebenfalls thematisiert werden. Für Patientinnen und Patienten, die nahe der Kantonsgrenzen wohnen, können Spitäler jenseits der Kantonsgrenze viel näher liegen als das nächstgelegene Spital des Wohnkantons. Die neuen Daten der Krankenhausstatistik dürften in Zukunft eine realistischere Analyse der Fahrdistanzen ermöglichen, denn sie geben nicht mehr den Ort an, an dem ein Mehrstandort-Spitalzentrum seinen Sitz hat, sondern das Spital, in dem die Leistungen tatsächlich erbracht wurden.

Da der Fokus im Hinblick auf die Erweiterung der freien Spitalwahl auf den Faktoren liegt, die Patientinnen und Patienten zur Wahl eines bestimmten Spitals bewegen, zeigt die vorliegende Studie gewisse Einschränkungen. Sie bezieht sich nämlich auf die Wahrscheinlichkeit, sich ausserhalb des Wohnkantons behandeln zu lassen, und nicht, wie dies in der internationalen Literatur oft der Fall ist, auf die Wahrscheinlichkeit, einen bestimmten Betrieb auszuwählen. Aus diesen Ergebnissen lässt sich somit nicht ableiten, wie sich Patientinnen und Patienten mit freier Wahl der Leistungserbringer verhalten. Als weiteres Vorgehen wäre denkbar, eine Fallstudie durchzuführen und die Analyse auf Leistungen zu beschränken, die sowohl innerhalb als auch ausserhalb des Wohnkantons angeboten werden. Eine Auswahl von Behandlungen mit unterschiedlichen Schweregraden wäre dafür sinnvoll. Es ist anzunehmen, dass die Faktoren, die die Spitalwahl beeinflussen, bei Patientinnen und Patienten, die sich einer schweren Operation unterziehen lassen, anders aussehen als bei solchen, die sich lediglich untersuchen lassen müssen.

Ein interessanter Ansatz könnte die small area analysis sein, bei der MedStat-Regionen nach der Richtung der Patientenströme gruppiert werden. Mit einer solchen Methode können Spitäler ihren Aktivitätsbereich den Leistungen, die die Bevölkerung tatsächlich in Anspruch nimmt, anpassen (Klauss et al. 2005, Matter-Walstra, Widmer & Busato 2006, Widmer et al. 2009). Ein zeitlicher Vergleich der Aktivitätsbereiche der Spitäler würde die Patientenbewegungen zeigen. Eine solche Analyse ist jedoch nur in einer «Spitallandschaft» durchführbar, in der Spitäler über mehrere Jahre in der gleichen Form bestehen.

Der erste Schritt wird die Neubeurteilung des Umfangs und der Richtung der Patientenströme sein, sobald sich die Auswirkungen des neuen KVG bemerkbar machen. Anhand des Vergleichs der neuen Daten mit den hier präsentierten Ergebnissen werden die Veränderungen bei den ausserkantonalen Hospitalisierungen beurteilt werden können. Besonders interessant wird dabei sein, die Entwicklung der Patientenbewegung sowie die Rolle der Privatkliniken auf einem liberalisierten Markt zu verfolgen. Eine solche Studie wird ab 2014 durchführbar sein.

1 Introduction

Dans l'espoir de contribuer à la maîtrise des coûts hospitaliers, les chambres fédérales ont accepté en décembre 2007 la révision de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal), entrée en vigueur au 1er janvier 2009. Cette révision modifie le fonctionnement du système hospitalier suisse, avec notamment deux éléments : d'une part, l'introduction des forfaits par cas liés aux prestations (SwissDRG) et d'autre part, l'ouverture des frontières cantonales dans le domaine hospitalier. Un troisième aspect central de cette révision concerne la répartition des coûts entre les cantons et l'assurance-maladie. Depuis le 1^{er} janvier 2012, les cantons contribuent au financement de tous les séjours, dans et hors canton, dans les établissements figurant sur une liste hospitalière, avec pour corollaire une décharge de l'assurance-maladie complémentaire. Cette nouvelle répartition des dépenses a pour conséquence une augmentation des coûts pour les cantons, ce qui les a incités à analyser leur situation et à se rendre compte que l'ouverture des frontières en matière hospitalière risquait de modifier, plus ou moins fortement, les équilibres financiers.

Ces nouvelles règles de prise en charge des coûts permettent de facto un autre changement majeur, à savoir l'extension du libre choix des hôpitaux pour les patients. Dans le régime qui prévalait jusqu'ici, une demande de garantie de financement devait être déposée au canton préalablement à une hospitalisation hors canton. Le canton ne contribuait au financement d'une hospitalisation hors canton que si elle était indiquée médicalement, c'est-à-dire dans un cas d'urgence survenu hors du canton de domicile ou si la prestation n'était pas disponible dans le canton. A la suite de la révision, le marché hospitalier n'est en principe plus cantonal, mais national, de sorte que les hospitalisations hors canton à charge de l'assurance de base ne sont plus soumises à autorisation au sens strict³. On relève d'ailleurs, que même si le marché hospitalier reste encore fortement cloisonné, les hospitalisations hors canton sont en légère augmentation ces dernières années. Leur proportion est passée de 10,0% à 12,3% entre 2001 et 2010, pour les soins somatiques aigus.

Les raisons qui amènent une partie des patients à se faire hospitaliser hors de leur canton de résidence n'ont que peu été étudiées en Suisse. Un motif à cela pourrait être que jusqu'ici, dans le domaine des mouvements de patients, la marge de manœuvre des cantons était importante, celle des patients petite. En effet, les listes cantonales des hôpitaux et/ou les conventions hospitalières qui lient les cantons entre eux étaient des facteurs de première importance dans les possibilités de mobilité des patients. D'autres facteurs entraient cependant en ligne de compte, comme la décision du médecin ou le fait d'être assuré de manière complémentaire. Ce projet vise donc à mieux comprendre les mouvements de patients entre les cantons. Une meilleure connaissance de leurs déterminants permet une meilleure compréhension des flux et améliore les bases statistiques servant à la planification hospitalière⁴. En ce sens, ce rapport constitue une actualisation et une extension des travaux de Zahnd (2003), réalisés pour l'année 2001 avec les premières séries de données des Statistiques médicale et administrative des hôpitaux.

Au-delà de la description des flux de patients entre les cantons, ce projet s'intéresse aux raisons des hospitalisations hors canton de domicile. Il explore une série d'hypothèses, sur la base des données disponibles dans les Statistiques médicale et administrative des hôpitaux. L'idée de départ est que certains des mouvements de patients sont imposés par les circonstances, tandis que d'autres relèvent d'un libre choix du patient. Lorsqu'un accident ou un problème médical grave survient hors du canton de domicile, le patient est emmené vers le service d'urgence le plus proche. Lorsque la prestation hospitalière requise n'est pas disponible dans le canton du patient, l'envoi dans un hôpital hors canton est rendu nécessaire par des raisons médicales. Dans ces deux cas de figure, le patient n'a guère le choix de rester ou non dans son canton de domicile. Les cas d'urgence et de non disponibilité des

³ Dans le cas des hospitalisations hors canton pour raison médicale (prestation non disponible ou urgence), une demande de garantie de financement reste nécessaire pour assurer la prise en charge de la totalité des coûts.

⁴ Rappelons ici que la loi sur l'assurance maladie (LAMal, nouvelle teneur) impose aux cantons de réaliser leur planification hospitalière cantonale (art. 39, al.1 let. d), mais aussi de se coordonner (art. 39, al. 2).

prestations correspondent donc à des hospitalisations hors canton imposées par les circonstances. A côté de cela, il y a les hospitalisations hors canton librement décidées. Les prestations de soins seraient disponibles, mais le patient (ou son médecin) opte pour un établissement d'un autre canton. Différents motifs à ce choix sont envisageables, qui sont explorés plus avant au chapitre 4.1.

L'objectif de l'étude est d'estimer, dans la mesure des possibilités, les parts respectives de ces deux types d'hospitalisations et, de manière plus générale, de mettre en lumière les caractéristiques des hospitalisations hors canton en termes de type d'hôpital, de mode d'admission et de types de prestations délivrées, ainsi que d'analyser le profil des patients séjournant hors canton. L'analyse se poursuit avec une approche logistique multivariée, permettant d'évaluer l'importance relative des différents facteurs amenant à une hospitalisation hors canton.

L'objectif de l'extension du libre choix de l'hôpital est de favoriser la concurrence entre les hôpitaux, ce qui devrait apporter des gains d'efficacité et de qualité. Mais la direction et l'importance des flux de patients peuvent aussi servir à estimer la satisfaction des patients. En effet, à la suite de Tiebout (1956), on peut supposer que les patients insatisfaits « votent avec leurs pieds ». Ainsi, on pourrait dire que plus les patients d'une région contournent l'hôpital le plus proche (que cela les amène ou non à changer de canton), moins ils sont satisfaits des prestations fournies dans cette région. Dans le modèle de Tiebout (1956), cette situation conduit les régions les moins bien dotées, qui ont de la peine à offrir un service de qualité, à devoir payer des services réalisés ailleurs, avec pour conséquence le risque de les affaiblir davantage (Levaggi et Zanola, 2004, 1752). Une analyse des flux au niveau régional pourrait aussi mettre en lumière des phénomènes de ce type.

Cette étude est développée comme suit. Dans un premier temps, nous présentons le contexte hospitalier suisse, ainsi que les enjeux liés aux flux de patients. Dans un deuxième temps, une revue de la littérature tant nationale qu'internationale sur ce thème nous permet d'explicitier les variables d'importance. Dans un troisième temps, les données et la méthodologie sont présentées, y compris l'opérationnalisation des variables. Dans un quatrième temps, les flux de patients entre les cantons sont illustrés. Les résultats concernant les déterminants de ces flux de patients sont ensuite décrits et commentés, d'abord de manière descriptive, variable par variable, puis dans le cadre d'une analyse logistique multivariée. Enfin, la conclusion met en perspective ces résultats et ouvre de nouvelles pistes de recherche.

2 Contexte

Du fait du fédéralisme, le marché hospitalier en Suisse est fortement cantonalisé, avec 26 systèmes de santé différents et un nombre relativement important d'hôpitaux. Ceux-ci sont répartis de manière inégale sur le territoire, ce qui engendre inmanquablement des mouvements de patients. Les établissements, surtout les grands hôpitaux, se concentrent dans les zones urbaines des cantons les plus importants. 16,7% des hôpitaux sont par exemple situés dans le canton de Zurich. Cette partie présente brièvement le contexte hospitalier en lien avec les mouvements de patients entre les cantons. Il s'intéresse en particulier aux modifications de la loi réglant la prise en charge des coûts des séjours hospitaliers hors canton de résidence et fait le point sur la situation qui a prévalu jusqu'à fin 2011 concernant le nombre de garanties de financement.

2.1 Modification du contexte légal

L'application du nouveau financement hospitalier devrait favoriser un renforcement de la coopération intercantonale en matière hospitalière. Plus précisément, en plus de l'introduction des principes de concurrence dans le système, cette révision impose la nécessité d'une planification hospitalière cantonale. Les cantons ont ainsi l'obligation non seulement de planifier leur offre de prestations, mais également de se coordonner (art. 39 al. 2 LAMal). Pour réaliser une planification réaliste, les cantons sont supposés prendre en compte les flux de patients entrants et sortants.

Une critique récurrente au système est l'absence d'une vision commune pour toute la Suisse. Actuellement, bien que beaucoup de cantons se soient engagés dans l'exercice de la planification hospitalière, moins nombreux sont ceux qui ont entrepris une coordination de leurs capacités hospitalières. Selon la CDS (2011), l'ouverture des frontières cantonales pourrait par conséquent apporter quelques surprises. Les cantons ont toutefois encore jusqu'au 31 décembre 2014 pour passer à une planification par prestations.

Dans un constat datant de plus de 10 ans, Pernet (1999) souligne qu'à l'heure où les barrières cantonales sont tombées dans pratiquement tous les domaines, il est étonnant que le domaine hospitalier soit encore aussi cloisonné. L'extension du libre choix de l'hôpital pourrait s'apparenter à une petite révolution, puisque le marché, du moins en théorie, va devenir national (pour une vue de la situation : Brändle et al., 2010; Reinhardt, 2004; Bolgiani et al., 2006). On met ainsi face à face la coopération et la compétition. De ce point de vue, la distinction légale entre hôpitaux extra- et intra-cantonaux disparaît au profit de la notion d'hôpital répertorié, c'est-à-dire figurant sur la liste hospitalière du canton de résidence ou celle du canton où se situe l'hôpital (art. 41 al. 1bis LAMal). Celui-ci entérine les principes de financement des hospitalisations extracantonales, c'est-à-dire l'obligation de prendre en charge les séjours dans des hôpitaux hors du canton de domicile reconnus d'utilité publique. L'établissement de ces listes a posé des difficultés, faisant parfois l'objet de recours ou n'ayant pu être closes au 1er janvier 2012⁵.

Du point de vue financier, depuis 2012, les factures d'hospitalisation pour des soins somatiques aigus sont calculées sur la base des forfaits par cas liés à la prestation et couvertes par les cantons et par les assureurs, selon leur part respective. En cas de séjour hors canton, si celui-ci est indiqué pour des raisons médicales, assureurs et cantons prennent en charge la totalité du forfait par cas (art. 41, al.1bis LAMal). En l'absence d'indication médicale, les coûts sont pris en charge jusqu'à concurrence du tarif de référence applicable dans le canton de résidence (art. 41, al. 3 LAMal). Autrement dit, à partir de 2012, un patient se faisant hospitaliser hors de son canton de domicile sans raison médicale

⁵ Voir notamment Le Temps du 03.10.2011.

est remboursé jusqu'à concurrence du tarif du canton de domicile, le solde étant à la charge de l'assurance complémentaire. S'il ne possède pas d'assurance complémentaire, le solde est à sa charge (Cordonier, 2009). On notera en passant que, dans ce système, les patients résidant dans un canton où le tarif de référence est comparativement bas, sont désavantagés.

Cette révision de la LAMal impose aux cantons une charge financière supplémentaire, puisque son application, notamment l'introduction du financement par forfaits par cas liés aux prestations, la prise en charge des hospitalisations extracantonales ainsi que la contribution aux frais de séjour dans les établissements privés, accroît les coûts à leur charge. Elle pourrait leur coûter jusqu'à un milliard de francs selon les estimations de la CDS (CDS, 2011).

Ces réformes devraient permettre d'une part une augmentation de la concurrence et une amélioration de la qualité des soins et, d'autre part, une amélioration de l'empowerment des patients et de leurs possibilités de choix, grâce à l'augmentation de l'information à disposition et de leur connaissance du marché. Des mesures d'accompagnement en matière de qualité devraient permettre une meilleure comparaison entre les hôpitaux et devraient fournir plus de données aux patients pour les aider dans leur choix.

2.2 Situation en matière de demandes de garanties de financement

Jusqu'au 31.12.2011, les hospitalisations hors canton de résidence étaient soumises à autorisation. Comme chaque canton est libre dans l'application de la LAMal, les modalités des procédures d'autorisation peuvent varier, notamment sur le plan organisationnel. L'unité administrative compétente est par exemple le médecin cantonal dans le canton de Fribourg, le service de la santé publique en Valais ou les responsables de l'hôpital cantonal dans le canton de Neuchâtel. Dans tous les cantons, le médecin cantonal est cependant compétent en dernière instance. Une plateforme électronique – eKOGU – simplifiant la saisie et la gestion des demandes a été mise en place, utilisée actuellement par 13 cantons. Son contenu correspond au formulaire mis à disposition par la Conférence des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS).

Sur le plan du contenu, il existe des interprétations plus ou moins restrictives de l'art. 41, al. 3 LAMal, mais la marge d'appréciation des cantons est faible. La jurisprudence a restreint fortement les critères de décision des cantons, notamment dans la définition des cas d'urgence et de la nécessité médicale.

Le Tableau 2.1 montre la situation des demandes d'hospitalisation hors du canton de domicile dans les cantons membres du Groupement des services de santé publique des cantons romands, de Berne et du Tessin (GRSP). Le tableau présente des moyennes annuelles sur la période 1998-2009 et se base sur une enquête effectuée par le GRSP auprès des cantons membres. La statistique couvre les demandes de garanties pour les hospitalisations selon l'art 41, al. 3 LAMal, c'est-à-dire les cas où pour des raisons médicales, l'assuré se soumet à un traitement hospitalier fourni par un hôpital hors canton. Les cas couverts par une convention de libre passage, autorisant par exemple les habitants d'une zone limitrophe à se rendre sans demande d'autorisation dans l'hôpital du canton voisin, ne sont pas inclus.

Nous distinguons les cantons avec et sans hôpital universitaire, car il s'agit d'une différence importante dans l'offre de prestations. La fréquence des demandes est très différente dans les deux groupes, avec en moyenne 2,5 demandes pour mille habitants dans les cantons avec hôpital universitaire et 13,2 demandes pour mille habitants dans les autres cantons membres du GRSP. Les proportions de demandes rejetées sont par contre similaires, avec environ 30% de demandes de garanties de financement refusées. Une enquête complémentaire a été menée auprès des cantons non membres du GRSP et a permis d'obtenir des données pour 15 cantons supplémentaires, pour les années 2008 à 2011 dans le meilleur des cas, parfois pour une seule année. Les proportions ainsi

obtenues, aussi bien en ce qui concerne le taux de demande par 1000 habitants que les proportions de refus, sont très similaires à ce qui est observé dans les cantons membres du GRSP.

Pour rappel, jusqu'à fin 2011, la loi prévoyait une contribution du canton de domicile aux séjours extracantonaux, dans un établissement public ou subventionné, en cas d'urgence survenue hors du canton de domicile ou lorsque la prestation n'était pas disponible dans le canton de domicile du patient (ancien art 41, al. 3 LAMal). Dans les cantons sans hôpital universitaire, 79% des demandes acceptées était motivée par la non disponibilité de la prestation dans le canton, une proportion qui n'est que de 24% lorsqu'un hôpital universitaire est présent sur le territoire cantonal (Tableau 2.1). Les demandes refusées peuvent être considérées comme ne répondant pas à ces critères et relevant plutôt d'une convenance personnelle du patient.

Tableau 2.1 Demandes d'hospitalisations hors canton, moyennes 1998-2009, pour les cantons membres du GRSP⁶

Cantons	Demandes		Motifs de la demande	
	Par 1000 habitants	Refusées	Prestation non disponible	Urgence hors du canton de domicile
Sans hôpital universitaire (JU, NE, FR, VS, TI)	13,2	28%	79%	21%
Avec hôpital universitaire (VD, GE, BE)	2,5	36%	24%	76%

Source: Données aimablement mise à notre disposition par les cantons membres du GRSP.

© Obsan

Dans le cadre de la nouvelle loi (art 41 al.1bis LAMal), les cantons cofinancent aussi les séjours sans indication médicale et relevant d'une préférence du patient (ou du médecin). La proportion de demandes refusées selon l'ancien régime peut être interprétée comme une indication de l'augmentation minimale attendue des séjours à cofinancer par le canton dès 2012. En moyenne, cette proportion est de 30% dans l'ensemble des cantons qui nous ont fourni des données (GRSP et autres). Elle varie toutefois sensiblement d'un canton à l'autre, avec un minimum de 11% et un maximum de 43% de demandes refusées. L'impact sur les budgets cantonaux pourrait ainsi être variable selon la situation initiale. A noter que les cas d'urgence ne devraient pas être sensibles au changement de législation et leur nombre rester stable.

A cela s'ajoutent les hospitalisations hors canton pour lesquelles des demandes n'étaient même jamais soumises au canton, sachant par avance qu'elles ne répondaient pas aux critères, notamment en vue de séjour dans les hôpitaux privés. Ces séjours, pour lesquels les cantons ne payaient rien jusqu'à fin 2011, puisque leurs coûts étaient pris en charge par l'assurance complémentaire, bénéficient depuis 2012 de la participation financière du canton de domicile. Le cas type est le séjour dans un établissement – public ou privé⁷ – d'un autre canton pour une prestation disponible dans le canton de domicile. Avec la nouvelle loi, le canton de résidence doit aujourd'hui entrer en matière pour le cofinancement d'un tel séjour pour autant que hôpital soit répertorié (art 41 al.1bis LAMal).

Les demandes refusées ne peuvent cependant pas être utilisées comme un indicateur du potentiel supplémentaire de mobilité intercantonale. Il semble en effet qu'une partie importante des hospitalisations hors canton dont le canton a refusé la prise en charge ont néanmoins eu lieu. Comme une majorité des citoyens (70 à 80% selon les estimations) disposent d'une assurance complémentaire d'hospitalisation dans toute la Suisse, les frais non couverts par l'assurance de base

⁶ Groupement des services de santé publique des cantons romands, de Berne et du Tessin (GRSP)

⁷ A noter que cela s'applique aussi pour les cliniques privées du canton de domicile, pour lesquelles le canton ne payait rien auparavant et pour lesquelles il doit maintenant payer 55% pour autant que la clinique soit répertoriée.

ont été pris en charge par l'assurance complémentaire. Selon un document de Santésuisse⁸, 27,7% des assurés étaient assurés en division privée ou semi-privée en 2004 et une grande partie des assurés en division commune avaient conclu une assurance complémentaire en division générale pour toute la Suisse. Cette proportion est de l'ordre de 70 à 80% des assurés, selon certaines estimations.

A ce stade, il est donc difficile de dire si les séjours hors canton vont augmenter et dans quelles proportions. On notera simplement que depuis une décennie, la tendance est à une légère hausse des hospitalisations hors canton, dont la proportion en Suisse est passée de 10% à 12,3% entre 2001 et 2010, pour les soins somatiques aigus. Les demandes de garanties de financement ont suivi la tendance dans les cantons membres du GRSP entre 2001 et 2009. Il y avait en moyenne 1,8 demande de plus par mille habitants en 2009 qu'en 2001 dans ce groupe de cantons. Dans ce contexte, comprendre les déterminants du lieu d'hospitalisation revêt une importance particulière, dans la perspective des budgets cantonaux mais aussi du maintien de la patientèle des hôpitaux cantonaux.

⁸ Les assureurs-maladie en Suisse, Walter Frei, Ressort Politique, santésuisse, Berne.

3 Survol de la littérature

Les flux de patients et leurs déterminants n'ont été que peu étudiés en Suisse. La littérature anglo-saxonne nous donne donc quelques pistes d'analyse et va nous permettre de sélectionner les variables d'intérêt pour notre étude (voir section 3.1).

3.1 Les flux de patients dans la littérature internationale

Cette section passe en revue les principales recherches ayant un lien direct avec l'analyse des flux de patients. D'une manière générale, la problématique du choix de l'hôpital par le patient n'est pas nouvelle. Dès la fin des années 1970, Skinner et al. (1977) se sont intéressés aux déterminants des choix d'hospitalisation des patients pauvres en milieu urbain. En demandant aux patients s'ils étaient prêts à changer de lieu d'hospitalisation, ils ont mis en évidence différents facteurs qui inciteraient les patients à se faire hospitaliser dans un autre hôpital. Plus précisément, la facilité d'accéder au site des soins, ainsi que la qualité des soins sont des facteurs de première importance.

Entre la fin des années 1980 et le milieu des années 1990, les principaux groupes de facteurs influençant le choix de l'hôpital ont été mis en lumière. Lane et Lindquist (1988) ont identifié sept groupes de facteurs pouvant influencer le choix de l'hôpital : les soins (qualité, coûts), le personnel (qualité, attitudes), l'hôpital (équipement et technologie, taille), la clientèle (sentiment pour le personnel de santé, acceptation), l'expérience (utilisation antérieure, recommandations), la commodité (la localisation) et l'institution (réputation, hôpital universitaire ou non). Dans le même ordre d'idée, Taylor et Capella (1996), en étudiant les raisons du recours aux services hospitaliers hors des zones rurales, ont mis en évidence les principaux déterminants du choix du lieu d'hospitalisation importants pour les consommateurs ruraux, notamment le lieu, les coûts qui doivent être compétitifs, la qualité des services de l'hôpital ou la modernité des équipements.

Dans une étude plus récente visant à mettre en lumière les facteurs influençant le choix de l'hôpital par les patients ruraux de l'Iowa, Jintanakul et Otto (2009) mettent en évidence que les patients plus jeunes sont plus mobiles, à savoir qu'ils "contournent" plus facilement l'hôpital le plus proche. De même, le type d'assurance et la distance apparaissent comme des facteurs importants de choix. Plus précisément, les patients au bénéfice d'une assurance privée et ceux vivant déjà à une grande distance d'un hôpital ont une probabilité plus grande d'éviter l'hôpital le plus proche. D'autre part, plus l'opération est complexe, plus la probabilité de ne pas se faire hospitaliser dans l'hôpital le plus proche est grande, notamment en cas d'opérations cardiovasculaires ou mettant en jeu le pronostic vital, ce qui confirme les résultats obtenus par Adams et al. (1991) et Kessler et Geppert (2005).

Kessler et Geppert (2005), dans une étude visant à mesurer les effets de la concurrence hospitalière sur la qualité et le coût des soins médicaux, modélisent le choix de l'hôpital comme dépendant de la distance entre le lieu de résidence de chaque patient et son lieu d'hospitalisation ainsi que des caractéristiques démographiques du patient. Quant à Adams et al. (1991), ils étudient le rôle de la gravité de la maladie dans le choix de l'hôpital. En regroupant les DRGs en trois grandes catégories (médicale, chirurgicale et psychiatrique), ils montrent que les patients groupés dans des diagnostics psychiatriques ont plus de chances de ne pas choisir l'hôpital de leur zone rurale que les patients en médecine. Les patients avec un DRG chirurgical ont, eux, plus de chance de choisir un hôpital proche. De plus, ces auteurs mettent en avant le fait qu'un hôpital universitaire est synonyme de traitements plus avancés, ce qui rend l'hôpital plus attractif.

Jung et al. (2011), pour étudier le choix de l'hôpital, utilisent une autre approche pour mettre en lumière les flux de patients. Ils se basent sur l'attractivité d'un hôpital. Cette approche est intéressante, puisqu'un hôpital jouit d'une certaine réputation dont il peut "jouer" pour attirer de

nouveaux patients-clients. De plus, ces derniers vont choisir un hôpital en fonction de la qualité des soins et de la satisfaction d'hospitalisation antérieure.

Cette idée de l'attractivité de l'hôpital renvoie à la notion de qualité, à savoir que la qualité d'un hôpital est un facteur important dans le choix du lieu d'hospitalisation. Au début des années 1990, Luft et al. (1990) ont montré l'importance de la qualité dans le choix d'un hôpital, en utilisant une mesure de la qualité basée sur le type d'hôpital (universitaire ou pas), les transferts de patients et le taux de mortalité d'un hôpital associé à la complexité des procédures. Ces auteurs ont également mis en lumière l'importance de la distance sur le choix du lieu d'hospitalisation. De même, en étudiant le choix de l'hospitalisation pour les soins obstétricaux en Alabama, Bronstein et Morrissey (1991) ont mis en évidence l'importance de la qualité perçue de l'hôpital (mesurée au travers des équipements).

Escarce et Kapur (2009) ont mené une étude en Californie sur les déterminants du choix de l'hôpital des patients ruraux en Californie. Leurs résultats sont congruents avec ceux des études précédentes. Plus précisément, les patients sans assurance privée, plutôt âgés et ceux admis en urgence sont des patients qui ont plus tendance à choisir un hôpital rural (l'hôpital le plus proche). De plus, ils mettent en évidence des caractéristiques liées à l'hôpital influençant le choix de ce dernier, comme sa taille, ses capacités techniques et la distance. Ils pointent du doigt deux problèmes qui peuvent avoir une influence sur le choix de l'hôpital. D'une part, si les patients peuvent choisir de "contourner" l'hôpital le plus proche en raison d'information sur la qualité de cet hôpital, il est très difficile de mesurer le degré d'information des patients et la qualité d'un hôpital. D'autre part, les systèmes de type réseaux de soins sont très difficiles à prendre en compte, mais sont certainement importants dans la mesure où ils lient de manière contractuelle les fournisseurs de soins et d'assurance.

Enfin, Burns et Wholey (1991) se posent la question de l'importance de la durée de séjour. Si les patients savent qu'ils sont hospitalisés plus longtemps dans certains hôpitaux que dans d'autres n'auront-ils pas tendance à choisir l'hôpital où cette durée est plus basse, dans la mesure où l'hospitalisation n'est jamais une période très agréable? De ce point de vue, on pourrait regarder aussi certaines informations sur diverses prestations hospitalières, comme le service hôtelier par exemple, puisque c'est un point important pour les patients, car ils n'ont que peu d'influence sur les autres services de l'hôpital.

Levaggi et Zanola (2004), plutôt que d'étudier le choix du lieu d'hospitalisation, se sont intéressés aux différents facteurs expliquant la mobilité des patients entre les régions italiennes. Leurs résultats montrent que les patients habitant une région riche sont plus susceptibles de payer un peu plus plutôt que de se déplacer pour obtenir un service de meilleure qualité, que les patients plus âgés sont moins enclins à se déplacer et que la qualité perçue des soins est un important facteur de mobilité.

3.2 Quelques études suisses

Même si les flux de patients ont été peu étudiés en Suisse, quelques études ont tenté une analyse de ce problème, principalement sur une base géographique. En 2001, Zahnd (2003) met en évidence le fait que 12,8%⁹ des patients sont domiciliés dans un canton autre que celui de leur hospitalisation. Il analyse les flux de patients intercantonaux sous forme de réseaux, avec les cantons comme nœuds, les flux comme lien et la grosseur des liens dépendant de l'intensité. Cette approche permet de mettre en image les cantons entre lesquels les flux sont les plus importants. Il met également en évidence les principaux diagnostics amenant à un séjour hors canton, le but de cette recherche étant aussi

⁹ Comprend les soins aigus, la psychiatrie et la réadaptation, à la différence du présent rapport qui se concentre sur les seuls soins aigus.

d'illustrer les possibilités d'utilisation des Statistiques médicale et administrative des hôpitaux, deux bases de données assez nouvelles à l'époque.

En utilisant l'idée de l'hôpital comme attracteur, Klauss et al. (2005) mettent en évidence les régions de desserte hospitalière et les zones d'attraction, correspondant à l'utilisation effective des structures hospitalières. En analysant de la sorte les flux de patients, les auteurs ont mis en évidence l'existence de 100 zones d'attraction hospitalière en Suisse. Un des intérêts de cette étude est de décrire géographiquement les différentes zones et de donner une image de la situation des flux de patients dans notre pays.

Dans une étude plus récente, Gaspoz (2008) a développé un modèle d'attractivité des hôpitaux suisses où l'attractivité est estimée à l'aide d'une mesure d'accessibilité. Il a créé un ratio entre le temps de trajet des patients tel qu'il est observé (mesuré) et le temps de trajet attendu (estimé grâce à une régression). Pour estimer le temps de trajet, six variables ont été prises en compte : la densité du lieu implantation de l'hôpital, la densité du lieu de domicile de chaque patient de l'hôpital, le casemix de l'hôpital¹⁰, le nombre de concurrents situés dans un certain rayon et le type d'admission (urgence ou électif). La distance idéale du rayon a été calculée pour vingt spécialités différentes. Même si les résultats n'ont pas été détaillés pour toutes les spécialisations, il ressort de cette étude que le casemix, la concurrence et la densité au lieu de domicile ont une influence significative sur l'attractivité d'un hôpital, contrairement à l'âge du patient et à son mode d'admission. Cette étude présente une méthode de calcul intéressante et innovante de la mesure de l'attractivité des hôpitaux en Suisse.

En se concentrant sur les opérations orthopédiques, Matter-Walstra et al. (2006) ont étudié les flux de patients à l'intérieur de la Suisse, non plus au niveau cantonal, mais en se référant aux zones de dessertes hospitalières (small areas analysis). L'utilisation de cette méthode permet d'offrir un nouvel angle de vue pour le financement et la planification des hôpitaux. Le modèle semble cependant difficile à généraliser.

Enfin, un projet pilote des régions frontalières de Bâle-Ville, Bâle-Campagne et du Landkreis Lörrach porte sur la mobilité transfrontalière de patients. La phase I de son évaluation (Zumbrunn, Bayer-Oglesby et Roth, 2010) indique que 372 patients bâlois couverts par l'assurance de base se sont fait traiter dans une clinique de réadaptation du Landkreis Lörrach entre 2007 et 2009. Un taux de mobilité de 8% a été atteint pour les traitements de réadaptation orthopédique et cardiologique, alors que l'offre de soins aigus hospitaliers des cliniques allemandes n'a pratiquement pas été utilisée. L'évaluation de la phase II (2010-2014) devra permettre de déterminer s'il est judicieux de maintenir cette coopération transfrontalière dans le long terme.

Si toutes ces études permettent de dresser, d'une certaine façon, une image de la géographie hospitalière en Suisse, il reste difficile d'avoir une vue d'ensemble de la situation. Les matrices des flux entrants et sortants par canton, établies chaque année par l'OFS dans le cadre des tableaux standard de la Statistique médicale, fournissent une information utile de l'ampleur et de la direction des mouvements de patients. Elles sont cependant trop détaillées pour permettre une compréhension générale du rôle des différents cantons.

¹⁰ Le case-mix correspond à la composition de la population des patients. Il exprime le coût relatif d'une hospitalisation par rapport au coût moyen et est utilisé comme indicateur de la gravité des interventions.

4 Méthode

Une brève explication de la démarche d'analyse est proposée ici. Nous présentons d'abord le modèle conceptuel général et les hypothèses qui sous-tendent notre analyse. Sur cette base, nous expliquons ensuite la définition et l'opérationnalisation des différentes variables à partir des données des Statistiques médicale et administrative des hôpitaux. Enfin la démarche d'analyse, descriptive puis multivariée, est exposée.

4.1 Facteurs d'influence potentiels

Les différentes études décrites à la section 3 nous orientent dans le choix des facteurs pouvant influencer le lieu d'hospitalisation. Nous distinguons les facteurs liés à l'hôpital et aux prestations qu'il offre et les caractéristiques liées aux patients (Figure 4.1). Il faut noter qu'à la différence des études internationales expliquant le choix d'un établissement hospitalier, nous nous concentrons ici sur la probabilité de sortir de son canton de résidence pour une hospitalisation. Si les deux analyses présentent des similitudes importantes, il demeure que les variables d'influence ne sont pas toujours identiques. En particulier, dans la mesure où nous ne modélisons pas le choix d'un hôpital en particulier, les variables liées à la qualité objective et subjective d'un établissement passent au second plan par rapport à la disponibilité des prestations de soins requises dans le canton de résidence.

Différents facteurs peuvent intervenir dans la décision d'une hospitalisation hors canton. Nous partons de l'idée que certains des mouvements de patients observés sont imposés par les circonstances (raisons médicales, situation d'urgence) et que d'autres relèvent d'un libre choix du patient. A partir de là, nos hypothèses sont les suivantes :

(1) Hospitalisations hors canton imposées par les circonstances

- Les patients sortent de leur canton d'autant plus souvent que l'offre hospitalière nécessaire n'existe pas dans leur canton. Des raisons médicales président alors à l'envoi dans un établissement hospitalier hors du canton de résidence.
- Les cas d'urgence hors du canton de domicile (accident ou problème médical grave) sont un facteur expliquant une partie des hospitalisations hors canton.

(2) Hospitalisations hors canton librement décidées

Les patients sortent volontairement de leur canton, d'autant plus

- qu'ils en ont la possibilité financière (existence d'une convention hospitalière intercantonale garantissant la prise en charge des coûts, d'une assurance complémentaire d'hospitalisation dans toute la Suisse ou en division (semi-)privée, de moyens financiers privés le permettant) ;
- que l'hôpital hors canton est le plus proche du lieu de domicile ;
- que l'hôpital hors canton est ou paraît qualitativement plus attractif ;
- que les services sont saturés et les délais d'attente pour une intervention sont longs ;
- que leur médecin traitant leur recommande un établissement hors canton ;
- que les circonstances personnelles et familiales le freine ou l'encourage.

Ainsi, en l'absence d'indication médicale et de barrière financière à une hospitalisation hors canton, ce sont des éléments de préférence qui président au choix. Il y a des phases de vie où l'on s'éloigne moins volontiers de son entourage et où la proximité au lieu de domicile est le critère important. On peut par exemple imaginer que l'on s'éloigne peu volontiers de ses enfants en bas âge ou que l'on devient moins mobile avec l'âge. A l'inverse, si un proche significatif habite dans un autre canton cela

peut favoriser le choix d'un établissement hors canton. Ce sont ici des caractéristiques du patient tels que l'âge et le sexe qui peuvent jouer un rôle. Dans d'autres circonstances, ce sont des éléments de qualité objectifs et subjectifs qui prédominent: réputation, qualité de l'accueil, présence d'un spécialiste renommé par exemple.

4.2 Données

Pour cette recherche, nous recourons aux Statistiques médicale et administrative des hôpitaux de l'Office fédéral de la statistique (OFS). Depuis 1998, les hôpitaux et cliniques suisses ont l'obligation de fournir des données concernant les hospitalisations, notamment les diagnostics et les traitements. Les patients se voient attribuer un code de liaison anonyme, qui permet de les suivre au long de leurs hospitalisations, et donc d'étudier les flux de patients dans et entre les hôpitaux. La statistique médicale nous permet de connaître le canton de domicile des patients. La statistique administrative s'intéresse quant à elle aux hôpitaux et fournit des informations sur la forme juridique, les équipements à disposition, le nombre de lits ou de salles d'opération, les effectifs en personnel ainsi que la comptabilité (OFS, 2001, 6). Elle permet de connaître le canton d'hospitalisation. En combinant ces deux statistiques¹¹, il est possible d'établir si un patient a été hospitalisé dans ou hors canton de domicile.

Pour construire notre set de données, nous avons appliqué les critères d'inclusion et d'exclusion suivants :

- Nous analysons les données de la dernière année disponible, soit 2010.
- L'analyse porte sur les soins somatiques aigus. Les hospitalisations psychiatriques et de réadaptations sont exclues, ce qui signifie que les hôpitaux de type K211 et K212 (cliniques psychiatriques), K221 (cliniques de réadaptation) et K234 (cliniques gériatriques) ne sont pas incluses dans l'analyse, pas plus que les centres de coûts correspondants des hôpitaux de soins aigus (M500, M900, M950). Les centres de prestations peu spécifiques, soit le centre Médecine générale (M000) et Autres (M990) sont par ailleurs exclus de l'analyse multivariée.
- Seuls les traitements stationnaires (>24h) sont considérés, à l'exclusion des prises en charges ambulatoires et semi-ambulatoires.
- Nous prenons en compte seulement les patients sortis de l'hôpital à l'année de référence (à savoir les cas statistiques "A").
- Seuls les patients résidant en Suisse sont considérés (à l'exclusion des étrangers venant se faire soigner en Suisse et des patients dont le domicile est inconnu).

Le set de données analysé comporte ainsi 1,07 million de cas d'hospitalisations en soins aigus en 2010, dont 12,3% d'hospitalisations hors canton. Un cas d'hospitalisation correspond à un séjour hospitalier. Une personne qui aurait été hospitalisée plusieurs fois au cours de l'année est ainsi comptée plusieurs fois.

¹¹ Davantage d'informations sur ces statistiques peuvent être consultées ici:

Pour la statistique médicale:

http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/infothek/erhebungen__quellen/blank/blank/mkh/01.html

Pour la statistique administrative :

http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/infothek/erhebungen__quellen/blank/blank/kh/01.html

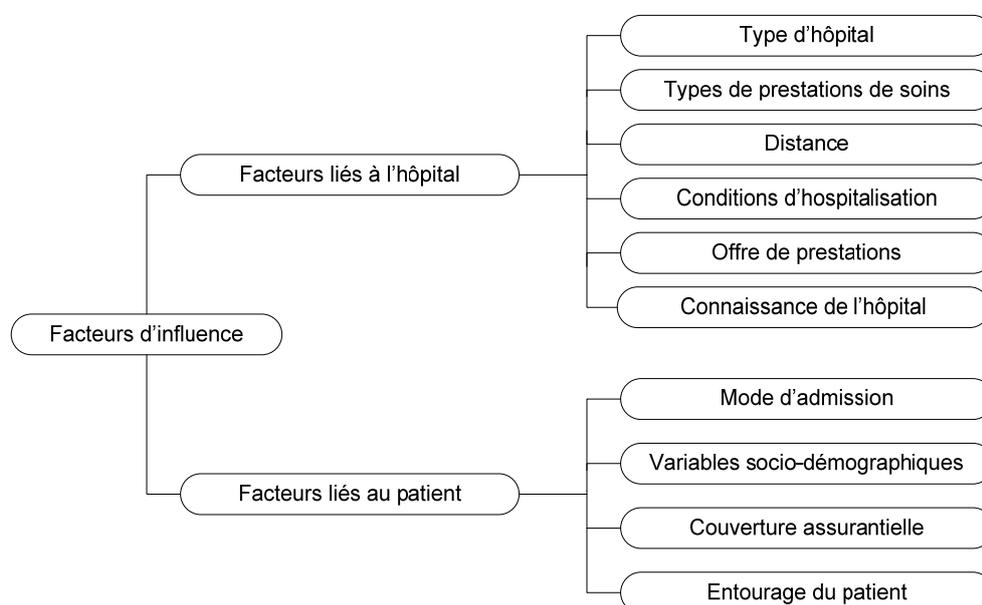
4.3 Variables

Il s'agit dans cette section d'exposer les possibilités d'opérationnaliser les facteurs d'influence envisagés précédemment avec les informations disponibles dans les Statistiques médicale et administrative des hôpitaux. Comme l'illustre la Figure 4.1, les facteurs d'influence peuvent être schématiquement ordonnés selon deux dimensions :

- 1) l'hôpital et les prestations qu'il offre
- 2) le patient et ses caractéristiques

Cette section est consacrée à la définition et à l'opérationnalisation de ces facteurs. Nous décrivons les variables lorsqu'elles existent dans les bases de données à disposition. Lorsque ce n'est pas le cas, nous discutons si d'autres données existent qui permettraient de les approximer.

Figure 4.1 Facteurs d'influence



4.3.1 Facteurs liés à l'hôpital

Type d'hôpital

Une première variable intéressante est le type d'hôpital. Comme l'ont montré Luft et al. (1990) et Adams et al. (1991), les hôpitaux de type universitaire attirent plus facilement des patients en raison de la qualité (supposée) supérieure des traitements qu'ils sont à même de fournir et de leur offre en prestations spécifiques, n'existant pas dans les autres hôpitaux. Sur la base de la typologie des hôpitaux établie par l'OFS, la variable "Type d'hôpital" est définie de la façon suivante pour les soins somatiques aigus:

- Les hôpitaux universitaires sont définis par la catégorie K111.
- Les hôpitaux de soins généraux correspondent à la catégorie K112 et K121 à K123.
- Les cliniques spécialisées en soins aigus appartenant à la catégorie K23.

Types de prestations de soins

L'analyse par type de prestations requiert une réflexion quant mode de groupage des DRGs. Dans la Statistique médicale, deux informations groupant le type de prestations sont disponibles: les centres de prestations M000 à M990 d'une part et les groupes de prestations selon la classification de la Direction de la santé du canton de Zurich (SPLG) d'autre part.

Les centres de prestations M100-M990 représentent des centres de coûts sur lesquels les dépenses liées au traitement des patients sont imputées. Par exemple, un patient qui entre par les urgences, passe ensuite aux soins intensifs puis en cardiologie, verra ses coûts imputés sur le centre de coûts où les coûts sont les plus élevés (ici probablement la cardiologie). Les centres de coûts sont basés sur la structure organisationnelle et la structure comptable de l'hôpital. Ils peuvent correspondre aux divisions, cliniques ou services des établissements.

La nomenclature par groupes de prestations (SPLG), dont la CDS a recommandé en 2011 l'application pour l'établissement des listes hospitalières, comporte 115 groupes de prestations. Elle permet une décomposition plus fine, mais en raison de son grand nombre de catégories, elle ne peut être utilisée que dans le cadre de l'analyse descriptive univariée.

Distance

La distance entre le lieu de résidence et le lieu d'hospitalisation est un facteur important dans le choix de l'hôpital. Plus la différence de distance entre deux hôpitaux est élevée, plus grande est la probabilité de choisir l'hôpital proche de son lieu de résidence. Mais, pour un patient vivant déjà à une certaine distance d'un hôpital, la probabilité de faire quelques kilomètres supplémentaires pour choisir son hôpital est grande (voir par exemple Jintanakul et Otto, 2009; Escarce et Kapur, 2009; Lako et Rosenau, 2009). Dans le contexte suisse, on peut supposer qu'une partie des séjours hors canton s'explique par la plus grande proximité géographique de l'hôpital hors canton. La distance entre lieux d'habitation et d'hospitalisation n'est pas disponible dans la Statistique des hôpitaux et son calcul est coûteux en temps. Nous renonçons à construire cette variable pour la présente étude, mais la mentionnons, car il s'agit d'une variable considérée comme importante, notamment dans la littérature internationale.

Conditions d'hospitalisation

Cette dimension regroupe plusieurs facteurs, qui sont parfois difficiles à exprimer de manière quantitative, comme la qualité du personnel, de l'hôtellerie ou la réputation. Par exemple, la réputation particulièrement bonne d'un hôpital peut inciter un patient à se rendre hors canton ou, inversement, la mauvaise réputation de l'hôpital cantonal pousser les patients à rechercher ailleurs un établissement qui leur inspire confiance. A notre connaissance, ces appréciations n'existent pas sous forme de données, de sorte que leur influence sur le lieu d'hospitalisation ne peut être analysée.

Offre de prestations

Un autre facteur qui peut rendre l'hôpital attractif est son offre de prestations. Une possibilité d'approximer cette variable serait de prendre en compte l'offre médico-technique ou la complexité des opérations possibles. Si ces informations ne sont pas disponibles en tant que telles dans la Statistique des hôpitaux, il serait en principe possible de les approximer en regardant la taille de l'hôpital et s'il s'agit d'un hôpital universitaire. La taille est toutefois très liée au type d'hôpital (universitaire vs hôpital régional de soins généraux). La variable Types d'hôpitaux recouvre donc une grande partie de cette dimension et en développer d'autres comporterait un risque important de redondance (multicolinéarité).

Une autre option est de faire l'hypothèse qu'il existe une relation entre la taille du canton, en nombre d'habitants, et l'éventail de prestations hospitalières disponibles. Les cantons ayant peu d'habitants n'ont pas le volume critique de patients pour développer toutes les infrastructures nécessaires et offrent une palette de prestations plus restreintes. A mesure que la taille de la population cantonale croît, l'offre de prestations s'étoffe. Si cette hypothèse est pertinente, la taille de la population cantonale peut être utilisée comme indicateur de l'étendue de l'offre de prestations.

Connaissance de l'hôpital

Cette appellation désigne d'une certaine façon la visibilité de l'hôpital. Plus précisément, cette variable définit si le patient connaît l'hôpital le plus proche et, dans ce cas, s'il a déjà eu l'occasion de s'y rendre. Dans la mesure où nombres d'études prises en compte ici se basent sur les habitants de régions rurales aux USA, on peut se poser la question de la pertinence de cette variable pour la Suisse. En effet, le tissu hospitalier suisse est tellement dense qu'il semble improbable que les patients n'aient pas connaissance de l'hôpital le plus proche.

4.3.2 Facteurs liés aux patients

Lorsque l'on s'intéresse aux flux de patients, il faut aussi considérer les facteurs directement liés aux patients pouvant influencer la décision d'une hospitalisation hors canton. La statistique médicale dispose de peu d'informations, notamment socio-économiques.

Mode d'admission

Cette variable s'intéresse au mode d'admission, à savoir si l'hospitalisation a été planifiée ou non. En cas d'hospitalisation en urgence, les patients pourraient privilégier l'hôpital le plus proche, alors qu'en cas d'hospitalisation planifiée, on peut supposer que le patient aura du temps pour choisir son hôpital (Radcliff et al., 2003; Propper et al., 2007). Cette variable est disponible dans la Statistique médicale. Nous nous concentrons sur les admissions planifiées, en urgence et les naissances. Les autres types d'admission (changement de diagnostic principal, autre, inconnu) ne sont pas utiles pour notre propos, en regard de la faible proportion qui les caractérise.

Variables socio-démographiques

La Statistique médicale contient quelques variables sociodémographiques décrivant les patients, telles que le sexe, l'âge, la nationalité. Toutes trois sont des variables intéressantes à prendre en compte. En Suisse, un facteur important est la langue. En effet, on peut supposer qu'un patient préférera se faire hospitaliser dans un hôpital où il pourra aisément se faire comprendre. La langue parlée par le patient n'est pas recensée par la Statistique médicale. Elle peut être approximée par la région MedStat ou le canton de résidence du patient.

Un autre facteur qui peut influencer le choix de l'hôpital est le niveau de vie. Une personne financièrement aisée serait plus encline à choisir son lieu d'hospitalisation en fonction de la réputation de l'hôpital, puisqu'elle est moins sensible aux coûts marginaux (Levaggi et Zanola, 2004). La Statistique médicale des hôpitaux ne fournit toutefois pas d'information quant au statut socio-économique. Le niveau d'éducation est aussi une variable absente du relevé. Les possibilités d'étudier l'influence des caractéristiques socioéconomiques sont ainsi limitées.

Couverture assurantielle

Il s'agit ici de savoir qui, de l'assurance ou du patient, paie les soins prodigués. Dans les études américaines (par exemple Radcliff et al., 2003; Liu et al., 2008; Escarce et Kapur, 2009), les patients

sont comparés en fonction de leur couverture assurantielle. Dans la Statistique médicale, on ne dispose pas de données quant au type d'assurance dont dispose le patient. Toutefois, la variable "Classe" indique le genre de chambre qu'occupe le patient (privée, semi-privée ou commune). Bien qu'elle ne renseigne pas directement sur le type d'assurance qui prend en charge le séjour, cette variable peut servir comme indicateur de l'existence d'une assurance complémentaire en chambre (semi-) privée.

Entourage du patient

Les patients semblent donner un poids important à l'avis de leur entourage et plus particulièrement à l'avis du médecin concernant le lieu d'hospitalisation, comme l'ont montré Burns et Wholey (1991) et Dealey (2005). Dans la Statistique médicale, cette variable peut être capturée par la variable "Décision d'envoi", laquelle renseigne "qui est à l'origine de l'hospitalisation (le patient lui-même, le service des urgences, le médecin, etc.)" (OFS, 2005, 31). Comme nous le verrons, cette variable est si fortement corrélée au mode d'admission qu'elle ne peut être intégrée à l'analyse multivariée.

4.4 Démarche d'analyse

Dans un premier temps, nous décrivons les flux de patients entre les cantons, sans tenter de les expliquer (chapitre 5). Nous estimons les proportions de patients hospitalisés dans un autre canton et, de manière symétrique, les proportions de patients extracantonaux accueillis par chaque canton. Pour chacune des situations, nous proposons une typologie des cantons basée sur les volumes des flux entrants et sortants.

Dans un deuxième temps, nous explorons de manière descriptive l'association entre les variables décrites à la section 4.3 et la proportion de cas traités hors canton (chapitre 6 et 7). Nous analysons comment la proportion d'hospitalisations hors canton diffère selon le type d'hôpital, selon le mode d'admission et selon le type de prestations. Au niveau des caractéristiques des patients, nous examinons la relation entre le sexe, l'âge, la langue et la nationalité ainsi que la présence d'une assurance complémentaire en chambre (semi-)privée et la probabilité d'un séjour hors canton.

Dans un troisième temps, la probabilité d'une hospitalisation hors canton est analysée de manière multivariée (chapitre 8). Une régression logistique permet d'identifier les variables ayant une influence significative sur la probabilité d'une hospitalisation extracantonale, en tenant compte simultanément de plusieurs paramètres. Il devient ainsi possible d'estimer si, par exemple, le type d'admission – planifiée ou en urgence – reste un facteur d'influence une fois que l'on a contrôlé pour l'effet du sexe et de l'âge. Les variables testées sont, comme dans le cadre de l'analyse descriptive, le type d'hôpital, le mode d'admission, le type de prestations, le sexe, l'âge, la nationalité et la présence d'une assurance complémentaire en chambre (semi-) privée ainsi que la région linguistique et la taille du canton.

Le modèle final a été construit à l'aide de la méthode de sélection pas à pas (ou stepwise en anglais). Le modèle de départ ne contient aucune variable et l'on ajoute les variables, l'une après l'autre, en comparant les p-values des statistiques F avec le niveau de significativité requis ($p < 0,05$). A la différence d'une méthode ascendante, le processus de sélection pas à pas n'exige pas que les variables déjà présentes dans le modèle restent dans le modèle. Il se termine lorsqu'aucune variable extérieure au modèle n'inclut pas de statistique F significative et que chaque variable du modèle est significative par rapport au niveau de significativité spécifié (ou lorsque la variable à ajouter dans le modèle est celle qui vient d'être supprimée du modèle).

5 Mouvements de patients entre les cantons

Ce chapitre décrit les mouvements de patients entre les cantons. Quels sont les cantons dont une proportion importante de patients est traitée hors des frontières cantonales ? Quels sont ceux qui accueillent une proportion importante de patients en provenance d'autres cantons ?

La section 5.1 indique, pour chaque canton, la proportion de patients hospitalisés hors canton, puis propose une classification des cantons selon l'importance de leurs flux sortants¹². La section 5.2 inverse la perspective pour s'intéresser aux cantons accueillant les patients d'autres cantons. Enfin, la section 5.3 analyse si les cantons sont des « importateurs » ou « exportateurs » nets de patients. Elle se base pour ce faire sur la différence entre le nombre de patients entrants et sortants par canton.

Rappelons ici que l'analyse porte sur les hospitalisations en soins somatiques aigus, à l'exclusion de la psychiatrie et de la réhabilitation. Seuls les traitements stationnaires sont considérés, et ce pour les patients ayant quitté l'hôpital durant l'année 2010 (cas A).

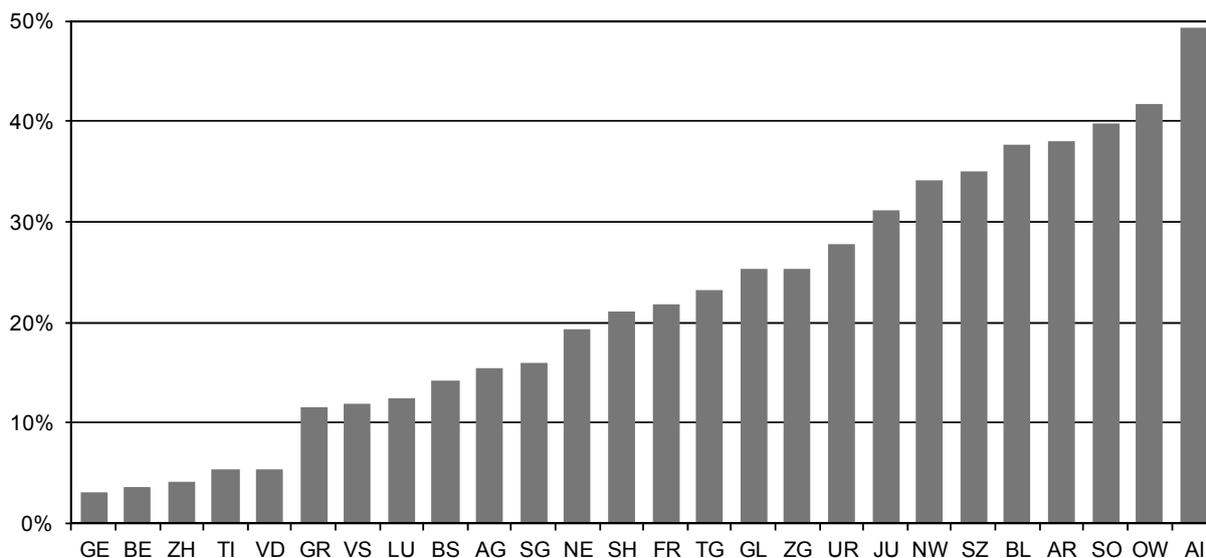
5.1 Patients hospitalisés hors canton de résidence (flux sortants)

La Suisse a un marché hospitalier fortement cantonalisé. Pour les soins somatiques aigus, la plupart des patients sont hospitalisés dans leur canton de résidence. Pour différentes raisons, une frange de patients, 12,3% en moyenne nationale en 2010, sont hospitalisés hors de leur canton de résidence pour des traitements en soins somatiques aigus. Il peut s'agir d'admissions en urgence, par exemple suite à un accident ou à un problème cardiaque. Il se peut que l'infrastructure adéquate ne soit pas disponible dans le canton de domicile et que le médecin traitant délègue le cas à un hôpital d'un canton voisin ou à un hôpital universitaire. Dans ce cas, il est alors fréquent que des conventions lient les cantons concernés. Enfin, il se peut que le patient préfère se faire hospitaliser dans un hôpital hors de son canton de résidence, par exemple parce que ce dernier est plus proche de son domicile. Trois motifs principaux à une hospitalisation hors canton se dessinent ainsi : une situation d'urgence, l'absence des compétences ou des infrastructures nécessaires (raison médicale) ou une préférence des patients (voir section 4.1 pour plus de détails quant aux hypothèses de travail).

D'un canton à l'autre, cette proportion de patients traités hors canton varie sensiblement. La Figure 5.1 présente une vue générale des hospitalisations extracantonales et met en évidence les différences entre les cantons. Elle indique la proportion de patients hospitalisés hors canton par rapport à l'ensemble des patients résidant dans le canton. On lira par exemple que 4,2% des patients zurichois sont hospitalisés dans un autre canton que celui de Zurich.

La proportion de patients hospitalisés hors canton est très différente selon les cantons. De l'ordre de 3-5% dans les cantons de Genève, Berne, Zurich, Tessin et Vaud, les hospitalisations hors canton représentent quelques 40% des cas dans les cantons d'Appenzell Rhodes Intérieures, d'Obwald et de Soleure. Ces cantons sont ainsi fortement liés à leurs voisins pour assurer la prise en charge en soins hospitaliers aigus de leur population.

¹² L'expression flux sortants désigne la proportion de patients hospitalisés dans un autre canton que leur canton de résidence.

Figure 5.1 Proportion de patients hospitalisés hors canton, par canton de résidence, 2010

Source: Statistiques médicale et administrative des hôpitaux, OFS 2010, exploitation propre.

© Obsan

Les cantons disposant d'un hôpital universitaire, qui sont aussi les cantons les plus peuplés – sauf Bâle-Ville (BS), sont de faibles “exportateurs” de patients. Genève (GE), Berne (BE), Zurich (ZH), Vaud (VD) ont au plus 5% d'hospitalisations hors canton. Le demi-canton de BS fait a priori exception avec un flux sortant de 14%, mais dont l'essentiel (11%) se dirige vers le demi-canton de Bâle-Campagne (BL). Ainsi si l'on considère BS et BL comme une seule entité, la proportion de résidents de BS traités ailleurs en Suisse est aussi inférieure à 5%. Le demi-canton de BL connaît une situation similaire. Avec 37% des patients hors canton, BL compte a priori parmi les très grands “exportateurs” de patients. Il descend toutefois aux alentours de 7% si l'on considère les deux demi-cantons comme formant une seule entité.

Entre les deux demi-cantons d'Appenzell Rhodes Intérieures (AI) et Rhodes Extérieures (AR), la relation en matière d'hospitalisations est différente. Tous deux ont une proportion élevée d'hospitalisations extracantonales, de l'ordre de 40%¹³. AI envoie 19% de ses patients vers AR, mais aussi 27% vers Saint-Gall (SG). AR n'envoie que 3% de ses patients vers AI, contre 31% vers (SG). Ainsi même si l'on considère les deux demi-cantons comme une entité, le flux sortant reste de 35% pour AR et de 27% pour AI. Les deux demi-cantons restent donc de forts “exportateurs” de patients, en ce sens qu'ils font traiter une grande partie de leurs patients hors canton. Il est probable que leurs services hospitaliers soient moins complémentaires que ceux de BS et BL ou que des motifs géographiques président à cette situation.

Les cantons de Suisse centrale – Obwald (OW), Nidwald (NW), Schwyz (SZ)¹⁴, de même que Soleure (SO) et le Jura (JU) comptent aussi parmi les cantons dont une proportion importante (>30%) des patients est traitée hors des frontières cantonales¹⁵. Certains de ces cantons (AI, AR, OW, NW, JU) comptent peu d'habitants (au plus 70 000 dans le JU). Ils n'atteignent donc pas le volume critique de patients pour développer toutes les infrastructures nécessaires et offrent une palette de prestations restreintes. Les patients concernés se font alors traiter dans les cantons voisins. A relever que le nombre de patients traités hors canton et la taille de la population sont bien corrélés, avec un

¹³ Le canton d'AI connaît quelque 2300 cas d'hospitalisation par an, soit le plus petit nombre de toute la Suisse. De petites variations dans ce nombre ou dans le nombre de patients hospitalisés hors canton ont par conséquent une grande influence sur les pourcentages. La proportion 2010 de flux sortants est à cet égard particulièrement élevée.

¹⁴ Uri (UR) est tout proche, avec des flux sortants de 28%.

¹⁵ Ainsi que BL si on ne veut pas le considérer comme constituant une entité unique avec BS.

coefficient de -0,68 ($p < 0.001$). Une population de 1% plus grande est associée, toutes choses égales par ailleurs, à des hospitalisations hors canton moins fréquentes de 0,68%. Ce résultat montre l'existence d'une relation (négative) entre la taille de la population cantonale et la proportion de patients traités hors canton.

Si la taille de la population joue un rôle, elle n'est toutefois pas le seul facteur d'influence. Le cas des cantons excentrés, comme le Tessin (TI), le Valais (VS) ou les Grisons (GR), est également intéressant du point de vue de la mobilité des patients. Les flux de patients y sont relativement faibles. Le TI, avec 5,3% d'hospitalisations extracantonales, est un cas particulier. Il envoie peu de patients dans d'autres cantons, bien qu'il ne dispose pas d'hôpital universitaire¹⁶. Cette particularité renvoie probablement aux spécificités linguistique et géographique du TI, lesquelles limitent le potentiel d'hospitalisation hors canton. Il est d'une part peu confortable pour le patient de parler une autre langue que le personnel médical, ce qui va amener à privilégier une hospitalisation dans le canton. D'autre part, la topographie, notamment les nombreuses vallées, rend difficile l'accès aux autres cantons pour les patients tessinois. Des cantons comme le Valais, le Tessin ou les Grisons sont ainsi amenés à offrir eux-mêmes un large éventail de prestations. L'enjeu pour ces cantons est non seulement de pouvoir attirer des spécialistes, mais aussi d'avoir un volume de patients permettant de réaliser suffisamment d'actes et ainsi d'assurer la qualité des prestations.

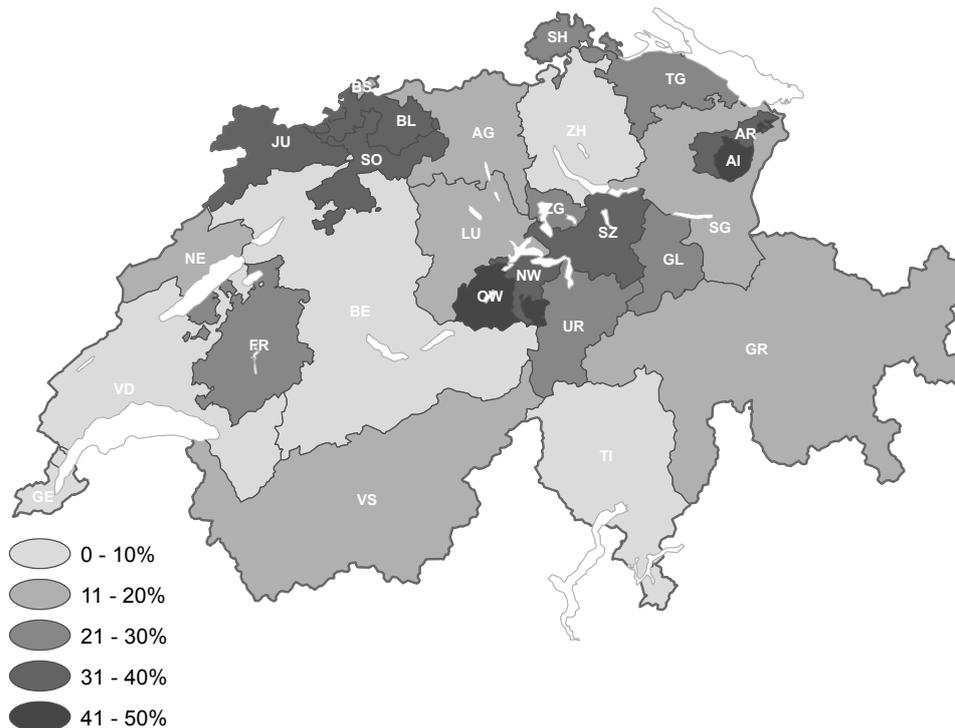
Schématiquement, on peut distinguer quatre groupes de cantons (Figure 5.2). Le premier est formé des cantons dont seule une minorité des patients (au plus 5,3%) sont hospitalisés hors des frontières cantonales. On y trouve GE, BE, ZH, VD et le TI. On peut y ajouter Bâle, si on considère ensemble les deux demi-cantons. Il s'agit des cantons disposant d'un hôpital universitaire et du TI comme cas particulier.

Le second regroupe les cantons qui sont « dans la moyenne », avec 10 à 16% des patients traités hors canton. Il s'agit de Grisons (GR), Valais (VS), Lucerne (LU), Argovie (AG) et Saint-Gall (SG) (et BS selon comment on le considère). Ce groupe comprend des cantons bien peuplés (500 000-600 000 habitants), par exemple AG et SG, mais sans hôpitaux universitaires. Il inclut aussi les cantons montagneux du VS et des GR dont la topographie limite peut-être les flux de patients vers l'extérieur. Neuchâtel se situe juste en-dessous de la barre des 20%, mais ses caractéristiques rejoignent plutôt celles du groupe suivant.

Le troisième groupe est constitué des cantons dont 20 à 30% des patients recourent aux services des hôpitaux des autres cantons. Ainsi une fois sur quatre environ, les résidents de Neuchâtel (NE), Schaffhouse (SH), Fribourg (FR), Thurgovie (TG), Glaris (GL), Zoug (ZG) et Uri (UR) sortent des frontières cantonales pour des soins aigus stationnaires. A l'exception de FR et TG dont la population atteint les 250 000-280 000 habitants, il s'agit de cantons ayant une population moyenne à petite et souvent voisins de cantons disposant de services hospitaliers plus développés. FR et NE par exemple sont situés à mi-chemin des hôpitaux universitaires de Berne et de Lausanne, SH à distance raisonnable de ZH.

Le quatrième groupe fait traiter plus de 30% de ses patients hors canton, et même jusqu'à près de 50% pour le cas le plus extrême. C'est le cas de plusieurs cantons de Suisse centrale – NW, SZ, OW, des deux Appenzell – AR et AI, ainsi que du JU et de SO (et BL si on ne veut pas le considérer comme formant une entité unique avec BS).

¹⁶ Il bénéficie par contre de la présence du Cardiocentro Ticino, une clinique de cardiologie hautement spécialisée, de niveau universitaire, qui compte parmi les centres du cœur les plus importants en Suisse.

Figure 5.2 Cantons en fonction de l'importance des flux sortants, 2010

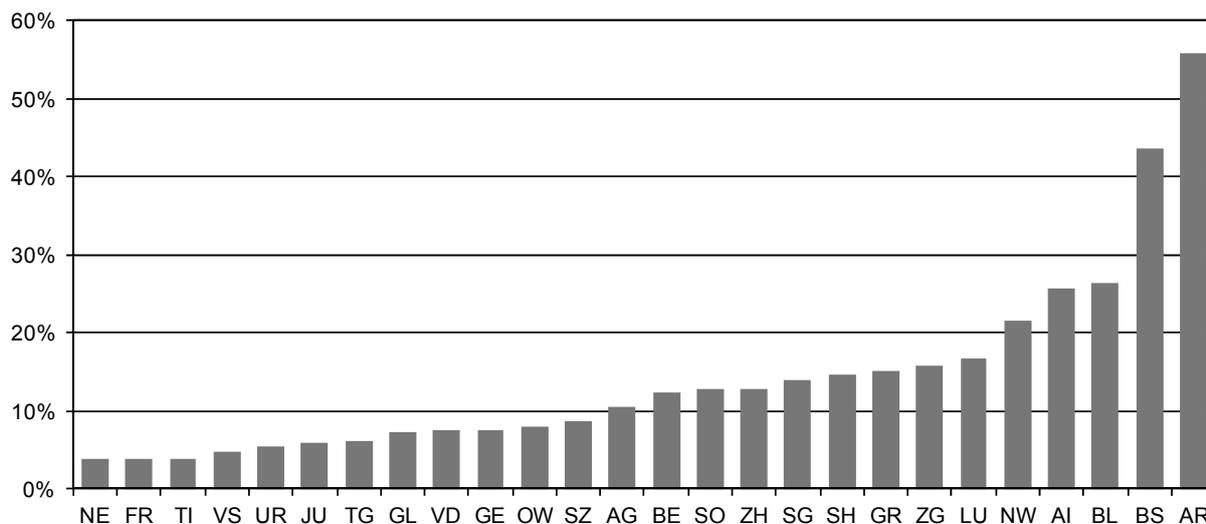
Source: Statistiques médicale et administrative des hôpitaux, OFS 2010, exploitation propre.

© Obsan

5.2 Patients en provenance d'autres cantons (flux entrants)

A la section précédente, nous avons vu les cantons dont une proportion importante de patients sont traités hors des frontières cantonales. Nous identifions ici ceux qui les accueillent. Quels sont les cantons capables d'attirer des patients de l'extérieur et ayant les infrastructures permettant de traiter ce supplément de patients ?

La Figure 5.3 décrit les flux entrants, c'est-à-dire les hospitalisations de patients en provenance d'un autre canton par rapport au total des hospitalisations du canton. On lit par exemple que 12,9% des hospitalisations dans le canton de ZH sont le fait de patients non-zurichois. La moyenne au niveau suisse est de 13,1% des hospitalisations, mais là aussi avec des situations très différentes selon les cantons. Certains cantons accueillent très peu de patients en provenance d'autres cantons. Des cantons comme NE, FR, TI ou VS dénombrent moins de 5% de patients en provenance d'autres cantons. A l'autre extrême, un patient sur deux est extracantonale dans le demi-canton d'AR. Les analyses portent sur les patients provenant d'autres cantons et excluent les patients en provenance de l'étranger. Le lecteur intéressé à connaître l'importance des patients domiciliés à l'étranger dans les hospitalisations cantonales se reportera à la Figure 11.1 en annexe.

Figure 5.3 Proportion de patients en provenance d'autres cantons, par canton de l'hôpital, 2010

Source: Statistiques médicale et administrative des hôpitaux, OFS 2010, exploitation propre.

© Obsan

Les cantons accueillant les proportions les plus importantes de patients hors canton (>20%) sont NW, les deux Bâle et les deux Appenzell. L'offre de prestations et l'intensité des conventions intercantionales jouent vraisemblablement un rôle dans les mouvements de patients. Il peut parfois exister une volonté explicite de coordination, voire de répartition des tâches, entre certains cantons, comme cela semble être le cas entre les deux Bâle¹⁷. D'autres fois, les conventions hospitalières intercantionales avalisent des états de fait, par exemple en permettant le libre passage des patients dans les zones limitrophes. Ce pourrait être le cas par exemple entre SG et TG, dont la majorité des patients hospitalisés hors canton se dirige vers le canton de SG, du fait d'une certaine proximité géographique entre les régions orientales de TG avec la ville de Saint-Gall. De même, il est vraisemblable que le cas particulier d'AR, dont 40% des 50% de patients extracantonaux proviennent de SG, s'explique aussi ainsi. Au-delà de la proximité géographique, le canton d'AR dispose aussi d'une offre hospitalière très spécifique, à même d'attirer un certain nombre de patients. De manière générale, une convention hospitalière de suisse orientale lie depuis 1995 les cantons d'AI et AR, GL, GR, SG, SH, TG et depuis fin 2011 aussi ZH.

Dans le cadre d'une enquête auprès des cantons menée en mars 2006, la CDS recensait quelques 60 conventions hospitalières intercantionales. Ces accords ont des portées et des fonctions très différentes. Une partie sont des conventions de libre passage, assurant en particulier la prise en charge des résidents des zones limitrophes dans le canton voisin. Une deuxième partie sont des accords de coopération avec vocation de contenir les coûts et/ou d'améliorer la qualité. Ils règlent les modalités de collaboration dans des domaines d'activités bien définis. Enfin, un troisième type sont des achats de prestations en vue de couvrir les besoins en soins de la population dans certains domaines d'activité.

De manière générale, les cantons ayant un hôpital universitaire sont plutôt des « importateurs moyens » de patients. GE, VD, BE et ZH comptent 7-13% de patients provenant de l'extérieur et BS en dénombre 14%, si on déduit les flux en provenance de BL¹⁸. Ils ne figurent ainsi pas parmi les proportions les plus élevées de patients en provenance d'autres cantons. Ce constat illustre le rôle attracteur des hôpitaux universitaires, mais aussi l'existence d'autres raisons que la médecine et la chirurgie la plus complexe aux hospitalisations extracantonales. Une analyse en chiffres absolus plutôt qu'en proportion des hospitalisations cantonales nuancerait le propos. Les cantons ayant un

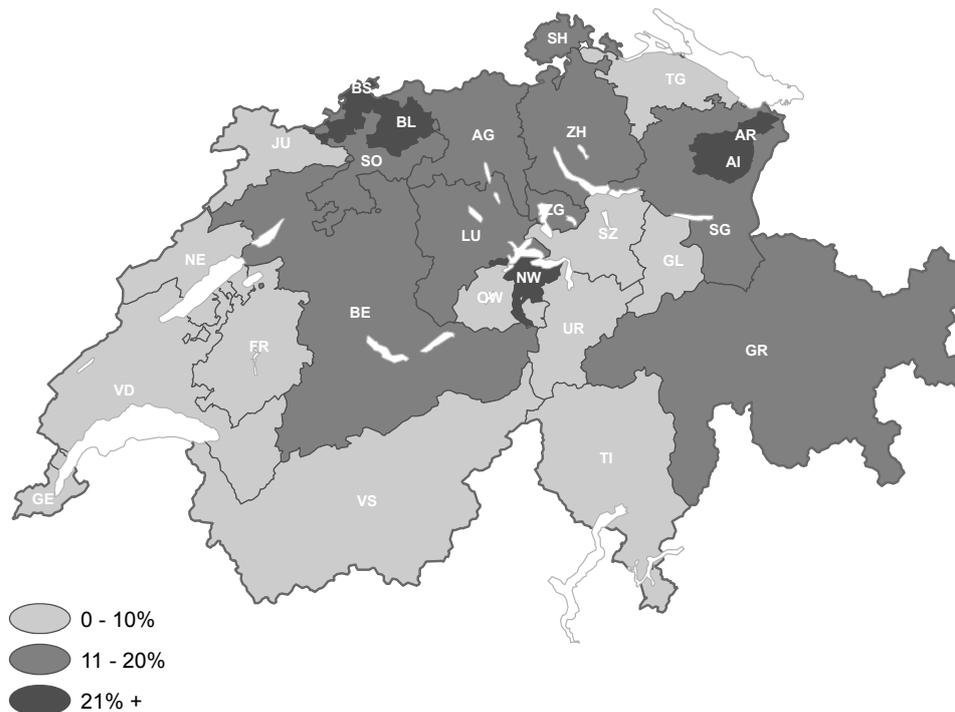
¹⁷ L'hôpital universitaire pédiatrique des deux Bâle (UKKB) en est un exemple.

¹⁸ Les deux Bâle sont fortement imbriqués, puisque 52% des patients de BS proviennent de BL.

hôpital universitaire sont aussi les plus peuplés, de sorte que des volumes importants de patients représentent des proportions modérées des hospitalisations dans ces grands cantons.

La carte (Figure 5.4) résume la situation en matière de flux entrants en trois groupes : les cantons traitant jusqu'à 10% de patients en provenance d'autres cantons, ceux en traitant entre 11% et 20% et ceux en accueillant plus de 20%. Dans l'ensemble, les cantons latins sont plutôt de faibles importateurs, de même que les cantons de Suisse centrale, dont une partie se groupe autour de LU.

Figure 5.4 Cantons en fonction de l'importance des flux entrants, 2010



Source: Statistiques médicale et administrative des hôpitaux, OFS 2010, exploitation propre.

© Obsan

5.3 Typologie des cantons selon l'importance relative des flux entrants et sortants

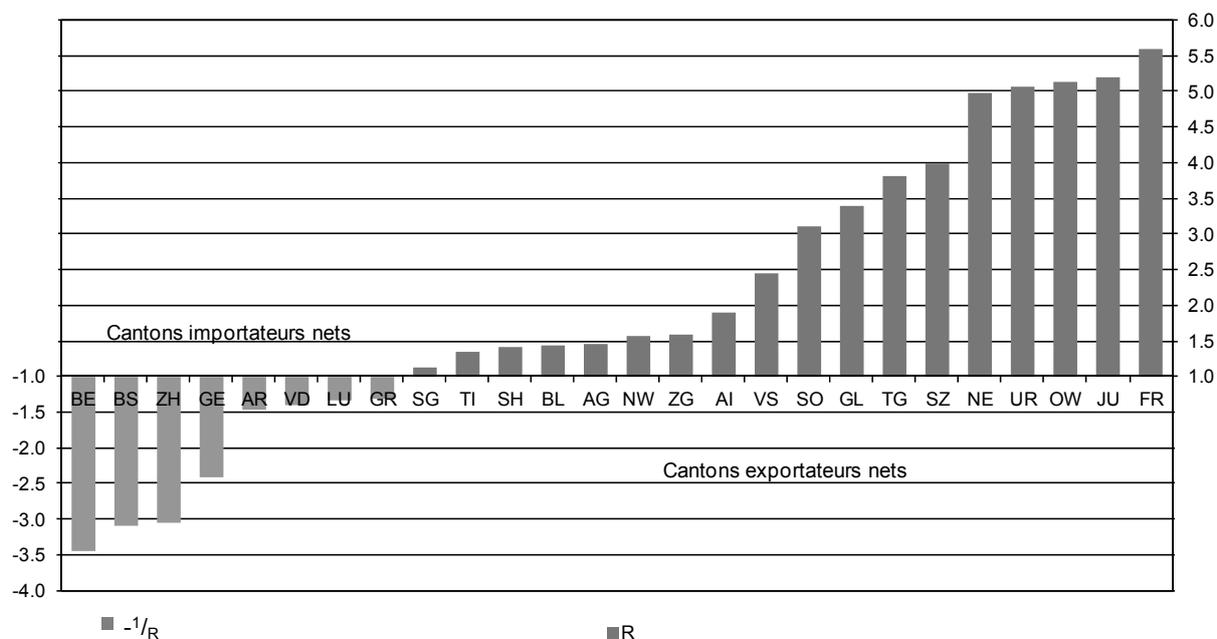
Un canton qui exporte beaucoup de patients en importe-t-il aussi beaucoup, signe d'un système cantonal très ouvert, caractérisé par des échanges mutuels de patients ? Est-il au contraire essentiellement tributaire de ses voisins et n'accueille-t-il lui-même que peu de patients ? Différents scénarios sont possibles, comme l'illustre la typologie proposée. Ils peuvent trouver leur origine dans différents domaines, par exemple dans le fait que certaines spécialités sont présentes dans un canton et d'autres dans les cantons voisins ou qu'en raison de la topographie, il est plus aisé pour certains habitants de se rendre dans le canton voisin plutôt que dans un hôpital de leur canton.

Dans ce qui suit, nous proposons une typologie des cantons basée sur l'ampleur du déséquilibre entre les flux entrants et sortants. Nous avons calculé le ratio $R = \text{nb patients sortants} / \text{nb patients entrants}$. Un canton qui importe et exporte le même nombre de patients a un ratio de 1. Un ratio $R > 1$ indique que le canton est « exportateur net » de patients ; il fait traiter davantage de patients hors des frontières cantonales qu'il n'en accueille. Une valeur de 5,6 signifie par exemple que le canton exporte 5,6 fois plus de patients qu'il n'en importe.

Un ratio $R < 1$ indique que le canton est un « importateur net » de patients ; il accueille davantage de patients qu'il n'en fait traiter hors des frontières cantonales. L'interprétation des valeurs inférieures à 1 est un peu moins intuitive : une valeur de 0,4 signifie que le canton exporte 0,4 fois le nombre de patients qu'il importe, ce qui n'est pas très parlant. En prenant la négative de la valeur inverse du ratio ($R' = -1/R$), la lecture devient plus aisée car symétrique. Avec une valeur de $R = 0,4$ on obtient une valeur $R' = -(1/0,4) = -2,5$, qui signifie simplement que le canton exporte 2,5 fois *moins* de patients qu'il n'en importe. Afin de rendre la lecture du graphique (Figure 5.5) plus intuitive, nous avons représenté ($R' = -1/R$) lorsque la valeur du ratio R est inférieure à 1. Le graphique se lit ainsi de manière symétrique. Les valeurs négatives correspondent aux cantons « importateurs nets » et les valeurs positives aux « exportateurs nets ».

Pour créer des groupes de cantons, nous avons considéré les seuils suivants. Lorsque $1 < R < 2,5$, le canton est considéré comme un « exportateur net » *modéré* de patients ; avec un ratio $R \geq 2,5$, nous parlons de canton fortement exportateur. Symétriquement, lorsque $-2,5^{19} < R < -1$, le canton est considéré comme un « importateur net » *modéré* de patients ; avec un ratio $R' \leq -2,5$, nous parlons de canton fortement importateur²⁰.

Figure 5.5 Cantons en fonction du ratio (R) entre flux sortants et flux entrants, 2010



Note: Afin de simplifier la lecture du graphique, nous en avons représenté $R' = -1/R$ pour les valeurs de $R < 1$.

Source: Statistiques médicale et administrative des hôpitaux, OFS 2010, exploitation propre.

© Obsan

5.3.1 Cantons fortement importateurs

Quatre cantons importent au minimum 2,5 fois plus de patients qu'ils n'en exportent. Tous disposent d'un hôpital universitaire. En proportion, peu de leurs patients sont hospitalisés hors canton. Avec 3,4 fois plus de patients accueillis que de résidents traités hors de ses frontières, le canton de BE est, en chiffres relatifs, le plus grand « importateur net » de patients. FR, SO, NE et le VS sont les principaux cantons y envoyant des patients. BS draine quant à lui des patients en provenance de BL,

¹⁹ -2,5 est la négative de la valeur inverse de 0,4 ($0,4 = (-1 / 2,5)$) ; ainsi les valeurs-seuil de catégorisation sont symétriques.

²⁰ Les estimations ne comprennent pas les patients en provenance de l'étranger.

de SO, d'AG et du JU. BL par exemple fait traiter 31% de ses patients dans les hôpitaux de BS, ce qui reflète d'une part une certaine volonté des deux demi-cantons de coordonner leur activité hospitalière²¹, d'autre part les faibles distances pour les patients. BL, qui vient de publier une étude sur le sujet, relève toutefois des différences marquées selon les régions du canton (Office statistique du canton de Bâle-campagne, 05/2012). GE se caractérise par la proportion la plus faible de résidents traités hors canton (3,3%). Les patients qui viennent s'y faire traiter (7,3%) proviennent en priorité des cantons de Vaud et du Valais.

Dans ces cantons fortement importateurs, les patients provenant de l'étranger représentent aussi des flux plutôt importants. Si l'on tient compte des personnes résidant à l'étranger venant se faire soigner en Suisse, GE devient le plus grand « importateur net » de patients. Les patients domiciliés à l'étranger représentent 9,2% des patients traités à GE, 4% à BS, 1,1% à ZH et 0,8% à BE (voir Figure 11.1 en annexe).

Tableau 5.1 Principaux flux entrants et sortants (>1% du total des patients) pour les cantons fortement importateurs

	Envoie vers	Reçoit de
BE	(SO, AG, ZH) ²²	FR, SO, NE, VS
BS	BL	BL, AG, SO, JU
ZH	(GR, SH, AG) ²³	AG, SZ, SG
GE	VD	VD, VS

Source: Statistiques médicale et administrative des hôpitaux, OFS 2010, exploitation propre. © Obsan

5.3.2 Cantons modérément importateurs

Quatre cantons accueillent chez eux un peu plus de patients qu'ils n'en font traiter hors de leurs frontières. Ces cantons modérément importateurs sont AR, VD, LU, GR. Ils accueillent dans leurs hôpitaux entre 1,3 et 1,5 fois plus de patients qu'ils n'en envoient ailleurs en Suisse. Le volume de ces flux, en proportion du total des hospitalisations cantonales, diffère cependant beaucoup.

Dans le canton de VD, le volume des flux entrants et sortants est d'ampleur modérée, avec 8% de patients entrants et 5% de patients sortants. GR et LU sont caractérisés par des flux de patients d'ampleur moyenne. Les échanges avec leurs voisins représentent 11% à 17% des hospitalisations cantonales. La direction des principaux flux entrants et sortants pour chacun des cantons est indiquée au Tableau 5.2. Seuls les mouvements de patients représentant plus de 1% du total des hospitalisations cantonales sont recensés. Les cantons vers lesquels sont envoyés les patients ne sont pas les mêmes que ceux d'où proviennent les patients. GR envoie ses patients vers le TI et ZH et en reçoit surtout de SG et ZH. LU envoie ses patients vers AG, ZH, BE et accueille surtout des patients de Suisse centrale.

Enfin, AR se caractérise par un système très ouvert : près de 38% de patients sont hospitalisés hors canton, principalement à SG, et en parallèle, AR accueille 55% de patients en provenance d'autres cantons, en majorité de SG, TG et AI (Tableau 5.2).

²¹ L'hôpital universitaire pédiatrique des deux Bâle (UKBB) en est un exemple.

²² Aucun des flux entrants ne représente plus de 1% des patients bernois (lié à la grande taille de la population bernoise) ; nous avons donc indiqué ici les trois flux les plus importants.

²³ Aucun des flux entrants ne représente plus de 1% des patients zurichois (lié à la grande taille de la population zurichoise) ; nous avons donc indiqué ici les trois flux les plus importants.

Tableau 5.2 Principaux flux entrants et sortants (>1% du total des patients) pour les cantons modérément importateurs

	Envoie vers	Reçoit de
AR	SG	SG, TG, AI
GR	TI, ZH	ZH, SG
LU	AG, ZH, BE	UR, SZ, OW, NW, ZG, AG
VD	GE	FR, VS, NE, GE

Source: Statistiques médicale et administrative des hôpitaux, OFS 2010, exploitation propre. © Obsan

5.3.3 Cantons modérément exportateurs

Ces cantons font traiter davantage de patients hors de leurs frontières qu'ils n'en accueillent chez eux, dans une proportion comprise entre 1,1 et 1,9 fois plus. Zoug envoie 27% de ses patients à l'extérieur, en premier lieu vers ZH et LU. Il accueille en retour 15% de patients, surtout en provenance de SZ, AG et ZH. Les échanges sont aussi nombreux entre NW, AG, AI et leurs voisins. AG par exemple envoie des patients vers BS et ZH et en reçoit surtout de SO, LU et ZH. SG fonctionne sur le mode de l'échange puisqu'il envoie ses patients vers AR et ZH, ces mêmes cantons lui envoyant des patients. La plupart de ces cantons ont ainsi des échanges plus ou moins intenses avec leurs voisins (voir Figure 5.7 pour plus d'information sur le degré d'ouverture des systèmes hospitaliers cantonaux). Le Tessin constitue à cet égard une exception, en ce qu'il fonctionne, sur le plan suisse, de manière quasi autarcique, avec très peu de patients venant s'y faire soigner (3,9%), mais aussi très peu se rendant dans un hôpital d'un autre canton (5,3%). Il accueille en revanche une proportion de patients en provenance de l'étranger, de l'Italie surtout (4%), équivalente à celle issue des cantons suisses.

Tableau 5.3 Principaux flux entrants et sortants (>1% du total des patients) pour les cantons modérément exportateurs

	Envoie vers	Reçoit de
SG	AR, ZH	TG, AR, ZH
TI	ZH	GR
SH	ZH	ZH, TG
BL	BS, AG, SO	SO, BS, AG, JU
AG	BS, ZH	SO, LU, ZH
NW	LU, ZH	OW, LU, UR
ZG	ZH, LU	SZ, AG, ZH
AI	SG, AR, ZH	AR, AG, ZH, TG

Source: Statistiques médicale et administrative des hôpitaux, OFS 2010, exploitation propre. © Obsan

5.3.4 Cantons fortement à très fortement exportateurs

Ces cantons font traiter 2,5 à 5,6 fois plus de leurs patients dans les hôpitaux d'autres cantons qu'ils n'en accueillent dans les leurs. C'est par exemple le cas du Valais, dont 12% des patients sont traités dans les cantons de VD, BE et GE, mais qui n'accueille que peu de patients extracantonaux (4,9%). Pour les plus extrêmes que sont NE, UR, OW, JU et FR, le ratio est de 5 à 5,6 fois plus de patients traités hors des frontières cantonales que de patients accueillis. Les structures hospitalières de ces cantons n'exercent donc qu'une faible force d'attraction. Considéré seul, le ratio R ne reflète toutefois pas le degré de dépendance de ces cantons envers les autres pour assurer la prise en charge en soins aigus hospitaliers de leur population. Il faut aussi prendre en compte le volume de patients que représentent ces flux. Avec un ratio R = 2,5, le Valais a des flux entrants et sortants modérés (4,9% et 12%), suggérant un système moyennement ouvert (voir Figure 5.7). Soleure, avec un ratio de

grandeur comparable ($R=3,1$), a un système hospitalier plutôt ouvert, avec un flux sortant de 40% et un flux entrant de 13%.

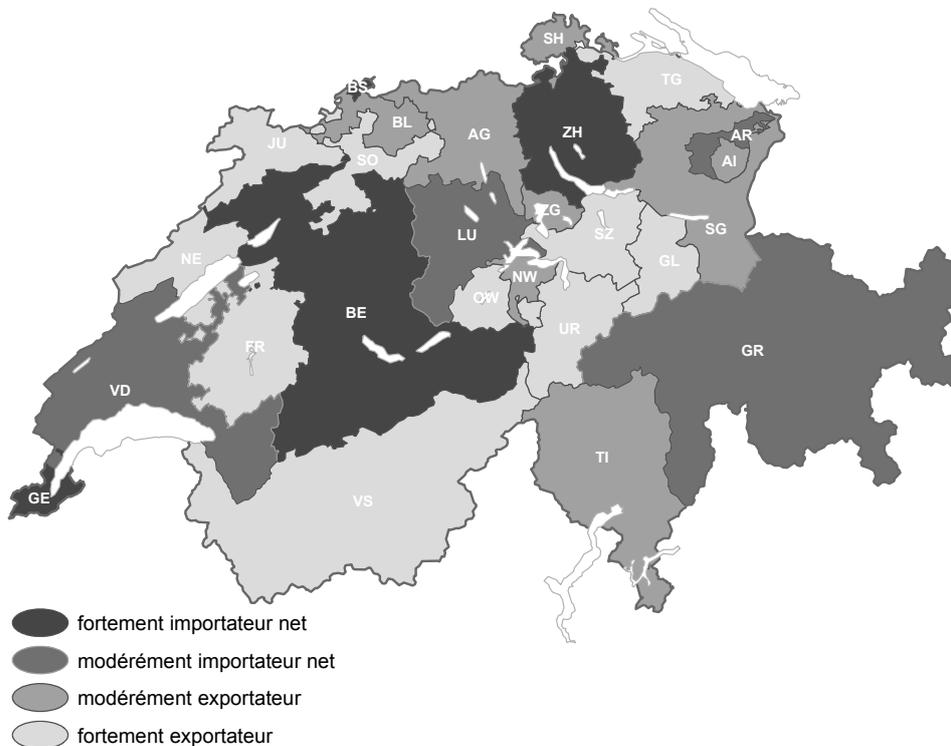
A noter encore que l’attractivité relative exprimée par ce ratio ne dit rien quant à la qualité d’un système hospitalier. Des modèles d’organisation hospitaliers prévoyant de fortes collaborations intercantionales peuvent être très efficaces en termes de coûts et de qualité. Ils vont par ailleurs dans le sens de la coordination intercantonale souhaitée par la révision de la loi sur le financement hospitalier (LAMal, art. 39 al.2).

Tableau 5.4 Principaux flux entrants et sortants (>1% du total des patients) pour les cantons fortement exportateurs

	Envoie vers	Reçoit de
VS	VD, BE, GE	(VD, BE, GE - tous trois <1%)
SO	BE, AG, BL	BE, BL, AG
GL	ZH, SG, GR, SZ	SG, ZH
TG	SG, ZH	ZH, SG
SZ	ZH, LU, ZG, SG	ZH, SG
NE	BE, VD, GE	BE, JU
UR	LU, ZH, NW	SZ
OW	LU, NW, ZH	LU
JU	BE, BS, BL, VD, NE	BE
FR	BE, VD	VD

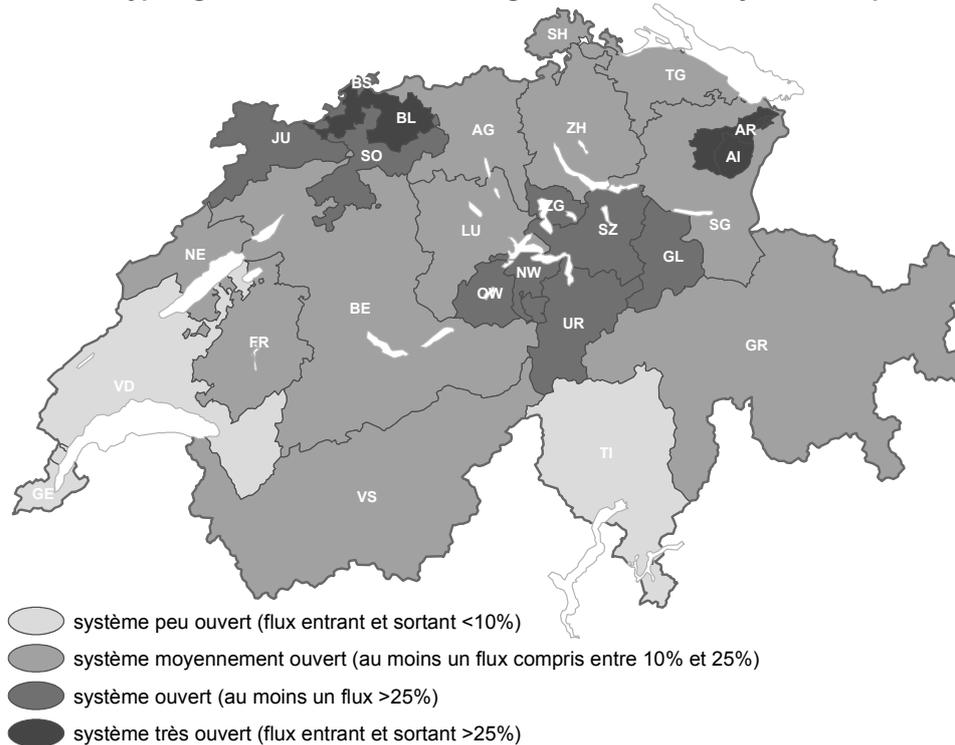
Source: Statistiques médicale et administrative des hôpitaux, OFS 2010, exploitation propre. © Obsan

Figure 5.6 Typologie des cantons selon l’importance relative des flux entrants et sortants, 2010



Source: Statistiques médicale et administrative des hôpitaux, OFS 2010, exploitation propre. © Obsan

Figure 5.7 Typologie des cantons selon le degré d'ouverture du système hospitalier, 2010



Source: Statistiques médicale et administrative des hôpitaux, OFS 2010, exploitation propre.

© Obsan

5.4 Conclusion

L'analyse qui précède suggère différents types de systèmes hospitaliers :

- des systèmes hospitaliers allant de la relative autarcie à la forte ouverture ;
- des systèmes hospitaliers privilégiant les échanges mutuels de patients au niveau régional ;
- d'autres où les flux entrants proviennent de certains cantons et les flux sortants se dirigent vers d'autres.

Les constellations régionales n'ont pas particulièrement changé par rapport à ce que constatait Zahnd (2003) en 2001. On relève par exemple, comme Zahnd (2003), que « les cantons de Suisse centrale, Obwald, Nidwald et Uri, se regroupent autour du canton de Lucerne ». Les collaborations intenses qui existaient en 2001 entre les cantons qui composent dans le quart nord-est de la Suisse (AG, ZH, TG, AI, AR, SG, SH) persistent aujourd'hui, voire ont été renforcées. Berne reste « un centre important pour l'ouest du Plateau, fournissant des soins pour les cantons de Neuchâtel, Fribourg, Soleure et en partie aussi Lucerne ». Enfin Vaud et Genève sont d'importants fournisseurs de prestations pour les autres cantons romands que sont Neuchâtel, Fribourg et le Valais (partie francophone).

De manière générale, on note l'existence d'une relation entre la taille de la population cantonale et la proportion de patients traités hors canton. Cela est probablement lié au fait que certains cantons n'ont pas le volume critique de patients pour développer toutes les infrastructures nécessaires et/ou offrir toute la palette des prestations. Ils font alors le choix ou sont obligés (par exemple en raison de difficultés à recruter du personnel formé) de faire traiter les patients concernés dans d'autres cantons. Les grands cantons en termes de population sont ainsi plutôt des « importateurs nets » de patients et les cantons faiblement peuplés plutôt des « exportateurs nets » de patients.

6 Caractéristiques des hospitalisations hors canton

Dans ce chapitre, nous explorons de manière descriptive les caractéristiques des hospitalisations hors canton. Nous analysons comment leur proportion diffère selon le type d'hôpital, selon le mode d'admission et selon le type de prestations. Il apparaît que les plus grands volumes concernent des séjours dans des hôpitaux de soins généraux (60%), qu'il s'agit principalement d'interventions planifiées ou annoncées (69%) et que le motif le plus fréquent (35%) sont des interventions qui relèvent du paquet de base en chirurgie et en médecine interne. Les probabilités de sortir de son canton de domicile sont par contre les plus grandes lors d'une hospitalisation dans une clinique spécialisée (dans 38% des cas), pour une intervention élective (dans 19% des cas) ou lorsque des soins en radiologie médicale, en soins intensifs (les deux dans 35% des cas) ou en ophtalmologie sont requis (dans 30% des cas).

6.1 Types d'hôpital

Tous les cantons ne disposent pas de la même offre hospitalière et certaines prestations ne sont disponibles que dans certains établissements. La répartition de l'offre spécialisée sur le territoire justifie en elle-même une partie des déplacements des patients. On pense ici aux cinq hôpitaux universitaires, souvent les seuls capables de prendre en charge les cas les plus complexes. On pense aussi aux services spécialisés, qui offrent parfois des prestations uniques en Suisse. Le Centre suisse des paraplégiques (CSP) de Nottwil ou les centres pour grands brûlés du CHUV et de l'Hôpital universitaire de Zurich ne sont que deux exemples²⁴. Enfin, on pense aux cantons dont la taille ne justifie pas d'offrir tout l'éventail des prestations sur leur territoire. Parfois, les cantons payent pour les prestations non disponibles, sans désigner les hôpitaux partenaires, et font confiance aux prestataires qui orientent leurs patients dans des établissements hors canton. D'autres fois, les cantons vont convenir avec d'autres cantons de la prise en charge de certaines spécialités. Une forte collaboration a par exemple été mise en place entre les cantons de Suisse centrale (OW, NW, SZ, LU, UR), qui prévoit la délégation de toute une série d'activités à l'hôpital cantonal de Lucerne. Les flux importants dans cette région illustrent l'effet de ce type d'accords. Ainsi l'une des principales raisons à une hospitalisation hors canton est l'absence sur le territoire cantonal des infrastructures ou des compétences nécessaires à la prise en charge d'un patient.

La première analyse (Tableau 6.1) distingue le type d'hôpital vers lequel se dirigent les hospitalisations extracantonales. Elle se base sur la typologie des hôpitaux de l'Office fédéral de la statistique (OFS) et indique, pour chaque type d'hôpital, la proportion de cas ayant lieu dans et hors canton. Ainsi, lorsque l'hospitalisation a lieu dans un hôpital universitaire, cela donne lieu dans 23% des cas à un séjour hors canton. Lorsqu'elle se déroule dans une clinique spécialisée (en chirurgie, gynécologie ou pédiatrie), l'hospitalisation a lieu dans 38% des cas hors canton. Enfin, un séjour dans un hôpital de soins généraux n'est extracantonale que dans 12% des cas. Ce sont donc les séjours en clinique spécialisée qui amènent le plus fréquemment à sortir de son canton de résidence pour recevoir des soins. Dans l'ordre, c'est lors d'une hospitalisation en clinique spécialisée que la probabilité d'un séjour hors canton est la plus grande, suivie par le séjour dans un hôpital universitaire et enfin dans un hôpital de soins généraux.

²⁴ Rappelons ici que l'analyse porte sur les mouvements de patients pour des soins hospitaliers somatiques aigus, et qu'en conséquence les cliniques et services de réadaptation et de psychiatrie ne sont pas pris en compte.

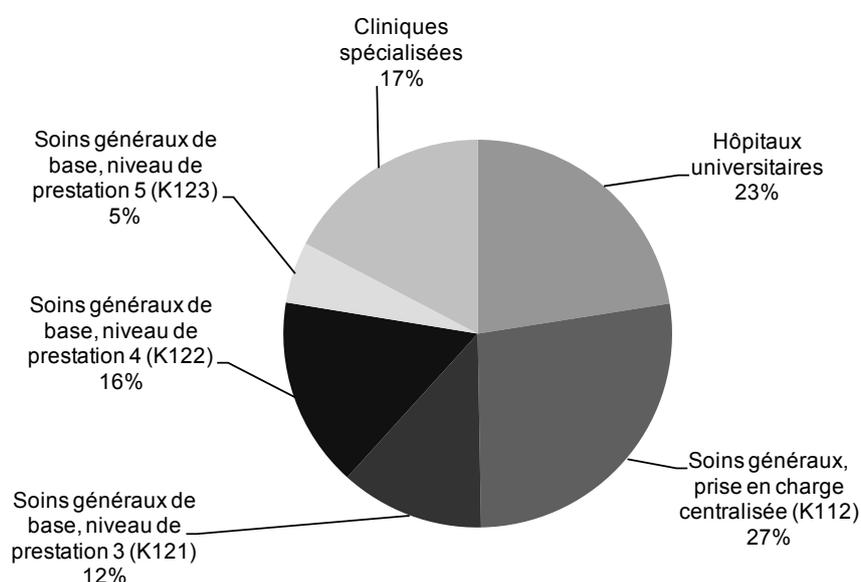
Tableau 6.1 Probabilité d'une hospitalisation hors canton selon le type d'hôpital, 2010

Type d'hôpital	Hospitalisations		p value
	Dans le canton	Hors canton	
Universitaire (K111)	77.4	22.6	<.0001 ²⁵
Clinique spécialisée (K23)	61.9	38.1	
Soins généraux (K1 sans K111)	87.8	12.3	

Source: Statistiques médicale et administrative des hôpitaux, OFS 2010, exploitation propre.

© Obsan

La même question analysée sous l'angle des volumes de patients donne lieu à la Figure 6.1, qui indique la répartition de toutes les hospitalisations *hors canton* entre les hôpitaux universitaires, les cliniques spécialisées et les hôpitaux de soins généraux – de prise en charge centralisée ou de soins de base. Sur 100 hospitalisations en soins aigus hors canton, 50 vont vers un hôpital universitaire ou vers un grand hôpital de soins aigus offrant une prise en charge centralisée (grand hôpital cantonal), 33 vers un hôpital offrant des soins généraux de base et 17 vers une clinique spécialisée. Cette analyse nuance la précédente, en ce qu'elle montre que, même si la probabilité d'être hospitalisé hors canton pour un séjour dans un hôpital de soins généraux est faible (12%), en volume ces flux sont importants. Ensemble, tous les séjours en soins généraux (prise en charge centralisée et de base) représentent 60% des hospitalisations hors canton. En d'autres termes, l'essentiel des hospitalisations en soins aigus hors canton ne sont pas des envois vers les hôpitaux universitaires, ni vers les cliniques spécialisées, mais vers des hôpitaux de soins aigus des autres cantons.

Figure 6.1 Répartition des cas d'hospitalisations hors canton selon le type d'hôpital, 2010

Source: Statistiques médicale et administrative des hôpitaux, OFS 2010, exploitation propre.

© Obsan

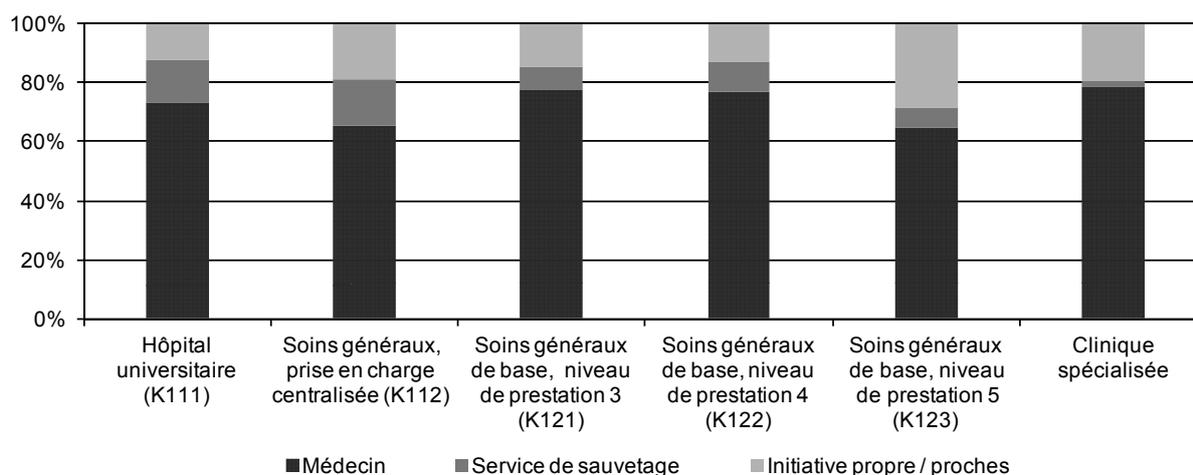
²⁵ Le test d'indépendance du chi-deux utilisé ici indique si les différences dans les proportions de séjour hors canton sont significatives. Le test indique la probabilité d'accepter l'hypothèse d'indépendance. Lorsque celle-ci est très faible, par convention lorsque la p-value < 0,05, on rejette l'hypothèse d'indépendance et l'on admet qu'une relation existe entre les variables. Pour faciliter la lisibilité des tableaux, les p-values ne sont mentionnées qu'une seule fois lorsqu'elles sont identiques pour l'ensemble des variables. Ce test est réalisé par acquis de conscience, plus que par nécessité. La Statistique médicale est un relevé exhaustif de tous les cas d'hospitalisation et non un échantillon, de sorte que la réalisation de tests d'hypothèses n'est en principe pas nécessaire, voire pas pertinente selon les écoles de pensée. De plus, la très grande taille de la base de données (>1 million d'observations) favorise le rejet de l'hypothèse nulle et la conclusion de significativité.

Une hospitalisation peut être décidée par le médecin traitant, par les services de sauvetage ou avoir lieu à l'initiative du patient ou de ses proches (Figure 6.2). Les hospitalisations *hors canton* sont décidées le plus souvent par le médecin traitant, dans tous les types d'hôpitaux. Entre 65 et 75% des séjours extracantonaux relèvent d'une décision du médecin.

Les décisions d'envoi *dans un hôpital du canton* sont aussi le plus souvent le fait du médecin, dans des proportions très similaires à celles observées pour les hospitalisations hors canton. Les seules différences à relever sont la fréquence un peu moindre de l'envoi par le médecin dans un hôpital universitaire, lorsque celui-ci se trouve dans le canton de domicile du patient (dans 64% contre 73% des cas hors canton) et le rôle moindre du médecin par rapport au patient dans la décision de se rendre dans un petit hôpital de soins généraux hors canton (niveau de prestations 5). Le choix d'un tel hôpital est la décision du médecin dans 64% des cas lorsque celui-ci est hors canton, dans 84% lorsqu'il est dans le canton.

L'admission à l'initiative du patient ou de ses proches dans un hôpital hors canton représente entre 12 et 28% des cas. Elle est proportionnellement la plus fréquente dans les petits hôpitaux de soins généraux (28%), puis dans les cliniques spécialisées et les hôpitaux de prise en charge centralisée (20 et 18% respectivement). L'admission hors canton via les services de sauvetage est la plus fréquente dans les hôpitaux universitaires et les hôpitaux de prise en charge centralisée. La nuance entre décision du médecin et du patient est toutefois difficile à établir, dans la mesure où il y a souvent une discussion entre le patient et son médecin quant au lieu d'hospitalisation.

Figure 6.2 Décision d'envoi selon le type d'hôpital, pour les hospitalisations hors canton, 2010



Source: Statistiques médicale et administrative des hôpitaux, OFS 2010, exploitation propre.

© Obsan

6.2 Admissions hors canton : planifiées ou en urgence ?

Dans quelle situation a-t-on le plus de chances d'être hospitalisés hors canton : lorsqu'il s'agit d'une urgence, d'une intervention planifiée ou d'une naissance ? La Tableau 6.2 montre qu'une urgence donne lieu à un séjour hors canton dans 13% des cas. Lorsque l'hospitalisation est planifiée, l'intervention est pratiquée hors canton dans 19% des cas. Enfin, une naissance a lieu hors canton dans 12% des cas. C'est donc en cas d'admission annoncée et planifiée que la probabilité d'un séjour hors canton est la plus importante.

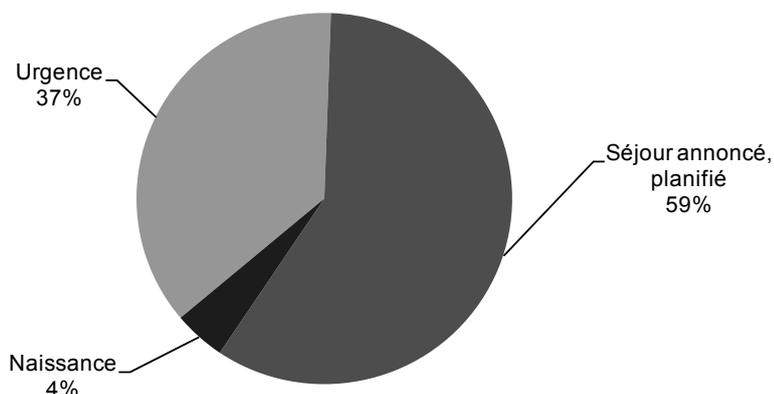
Tableau 6.2 Probabilité d'une hospitalisation hors canton, selon le mode d'admission, 2010

		Hospitalisations		p value
		Dans le canton	Hors canton	
Admission	Urgence	86.9	13.1	<.0001
	Annoncé, planifié	81.4	18.6	
	Naissance	88.2	11.8	

Source: Statistiques médicale et administrative des hôpitaux, OFS 2010, exploitation propre.

© Obsan

L'analyse en termes de volumes amène un résultat similaire (Figure 6.3). Les hospitalisations hors canton sont principalement des hospitalisations annoncées et planifiées (59%). Ainsi le plus souvent, un patient envoyé ou décidant de se faire traiter dans un autre canton le fait pour une intervention électorive. Les urgences représentent un grand tiers (37%) des hospitalisations hors canton tandis que les naissances ne constituent qu'une très faible proportion des séjours hors canton (4%).

Figure 6.3 Répartition des cas d'hospitalisations hors canton, selon le mode d'admission, 2010

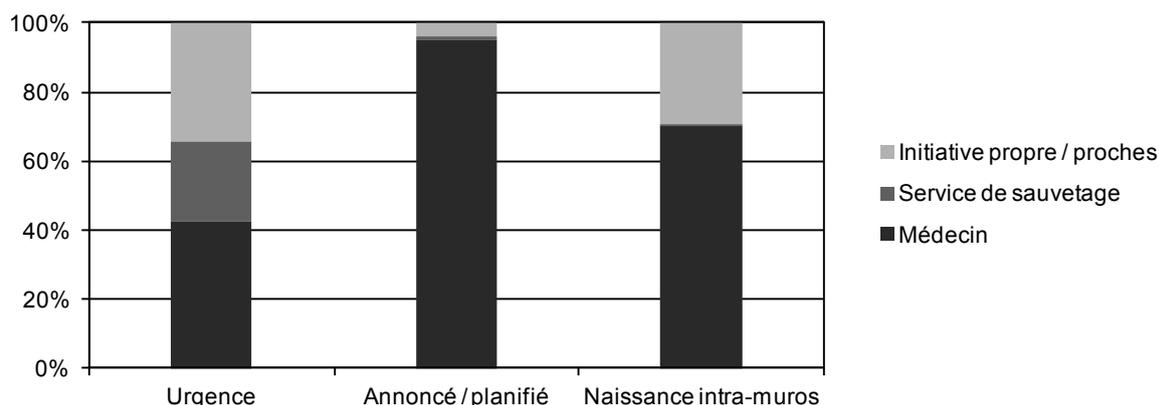
Source: Statistiques médicale et administrative des hôpitaux, OFS 2010, exploitation propre.

© Obsan

Lorsque l'admission est planifiée, elle a été décidée dans 95% des cas par le médecin traitant (Figure 6.4). Celui-ci joue donc un rôle prééminent dans l'envoi des patients hors canton, soit en tant que prescripteur soit en tant que relais du souhait du patient. A noter que ceci vaut aussi pour les séjours planifiés dans le canton, dont la décision d'envoi revient au médecin dans 95% des cas également²⁶.

En cas d'urgence, l'hospitalisation hors canton est décidée dans 40% des cas par le médecin, dans 30% des cas par le patient ou ses proches et 30% des cas par les services de sauvetage. Les proportions sont similaires pour les hospitalisations urgentes dans le canton (avec une proportion un peu plus haute de décision du patient et un peu plus faible des services de sauvetage).

²⁶ Les quelques cas annoncés / planifiés dont la décision d'envoi est attribuée aux services de sauvetage correspondent soit à des cas où ceux-ci ont prévenu l'hôpital de leur arrivée ou éventuellement des erreurs de codage.

Figure 6.4 Décision d'envoi selon le type d'admission, pour les hospitalisations hors canton, 2010

Source: Statistiques médicale et administrative des hôpitaux, OFS 2010, exploitation propre.

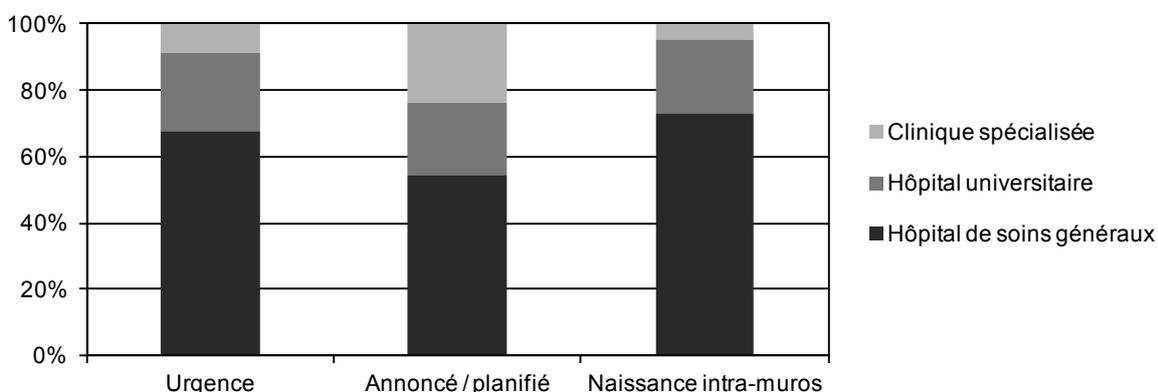
© Obsan

6.2.1 Admissions planifiées : vers quels types d'hôpitaux ?

Vers quel type d'établissements sont en priorité envoyés les patients pour des interventions planifiées ? Comme l'illustre la Figure 6.5, une proportion assez importante, à savoir un quart, a lieu dans une clinique spécialisée. Sur quatre hospitalisations *planifiées* hors canton, une a lieu dans une clinique spécialisée, une dans un hôpital universitaire et deux dans un hôpital de soins généraux.

Les interventions urgentes prises en charge hors canton suivent un schéma un peu différent. Dans deux-tiers des cas, le patient est admis dans un hôpital de soins généraux, dans un quart des cas, il rejoint un hôpital universitaire et plus rarement (8,6% des cas) une clinique spécialisée. L'image globale est très semblable pour les naissances hors canton, qui ont lieu le plus souvent dans un hôpital de soins généraux. En résumé, une urgence ou une naissance hors canton a lieu le plus souvent dans un hôpital de soins généraux.

Cela reflète aussi le fait que les cliniques spécialisées assurent plutôt des prises en charge planifiées (ou annoncées) que des urgences²⁷. Les hôpitaux universitaires prennent en charge une proportion équivalente de tous les types d'admissions, c'est-à-dire qu'ils traitent 22-23% des urgences, des naissances et des interventions planifiées ayant lieu hors canton.

Figure 6.5 Mode d'admission selon le type d'hôpital, pour les hospitalisations hors canton, 2010

Source: Statistiques médicale et administrative des hôpitaux, OFS 2010, exploitation propre.

© Obsan

²⁷ Il en va de même pour les hospitalisations dans le canton de résidence où les cliniques spécialisées assurent 2,6% des urgences, 8,6% des interventions planifiées et 1,5% des naissances du total des hospitalisations.

6.3 Types de diagnostics et d'interventions

6.3.1 Probabilités par centres et par groupes de prestations

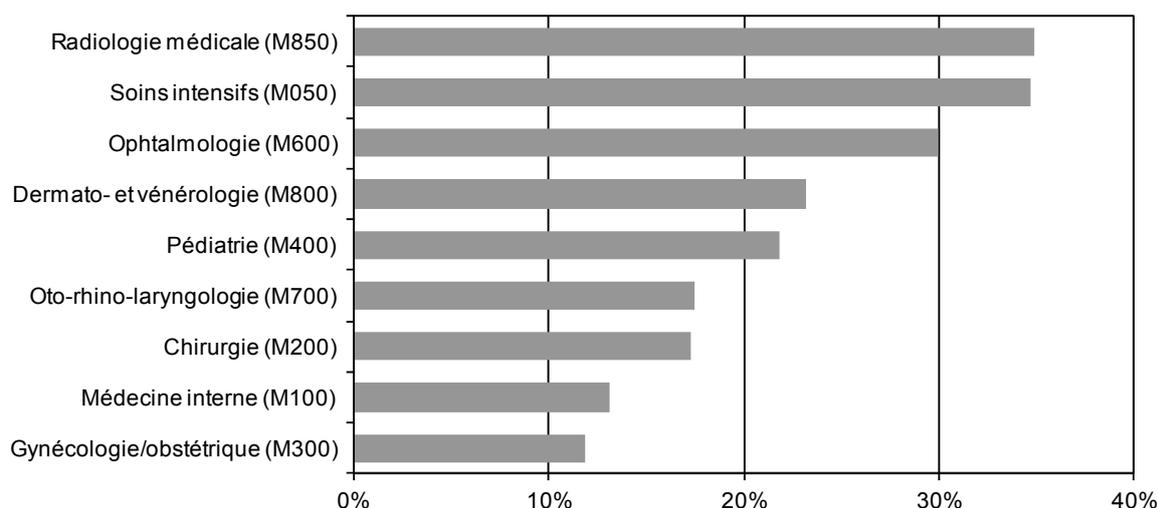
Pour quels types de diagnostics ou d'interventions a-t-on la plus grande probabilité de se déplacer hors canton ? L'analyse se base sur la répartition des cas par centres de prestations au sens de la Statistique des hôpitaux (voir description à la section 4.3).

Avec 35% des cas hors canton, la radiologie médicale (M850)²⁸ et les soins intensifs (M050)²⁹ sont les prises en charges les plus souvent associées à une hospitalisation hors canton. Les interventions en ophtalmologie (M600) sont aussi souvent traitées hors des frontières cantonales, puisque 30% des hospitalisations relatives à une affection de l'œil ont lieu hors canton. Viennent ensuite les cas en pédiatrie ainsi qu'en dermato- et vénéréologie, dont 22% respectivement 23%, sont pris en charge hors du canton de domicile.

La chirurgie (M200) et l'oto-rhino-laryngologie (M700) affichent une proportion correspondant à la moyenne, toutes spécialités confondues (à savoir 16%). Enfin, la médecine interne et la gynécologie/obstétrique (avec 13,1% respectivement 11,8%) requièrent moins fréquemment un séjour hors canton. Autrement dit, les soins en médecine interne et en gynécologie/obstétrique sont les prestations qui peuvent le plus souvent être assurées au sein des cantons. A noter encore que les principaux centres de prises en charge des coûts – M100, M200, M300 et M400 – représentent, à eux quatre, 93% de toutes les hospitalisations.

Zahnd (2003) a réalisé une analyse identique pour 2001. Sous réserve de la qualité des données de l'époque, les séjours extracantonaux ont beaucoup gagné en importance dans les domaines de la radiologie médicale, de l'ophtalmologie de même que dans les soins intensifs. Aujourd'hui, 30% des séjours en ophtalmologie ont lieu hors canton contre 15% en 2001. En radiologie médicale, la proportion actuelle est de 35% contre 18% en 2001. Enfin 35% des séjours en soins intensifs sont extracantonaux contre 27% en 2001.

Figure 6.6 Proportion d'hospitalisations hors canton, selon le centre de prise en charge, 2010



Source: Statistiques médicale et administrative des hôpitaux, OFS 2010, exploitation propre.

© Obsan

²⁸ Notamment les radiothérapies dans le traitement des cancers.

²⁹ Notamment accidents cardiaques et cérébro-vasculaires, accidents graves.

Une analyse détaillée par groupes de prestations (selon la classification de la Direction de la santé du canton de Zurich) est présentée au tableau 11.1 (en annexe). Il indique, par ordre décroissant, la probabilité que l'hospitalisation ait lieu hors canton pour chacun des 115 groupes de prestations. La proportion du total des hospitalisations que représente ce groupe est indiquée en complément.

De manière générale, on constate que les prestations relevant de la médecine hautement spécialisée³⁰ ont une probabilité très élevée d'être réalisées hors canton. Sept interventions ont même plus de chances d'avoir lieu hors canton que dans le canton de domicile. Elles concernent en particulier des transplantations ou des implants. Par exemple, la transplantation allogénique de cellules souches hématopoïétiques est effectuée hors canton dans 73% des cas. Toutes représentent moins de 1% des cas d'hospitalisation.

Il faut attendre la 51^e position (sur 115) des plus grandes probabilités d'intervention hors canton pour trouver le premier groupe de prestations dépassant le seuil de 1% des cas d'hospitalisation. Il s'agit de la cardiologie interventionnelle (interventions coronariennes), qui représente 2,8% de tous les cas d'hospitalisation, et à laquelle est associée une probabilité de 24% d'être effectuée hors canton. La même probabilité (24%) est associée à la chirurgie de l'appareil locomoteur (3,7% des cas).

Le site internet de l'OFSP³¹, via le système MAPRESSO, offre la possibilité d'obtenir très facilement des informations plus détaillées, par canton et par APDRG MDC ou par catégories CHOP ou encore par chapitres CIM-10. Il montre sur une carte d'où proviennent principalement les patients entrants d'un canton, pour un APDRG MDC. La dernière année disponible est 2008.

6.3.2 Volumes extracantonaux selon les groupes de prestations

La même analyse, mais en volume, donne des résultats très différents (Tableau 11.3). Le plus grand volume de patients hors canton concerne des prestations du paquet de base en chirurgie et en médecine interne. Avec quelques 61 500 cas en 2010, ces interventions représentent 35% du volume des hospitalisations hors canton. Par contre, la probabilité de sortir du canton pour ce groupe de prestations n'est que de 14%. Autrement dit, même si le plus souvent les interventions du paquet de base en chirurgie et en médecine interne peuvent être effectuées dans les hôpitaux du canton, celles-ci représentent, en volume, le motif le plus fréquent d'une hospitalisation hors canton.

Le deuxième plus grand volume de patients hors canton concerne les prestations de base liées à l'accouchement (Soins de base en obstétrique). Ce flux est six fois plus petit que le précédent, avec quelques 10 200 cas annuellement. Il représente 6% des hospitalisations hors canton et est associé à une probabilité de 11%, inférieure à la moyenne, d'une hospitalisation hors canton.

Le troisième flux le plus important concerne la chirurgie de l'appareil locomoteur (en général), avec 9900 cas traités hors canton et une probabilité d'être traité hors canton de 24%. Comme le précédent, ce flux représente 6% des hospitalisations hors canton.

A titre de comparaison avec la section précédente où elles arrivaient en 51^e position, les interventions coronariennes arrivent en cinquième position en termes de volumes, avec 7700 cas hors canton en 2010. Cela constitue 4,3% des hospitalisations hors canton.

³⁰ Celle-ci comprend les domaines et prestations de la médecine se caractérisant par la rareté de l'intervention, par leur haut potentiel d'innovation, par un investissement humain ou technique élevé ou par des méthodes de traitements complexes (CDS 2009, Convention intercantonale relative à la médecine hautement spécialisée (CIMHS))

³¹ http://www.bag.admin.ch/hospital/index.html?webgrab_path=aHR0cDovL3d3dy5iYWctYW53LmFkbWluLmNoL2t1di9zcGl0YWxzZGF0aXN0aWsvG9ydGFsX2ZyLnBocD9sYW5nPWZyJmFtcDtuYXZpZD1tYXByZXNzbw%3D%3D&lang=fr. Dernier accès le 25.09.2012.

Dès le 20^e groupe de prestations, on descend en-dessous du seuil de 1% des hospitalisations. Ainsi, ce sont quelques groupes de prestations qui font l'essentiel des séjours extracantonaux. Ensemble, les 20 premiers groupes de prestations constituent 81,2% des cas traités hors canton. Six d'entre eux concernent la chirurgie de l'appareil locomoteur, avec les arthroscopies du genou, la reconstruction des extrémités inférieures et supérieures, la chirurgie vertébrale et l'orthopédie.

7 Caractéristiques des patients hospitalisés hors canton

La structure cantonale de l'offre, la liste des hôpitaux reconnus et les conventions hospitalières intercantionales influencent la proportion et la direction des hospitalisations hors canton. A côté de cela, les préférences des patients jouent aussi un rôle dans le choix du lieu d'hospitalisation. Selon le sexe, l'âge, le niveau de revenu et/ou d'éducation, tout comme en fonction d'éléments culturels tels que la nationalité ou l'appartenance linguistique, les préférences des patients peuvent différer en matière de lieu d'hospitalisation. Faute de données disponibles, il ne nous est pas possible d'examiner toutes les dimensions qui seraient intéressantes (voir discussion sous 4.3). Dans ce qui suit, nous nous attachons à décrire les caractéristiques des patients hospitalisés hors canton, en termes de sexe, d'âge, de langue et de nationalité ainsi que de couverture par une assurance complémentaire en chambre (semi-)privée.

Nous constatons que la fréquence des hospitalisations hors canton diminue avec l'âge, est plus fréquente parmi les hommes et parmi les résidents suisses. La région linguistique joue un rôle, sans que l'on puisse dire s'il est culturel, géographique ou structurel. Enfin, le séjour hors canton s'observe davantage lorsque le patient dispose d'une assurance complémentaire en chambre (semi-)privée.

7.1 Age et sexe

Les hommes sont hospitalisés un peu plus souvent que les femmes hors de leur canton de domicile. Mais surtout la probabilité d'une hospitalisation hors canton varie avec l'âge. L'analyse montre que les hospitalisations hors canton de résidence sont plus fréquentes pour la population de moins de 65 ans (Tableau 7.1). Entre 16,3% et 18,6% des 18-64 ans sont hospitalisés hors canton. Entre 65 et 79 ans, cette proportion diminue à 14,5% et surtout à 7,9% après 80 ans. La probabilité d'une hospitalisation hors canton diminue donc de manière importante à partir de 65 ans.

Les patients du 3^e et du 4^e âge se font moins souvent hospitaliser hors de leur canton de résidence. Ce constat peut refléter des préférences plus marquées des patients plus âgés pour une proximité avec leur lieu de domicile. Il se peut aussi que les traitements pour les pathologies affectant le plus ces classes d'âges sont plus souvent disponibles localement ou que la fréquence plus grande de multimorbidité freine les déplacements.

Les hommes sont hospitalisés un peu plus souvent hors de leur canton de résidence que les femmes et ce de manière plus marquée dans la classe d'âge des 18-39 ans. Dans cette tranche d'âge, chez les femmes, on peut supposer qu'une certaine proportion des hospitalisations est liée aux accouchements. En l'absence de complications, la plupart des femmes choisissent vraisemblablement un hôpital proche de leur lieu de domicile.

Tableau 7.1 Hospitalisations selon le sexe et l'âge, en %, 2010

Classe d'âge	Hospitalisations hors canton de domicile			p value
	Homme	Femme	Tous	
0-17 ans	18.2	17.0	17.6	
18-39 ans	20.2	14.6	16.3	
40-64 ans	19.0	18.3	18.6	< .0001
65-79 ans	15.2	13.9	14.6	
+80 ans	8.9	7.6	8.1	

Source: Statistiques médicale et administrative des hôpitaux, OFS 2010, exploitation propre.

© Obsan

7.2 Langue et nationalité

Le critère de la langue est un facteur important en Suisse. Pouvoir comprendre et se faire comprendre du personnel soignant et des médecins est important pour la qualité des soins et concourt au sentiment de sécurité du patient. La correspondance entre la langue du patient et celle de l'hôpital peut ainsi être un élément pris en compte dans le choix du lieu d'hospitalisation. Il est par exemple imaginable qu'un patient francophone résidant dans le canton de Berne privilégie une hospitalisation dans un canton francophone limitrophe plutôt que dans son canton de domicile. Analyser la correspondance entre langue du patient et celle du lieu d'hospitalisation n'est toutefois pas réalisable du fait que la Statistique médicale ne recense pas la langue du patient.

Les préférences en matière de mobilité peuvent aussi varier en fonction de la région linguistique. Il est par exemple envisageable que latins et alémaniques attribuent une importance différente au fait d'être hospitalisés près de leur domicile. Dans les cantons romands et le Tessin, la proportion de patients hospitalisés hors canton est de 6,6% ; elle est de 10,0% dans les cantons bilingues et de 16,6% dans les cantons alémaniques (Tableau 7.2). On perçoit ainsi un gradient est-ouest dans la propension aux hospitalisations hors canton, avec des Alémaniques plus souvent hospitalisés ailleurs que dans leur canton de domicile.

Plutôt qu'à des préférences des habitants, ce constat peut aussi être lié à l'étendue de l'offre hospitalière cantonale. Par exemple, la Suisse romande dispose de deux hôpitaux universitaires tandis que la Suisse alémanique en compte trois, pour un territoire et un bassin de population plus importants. Les romands ont donc, toutes choses égales par ailleurs, une probabilité moins grande de devoir sortir de leur canton pour ce type de prise en charge. De plus s'il s'avère que les cantons alémaniques misent davantage sur les collaborations intercantionales, leurs flux de patients hors canton seront nécessairement plus importants. Cette option dans la conception des structures hospitalières cantonales peut lui-même être le fruit de préférences différentes de la population et de ses représentants politiques par rapport à la proximité des structures hospitalières. Il se peut aussi que le supplément de mouvements de patients soit lié à la taille des cantons ou à des conditions géographiques plus favorables en termes d'accessibilité. Ainsi les distances moyennes au lieu de domicile ne seraient pas plus grandes en Suisse orientale, mais les conditions géographiques et administratives amèneraient plus souvent à changer de canton. En résumé, la progression des hospitalisations hors canton à mesure que l'on va vers l'est contient peut-être une composante culturelle, mais sûrement une composante structurelle, relative à la taille et à la composition des offres hospitalières cantonales.

Tableau 7.2 Hospitalisations hors canton selon la zone linguistique et la nationalité, en %, 2010

Hospitalisations hors canton de domicile			
	Caractéristiques	%	p value
Cantons	Latins	6.6	<.0001
	Bilingues	10.0	
	Alémaniques	16.6	
Nationalité	Suisses	19.2	<.0001
	Etrangers	13.2	

Source: Statistiques médicale et administrative des hôpitaux, OFS 2010, exploitation propre.

© Obsan

Cette dimension culturelle pourrait aussi imprégner les choix des résidents suisses et étrangers, même s'il faut relever qu'il est difficile d'être précis lorsqu'on analyse les patients d'origine étrangère. Une analyse par nationalité n'est pas possible pour des raisons de protection des données, de sorte que nous ne faisons que la distinction entre "Suisse" et "non-Suisse". De plus, les "non-Suisses" correspondent à la population résidente étrangère en Suisse, c'est-à-dire aussi bien aux personnes de

2^e ou 3^e génération qu'aux migrants. Le constat, selon lequel les étrangers sont moins souvent hospitalisés hors de leur canton que les Suisses, est donc difficile à expliquer. Cette différence dans le comportement de recours aux soins pourrait refléter d'autres préférences par rapport à la proximité du domicile. Elle pourrait aussi être mise en lien avec des différences dans le statut socio-économique et dans le degré de connaissance du système de santé. Par ailleurs, une récente étude de l'Observatoire suisse de la santé a mis en lumière qu'un certain nombre de problèmes de santé concernaient plus spécifiquement cette population migrante (Moreau-Gruet et Luyet 2012). Dans leur rapport, les auteurs constatent des différences notables pour certains diagnostics, notamment les hospitalisations pour des affections chroniques telles que le diabète et les maladies cardio-vasculaires.

7.3 Présence d'une assurance d'hospitalisation en division (semi-)privée

La présence d'une assurance d'hospitalisation en division (semi-)privée est un indicateur du statut socio-économique et aussi de l'importance que le patient attache au libre choix de l'hôpital, voire du médecin. Comme dans les études internationales, le type d'assurance se révèle en Suisse un facteur important dans la décision du lieu d'hospitalisation (voir par exemple Liu et al., 2008; Escarce et Kapur, 2009). Les patients hospitalisés en chambre (semi-)privée sont plus souvent pris en charge hors de leur canton que les patients en chambre commune. Ils sont 22,5% à séjourner hors canton contre 13,4% pour les patients hospitalisés en chambre commune.

La mobilité est plus grande parmi les patients bénéficiant d'une assurance pour hospitalisation en chambre (semi-)privée, laquelle inclut systématiquement l'option « dans toute la Suisse ». Entre 20% et 25% de la population a conclu ce type d'assurance. Il serait intéressant de voir si une différence existe aussi entre les patients bénéficiant de l'option « en division commune, dans toute la Suisse », dont dispose pratiquement 70% des patients, et ceux qui n'ont que l'assurance obligatoire des soins. Malheureusement, les données nous manquent pour réaliser une telle analyse.

Tableau 7.3 Hospitalisations selon le type de chambre occupée, en %, 2010

	Hospitalisations		p value
	Dans le canton	Hors canton	
En chambre commune	86.6	13.4	<.0001
En chambre (semi-)privée	77.5	22.5	

Source: Statistiques médicale et administrative des hôpitaux, OFS 2010, exploitation propre.

© Obsan

8 Principaux facteurs d'influence

Les différentes dimensions présidant à une prise en charge hors canton ne sont pas indépendantes l'une de l'autre. Le choix du lieu d'hospitalisation dépend à la fois du diagnostic, de l'urgence de la situation et de l'offre disponible sur place ainsi que des préférences des patients. Selon les circonstances, les différents aspects n'auront pas le même poids dans la décision. C'est pourquoi nous avons estimé, à l'aide d'une régression logistique, la force de l'association entre chacune des variables analysées et le lieu d'hospitalisation, lorsque l'on tient compte de l'influence des autres facteurs. Le but de cette approche multivariée est de mettre en évidence les facteurs qui accroissent le plus fortement la probabilité d'une hospitalisation hors canton. Notre variable dépendante est l'hospitalisation dans ou hors canton de résidence et le principal point d'intérêt, dans la perspective de l'extension du libre choix de l'hôpital, la relation entre le patient et le lieu d'hospitalisation.

Comme précédemment, nous utilisons pour l'analyse les données 2010 des Statistiques médicale et administrative des hôpitaux, soit les plus récentes disponibles. Les critères d'inclusion sont inchangés, à savoir que l'analyse porte sur les seuls soins somatiques aigus, réalisés en stationnaire, sur des patients ayant quitté l'hôpital en 2010. Les patients résidant à l'étranger ne sont pas pris en compte et, seule différence par rapport aux chapitres précédents, les centres de prestations peu spécifiques, soit les centres de prestations Médecine générale (M000) et Autres (M990), sont exclus. Le set de données de départ comporte toujours 1,07 millions de cas d'hospitalisations, dont 1,04 sont utilisés dans le modèle après exclusion des cas comportant une valeur manquante sur l'une ou l'autre variable.

8.1 Variables de l'analyse multivariée

La variable dépendante y_i est le lieu d'hospitalisation du patient. Le lieu d'hospitalisation est modélisé comme un choix discret, selon lequel le patient peut être hospitalisé dans ou hors de son canton de résidence. Ainsi la variable dépendante prend la valeur de 0 si l'hospitalisation a lieu dans le canton de résidence, de 1 dans le cas contraire (hospitalisation hors canton). Par exemple, un patient résidant dans le canton de Vaud hospitalisé au CHUV à Lausanne est codé 0. Si ce même patient est traité aux HUG à Genève, la variable est codée 1. Cela s'écrit comme suit :

$$y_i = \begin{cases} 0 & \text{si le patient est hospitalisé dans son canton de résidence} \\ 1 & \text{si le patient est hospitalisé hors de son canton de résidence} \end{cases} \quad (1)$$

Le Tableau 8.1 décrit l'ensemble des variables indépendantes utilisées dans le modèle. Le choix des variables est discuté succinctement, le lecteur intéressé pouvant se référer au chapitre 4 pour plus de détails.

Tableau 8.1 Variables indépendantes

Variabes	Description
Age	En dizaines d'années (variable continue)
Sexe	Homme =0; Femme =1
Nationalité	Suisse = 0; Etranger =1
Type de chambre occupée	Chambre commune =0; Chambre (semi-)privée =1
Mode d'admission	Planifiée=1 ; Urgence=2 ; Naissance =3
Centre de prestations	M050 = Soins intensifs ; M100 = Médecine interne; M200 = Chirurgie; M300 = Gynécologie et obstétrique; M400 = Pédiatrie; M600 = Ophtalmologie; M700 = Oto-rhino-laryngologie; M800 = Dermatologie et vénérologie; M850 = Radiologie médicale
Type d'hôpital	Hôpital de soins généraux=1; Hôpital universitaire =2 ; Clinique spécialisée =3
Groupe de cantons	Romands =1 ; Bilingues =2; Alémaniques =3
Taille du canton de résidence	En nombre d'habitants (en centaine de milliers, variable continue)

L'analyse cherche à mettre en lumière les facteurs accroissant la probabilité d'une hospitalisation hors canton. Au niveau du patient, nous envisageons le sexe, l'âge, la nationalité, le mode d'admission et le type de chambre occupée. Au niveau de l'hôpital, nous analysons l'effet du type d'hôpital (universitaire, de soins généraux ou spécialisé). Certains auteurs utilisent le type d'hôpital comme une approximation de la réputation et de la qualité de l'hôpital (Luft, Garrick, et al.,1990 ; Adams, Houchens et al. 1991), en ce sens que les hôpitaux universitaires sont aptes à prendre en charge des cas plus complexes et perçus par la population comme offrant des meilleurs soins. Nous retenons surtout l'interprétation que ces différents types d'hôpitaux offrent des prestations différentes dans leur nature et leur complexité, répondant à des besoins en soins différents. De ce fait, nous n'intégrons pas l'indice de case-mix dans le modèle car celui-ci reflète précisément la complexité des cas et est par définition lié au type d'hôpital. Ces deux variables seraient redondantes.

Les centres de prise en charge M050 à M850 sont utilisés comme indicateur du type de prise en charge pour lesquelles il est le plus fréquent de devoir se déplacer hors des frontières cantonales. Ceux-ci correspondent au centre de prestations sur lequel l'essentiel des dépenses sont imputées. Ils recouvrent les soins intensifs, la médecine interne, la chirurgie, la gynécologie/obstétrique, la pédiatrie, l'ophtalmologie, l'oto-rhino-laryngologie, la dermatologie et vénérologie et la radiologie médicale.

L'offre hospitalière disponible est un aspect qui nous paraît important pour expliquer la probabilité d'être hospitalisé hors de son canton. Nous supposons que celle-ci est inversement liée à la taille du canton, les petits cantons ayant moins la possibilité de développer toute la palette des prestations, de sorte que leurs habitants ont – toutes choses égales par ailleurs – plus de chances d'être pris en charge hors des frontières cantonales. La variable « Taille du canton », qui indique le nombre d'habitants exprimé en centaine de milliers, nous permet de tester cette hypothèse.

Enfin, l'analyse descriptive suggère que les modèles d'organisation pourraient différer en Suisse, avec des hospitalisations hors canton plus fréquentes à mesure que l'on se dirige vers l'est du pays. Afin de vérifier si ce résultat subsiste lorsque l'on tient compte des autres facteurs d'influence, nous avons groupé les cantons de résidence d'ouest en est, avec les cantons romands et le Tessin dans un premier groupe, les cantons bilingues dans un deuxième et les cantons germanophones dans un troisième.

8.2 Modèle logistique

Nous cherchons à déterminer l'impact des caractéristiques des patients, des hôpitaux et de l'offre hospitalière cantonale sur les flux de patients. Ces derniers sont modélisés comme la probabilité d'une intervention dans ou hors canton, soit comme une variable binaire (0 ou 1). Pour l'analyse, nous développons un modèle de régression logistique, précisément un modèle dit "logit"³², dans la mesure où il s'agit de la méthode standard pour l'analyse de variables dépendantes dichotomiques. Un des principaux avantages de ce type de modèle est la facilité d'interprétation des coefficients, ces derniers étant exprimés en termes de probabilités relatives. Mathématiquement, un tel modèle s'exprime de la manière suivante:

$$p_i = p(y_i = 1) = \beta_0 + \beta_i x_i + \varepsilon_i \quad (2)$$

où β_i représente les coefficients de régression et X_i les variables indépendantes. Nous modélisons ici la probabilité que $Y = 1$ ($p(y_i=1)$), c'est-à-dire la probabilité de choix d'une hospitalisation hors du canton de résidence.

Pour mesurer le pouvoir explicatif d'un tel modèle, nous utilisons une mesure de la vraisemblance (ou log-likelihood en anglais). Une telle mesure donne une indication de l'ampleur de l'information que le modèle ne nous permet pas d'expliquer. Plus cette mesure de la vraisemblance est grande, plus il y a d'observations inexpliquées. Pour développer notre modèle, la mesure de vraisemblance a été calculée pour le modèle de base, puis comparée avec la mesure de vraisemblance calculée pour le modèle de base auquel on ajoute une variable, et ainsi de suite jusqu'à ce que toutes les variables du modèle aient été testées. Cette manière de procéder correspond à la méthode de sélection des variables dite pas à pas (ou stepwise en anglais). A chaque étape, la mesure diminue, ce qui nous indique que l'ajout des variables améliore la qualité du modèle.

8.3 Odds ratios

8.3.1 Interprétation du graphique

Pour en faciliter l'interprétation, les résultats sont présentés sous forme de graphique (Figure 8.1), représentant les odds ratio (barres grises épaisses) et leurs intervalles de confiance (barres noires fines). Les odds ratio montrent la probabilité relative d'une modalité par rapport à la modalité de référence. Par exemple, un odds ratio de 2 indique une probabilité deux fois plus grande que celle de la modalité de référence ; un odds ratio de 0,5 correspond à une probabilité la moitié moins grande. Les intervalles de confiance indiquent si les odds ratio sont significatifs : lorsqu'un intervalle de confiance recoupe la valeur 1, les résultats ne diffèrent pas significativement entre cette modalité et la modalité de référence. Pour le lecteur intéressé, les résultats détaillés de la régression logistique sont présentés au Tableau 11.1 en annexe.

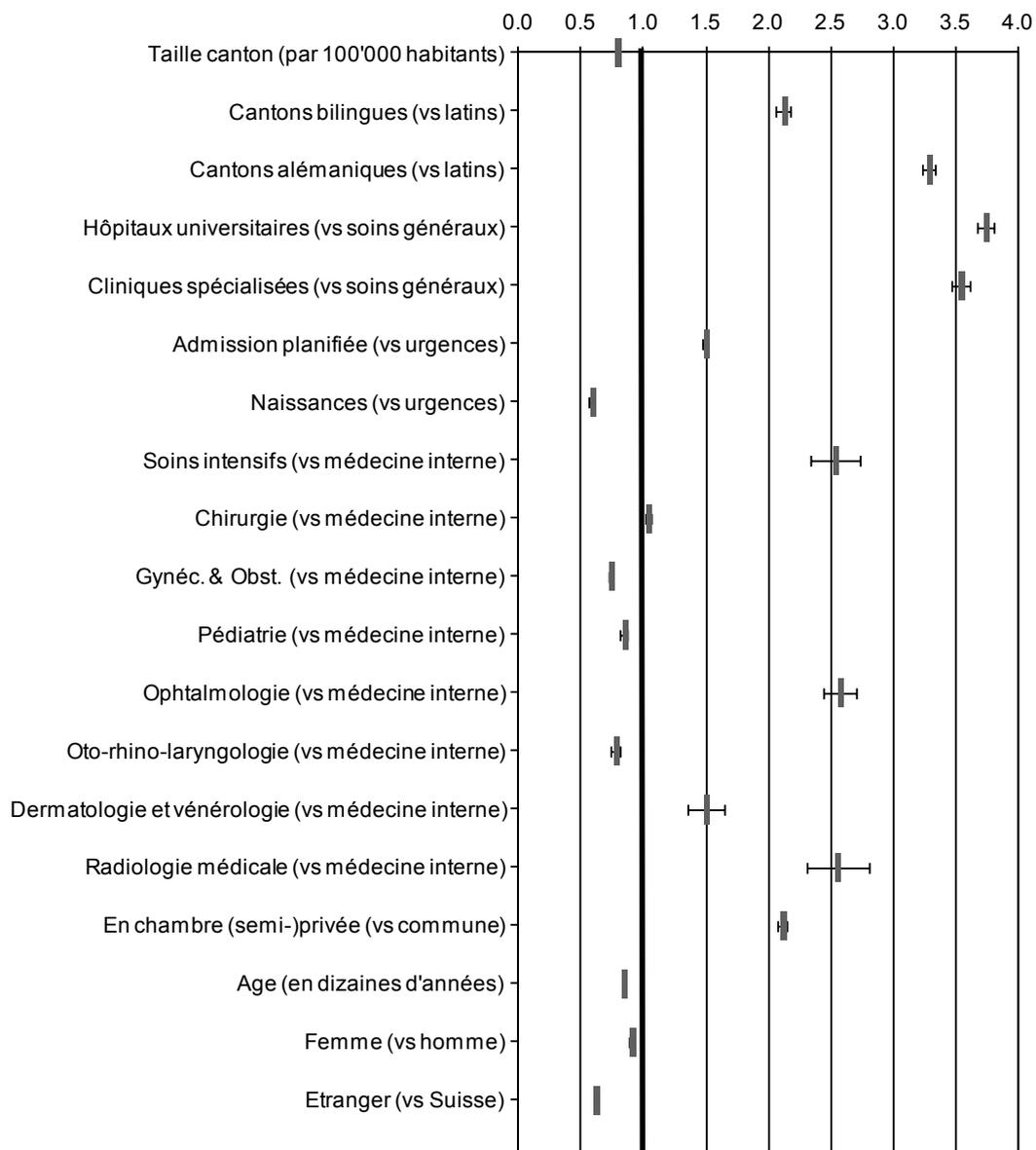
Pour interpréter le graphique, les odds ratio sont à comparer à la ligne en gras. Plus ils sont proches de cette ligne, à savoir de 1, plus leur effet sur la probabilité d'une hospitalisation hors canton est faible. Les valeurs à gauche de la ligne en gras ont un effet négatif sur la probabilité d'une hospitalisation hors canton et, à l'opposé, celles situées à droite de la ligne ont un effet positif. Par exemple, par rapport à une admission en urgence, la probabilité d'une hospitalisation hors canton est 1,5 fois supérieure si l'hospitalisation est planifiée. Elle est 0,6 fois inférieure pour une naissance intra-muros. La même logique s'applique pour l'interprétation des autres variables indépendantes.

³² Par opposition à un modèle « probit ».

Les variables indépendantes catégorielles sont à interpréter en relation avec une catégorie de référence. Si une variable indépendante se compose de trois catégories, comme par exemple la variable "Type d'hôpital", seuls deux coefficients sont calculés (hôpital universitaire et clinique spécialisée) et doivent être interprétés en fonction de la catégorie de référence (hôpital de soins généraux). La catégorie de référence est indiquée entre parenthèses à côté du nom de la variable.

Les variables Age et Taille du canton sont des variables continues. Le odds ratio représente alors la variation de la probabilité d'une hospitalisation hors canton lorsque l'âge, respectivement le nombre d'habitants, augmentent d'une unité. A relever que pour avoir des unités qui font sens, l'âge est exprimé en décennies (52 ans = 5,2 décennies) et le nombre d'habitants en centaines de milliers.

Figure 8.1 Odds ratio, par covariable, avec intervalle de confiance à 95%



Note: Odds ratio = probabilité relative d'une hospitalisation hors canton par rapport à une hospitalisation dans le canton de domicile

Source: Statistiques médicale et administrative des hôpitaux, OFS 2010, exploitation propre.

© Obsan

8.3.2 Résultats

Le facteur qui contribue le plus³³ à expliquer la probabilité d'une hospitalisation extracantonale est la taille du canton, exprimée en centaine de milliers d'habitants. Avec un odds ratio de 0,80 (IC_{95%}=[0,79; 0,81]), la probabilité d'une hospitalisation hors canton diminue à mesure que la taille du canton augmente. Précisément, 100'000 habitants de plus diminuent de 0,8 fois la probabilité d'une hospitalisation hors canton.

Pour mieux comprendre l'impact de la taille de la population, imaginons d'abord un canton de référence qui aurait une population correspondant au nombre moyen d'habitants par canton en Suisse (303'000 habitants) et la proportion moyenne d'hospitalisations hors canton, qui est de 12,3%. Imaginons ensuite un second canton, qui serait identique en tout au canton moyen, mais aurait 100'000 habitants de plus. *Toutes choses égales par ailleurs*, ce canton aurait ainsi une proportion de 9,84%³⁴ de patients traités hors frontières. Les autres caractéristiques des cantons, de leur offre hospitalière et des patients nuancent bien sûr ce tableau³⁵.

La probabilité d'une hospitalisation hors canton augmente à mesure que l'on va vers l'est de la Suisse. Par rapport aux cantons latins, la probabilité d'une hospitalisation hors canton est 2,1 fois supérieure dans les cantons bilingues (IC_{95%}=[2,1 ;2,2]). Elle est 3,3 fois supérieure dans les cantons alémaniques (IC_{95%}=[3,2 ;3,4]). Le modèle confirme l'hypothèse d'un gradient est-ouest dans la propension aux hospitalisations hors canton, avec des Alémaniques plus souvent hospitalisés hors de leur canton de domicile. Ce constat reflète avant tout les systèmes hospitaliers plus imbriqués des cantons de Suisse orientale, comportant davantage d'échanges de patients. Les travaux menés dans le cadre de ce rapport ne permettent pas d'aller au-delà du constat et d'expliquer pourquoi ces derniers sont plus fréquents dans ces régions. Des conditions géographiques favorables, une dimension culturelle, un contexte politique ou économique peuvent expliquer ce mode d'organisation dans le domaine des soins somatiques aigus (voir discussion point 7.2).

Le type d'hôpital explique aussi de manière importante la probabilité d'une hospitalisation hors canton. Lorsque le traitement doit se faire dans un hôpital universitaire, la probabilité d'un séjour hors canton est 3,6 fois plus grande que lors d'une prise en charge dans un hôpital de soins généraux (IC_{95%}=[3,6 ;3,7]). Elle est 3,5 fois plus grande lorsque le traitement se déroule dans une clinique spécialisée (IC_{95%}=[3,4 ;3,5]). Il est à souligner ici que les chiffres reflètent les chances d'être hospitalisé hors canton et non les volumes de patients. En volume, les patients pris en charge dans un hôpital de soins généraux hors canton sont plus nombreux que ceux se rendant dans un hôpital universitaire hors canton (voir point 6.1).

Par rapport à une admission en urgence, les chances qu'une admission planifiée ait lieu hors canton sont 1,5 fois plus importantes (IC_{95%}=[1,48 ;1,53]) et à l'inverse, celles qu'une naissance se déroule hors canton sont 0,6 fois plus faibles (IC_{95%}=[0,58 ;0,62]). Les interventions électives sont donc celles qui ont le plus de chances d'être effectuées hors canton.

La variable « Centre de prestations », globalement significative ($p < 0.0001$), indique pour quels types de traitement il est le plus probable de sortir de son canton. Premier constat, la médecine interne et la chirurgie ne se distinguent pas par rapport à la fréquence à laquelle elles engendrent une sortie du canton. La probabilité d'une intervention hors canton est similaire pour ces deux centres de prestations. Elle est par contre sensiblement plus élevée pour des traitements en ophtalmologie

³³ Valeur la plus grande de la statistique de Wald.

³⁴ $9,84\% = 12,3\% \times 0,8$.

³⁵ Une relation linéaire est une hypothèse acceptable autour de la moyenne. Dans les extrêmes, elle est vraisemblablement asymptotique, de sorte que la valeur de 0,8 ne peut être appliquée dans cette zone. La valeur correcte sera plus petite. Toutefois pour conserver une simplicité d'interprétation au modèle et à ses coefficients, nous avons conservé la variable taille en valeur absolue et renoncé à effectuer une transformation non linéaire de la variable.

(M600), en radiologie médicale (M850)³⁶ et aux soins intensifs (M050), ainsi que dans une proportion moins marquée en dermatologie et vénérologie (M800). Par contre, la probabilité d'une hospitalisation hors canton est inférieure à celle de la médecine interne ou de la chirurgie pour les interventions ORL (M700), gynécologiques et obstétriques (M300) ainsi que pédiatriques (M400).

Enfin, un dernier facteur ayant une influence marquée sur la probabilité d'une hospitalisation hors canton est le séjour en chambre (semi-)privée. La probabilité d'une hospitalisation hors canton est 2,1 fois supérieure ($IC_{95\%}=[2,1 ; 2,2]$) à celle des patients en chambre commune. Cette information cristallise plusieurs aspects, notamment un élément de statut socio-économique et un élément de préférence pour le libre choix de l'hôpital et du médecin. Ceci dit, cette variable ne couvre pas tous les patients au bénéfice d'une assurance complémentaire garantissant la prise en charge des frais lors d'un séjour hors canton sans indication médicale, mais seulement ceux qui ont conclu en sus une assurance pour une hospitalisation en chambre (semi-)privée. Les patients en chambre commune qui ont conclu une assurance complémentaire d'hospitalisation dans tous les hôpitaux suisses sur liste (option Division commune toute la Suisse) sont aussi remboursés. Les assurés en chambre (semi-)privée ne représentent qu'un tiers environ³⁷ des patients au bénéfice d'une couverture des frais d'hospitalisation hors canton en l'absence d'indication médicale. Le ratio de 2,1 obtenu ici ne peut par conséquent pas être interprété comme l'effet de l'absence de barrière financière au séjour hors canton sur la probabilité d'un tel séjour. L'effet peut être plus fort ou plus faible qu'estimé ici et ne pourrait être calculé qu'en comparaison avec les patients ne disposant que de l'assurance obligatoire des soins (AOS), information dont nous ne disposons pas.

En ce qui concerne les caractéristiques des patients, l'âge est celle qui a l'impact le plus important. La probabilité diminue à mesure que les patients avancent en âge, signalant que les hospitalisations du grand âge sont tendanciellement des soins de proximité. Le sexe est certes significatif, mais avec un odds ratio proche de 1, n'a qu'un impact marginal sur la probabilité d'une hospitalisation hors canton. La nationalité étrangère du patient est associée à une probabilité plus faible d'une prise en charge hors canton. Ce résultat est toutefois difficile à interpréter et pourrait être davantage lié au profil pathologique ou socio-économique des résidents étrangers qu'à des caractéristiques culturelles (voir Moreau-Gruet et Luyet 2012).

En résumé, la taille du canton, la grande région géographique, le type d'hôpital requis et le séjour en chambre (semi-) privée sont les facteurs les plus fortement associés à la probabilité d'une hospitalisation hors canton. Le modèle ainsi obtenu est relativement robuste, en ce sens que les coefficients varient peu d'une spécification à l'autre. Nous avons testé plusieurs variantes – avec et sans interactions, avec et sans transformation des variables continues, sans qu'une modification notable de la significativité ou de la valeur des coefficients ne doivent être relevée. C'est pourquoi nous avons renoncé à introduire des éléments de complexité supplémentaires et retenu la spécification la plus parcimonieuse et la plus simple à interpréter. Celle-ci reclasse correctement 79% des hospitalisations, ce qui est considéré comme satisfaisant dans la littérature.

³⁶ Notamment les radiothérapies utilisées dans le traitement des cancers.

³⁷ Entre 20% et 25% de la population suisse dispose d'une assurance en chambre (semi-)privée tandis que cette proportion atteint pratiquement 70% pour les assurances complémentaires « Division commune toute la Suisse ».

9 Synthèse et discussion

Dans cette analyse des flux de patients entre les cantons, nous avons tout d'abord décrit le contexte hospitalier suisse et les changements de cadre légal en lien avec les possibilités d'hospitalisation hors du canton de résidence. Après avoir survolé la littérature du domaine, tant internationale que nationale, nous avons identifié les principales variables pouvant influencer les flux de patients. Sur la base de ces variables, nous avons mené de premières analyses descriptives.

Nous avons commencé par décrire les mouvements de patients entre les cantons, en considérant les flux entrants aussi bien que les flux sortants. Nous avons ainsi pu mettre en lumière les cantons qui sont de forts attracteurs et prennent en charge une partie importante de patients en provenance d'autres cantons, ceux dont les résidents sont souvent traités dans d'autres cantons sans que beaucoup de patients externes ne viennent s'y faire soigner et ceux qui à la fois attirent et envoient des patients hors de leurs frontières. Les résultats diffèrent peu de ceux de Zahnd (2003) et montrent que les constellations régionales sont restées stables dans la décennie écoulée. Lucerne est un pôle d'attraction pour la Suisse centrale, Berne pour l'ouest du Plateau, des échanges importants ont lieu entre les cantons du quart nord-est de la Suisse et les cantons de Vaud et Genève prennent en charge une partie des patients romands.

Il faut par contre noter qu'à la différence de Zahnd (2003), notre analyse porte sur les seuls soins somatiques aigus, à l'exclusion de la psychiatrie et de la réadaptation. Dans le domaine de la psychiatrie, le volume de séjours extracantonaux est inférieur à la moyenne. Les hospitalisations hors canton pour des motifs de réadaptation sont par contre plus fréquents. Zahnd (2003) les désignait en effet comme les traitements les plus souvent effectués hors canton. Ces deux centres d'activités n'apparaissent pas dans nos analyses, de sorte que d'une part, la proportion globale de séjours extracantonaux est plus faible et d'autre part, les centres de prestations pour lesquels ils sont le plus fréquents diffèrent. Lorsque l'on se concentre sur les seuls soins somatiques aigus, les interventions pour lesquelles il est le plus probable de sortir de son canton concernent l'ophtalmologie, la radiologie médicale et les soins intensifs.

Les analyses, aussi bien descriptives que multivariées, vont dans le sens des résultats des études nationales et internationales en ce qui concerne les variables ayant une influence sur les mouvements de patients. Elles indiquent par exemple que pouvoir planifier son hospitalisation tend à laisser au patient une plus grande marge de manœuvre dans le choix du lieu d'hospitalisation. En ce qui concerne les caractéristiques des patients, il apparaît que la mobilité diminue avec l'âge et que les patients au bénéfice d'une assurance complémentaire d'hospitalisation (semi-)privée sortent plus souvent de leur canton que ceux disposant de l'assurance de base uniquement ou d'une assurance complémentaire d'hospitalisation en « division commune toute la Suisse ».

Être traité hors canton est souvent une question de (non-)disponibilité des prestations dans le canton de résidence. L'exemple le plus parlant est le recours aux hôpitaux universitaires et aux cliniques spécialisées, qui font plus que tripler la probabilité d'un traitement hors canton. Avec cinq hôpitaux universitaires sur l'ensemble du territoire et la spécialisation importante de certaines cliniques, ce constat est attendu. Une confusion entre probabilité et volume doit toutefois être évitée. En volume, la plus grande partie des cas se dirigent vers des hôpitaux de soins généraux d'autres cantons. Précisément, ces derniers accueillent trois cinquièmes des hospitalisations hors canton, tandis que les hôpitaux universitaires et les cliniques spécialisées en absorbent chacun un cinquième.

Cette (non-)disponibilité des prestations sur le territoire cantonal est elle-même liée à la taille du canton. Le degré de développement des infrastructures hospitalières et l'étendue de la palette de prestations disponibles déterminent pour beaucoup les hospitalisations hors canton. Or un petit canton, en nombre d'habitants, n'atteint pas le volume critique de patients pour développer l'ensemble des prestations hospitalières. Le modèle confirme que plus le nombre d'habitants est petit, plus la probabilité d'une hospitalisation hors canton est grande.

De plus, à taille égale, la propension aux hospitalisations hors canton varie entre l'est, le centre et l'ouest de la Suisse. Les résultats suggèrent des systèmes hospitaliers globalement plus ouverts et interdépendants en Suisse centrale et Nord-orientale. Des échanges importants de patients ne signifient pas nécessairement que les cantons collaborent formellement entre eux. Certains cantons font confiance aux prestataires de soins pour rediriger les patients lorsqu'une prestation n'est pas disponible sur le territoire cantonal. D'autres établissent des accords avec leurs voisins pour la prise en charge des patients, sous la forme de conventions hospitalières et de conventions de libre passage.

En plus des séjours avec indication médicale, pour lesquels les prestations ne sont pas disponibles, certains séjours relèvent de la convenance du patient. Autrement dit, des éléments de préférences interviennent dans le choix d'une hospitalisation hors canton. Le séjour en chambre (semi-)privée est un prédicteur important de l'hospitalisation hors canton. La probabilité que ces assurés sortent du territoire cantonal est 2,1 fois plus élevée que celles des autres assurés. Les personnes qui disposent d'une assurance complémentaire en chambre (semi-)privée ne veulent pas seulement pouvoir choisir l'hôpital, mais aussi le médecin qui va s'occuper d'eux. Ils recherchent aussi un certain confort.

La question du médecin traitant influence le choix de l'établissement chez les assurés en chambre privée, une question qui ne se retrouve pas nécessairement chez les personnes qui ont la seule option « Division commune toute la Suisse ». Il se pourrait donc que même en l'absence de barrière financière, ces assurés se rendent moins souvent hors canton. L'absence de données ne nous permet malheureusement aucune affirmation quant au comportement des assurés avec l'option « Division commune toute la Suisse », ni en comparaison avec les assurés en chambre (semi-)privée, ni avec ceux qui disposent de la seule assurance de base.

Ces analyses permettent de dégager certains facteurs importants pour l'explication des flux de patients en Suisse. Pour dresser un tableau plus complet, d'autres variables devraient pouvoir être prises en considération. En particulier, il serait intéressant d'analyser la direction des flux de patients en relation avec la distance aux hôpitaux, avec leur qualité, avec le taux d'occupation des lits dans le canton, avec les tarifs et avec les mandats de prestations existants. Les variables concernant les conditions d'hospitalisation et la qualité des soins d'un hôpital devraient être combinées en une seule variable illustrant la qualité d'un établissement de manière globale. Les informations sur la qualité sont actuellement limitées. Les données du rapport OFSP « Indicateurs de qualité des hôpitaux de soins aigus » présentent les taux de mortalité pour différentes catégories de maladies, qui ne peuvent être agrégés pour former un indicateur de la qualité générale d'un hôpital. Du côté de l'Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques (ANQ), les données par hôpitaux ne sont pas encore disponibles. En ce qui concerne les tarifs hospitaliers avant 2012, le site internet de la CDS centralise les liens vers les 26 documents cantonaux spécifiant les tarifs pour les patients hors canton³⁸. L'information est toutefois pléthorique, car les tarifs diffèrent par hôpital et par diagnostic, de sorte qu'il est extrêmement difficile de la synthétiser en variable utilisable dans une analyse statistique. La situation est similaire en ce qui concerne les mandats de prestations. Des listes existent et sont mises à disposition par la CDS, mais l'information est fort difficile à synthétiser.

La question de la distance à l'hôpital devrait aussi être thématifiée. Les nouvelles données de la Statistique administrative, qui indiquent le site hospitalier sur lequel sont prodigués les soins, et non plus le seul lieu où un hôpital multi-sites a sa raison sociale, devraient à l'avenir permettre une analyse plus réaliste des distances à parcourir. Pour les patients habitant à proximité des frontières cantonales, l'hôpital hors canton peut être plus proche du lieu de domicile que le premier hôpital du canton. Une hospitalisation hors canton ne signifie ainsi pas automatiquement une distance plus grande au lieu de domicile et donc une moins bonne accessibilité. Dans les petits cantons non périphériques, tels que Nidwald par exemple, les distances intra- et intercantionales pourraient être similaires. Une décomposition géographique plus fine, dans laquelle les flux des régions limitrophes

³⁸ <http://www.gdk-cds.ch/index.php?id=572&L=1>. Dernier accès le 25.09.2012.

d'un canton vers le canton voisin sont comparés en termes de distance aux flux à l'intérieur du canton pourrait éclairer cette discussion.

Si, dans la perspective de l'extension du libre choix de l'hôpital, ce qui intéresse le lecteur sont les facteurs qui influencent le choix de l'hôpital par le patient (ou son prescripteur), l'étude réalisée comporte certaines limites. Elle ne permet pas d'identifier les éléments de préférence influençant le plus fortement le choix des patients, ni de prédire leur comportement dans un contexte de libre choix du prestataire de soins. L'étude réalisée porte en effet sur la probabilité d'être traité hors canton et non sur la probabilité de choisir un hôpital en particulier, comme fréquemment dans la littérature internationale, américaine en particulier. Sa portée en est donc nécessairement différente.

Si l'on souhaite identifier les facteurs qui amènent les patients à privilégier un établissement plutôt qu'un autre dans un contexte de libre choix, l'approche diffère de la nôtre à plusieurs égards. Un premier point concerne le choix de l'unité territoriale. L'utilisation du canton comme marché définit une zone trop grande pour mettre en lumière toute la complexité des flux de patients. Une redéfinition de ce marché au niveau des régions MedStat³⁹ serait plus pertinente dans cette perspective. Aussi dans l'idée de redéfinir les zones d'influence des hôpitaux, une approche intéressante serait d'utiliser les zones de dessertes hospitalières (small area analysis), c'est-à-dire un regroupement de régions Medstat selon la direction des flux hospitaliers. Une telle méthode offre la possibilité de redéfinir l'aire d'activité de l'hôpital en fonction des services effectivement utilisés par la population (Klauss et al. 2005, Matter-Walstra, Widmer et Busato 2006, Widmer et al. 2009). Une comparaison dans le temps montrerait les déplacements dans les aires d'influence des hôpitaux. Une telle analyse n'est cependant possible que dans un paysage hospitalier stabilisé, où les hôpitaux existent dans une forme semblable sur plusieurs années.

Une autre approche utilisée dans la littérature pour analyser le choix de l'hôpital sont les modèles de gravité. Bien que relativement récents dans l'étude des flux de patients, les modèles de gravité sont une méthode de plus en plus souvent utilisée et qui consiste à appliquer au paysage hospitalier un modèle initialement développé pour le commerce international (gravity model of trade), basé sur un rapport entre la taille et la distance séparant deux entités, deux hôpitaux⁴⁰ dans le cas qui nous intéresse. D'après Ward et Hoff (2005), il semble que ces modèles soient relativement à facile à interpréter, c'est-à-dire que ces modèles offrent l'avantage d'être facilement utilisables pour expliquer et prédire les choix des patients pour un hôpital. Une importante limite de cette approche, soulignée par Burns et Wholey (1992), est de ne pas considérer que des forces autres que la gravité peuvent entrer en ligne de compte.

En conclusion, il sera utile d'affiner l'analyse des mouvements de patients en intégrant les éléments de distance et de qualité, ainsi que les réflexions méthodologiques évoquées, lorsque les effets de l'extension du libre choix de l'hôpital se seront déployés. Une réflexion pour obtenir de meilleures informations sur la couverture assurantielle devra aussi être menée. Sachant qu'aussi bien les hospitalisations hors canton que les demandes de garanties de financement ont augmenté ces dernières années⁴¹, il est utile dans une perspective de planification des besoins d'en connaître les déterminants. De plus, considérant que désormais les cantons contribuent aux coûts de toutes les hospitalisations, les mouvements de patients, en particulier sans indication médicale, prennent une importance nouvelle du point de vue budgétaire.

La réaction des patients à l'extension du libre choix de l'hôpital est difficile à prédire. Pour tous ceux qui disposaient d'une assurance complémentaire d'hospitalisation « dans toute le Suisse », soit

³⁹ Les régions MedStat constituent des régions géographiques suffisamment peuplées pour attribuer de manière anonyme un domicile à chaque personne hospitalisée en Suisse. Le territoire suisse est subdivisé en 706 régions constituées de regroupements de numéros postaux.

⁴⁰ Dans le cas du commerce international, les entités sont généralement des pays.

⁴¹ Les hospitalisations hors canton de résidence, pour des soins somatiques aigus, ont passé de 10,1% en 2001 à 12,3% en 2010.

environ 70% de la population, la situation actuelle n'est pas très différente de celle d'avant 2012. Ils avaient déjà la possibilité de se rendre hors canton, avec une prise en charge des coûts par l'assurance complémentaire. Le changement de comportement le plus à attendre se trouve du côté des hôpitaux, incités à développer un marketing plus actif pour attirer ou conserver leurs patients. Les premiers signes d'une telle évolution sont déjà perceptibles, autant dans le secteur privé que public. Affiches, organisation de conférences à l'intention du grand public, publiereportages et nouveaux sites internet en sont quelques manifestations. Dans quelle mesure la population y sera-t-elle sensible ? La question est ouverte et les années qui viennent nous permettront d'y répondre.

Une autre question ouverte est le comportement de la population en matière d'assurance. Avec la nouvelle réglementation, une assurance complémentaire en division commune dans toute la Suisse n'est en principe plus utile, sauf pour couvrir une éventuelle différence entre le tarif de référence cantonal et celui de l'hôpital hors canton. L'essentiel de ce qui était couvert par ce produit d'assurance est désormais pris en charge par l'assurance obligatoire des soins. Du point de vue économique, pour ne pas payer la même prestation à double, une fois par le biais des impôts, une fois par le biais de la prime d'assurance complémentaire, le citoyen devrait renoncer à cette option d'assurance, à moins que la prime en soit fortement réduite de manière à refléter le risque financier couvert, bien moindre qu'auparavant.

Dès que les données des années 2013, voire 2014, seront disponibles, une analyse de l'impact de l'extension du libre choix de l'hôpital sur le marché hospitalier suisse pourra être menée. Il sera alors intéressant de voir les évolutions survenues en comparaison avec les chiffres mis en lumière par le présent rapport. On évaluera en particulier si les flux de patients entre les cantons ont augmenté, si leurs directions ont changé et quels sont les éléments de préférences qui comptent le plus dans le choix de l'hôpital. Quelle dynamique aura ainsi été engendrée en matière de mobilité des patients ?

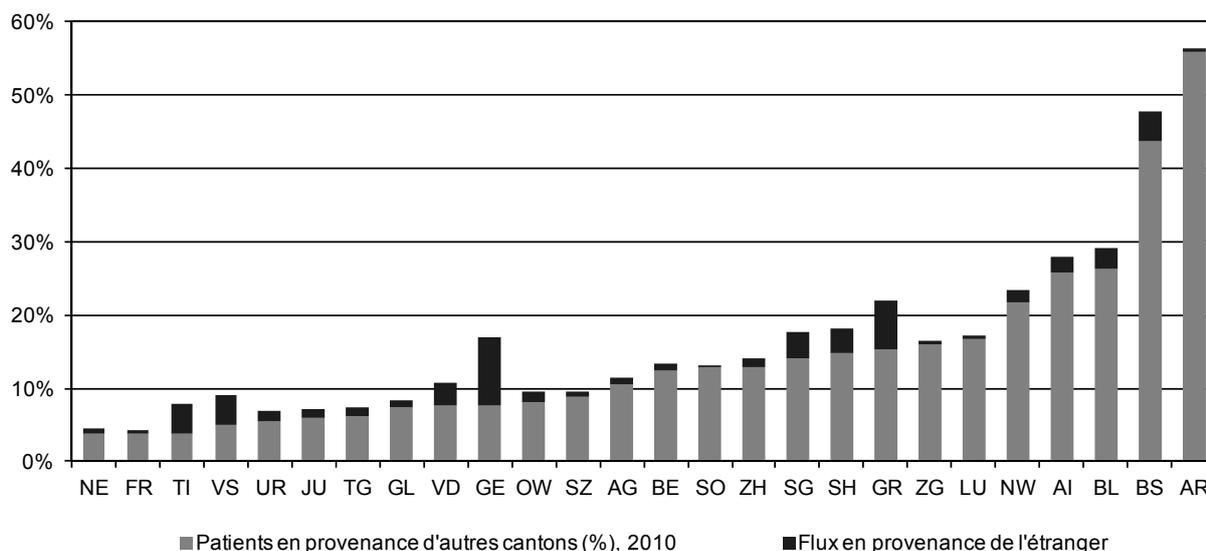
10 Bibliographie

- Adams, E. K., Houchens, R., Wright, G. E. et Robbins, J. (1991). Predicting hospital choice for rural medicare beneficiaries : The role of severity of illness. *Health Services research*, 26(5):583–612.
- Bolgiani, I., Crivelli, L. et Domenighetti, G. (2006). Le rôle de l'assurance-maladie dans la régulation du système de santé en suisse. *Revue Française des Affaires Sociales*, 2-3:239–262.
- Bronstein, J. M. et Morrisey, M. A. (1991). Bypassing rural hospitals for obstetrics care. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 16(1):87–118.
- Brändle, N., Hoppe, M., Frédéric, J. et Merki, M. (2010). Au cœur du paysage de la santé. *Swiss Issues Branches, Crédit Suisse Economic Research*.
- Burns, L. R. et Wholey, D. R. (1991). The effects of patient, hospital, and physician characteristics on length of stay and mortality. *Medical Care*, 29(3):251–271.
- Burns, L. R. et Wholey, D. R. (1992). The impact of physician characteristics in conditional choice models for hospital care. *Journal of Health Economics*, 11(1):43–62.
- CDS (2011). Mise en œuvre de la révision LAMal sur le financement hospitalier : conséquences financières pour l'AOS et les cantons. Conférence de presse de la CDS du 16 mai 2011, CDS, Berne.
- Cordonier, O. (2009). L'impact du nouveau financement hospitaliers sur les hôpitaux publics : exemple de l'hôpital du Valais. Mémoire de D.E.A., Institut d'Economie et de Management de la Santé (IEMS), Faculté des Hautes Etudes Commerciales (HEC), Université de Lausanne.
- Dealey, C. (2005). The factors that influence patients' choice of hospital and treatment. *British Journal of Nursing*, 14(10):576–579.
- Dormont, B., Geoffard, P.-Y. et Lamiraud, K. (2007). The influence of supplementary health insurance on switching behaviour : evidence on Swiss data. Working Paper 34, Paris school of economics.
- Escarce, J. J. et Kapur, K. (2009). Do patients bypass rural hospitals ? determinants of inpatient hospital choice in rural california. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 20(3):625–644.
- Füglister, K. (2011). Where does learning take place ? The role of intergovernmental cooperation for policy diffusion in federal states. *European Journal of Political Research*.
- Gaspoz, A. (2008). Mesure(s) d'attractivité des hôpitaux suisses. Mémoire de D.E.A., Institut d'Economie et de Management de la Santé (IEMS) - Université de Lausanne.
- Helble, M. (2010). The movement of patients across borders : challenges and opportunities for public health. *Bulletin of the World Health Organization*, 89:171–187.
- Jintanakul, K. et Otto, D. (2009). Factors affecting hospital choice for rural iowa residents. *The Review of Regional Studies*, 39(2):171–187.
- Jung, K., Feldman, R. et Scanlon, D. (2011). Where would you go for your next hospitalization ? *Journal of Health Economics*, 30(4):832–841.
- Kanton+Appenzell+IR (2010). Spitalplanung 2012 – Versorgungsbericht.
- Kessler, D. P. et Geppert, J. J. (2005). The effects of competition on variation in the quality and cost of the medical care. *Journal of Economics and Management Strategy*, 14(3):575–589.
- Klauss, G., Busato, A. et Zahnd, D. (2005). Analyse des régions de desserte hospitalière en Suisse. *Sécurité sociale CHSS*, 2:104–109.
- Lako, C. J. et Rosenau, P. (2009). Demand-driven care and hospital choice. dutch health policy toward demand-driven care results : Results from a survey into hospital choice. *Health Care Analysis*, 17(1):20–35.
- Lane, P. M. et Lindquist, J. D. (1988). Hospital choice : A summary of the key empirical and hypothetical finds of the 1980s. *Journal of Health Care Marketing*, 8(4):5–20.
- Levaggi, R. et Zanola, R. (2004). Patients' migration across regions : the case of italy. *Applied Economics*, 36(16):1751–1757.

- Liu, J. J., Bellamy, G., Barnet, B. et Weng, S. (2008). Bypass of local primary care in rural counties : Effect of patient and community characteristics. *Annals of Family Medicine*, 6(2):124–130.
- Luft, H. S., Garrick, D. W., Mark, D. H., Peltzman, Deborah J. and Phibbs, C. S., Lichtenberg, E. et MacPhee, S. J. (1990). Does quality influence choice of hospital. *The Journal of The American Medical Association*, 263(21):2899–2906.
- Matter-Walstra, K., Widmer, M. et Busato, A. (2006). Analysis of patient flows for orthopedic procedures using small area analysis in Switzerland. *BMC Health Services Research*, 6 (119).
- Montefiori, M. (2005). Spatial competition for quality in the market for hospital care. *European Journal of Health Economics*, 6(2):131–135.
- Moreau-Gruet, F. et Luyet S. (2012). Population migrante et santé – analyse des hospitalisations. Observatoire suisse de la santé. Neuchâtel.
- OCDE et OMS (2006). Examens de l'OCDE des systèmes de santé : Suisse. Organisation de Coopération et de Développement Economiques (OCDE) et Organisation Mondiale de la Santé (OMS).
- Office statistique du canton de Bâle-campagne (2012), Wo lassen sich die Patienten behandeln. Statistik Baselland 05/2012. Statistisches Amt Kanton Basel-Landschaft. Liestal.
- OFS (2001). Statistique des établissements de santé (soins intra-muros). Statistiques des hôpitaux : Conception détaillée – déc. 1997 (version : 15 mai 2001).
- OFS (2005). Statistique médicale des hôpitaux. Statistiques des établissements de santé (soins intra-muros) : Conception détaillée (version : 12 décembre 2005).
- OFS (2011). Statistique des hôpitaux : conception détaillée.
- Pernet, R. (1999). Hospitalisation hors canton : L'exemple du canton du Valais. Mémoire de D.E.A., HEC et faculté de Médecine, Lausanne.
- Propper, C., Damiani, M., Leckie, G. et Dixon, J. (2007). Impact of patients' socioeconomic status on the distance travelled for hospital admission in the english national health service. *Journal of Health Services Research and Policy*, 12(3):153–159.
- Radcliff, T. A., Brasure, M., Moscovice, I. et Stensland, J. (2003). Understanding rural bypass behavior. *Journal of Rural Health*, 19(3):252–259.
- Reinhardt, U. E. (2004). The swiss health system : Regulated competition without managed care. *Journal of the American Medical Association*, 292(10):1227–1231.
- Skinner, T. J., Price, B. S., Scott, D. W. et Gorry, A. (1977). Factors affecting the choice of hospital-based ambulatory care by the urban poor. *American Journal of Public Health*, 67(5):439–445.
- Taylor, S. L. et Capella, L. M. (1996). Hospital outshopping : Determinants attributes and hospital choice. *Health Care Management Review*, 21(4):33–44.
- Tiebout, C. M. (1956). A pure theory of local expenditures. *The Journal of Political Economy*, 64(4):416–424.
- Ward, M. D. et Hoff, P. D. (2005). Persistent patterns of international commerce. Center for Statistics and the Social Sciences, (Working Paper 45).
- Weaver, F., Cerboni, S., Oettli, A., Andenmatten, P. et Widmer, M. (2009). Modell zur Prognose der Inanspruchnahme als Instrument für die Spitalplanung. Arbeitsdokument 32, Obsan.
- Zahnd, D. (2003). Flux intercantonaux de patients dans le domaine hospitalier. *Sécurité sociale CHSS*, 6:355–358.
- Zug, G. K. (2010). Zuger Spitalplanung 2012 : Versorgungsbericht.
- Widmer M, Matter P, Staub L, Schoeni-Affolter F, Busato A.(2009) Regional variation in orthopedic surgery in Switzerland. *Health Place*;15(3):761-8. Epub 2009 Jan 18.
- Zumbrunn, A., Bayer-Oglesby, L. & Roth, M. (2010). Grenzüberschreitende Zusammenarbeit Deutschland – Schweiz im Gesundheitswesen. Evaluation des Pilotprojektes in der Grenzregion Basel-Stadt/Basel-Landschaft/Landkreis Lörrach (Phase I) (Obsan Bericht 37). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

11 Annexes

Figure 11.1 Flux entrants par canton, y compris patients en provenance de l'étranger, 2010



Source de données: Statistiques médicale et administrative des hôpitaux, OFS, 2010, exploitation propre.

© Obsan

Tableau 11.1 Estimations et erreurs standards des coefficients de la régression logistique

Variables	Modalités	Coefficient (erreur-type)
Constante		-1.55*** (0.02)
Taille du canton (par 100 000 habitants) ¹		-0.22*** (0.00)
Groupe de cantons (Latins)		
	Bilingues	0.75*** (0.01)
	Alémaniques	1.19*** (0.01)
Type d'hôpital (Hôpital de soins généraux)		
	Hôpital universitaire	1.32*** (0.01)
	Clinique spécialisée	1.26*** (0.01)
Type de chambre occupée (Chambre commune)		
	Chambre (semi-)privée	0.75*** (0.01)
Mode d'admission (Urgence)		
	Planifiée	0.41*** (0.01)
	Naissance	-0.51*** (0.02)
Centres de prestations (M100 Médecine interne)		
	M050 Soins intensifs	0.93*** (0.04)
	M200 Chirurgie	0.05*** (0.01)
	M300 Gynécologie et obstétrique	-0.29*** (0.01)
	M400 Pédiatrie	-0.15*** (0.02)
	M600 Ophtalmologie	0.95*** (0.03)
	M700 Oto-rhino-laryngologie	-0.23*** (0.02)
	M800 Dermatologie et vénéréologie	0.41*** (0.05)
	M850 Radiologie médicale	0.93*** (0.05)
Age (En dizaines d'années) ¹		-0.16*** (0.01)
Nationalité (Suisse)		
	Etranger	-0.46*** (0.01)
Sexe (Homme)		
	Femme	-0.09*** (0.01)

Notes: *** significatif à $p < 0.000$. ¹ variable continue.

Source: Statistiques médicale et administrative des hôpitaux, OFS 2010, exploitation propre.

© Obsan

Tableau 11.2 Probabilité d'une hospitalisation hors canton, selon le groupe de prestations, 2010

Rang	Groupes de prestations	% hors canton	% total des cas
1	Transplantation allogénique de cellules souches hématopoïétiques (CIMHS)	73%	0.01%
2	Interventions liées à la transsexualité	71%	0.00%
3	Chirurgie cardiaque congénitale complexe	66%	0.01%
4	Conjonctive, cornée et sclère (y c. transplantations de cornée)	54%	0.04%
5	Affections de l'orbite	52%	0.00%
6	Transplantations d'organes solides (CIMHS)	50%	0.10%
7	Evaluation avant ou statut après transplantation pulmonaire	50%	0.08%
8	Implants cochléaires (CIMHS)	49%	0.01%
9	Réimplantations	47%	0.01%
10	Transplantation autologue de cellules souches hématopoïétiques	47%	0.05%
11	Chirurgie d'urgence spécialisée (traumatismes crano-cérébraux)	46%	0.01%
12	Implantation d'un sphincter urinaire artificiel	46%	0.01%
13	Chirurgie des vaisseaux intracrâniens	45%	0.03%
14	Affections des paupières et de l'appareil lacrymal, problèmes de chirurgie plastique	44%	0.05%
15	Neurochirurgie spécialisée	44%	0.03%
16	Brûlures étendues (CIMHS)	44%	0.01%
17	Chirurgie élargie de l'oreille avec oreille interne et/ou ouverture de la dure-mère	43%	0.00%
18	Mucoviscidose et diagnostic / traitement complexe lors d'hypertension pulmonaire primaire	42%	0.06%
19	Electrophysiologie (ablations)	41%	0.27%
20	Interventions sur les vaisseaux intracrâniens	41%	0.04%
21	Chirurgie élargie du nez et des sinus avec ouverture de la dure-mère (chirurgie interdisciplinaire de la base du crâne)	41%	0.02%
22	Chirurgie d'urgence (polytraumatismes)	39%	0.03%
23	Affections du corps vitré/de la cornée	38%	0.05%
24	Chirurgie cardiaque et chirurgie vasculaire avec machine cœur-poumons (sans chirurgie coronarienne)	38%	0.27%
25	Ophthalmologie	38%	0.14%
26	Chirurgie coronarienne (PAC)	37%	0.29%
27	Strabologie	37%	0.01%
28	Interventions sur la carotide et les vaisseaux extracrâniens	37%	0.02%
29	Cardiologie interventionnelle (interventions spéciales)	36%	0.11%
30	Affections cutanées graves	35%	0.01%
31	Neurochirurgie	34%	0.42%
32	Lymphomes très agressifs et leucémies aiguës avec chimiothérapie curative	33%	0.04%
33	Chirurgie maxillaire	33%	0.15%
34	Chirurgie spécialisée de la colonne vertébrale	33%	0.08%
35	Glaucome	32%	0.07%
36	Tumeurs osseuses	32%	0.02%
37	Interventions ORL complexes interdisciplinaires (chirurgie tumorale)	32%	0.03%
38	Plastie reconstructive de l'urètre	32%	0.03%
39	Obstétrique (à partir de la 32e sem. et >= 1250 g)	30%	0.09%
40	Interventions majeures sur le foie	30%	0.05%
41	Néonatalogie spécialisée (niveau III)	29%	0.14%
42	Radio-oncologie	29%	0.22%
43	Radiologie interventionnelle (ou seulement diagnostique pour les vaisseaux)	29%	0.10%
44	Chirurgie cardiaque simple	28%	0.01%
45	Chirurgie de l'oreille moyenne (tympanoplastie, chirurgie mastoïdienne, ossiculoplastie y c. chirurgie stapédiennne)	27%	0.16%
46	Médecine nucléaire	27%	0.09%
47	Défibrillateur implantable (ICD) / Pacemaker biventriculaire (CRT)	27%	0.14%
48	Obstétrique spécialisée	26%	0.03%
49	Chirurgie cervico-faciale	26%	0.43%
50	Arthroscopie de l'épaule et du coude	25%	0.35%
51	Cardiologie interventionnelle (interventions coronariennes)	24%	2.79%
52	Chirurgie de l'appareil locomoteur	24%	3.65%
53	Cataracte	24%	0.74%
54	Plastie reconstructive de la jonction pyélo-urétérale	23%	0.03%
55	Chirurgie de la main	23%	0.39%
56	Chirurgie bariatrique	23%	0.09%
57	Chirurgie de la colonne vertébrale	23%	1.32%
58	Lymphomes agressifs et leucémies aiguës	22%	0.15%
59	Neurologie	22%	0.55%
60	Néphrologie (défaillance rénale aiguë et insuffisance rénale chronique terminale)	22%	0.18%
61	Arthroscopie du genou	21%	2.89%
62	Chirurgie carotidienne	21%	0.14%
63	Interventions majeures sur le pancréas	21%	0.06%
64	Néonatalogie (niveau IIB, à partir de la 32e sem. et >= 1250 g)	21%	0.16%
65	Néoplasmes malins du col de l'utérus	21%	0.01%
66	Tumeur primaire du système nerveux (sans patients palliatifs)	21%	0.10%
67	Pneumologie avec assistance ventilatoire spéciale	21%	0.06%
68	Polysomnographie	20%	0.18%
69	Reconstruction de membres supérieurs	20%	1.27%
70	Chirurgie thoracique	20%	0.10%
71	Chirurgie élargie du nez et des sinus	20%	0.72%
72	Oncologie dermatologique	19%	0.20%

Rang	Groupes de prestations	% hors canton	% total des cas
73	Chirurgie du médiastin	19%	0.01%
74	Cystectomie radicale	19%	0.05%
75	Chirurgie des vaisseaux intra-abdominaux	19%	0.18%
76	Orthopédie	19%	1.13%
77	Néphrostomie percutanée avec fragmentation de calculs	19%	0.01%
78	Chirurgie de l'œsophage	19%	0.03%
79	Interventions sur les vaisseaux intra-abdominaux	18%	0.05%
80	Oncologie	18%	0.77%
81	Prostatectomie radicale	18%	0.24%
82	Néoplasmes malins de la glande mammaire	18%	0.90%
83	Chirurgie complexe des reins (néphrectomie pour tumeur et résection partielle du rein)	17%	0.12%
84	Chirurgie viscérale	17%	1.04%
85	Surrénalectomie isolée	16%	0.02%
86	Dermatologie (y c. vénérologie)	16%	0.23%
87	Interventions sur le bas rectum	16%	0.10%
88	Urologie avec titre de formation approfondie 'Urologie opératoire'	15%	0.42%
89	Reconstruction de membres inférieurs	15%	3.36%
90	Néoplasmes malins de l'ovaire	15%	0.05%
91	Chirurgie de la thyroïde et des parathyroïdes	15%	0.32%
92	Rhumatologie interdisciplinaire	15%	0.06%
93	Chirurgie vasculaire périphérique (artérielle)	15%	0.17%
94	Néoplasmes malins du système respiratoire (résection curative par lobectomie / pneumonectomie)	15%	0.09%
95	Gynécologie	14%	2.66%
96	Tumeur maligne secondaire du système nerveux	14%	0.11%
97	Oto-rhino-laryngologie (chirurgie ORL)	14%	1.53%
98	Rhumatologie	14%	0.84%
99	Base chirurgie et médecine interne	14%	39.82%
100	Lymphomes indolents et leucémies chroniques	13%	0.56%
101	Maladies cérébrovasculaires (sans stroke unit)	13%	1.34%
102	Urologie sans titre de formation approfondie 'Urologie opératoire'	13%	3.28%
103	Pneumologie	13%	1.65%
104	Endocrinologie	12%	0.28%
105	Cardiologie (y c. stimulateur cardiaque)	12%	0.37%
106	Chirurgie du plexus	12%	0.03%
107	Interventions sur les vaisseaux périphériques (artériels)	12%	0.47%
108	Gastroentérologie spécialisée	12%	0.44%
109	Soins de base en obstétrique (à partir de la 34e sem. et >= 2000 g)	11%	7.90%
110	Soins de base aux nouveau-nés (niveaux I et IIA, à partir de la 34e sem. et >= 2000 g)	11%	6.43%
111	Néoplasmes malins du corps utérin	11%	0.16%
112	Néoplasmes malins de la vulve et du vagin	10%	0.01%
113	Gastroentérologie	10%	2.37%
114	Affections myéloprolifératives et syndromes myélodysplasiques	10%	0.09%
115	Traitement des plaies	8%	0.10%

Source: Statistiques médicale et administrative des hôpitaux, OFS 2010, exploitation propre.

© Obsan

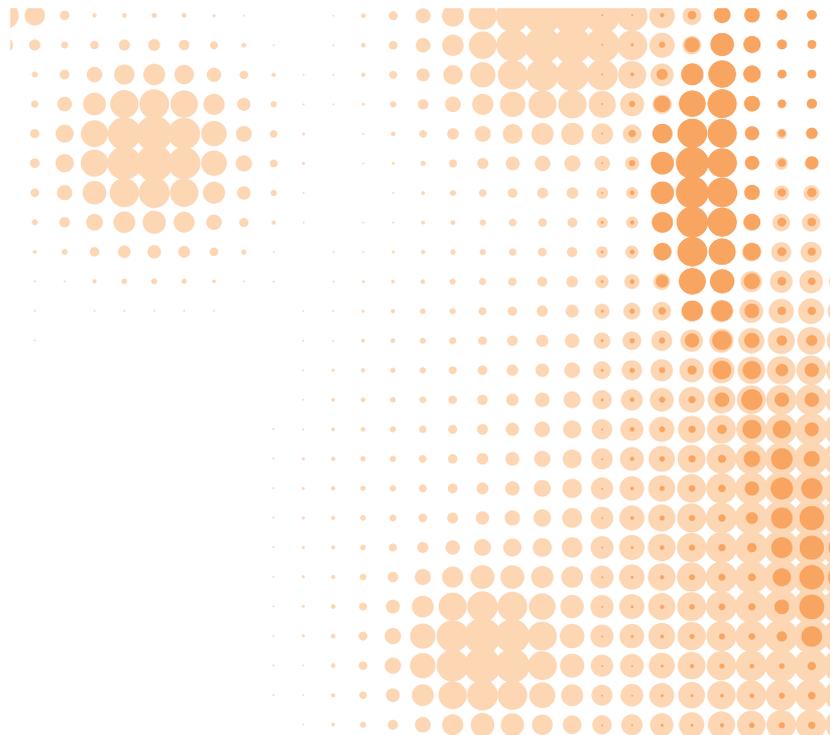
Tableau 11.3 Volume d'hospitalisations hors canton par groupes de prestations, 2010

Rang	Groupes de prestations	Domaines de prestations	En % des hospitalisations hors canton	% hors canton
1	Base chirurgie et médecine interne	Paquet de base	34.5%	14%
2	Soins de base en obstétrique (à partir de la 34e sem. et >= 2000 g)	Obstétrique	5.7%	11%
3	Chirurgie de l'appareil locomoteur	Orthopédie	5.6%	24%
4	Soins de base aux nouveau-nés (niveaux I et IIA, à partir de la 34e sem. et >= 2000 g)	Nouveau-nés	4.4%	11%
5	Cardiologie interventionnelle (interventions coronariennes)	Cœur	4.3%	24%
6	Arthroscopie du genou	Orthopédie	3.9%	21%
7	Reconstruction de membres inférieurs	Orthopédie	3.2%	15%
8	Urologie sans titre de formation approfondie 'Urologie opératoire'	Urologie	2.7%	13%
9	Gynécologie	Gynécologie	2.4%	14%
10	Chirurgie de la colonne vertébrale	Orthopédie	1.9%	23%
11	Reconstruction de membres supérieurs	Orthopédie	1.7%	20%
12	Gastroentérologie	Gastroentérologie	1.5%	10%
13	Orthopédie	Orthopédie	1.4%	19%
14	Oto-rhino-laryngologie (chirurgie ORL)	Oto-rhino-laryngologie	1.4%	14%
15	Pneumologie	Pneumologie	1.3%	13%
16	Maladies cérébrovasculaires (sans stroke unit)	Neurologie	1.1%	13%
17	Cataracte	Ophtalmologie	1.1%	24%
18	Chirurgie viscérale	Chirurgie viscérale	1.1%	17%
19	Néoplasmes malins de la glande mammaire	Gynécologie	1.0%	18%
20	Chirurgie élargie du nez et des sinus	Oto-rhino-laryngologie	0.9%	20%
21	Neurochirurgie	Neurochirurgie	0.9%	34%
22	Oncologie	(Radio-)oncologie	0.9%	18%
23	Neurologie	Neurologie	0.8%	22%
24	Rhumatologie	Rhumatologie	0.7%	14%
25	Chirurgie cervico-faciale	Oto-rhino-laryngologie	0.7%	26%
26	Chirurgie coronarienne (PAC)	Cœur	0.7%	37%
27	Electrophysiologie (ablations)	Cœur	0.7%	41%
28	Chirurgie cardiaque et chirurgie vasculaire avec machine cœur-poumons (sans chirurgie coronarienne)	Cœur	0.7%	38%
29	Chirurgie de la main	Orthopédie	0.6%	23%
30	Arthroscopie de l'épaule et du coude	Orthopédie	0.6%	25%
31	Lymphomes indolents et leucémies chroniques	Hématologie	0.5%	13%
32	Radio-oncologie	(Radio-)oncologie	0.4%	29%
33	Urologie avec titre de formation approfondie 'Urologie opératoire'	Urologie	0.4%	15%
34	Interventions sur les vaisseaux périphériques (artériels)	Vaisseaux	0.4%	12%
35	Ophtalmologie	Ophtalmologie	0.4%	38%
36	Gastroentérologie spécialisée	Gastroentérologie	0.3%	12%
37	Chirurgie maxillaire	Oto-rhino-laryngologie	0.3%	33%
38	Transplantations d'organes solides (CIMHS)	Transplantations d'organes solides	0.3%	50%
39	Chirurgie de la thyroïde et des parathyroïdes	Oto-rhino-laryngologie	0.3%	15%
40	Cardiologie (y c. stimulateur cardiaque)	Cœur	0.3%	12%
41	Prostatectomie radicale	Urologie	0.3%	18%
42	Chirurgie de l'oreille moyenne (tympaanoplastie, chirurgie mastoïdienne, ossiculoplastie y c. chirurgie stapédienne)	Oto-rhino-laryngologie	0.3%	27%
43	Cardiologie interventionnelle (interventions spéciales)	Cœur	0.3%	36%
44	Néonatalogie spécialisée (niveau III)	Nouveau-nés	0.3%	29%
45	Evaluation avant ou status après transplantation pulmonaire	Pneumologie	0.2%	50%
46	Néphrologie (défaillance rénale aiguë et insuffisance rénale chronique terminale)	Néphrologie	0.2%	22%
47	Oncologie dermatologique	Dermatologie	0.2%	19%
48	Défibrillateur implantable (ICD) / Pacemaker biventriculaire (CRT)	Cœur	0.2%	27%
49	Polysomnographie	Pneumologie	0.2%	20%
50	Dermatologie (y c. vénérologie)	Dermatologie	0.2%	16%
51	Néonatalogie (niveau IIB, à partir de la 32e sem. et >= 1250 g)	Nouveau-nés	0.2%	21%
52	Endocrinologie	Endocrinologie	0.2%	12%
53	Lymphomes agressifs et leucémies aiguës	Hématologie	0.2%	22%
54	Chirurgie des vaisseaux intra-abdominaux	Vaisseaux	0.2%	19%
55	Radiologie interventionnelle (ou seulement diagnostique pour les vaisseaux)	Vaisseaux	0.2%	29%
56	Chirurgie carotidienne	Vaisseaux	0.2%	21%
57	Obstétrique (à partir de la 32e sem. et >= 1250 g)	Obstétrique	0.2%	30%
58	Chirurgie spécialisée de la colonne vertébrale	Orthopédie	0.2%	33%
59	Mucoviscidose et diagnostic / traitement complexe lors d'hypertension pulmonaire primaire	Pneumologie	0.2%	42%
60	Chirurgie vasculaire périphérique (artérielle)	Vaisseaux	0.2%	15%
61	Médecine nucléaire	(Radio-)oncologie	0.2%	27%

Rang	Groupes de prestations	Domaines de prestations	En % des hospitalisations hors canton	% hors canton
62	Glaucome	Ophtalmologie	0.2%	32%
63	Transplantation autologue de cellules souches hématopoïétiques	Hématologie	0.1%	47%
64	Chirurgie thoracique	Chirurgie thoracique	0.1%	20%
65	Conjonctive, cornée et sclère (y c. transplantations de cornée)	Ophtalmologie	0.1%	54%
66	Chirurgie bariatrique	Chirurgie viscérale	0.1%	23%
67	Tumeur primaire du système nerveux (sans patients palliatifs)	Neurologie	0.1%	21%
68	Affections des paupières et de l'appareil lacrymal, problèmes de chirurgie plastique	Ophtalmologie	0.1%	44%
69	Chirurgie complexe des reins (néphrectomie pour tumeur et résection partielle du rein)	Urologie	0.1%	17%
70	Affections du corps vitré/de la cornée	Ophtalmologie	0.1%	38%
71	Néoplasmes malins du corps utérin	Gynécologie	0.1%	11%
72	Tumeur maligne secondaire du système nerveux	Neurologie	0.1%	14%
73	Interventions sur le bas rectum	Chirurgie viscérale	0.1%	16%
74	Interventions majeures sur le foie	Chirurgie viscérale	0.1%	30%
75	Neurochirurgie spécialisée	Neurochirurgie	0.1%	44%
76	Interventions sur les vaisseaux intracrâniens	Vaisseaux	0.1%	41%
77	Chirurgie des vaisseaux intracrâniens	Vaisseaux	0.1%	45%
78	Lymphomes très agressifs et leucémies aiguës avec chimiothérapie curative	Hématologie	0.1%	33%
79	Pneumologie avec assistance ventilatoire spéciale	Pneumologie	0.1%	21%
80	Néoplasmes malins du système respiratoire (résection curative par lobectomie / pneumonectomie)	Chirurgie thoracique	0.1%	15%
81	Interventions majeures sur le pancréas	Chirurgie viscérale	0.1%	21%
82	Chirurgie d'urgence (polytraumatismes)	Traumatismes graves	0.1%	39%
83	Transplantation allogénique de cellules souches hématopoïétiques (CIMHS)	Hématologie	0.1%	73%
84	Interventions ORL complexes interdisciplinaires (chirurgie tumorale)	Oto-rhino-laryngologie	0.1%	32%
85	Plastie reconstructive de l'urètre	Urologie	0.1%	32%
86	Cystectomie radicale	Urologie	0.1%	19%
87	Rhumatologie interdisciplinaire	Rhumatologie	0.1%	15%
88	Chirurgie élargie du nez et des sinus avec ouverture de la dure-mère (chirurgie interdisciplinaire de la base du crâne)	Oto-rhino-laryngologie	0.1%	41%
89	Affections myéloprolifératives et syndromes myélodysplasiques	Hématologie	0.1%	10%
90	Obstétrique spécialisée	Obstétrique	0.1%	26%
91	Interventions sur les vaisseaux intra-abdominaux	Vaisseaux	0.1%	18%
92	Traitement des plaies	Dermatologie	0.1%	8%
93	Interventions sur la carotide et les vaisseaux extracrâniens	Vaisseaux	0.0%	37%
94	Néoplasmes malins de l'ovaire	Gynécologie	0.0%	15%
95	Implants cochléaires (CIMHS)	Oto-rhino-laryngologie	0.0%	49%
96	Chirurgie de l'œsophage	Chirurgie viscérale	0.0%	19%
97	Brûlures étendues (CIMHS)	Traumatismes graves	0.0%	44%
98	Tumeurs osseuses	Orthopédie	0.0%	32%
99	Plastie reconstructive de la jonction pyélo-urétérale	Urologie	0.0%	23%
100	Réimplantations	Orthopédie	0.0%	47%
101	Strabologie	Ophtalmologie	0.0%	37%
102	Chirurgie cardiaque congénitale complexe	Cœur	0.0%	66%
103	Chirurgie d'urgence spécialisée (traumatismes crânio-cérébraux)	Traumatismes graves	0.0%	46%
104	Chirurgie cardiaque simple	Cœur	0.0%	28%
105	Chirurgie du plexus	Orthopédie	0.0%	12%
106	Affections cutanées graves	Dermatologie	0.0%	35%
107	Néphrostomie percutanée avec fragmentation de calculs	Urologie	0.0%	19%
108	Implantation d'un sphincter urinaire artificiel	Urologie	0.0%	46%
109	Surrénalectomie isolée	Urologie	0.0%	16%
110	Interventions liées à la transsexualité	Gynécologie	0.0%	71%
111	Affections de l'orbite	Ophtalmologie	0.0%	52%
112	Chirurgie élargie de l'oreille avec oreille interne et/ou ouverture de la dure-mère	Oto-rhino-laryngologie	0.0%	43%
113	Chirurgie du médiastin	Chirurgie thoracique	0.0%	19%
114	Néoplasmes malins du col de l'utérus	Gynécologie	0.0%	21%
115	Néoplasmes malins de la vulve et du vagin	Gynécologie	0.0%	10%

Source: Statistiques médicale et administrative des hôpitaux, OFS 2010, exploitation propre.

© Obsan



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.