RAPPORT

DU CONSEIL D'ÉTAT

CONCERNANT

LA PLANIFICATION HOSPITALIÈRE NEUCHÂTELOISE 2016

1ÈRE PARTIE: ÉVALUATION DES BESOINS

DU 29 OCTOBRE 2014

CH-2000 NEUCHÂTEL RUE JACQUES-LOUIS-DE-POURTALÈS 2
TÉL. 032 889 62 00 FAX 032 889 60 70 SERVICE.SANTEPUBLIQUE@NE.CH WWW.NE.CH/SANTEPUBLIQUE

TABLE DES MATIÈRES

1 Introduction 4
1.1 Bases théoriques 4
1.1.1 Fondement de la planification hospitalière 4
1.1.2 Objectifs d'une planification hospitalière 4
1.2 Contexte 5
1.2.1 Contexte fédéral 5
1.2.2 Contexte intercantonal 5
1.2.3 Contexte cantonal 6
2 Planification hospitalière neuchâteloise 2016 7
2.1 Objectifs 7
2.2 Horizon-temps 7
2.3 Portée 8
2.4 Démarche 9
3 Méthodologie d'évaluation des besoins 11
3.1 Processus 11
3.2 Organisation du projet 11
3.3 Base de données statistique 12
3.3.1 Choix de la base de données 12
3.3.2 Validité des données 13
3.3.3 Critères de sélection des cas 13
3.4 Regroupement des prestations 14
3.4.1 Soins somatiques aigus 14
3.4.2 Réadaptation 16
3.4.3 Psychiatrie 17
3.5 Détermination des besoins de la population 18
3.5.1 Modèle de projection des besoins 18
3.5.2 Projection des besoins 19
4 Bilan de la planification hospitalière 2012 – 2014 27
4.1 Généralités 27
4.2 Comparaisons 28
4.2.1 Comparaison du nombre de cas 28
4.2.2 Comparaison du nombre de journées d'hospitalisation 28
4.3 Conclusions 28

5 Détermination des besoins de la population 29
5.1 Soins somatiques aigus 29
5.1.1 Description de la situation actuelle 29
5.1.2 Estimation des besoins futurs.....30
5.2 Réadaptation.....32
5.2.1 Description de la situation actuelle 32
5.2.2 Estimation des besoins futurs.....32
5.3 Psychiatrie 33
5.3.1 Description de la situation actuelle 33
5.3.2 Estimation des besoins futurs.....34
6 Suite des travaux.....36
7 Consultation 37
8 Conclusion 39
9 Annexes 40
10 Liste des figures et tableaux.....76
11 Liste des abréviations.....77

1 INTRODUCTION

1.1 Bases théoriques

1.1.1 Fondement de la planification hospitalière

"La possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelles que soient sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale". Issue de la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, qui a ensuite donné lieu à la Déclaration universelle des droits de l'homme, cette phrase définit la santé comme un droit fondamental et inaliénable de la personne.

Dans la législation suisse, le principal droit de la population en matière de santé est ainsi le droit d'accès aux soins ou "droit à la santé". Cela dit, considérant que le système de santé ne peut être réduit à une activité purement économique régie par la loi de l'offre et de la demande, le marché de la santé ne peut être réglé de manière satisfaisante sans intervention externe.

En effet, ce marché n'est pas un marché ordinaire en ce sens qu'il ne répond pas aux règles posées par la théorie économique qui dit qu'une allocation optimale des ressources est atteinte quand les marchés fonctionnent de manière concurrentielle. Cette condition n'est pas respectée dans le secteur de la santé, les biais de concurrence y étant très nombreux, comme par exemple l'existence de monopoles locaux, la présence d'asymétrie d'information, la variabilité du produit et de sa qualité et l'intervention d'un tiers, l'assurance-maladie, rendant le "consommateur" insensible au prix du produit.

Fort de ce constat, il appartient à l'Etat d'assurer le respect de ce droit à la santé par la régulation du marché. L'un des outils existants consiste en la planification de l'offre en soins. Dans le domaine hospitalier, on parle donc de planification hospitalière.

1.1.2 Objectifs d'une planification hospitalière

Différents outils sont développés pour faire face aux nombreux biais de concurrence qui existent dans le domaine sanitaire. Par exemple, sans que cela soit son objectif principal, la mise en place du système de rémunération par pathologie (SwissDRG) au niveau national contribue à réduire la variabilité du produit en standardisant en quelque sorte les prestations hospitalières d'un point de vue médico-économique et en les rendant plus comparables.

Dans le même ordre d'idée, l'outil qu'est la planification hospitalière doit permettre aux pouvoirs publics d'agir sur différents biais dans le but de les réduire. Ainsi, par l'élaboration d'une planification hospitalière, l'Etat entend :

1. **garantir l'accès aux soins** hospitaliers à la population par l'organisation de l'offre en soins et de sa répartition sur le territoire pour couvrir les besoins de la population;
2. **assurer une bonne qualité** des prestations par la définition d'un standard hospitalier minimum en termes de qualité;
3. **maîtriser les coûts** hospitaliers par la coordination des fournisseurs de prestations et une allocation adéquate des ressources.

1.2 Contexte

1.2.1 Contexte fédéral

Depuis l'entrée en vigueur de la Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) en 1996, les cantons sont tenus d'établir une planification afin de couvrir les besoins en soins hospitaliers de leur population. Son existence est l'une des conditions à remplir pour qu'un hôpital soit admis au titre de fournisseur de prestations (art. 39 LAMal). De même, dernière étape de la planification hospitalière, les cantons sont tenus d'établir une liste hospitalière qui présente les établissements retenus en fonction de leur mandat de prestations pour garantir l'offre nécessaire aux patients de la région concernée et qui ouvre un droit au financement pour l'hôpital.

Les principales réformes introduites dans le cadre de la révision récente de la LAMal, ayant trait au financement hospitalier et effectives depuis le 1er janvier 2012, portent sur l'introduction d'un mode de financement par forfait par prestation (SwissDRG) et d'un financement dual fixe (financement sur la base d'une clé de répartition prédéterminée à la fois par l'assurance obligatoire des soins (AOS) et le canton) ainsi que sur le choix de l'hôpital pour les patients (ouverture des frontières cantonales et financement des prestations dans les cliniques privées). Cette révision comporte par ailleurs un volet moins visible et moins connu du grand public qui concerne précisément la planification hospitalière.

Si la pratique générale n'a pas été modifiée, certains changements ont toutefois été apportés dans la manière de procéder à la planification, restreignant quelque peu la marge de manœuvre dont disposaient les cantons. Ainsi, des critères de planification uniformes ont été édictés par le Conseil fédéral aux articles 58a à 58e de l'Ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal). En outre, alors que la planification liée aux capacités, à savoir la planification établie sur la base de données de gestion comme la durée de séjour et le taux d'occupation, était la norme, l'OAMal révisée consacre la planification liée aux prestations, c'est-à-dire la planification établie sur la base de données par cas en fonction du diagnostic. Ce type de planification est désormais obligatoire pour le secteur des soins aigus somatiques.

Les dispositions transitoires de la modification de la LAMal en lien avec le financement hospitalier stipulent que les planifications hospitalières cantonales doivent satisfaire aux exigences prévues dans un délai de trois ans à compter de la date d'introduction des forfaits par prestations, soit jusqu'au 1er janvier 2015.

Enfin, la jurisprudence sur les nouvelles règles de planification hospitalière commence à s'établir mais reste encore relativement sommaire deux ans après leur entrée en force.

1.2.2 Contexte intercantonal

En son article 39, alinéa 2, la LAMal invite les cantons à coordonner leur planification. Plus encore, il leur est explicitement demandé, à l'alinéa 2bis de ce même article, d'établir une planification conjointe pour l'ensemble de la Suisse dans le domaine de la médecine hautement spécialisée (MHS). Afin d'exécuter ce mandat légal, les cantons ont signé le 1er janvier 2009 la Convention intercantonale relative à la médecine hautement spécialisée (CIMHS) et se sont ainsi engagés à planifier et attribuer en commun les prestations médicales hautement spécialisées.

Cela étant, au lieu de 26 planifications cantonales, il n'existe de la sorte pour la MHS plus qu'une seule planification menée conjointement par tous les cantons. Les cantons ont ainsi délégué leurs compétences en matière de planification à un organe supra-cantonal dans le domaine de la MHS.

1.2.3 Contexte cantonal

Comme indiqué au chapitre 1.2.1, il revient aux cantons d'établir leur planification hospitalière. Dans le canton de Neuchâtel, cette tâche relève de la compétence du Conseil d'Etat en application des articles 83 et 83a de la Loi de santé (LS).

La première planification hospitalière réalisée dans le canton de Neuchâtel datait de 1999 et portait sur l'ensemble des secteurs de soins. Les premières étapes de la réorganisation hospitalière telle qu'on la connaît aujourd'hui ont été posées. La liste hospitalière qui découlait de cette planification est restée valable jusqu'au 31 décembre 2011.

En 2011, dans le but de s'adapter au nouveau régime de financement hospitalier entrant en force au 1er janvier 2012, le Conseil d'Etat a élaboré une nouvelle planification hospitalière. Celle-ci se voulait transitoire dans l'attente de connaître un peu mieux les effets de la réforme du financement hospitalier, raison pour laquelle la liste hospitalière découlant de ces travaux de planification se limite aux années 2012 à 2014. Elle se concentrait en outre sur le seul domaine des soins somatiques aigus dans lequel différents acteurs cohabitent sur le territoire cantonal[1].

A noter que la liste hospitalière 2012 – 2014 a fait l'objet d'un recours de la part d'une clinique privée du canton. Ce recours a récemment été rejeté par le Tribunal administratif fédéral (TAF) permettant ainsi de valider le processus retenu, les choix effectués ainsi que les critères appliqués par le Conseil d'Etat lors de l'élaboration de cette liste.

Arrivés à l'échéance de la liste hospitalière actuellement en vigueur, il s'agit aujourd'hui de revoir la planification cantonale pour les années à venir et de traiter également les secteurs stationnaires de la réadaptation et de la psychiatrie. Dans ces derniers secteurs, ce sont en effet la planification hospitalière de 1999 ainsi que les décisions en lien avec les options stratégiques de l'Hôpital neuchâtelois (HNE, pour la réadaptation), respectivement du Centre neuchâtelois de psychiatrie (CNP, pour la psychiatrie) qui s'appliquent actuellement, rendant nécessaire l'élaboration d'une nouvelle planification hospitalière.

[1] Dans le domaine de la réadaptation l'HNE a un monopole de fait. Il en est de même pour le CNP dans le domaine de la psychiatrie.

2 PLANIFICATION HOSPITALIÈRE NEUCHÂTELOISE 2016

2.1 Objectifs

S'inscrivant dans le contexte décrit au chapitre précédent et en application des règles prescrites par la LAMal, le Conseil d'Etat s'est fixé les objectifs suivants dans le cadre de l'élaboration de la présente planification hospitalière:

1. présenter une planification tenant compte des **besoins** de la population et des conditions-cadres du système de santé;
2. présenter une planification compatible avec les **prescriptions légales** sur le plan fédéral et cantonal;
3. présenter une liste hospitalière qui garantit un standard minimum de **qualité** et qui assure une bonne **allocation des ressources**;
4. assurer l'**équité de traitement** entre les partenaires pris en considération dans le cadre de la planification.

2.2 Horizon-temps

En octroyant un délai de trois ans aux cantons pour leur permettre de se mettre en conformité avec les nouvelles règles de planification, le Parlement fédéral a notamment tenu compte du fait qu'un certain recul était nécessaire pour apprécier les effets de la réforme du financement hospitalier en vigueur depuis le 1er janvier 2012.

Ainsi, afin de pouvoir apprécier ces effets, en particulier ceux consécutifs à l'ouverture des frontières cantonales sur les flux de patients entre cantons ainsi qu'aux conséquences de l'application du financement par prestations SwissDRG sur les hôpitaux, il est important de pouvoir se baser sur les données 2012 de la statistique fédérale (OFS), les premières qui décrivent la situation après le 1er janvier 2012. Celles-ci seront utilisées pour l'évaluation des besoins de la population et tiennent notamment compte des hospitalisations des Neuchâtelois réalisées dans l'ensemble des hôpitaux suisses. Or, ces données 2012 ne sont disponibles dans leur version définitive que depuis le mois de mars 2014.

Par ailleurs, l'arrêt du TAF, validant la liste hospitalière 2012 – 2014 et permettant de confirmer le processus retenu, les choix effectués ainsi que les critères appliqués par le Conseil d'Etat lors de l'élaboration de cette liste n'a été connu que récemment. Il était important de connaître cette jurisprudence, une des premières au niveau fédéral, avant de reprendre les travaux de planification.

Pour pouvoir présenter une nouvelle liste hospitalière au 1er janvier 2015, il aurait été nécessaire que le Conseil d'Etat prenne une décision y relative à la fin de l'été 2014, de manière à laisser le temps aux institutions de s'en imprégner et de revoir, cas échéant, leur organisation interne. L'absence de délai entre la décision du Conseil d'Etat (21 décembre 2011) et l'entrée en vigueur de la liste hospitalière (1er janvier 2012) était la principale critique qui avait été émise à l'encontre de la liste hospitalière 2012 – 2014.

Partant, souhaitant établir sa planification hospitalière sur la base de données fiables pour le canton de Neuchâtel et dans des conditions adéquates pour les partenaires, le Conseil d'Etat a admis de reporter l'entrée en vigueur de sa nouvelle liste hospitalière au 1er janvier 2016 et de proroger l'actuelle liste dans le but de récolter toutes les données nécessaires à l'établissement de la nouvelle liste. Relevons encore que la liste hospitalière actuellement en

vigueur respecte déjà les prescriptions légales, comme l'a confirmé le TAF en rejetant le recours de la clinique privée et que le droit est ainsi respecté.

L'élaboration d'une planification hospitalière est un travail conséquent. Il convient dès lors d'éviter de lui prévoir une durée trop limitée. A l'inverse, des prévisions à long terme perdent en qualité et en précision. Partant, et pour se calquer sur la politique sanitaire en cours d'élaboration au sein du Département des finances et de la santé (DFS), la présente planification hospitalière a pour horizon temporel les années 2016 à 2022.

2.3 Portée

La planification hospitalière est un terme relativement générique et, de ce fait, ses contours peuvent paraître flous.

Cela étant, dans le but d'éviter certaines confusions qui peuvent parfois exister dans la compréhension du terme de planification hospitalière, rappelons que celle-ci vise à:

- définir les institutions autorisées à pratiquer à la charge de l'AOS et du canton;
- délimiter l'offre stationnaire des institutions nécessaires à la couverture des besoins en soins de la population, en répartissant des mandats de prestations et en fixant les conditions de réalisation de ceux-ci (définition des missions).

Elle n'a en revanche pas pour vocation de:

- définir quelles institutions sont autorisées à exploiter un hôpital, sachant que cette autorisation relève d'une problématique de police sanitaire qui sort donc du cadre de la planification; c'est cependant une condition nécessaire pour figurer sur la liste hospitalière;
- décider de la répartition des missions entre les différents sites des établissements de droit public que sont l'Hôpital neuchâtelois (HNE) et le Centre Neuchâtelois de Psychiatrie (CNP), cette compétence revenant actuellement au Grand Conseil et étant dès lors traitée dans un autre cadre.

Il convient en outre de bien définir, dès le début des travaux, quelle sera la portée de la présente planification hospitalière. En l'occurrence, celle-ci porte sur:

- l'ensemble des soins hospitaliers stationnaires[2], ce qui exclut notamment les traitements ambulatoires et de longue durée;
- tous les cas des secteurs des soins somatiques aigus, de la réadaptation et de la psychiatrie;
- la population résidant dans le canton de Neuchâtel uniquement, la planification des soins pour les résidents des autres cantons incombant à ces derniers, même pour des traitements prodigués sur le territoire du canton de Neuchâtel;
- les traitements prodigués dans les hôpitaux, cliniques ou maisons de naissance situés sur tout le territoire suisse, quel que soit leur statut juridique, public ou privé, leur mode de rémunération ou le régime de financement de la prestation.

Sont exclus de la présente planification:

[2] Une définition plus précise de ce qui constitue un cas stationnaire est donnée dans la note 10, page 13.

- les cas relevant des soins palliatifs, qui seront planifiés à part et conjointement avec les cantons de Berne et du Jura dans le cadre de la stratégie BEJUNE en matière de soins palliatifs en cours d'élaboration;
- le domaine de la MHS, puisque cette compétence a été déléguée à un organisme intercantonal chargé d'établir une planification au niveau national (voir le chapitre 1.2.2). A noter à ce sujet que certaines décisions prises dans le cadre de la présente planification hospitalière pourraient être remises en question par des décisions prises au niveau de la MHS[3].

En application des prescriptions légales (art. 58c OAMal), la planification est obligatoirement liée aux prestations pour le secteur des soins somatiques aigus et des maisons de naissance. En revanche, la planification liée aux capacités demeure encore possible pour les soins psychiatriques et de réadaptation, la planification liée aux prestations étant facultative pour ces derniers secteurs de soins. Dans ce contexte, le Conseil d'Etat a décidé d'appliquer une planification sur la base des prestations à l'ensemble des secteurs de soins.

2.4 Démarche

Il découle notamment des dispositions de l'OAMal (art. 58b) que la planification hospitalière doit s'établir en trois phases principales, les phases 2 et 3 étant intimement liées:

- **Phase 1**: les cantons déterminent les besoins en soins de leur population selon une démarche vérifiable;
- **Phase 2**: les cantons déterminent l'offre utilisée dans des établissements qui ne figurent pas sur la liste qu'ils ont arrêtée;
- **Phase 3**: les cantons déterminent l'offre qui doit être garantie par les établissements cantonaux et extra-cantonaux inscrits sur la liste cantonale.

La Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS)[4] a élaboré des recommandations et des guides pour permettre aux cantons de satisfaire aux exigences de la LAMal et de l'OAMal et de rapprocher les pratiques cantonales dans ce domaine. Ainsi, un guide présente une méthodologie détaillée pour la mise en œuvre d'une planification liée aux prestations, qui a déjà servi de base à la planification hospitalière neuchâteloise 2012 – 2014. Le respect de ces recommandations et l'utilisation de ce guide ont été confirmés et précisés dans différents arrêts récents du TAF.

Ces recommandations et ces guides servent de base de réflexion pour l'établissement de la présente planification hospitalière dans le but, notamment, de présenter une "démarche vérifiable" telle que voulue par la LAMal révisée. Ils sont issus d'un travail intercantonal important et représentent une source importante d'inspiration pour les cantons.

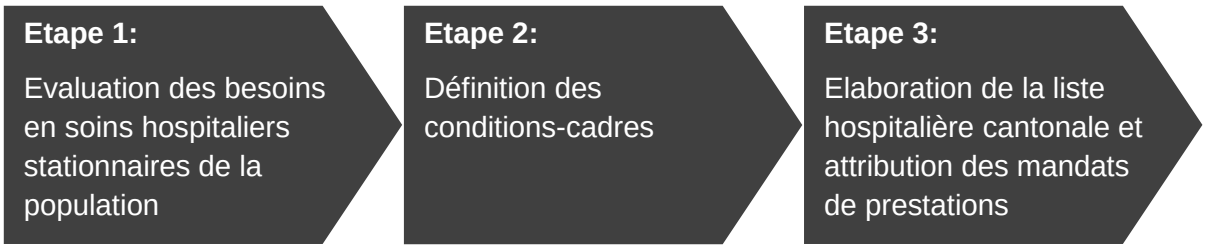
Se basant sur les principes légaux et les recommandations et guides décrits ci-dessus, le Conseil d'Etat a pris l'option d'organiser ses travaux de planification en trois étapes principales, décrites dans la Figure 1 ci-dessous, à savoir:

---

[3] En effet, la délimitation du domaine de la MHS est susceptible d'évoluer, en fonction des décisions que les instances de la CIMHS pourront prendre à l'avenir.

[4] "Recommandations sur la planification hospitalière d'après la révision de la LAMal sur le financement hospitalier du 21.12.2007", adoptées par le Comité directeur de la CDS le 14.5.2009, disponible sur le site internet de la CDS: www.gdk-cds.ch > Thèmes > Planification hospitalière et "Guide pour une planification hospitalière liée aux prestations", disponible sur: www.gdk-cds.ch > Thèmes > Planification hospitalière > Archives. Dans la même logique, un guide spécifique est prévu pour la planification de la psychiatrie, disponible sur: www.gdk-cds.ch > Thèmes > Planification psychiatrique.

Figure 1: Processus de planification hospitalière neuchâteloise 2016



La première étape a pour objectif de prévoir les besoins en soins hospitaliers stationnaires de la population, ce qui correspond essentiellement à la phase 1 de l'OAMal décrite précédemment.

La deuxième vise à déterminer les conditions-cadres liées à la liste hospitalière, c'est-à-dire les critères à respecter pour qu'un établissement puisse figurer sur la liste hospitalière et se voir attribuer des mandats de prestations.

Cette deuxième étape est nécessaire pour réaliser la troisième, qui consiste en l'élaboration de la liste hospitalière, à la suite d'un appel d'offres, concrétisant ainsi les phases 2 et 3 de l'OAMal.

Chacune de ces trois étapes donnera lieu à un rapport du Conseil d'Etat. Le présent rapport a pour seul objet l'étape 1, soit l'évaluation des besoins en soins hospitaliers stationnaires de la population. Les étapes 2 et 3 seront présentées ultérieurement dans des rapports spécifiques, à l'appui d'arrêtés du Conseil d'Etat, et selon le calendrier présenté au chapitre 6.

3 MÉTHODOLOGIE D'ÉVALUATION DES BESOINS

3.1 Processus

Dans son guide sur la planification liée aux prestations, la CDS propose une procédure en 10 points pour l'évaluation des besoins en soins hospitaliers stationnaires de la population.

Le premier concerne la définition des hypothèses et des objectifs de la planification. Ce point, portant sur l'ensemble du processus de planification, a déjà été couvert dans le chapitre 2.

Les cinq suivants ont trait directement à la problématique qui nous occupe dans le présent rapport, à savoir l'évaluation des besoins en soins hospitaliers stationnaires de la population. Il s'agit de:

2. **Fondements de la planification:**
   Il s'agit d'identifier et de valider les données qui vont être utilisées et de définir les prestations à planifier (voir les chapitres 3.3 et 3.4);
3. **Description de la situation actuelle:**
   Les prestations réalisées durant l'année de référence (2012) sont évaluées (voir les chapitres 5.1.1, 5.2.1 et 5.3.1);
4. **Evaluation des structures de prise en charge:**
   Les hypothèses sur l'évolution de la prise en charge sont posées (voir le chapitre 3.5.2.2);
5. **Pronostic des besoins:**
   Les besoins de la population sont prévus pour l'année cible de la planification (voir les chapitres 5.1.2, 5.2.2 et 5.3.2);
6. **Scénarios sur l'évolution des besoins en soins:**
   Les prévisions élaborées à l'étape précédente sont affinées en tenant compte des différentes hypothèses d'évolution de l'offre et de la demande de soins, cette étape est jointe avec la précédente dans ce document.

Les points 7 à 9 seront repris dans les étapes ultérieures[5] du processus de planification hospitalière et traitées dans des rapports idoines. Il s'agira de constituer des variantes de structures de prise en charge et d'attribuer les besoins en soins, de conclure des conventions de prestations et de composer la liste des hôpitaux.

Le dernier point (10) sort de la phase d'élaboration de la planification hospitalière puisqu'elle touche au contrôle de celle-ci.

3.2 Organisation du projet

La LS attribue la compétence pour la planification hospitalière cantonale au Conseil d'Etat. Sa réalisation opérationnelle est assurée par l'Office des hôpitaux et des institutions psychiatriques (OHIP) du Service de la santé publique (SCSP), rattaché au DFS.

Pour l'aider dans ses réflexions, le SCSP a fait appel aux compétences de l'HNE et du CNP, dans leurs domaines d'activité respectifs, en leur qualité de partenaires principaux de l'Etat et considérant qu'ils couvrent à eux deux une grande majorité des besoins de la population

[5] Il s'agit des étapes 2 et 3 du processus de planification décrites au chapitre précédent.

cantonale[6]. Des groupes de travail ont été constitués pour chacun des trois secteurs de soins – soins somatiques aigus, réadaptation et psychiatrie – afin de profiter des compétences médicales et techniques des représentants des deux institutions concernant l'utilisation des données statistiques et l'évolution de la demande et de la prise en charge.

Une attention particulière a été portée à la limitation des attributions de ces groupes de travail afin de ne pas créer d'inégalité de traitement par rapport aux autres établissements amenés à solliciter des mandats de prestations par la suite. Leur implication se limite d'ailleurs à la seule première des trois étapes de l'élaboration de la planification hospitalière, celle-ci étant essentiellement technique.

De manière à assurer un maximum de transparence sur ces travaux, une séance d'information a été organisée par le SCSP le 5 juin 2014 avec des représentants de tous les établissements hospitaliers neuchâtelois, y compris maison de naissance, afin de leur présenter les travaux en cours et le calendrier, ainsi que de leur donner l'opportunité de poser toutes leurs questions relatives à la planification hospitalière 2016. Par ailleurs, des consultations seront organisées, avant adoption par le Conseil d'Etat, à toutes les étapes importantes du processus de planification (voir le chapitre 6), la première sur le présent rapport.

3.3 Base de données statistique

3.3.1 Choix de la base de données

L'article 58b alinéa 1 de l'OAMal prévoit que "les cantons déterminent les besoins selon une démarche vérifiable [et qu'ils] se fondent notamment sur des données statistiquement justifiées et sur des comparaisons". La CDS, dans ses recommandations sur la planification hospitalière précise dans la recommandation 1, page 3, que les données sont en principe "les données statistiques définitives" de l'Office fédéral de la statistique (OFS) mais que les cantons peuvent "recourir aux données provisoires et aux données des enquêtes cantonales dans la mesure où elles sont disponibles pour le canton".

Dans ce contexte, c'est essentiellement la statistique médicale des hôpitaux (MS) de l'OFS qui est utilisée pour établir la planification hospitalière 2016. Selon la description qui en est faite par l'OFS[7], celle-ci "recense chaque année les données des hospitalisations effectuées en Suisse. Le relevé est effectué par chaque clinique et hôpital. L'OFS collecte les informations socio-démographiques des patients telles que l'âge, le sexe et la région de domicile, les données administratives comme le type d'assurance et le séjour avant l'admission, et les informations médicales constituées des diagnostics posés et des traitements effectués." La MS contient toutes les informations nécessaires pour le regroupement des cas du secteur des soins aigus, de la réadaptation et de la psychiatrie dans les différents domaines de prestations décrits au chapitre 3.4, ainsi que les éléments nécessaires pour établir la prévision des besoins décrite au chapitre 3.5, en particulier l'âge des patients.

Les données de l'année 2012 sont les dernières données disponibles à la rédaction du présent rapport. Le TAF ayant validé dans l'arrêt du 28 janvier 2014 déjà mentionné

[6] En 2012, le nombre de cas de l'HNE a représenté 69% des cas de soins somatiques aigus et 79% de ceux de réadaptation. Celui du CNP a représenté 88% des cas de psychiatrie.

[7] Plus d'informations sur la MS se trouvent sur le site internet de l'OFS: www.bfs.admin.ch > Infothèque > Enquêtes, sources > Statistique médicale des hôpitaux.

l'utilisation en 2011 des données 2008 de la MS dans le cadre de l'élaboration de la planification hospitalière 2012 – 2014, soit des données vieilles de trois ans, il paraît pertinent d'utiliser les données 2012 pour l'évaluation des besoins en 2014 et l'établissement de la liste hospitalière en 2015.

3.3.2 Validité des données

Dans le domaine stationnaire, les prestations sont codées sur la base des diagnostics et des interventions[8]. Servant de base à la rémunération des prestations par forfaits par cas DRG dans le secteur des soins somatiques aigus, ce codage est contrôlé chaque année par un organe de révision externe.

Les hôpitaux neuchâtelois de soins somatiques aigus subventionnés (l'HNE et l'Hôpital de la Providence) peuvent se prévaloir d'un taux de codage correct de plus de 95% des diagnostics pour l'année sous revue (2012), ce qui est considéré comme très bon[9]. Les données de la MS n'ont cependant pu être utilisées, pour ces deux établissements, qu'après différentes corrections décrites à l'Annexe 1.

En ce qui concerne le CNP, il n'y a pas de différence entre le nombre de cas facturés et la MS. La Clinique Montbrillant a également fournis ses cas au SCSP pour validation. Les données transmises par la clinique font état de 7 cas supplémentaires par rapport à la MS de l'OFS, soit une différence de 3% qui reste tout à fait acceptable. En revanche, la validation du nombre de cas de la Clinique de la Tour et de la Maison de naissance Tilia n'a pas pu être réalisée.

Enfin, le SCSP a envoyé un courrier aux principales institutions hors canton dans lesquelles des patients neuchâtelois ont été hospitalisés en 2012, pour les trois secteurs de soins – soins somatiques aigus, réadaptation et psychiatrie – afin d'évaluer la qualité des données de la MS concernant des patients neuchâtelois pour ces institutions. Cette enquête n'a pas révélé de différences significatives entre les données de la MS et celles des établissements. Par ailleurs, la qualité du codage est jugée bonne par l'ensemble des établissements qui ont répondu à cette question. Plus de détails à ce propos sont également fournis dans l'Annexe 1.

3.3.3 Critères de sélection des cas

Les critères de sélections des cas sont élaborés sur la base de la définition de la portée de la planification détaillée au chapitre 2.3. Pour rappel, seuls les cas hospitaliers stationnaires[10] de patients domiciliés dans le canton de Neuchâtel sont retenus.

---

[8] Les diagnostics et les traitements sont codés respectivement selon la Classification internationale des maladies (CIM) et la Classification suisse des interventions chirurgicales (CHOP). Les nomenclatures et les règles de codage médical se trouvent sur le site internet de l'OFS: www.bfs.admin.ch > Infothèque > Nomenclatures.

[9] En revanche, l'HNE nous a confirmé que dans le domaine de la réadaptation le codage était en partie automatisé, sur la base du séjour aigu précédent, et dans le domaine de la psychiatrie, au CNP, le codage est réalisé par les équipes soignantes, et non par des codeurs professionnels.

[10] Les cas hospitaliers stationnaires, sont, selon la définition donnée dans l'article 3 de l'Ordonnance sur le calcul des coûts et le classement des prestations par les hôpitaux, les maisons de naissance et les établissements médico-sociaux dans l'assurance-maladie (OCP), les traitements à l'hôpital ou dans une maison de naissance: d'au moins 24 heures, ou de moins de 24 heures au cours desquels un lit est occupé durant une nuit, ou à l'hôpital, en cas de transfert dans un autre hôpital, ou dans une maison de naissance en cas de transfert dans un hôpital ou en cas de décès.

Les cas relevant des soins somatiques aigus sont définis par défaut. Il s'agit essentiellement des cas ne relevant pas des autres secteurs, soit ni attribués à la réadaptation ni à la psychiatrie. On exclut également les cas relevant des soins palliatifs pris en charge sur le site de la Chrysalide de l'HNE, ceux-ci étant planifiés à part, comme expliqué au chapitre 2.3.

Les cas de réadaptation sont les cas traités dans des divisions ou cliniques de réadaptation et de gériatrie ou au Centre suisses de paraplégiques de Nottwil et avec un diagnostic principal ne relevant pas des troubles mentaux et du comportement, s'agissant du site de La Béroche de l'HNE et des autres institutions hospitalières.

Les cas attribués à la psychiatrie sont les cas traités dans des divisions ou hôpitaux psychiatriques, ainsi que les cas de patients de moins de 14 ans traités à l'HNE, avec un diagnostic principal ou secondaire relevant des troubles mentaux et du comportement et les cas traités dans des divisions ou cliniques de réadaptation et de gériatrie avec un diagnostic principal relevant des troubles mentaux et du comportement et traités sur le site de La Béroche, s'agissant de l'HNE, ces derniers cas concernant essentiellement des traitements d'addictions.

Pour plus de détail sur les critères retenus pour délimiter les différents secteurs, il est renvoyé à l'Annexe 2.

3.4 Regroupement des prestations

Comme expliqué précédemment, l'OAMal prévoit que la planification est obligatoirement liée aux prestations pour le secteur des soins somatiques aigus et des maisons de naissance (art. 58c OAMal). Ce mode de planification est en revanche facultatif pour la réadaptation et la psychiatrie. Le canton de Neuchâtel a cependant aussi décidé dans ces secteurs d'établir la planification sur la base des prestations et non des capacités.

Les prestations peuvent être diverses et variées. Par exemple, dans les domaines de soins somatiques, il existe plus de 1000 positions SwissDRG, rendant ainsi une planification sur cette seule base très compliquée, voire impossible. Pour cette raison, il s'avère nécessaire de regrouper des prestations en groupes cohérents du point de vue de la planification.

3.4.1 Soins somatiques aigus

La Direction de la santé du canton de Zurich et la Direction de la santé publique et de la prévoyance sociale du canton de Berne ont développé un modèle de groupement des prestations pour le secteur des soins somatiques aigus, basé sur les diagnostics et les traitements réalisés à l'hôpital, soit les mêmes données que celles qui sont utilisées pour le regroupement en SwissDRG. L'utilisation de ce modèle de groupes de prestations pour la planification hospitalière [11] (GPPH), ou Spitalplanungs-Leistungsgruppen (SPLG) en allemand, a été recommandée par la CDS dans le cadre de la planification hospitalière liée aux prestations. Une version précédente de ce modèle, basée sur les APDRG, a déjà été utilisée dans le cadre de la planification hospitalière neuchâteloise 2012 – 2014, et son utilisation n'a pas été contestée dans les différentes décisions concernant la planification hospitalière que le TAF a rendues.

[11] Toutes les informations relatives au modèle GPPH se trouvent sur le site internet de la CDS: www.gdk-cds.ch > Thèmes > Planification hospitalière > Groupes de prestations pour la planification hospitalière (GPPH) Soins somatiques aigus, ainsi que sur celui de la Direction de la santé du canton de Zurich: www.gd.zh.ch > Themen / Behörden & Politik > Spitalplanungs-Leistungsgruppen (SPLG) Akutsomatik.

Ce modèle, présenté schématiquement dans la Figure 2 ci-dessous, répartit les cas en 25 domaines de prestations (voir le Tableau 1), eux-mêmes subdivisés en 126 groupes de prestations (voir l'Annexe 3), permettant de garder une structure plus simple que le catalogue SwissDRG, tout en offrant un degré de différenciation des prestations relativement élevé. Il retient d'ailleurs une approche basée sur la planification hospitalière et non sur le financement comme les SwissDRG. Le modèle permet en outre une distinction entre les soins de base et les prestations spécialisées, facilitant l'attribution de mandats de prestations. Enfin, il permet de faire le lien avec les décisions prises au niveau intercantonal dans le domaine de la MHS qui sont prises en compte dans le modèle.

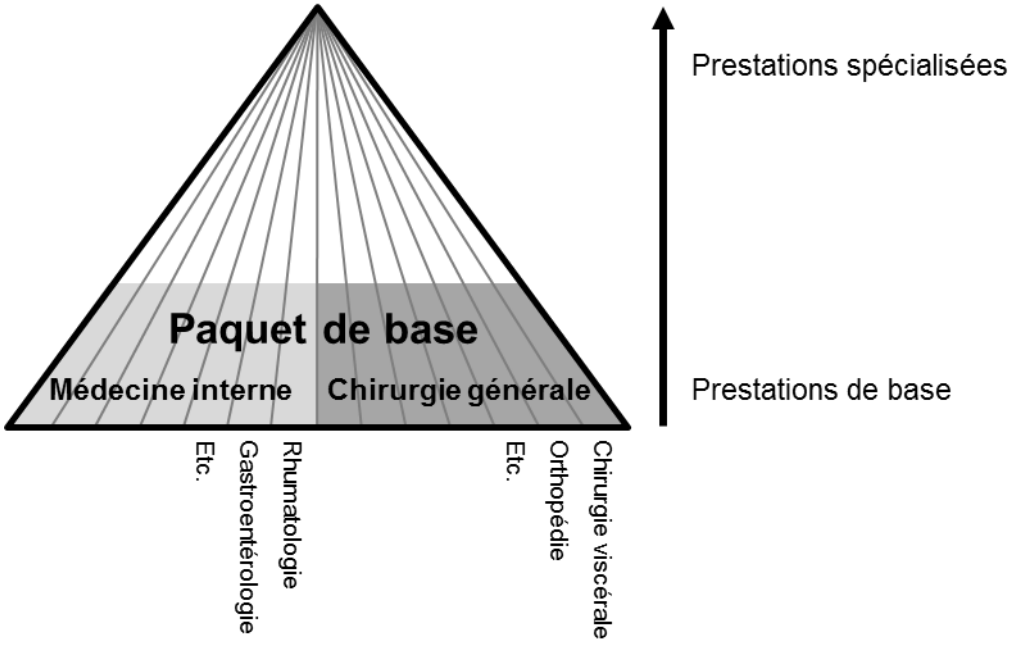
Tableau 1: Domaines de prestations des soins somatiques aigus

Domaines de prestations du modèle GPPH
Paquet de base
Dermatologie
Oto-rhino-laryngologie
Neurochirurgie
Neurologie
Ophtalmologie
Endocrinologie
Gastroentérologie
Chirurgie viscérale
Hématologie
Vaisseaux
Cœur
Néphrologie
Urologie
Pneumologie
Chirurgie thoracique
Transplantations d’organes solides
Orthopédie
Rhumatologie
Gynécologie
Obstétrique
Nouveau-nés
(Radio-)oncologie
Traumatismes graves
Domaines pluridisciplinaires

Les domaines de prestations "paquet de base" (PB) et "domaines pluridisciplinaires" sont particuliers. Le premier regroupe les prestations identifiées comme soins de base et contient toutes les prestations qui ne sont pas attribuées à un autre groupe de prestations spécialisées. Il s'agit donc d'un catalogue négatif. Le PB sert en outre de point de départ pour la réalisation de toutes les autres prestations. Les domaines pluridisciplinaires

concernent quant à eux différents groupes de prestations et sont définis pour un segment de patients particulier, par exemple la pédiatrie ou la gériatrie.

Figure 2: Schéma de la structure des GPPH[12]



Le modèle GPPH est adapté chaque année pour suivre l'évolution des nomenclatures médicales utilisées pour le codage des diagnostics et des interventions[13], ce qui peut avoir pour conséquence des ajustements marginaux dans la logique de regroupement des cas dans les différents groupes de prestations d'une année à l'autre. L'attribution des cas aux groupes de prestations est effectuée à l'aide d'un logiciel appelé groupeur, mis à disposition par la Direction de la santé du canton de Zurich. La version 2 du modèle GPPH a été utilisée pour le groupement des données 2012, qui ont servi de base aux analyses présentées dans ce présent document.

L'attribution des mandats de prestations lors de l'établissement de la liste hospitalière ainsi que le contrôle de l'exécution de ces mandats devrait en principe intervenir chaque année sur la base de la version en vigueur durant l'année correspondante.

3.4.2 Réadaptation

Il n'existe pas encore de définition uniforme des prestations en Suisse dans le domaine de la réadaptation stationnaire, comme c'est le cas dans les soins somatiques aigus. Plusieurs projets sont néanmoins en cours de développement dans ce domaine, notamment:

- ST Reha[14], une structure tarifaire développée par SwissDRG SA, responsable de la structure tarifaire SwissDRG;
- MT RehaGer[15], développé par l'association plateforme-reha.ch comme complément à ST Reha incluant la réadaptation gériatrique polyvalente;

[12] Source: Direction de la santé du canton de Zurich et CDS.
[13] Voir à ce sujet la note 8, page 13.
[14] Les informations sur le projet ST Reha se trouvent sur: www.swissdrg.org > Réadaptation.

- DefReha[16], un catalogue de définition des prestations et des types de fourniture de prestation pour la réadaptation stationnaire, développé par H+, l'association faîtière des hôpitaux suisses.

Aucun d'entre eux ne peut cependant être utilisé en l'état actuel pour l'élaboration de la planification hospitalière. La CDS reconnait d'ailleurs que "l'introduction préalable dans les cantons d'un système de rémunération lié aux prestations des actes médicaux […] revient à simplifier considérablement la conception et la mise en œuvre d'une planification hospitalière liée aux prestations"[17]. En effet, les cas dans le domaine de la réadaptation étant pour l'instant rémunérés essentiellement sur la base de la durée de séjour, et non sur la base de prestations, les informations collectées dans les statistiques fédérales sur les diagnostics secondaires et les traitements sont peu fiables, d'une part, et ne donnent qu'une vision limitée des prestations de réadaptation, d'autre part.

De ce fait, il a été décidé que, dans le domaine de la réadaptation, le regroupement des prestations se ferait uniquement sur la base du diagnostic principal, codé selon la Classification internationale des maladies (CIM), en attendant l'introduction d'une définition nationale dans ce domaine[18]. Elle ne correspond par conséquent pas non plus nécessairement à l'appréciation que pourraient en avoir les professionnels du terrain, mais il n'a pas été possible, considérant les données à disposition et la qualité du codage dans ce secteur, de répartir les cas de manière plus fine. Le Tableau 2 ci-dessous présente les six groupes de prestations définis pour l'attribution des mandats de prestations, et leur définition détaillée est présentée dans l'Annexe 4.

Tableau 2: Groupes de prestations de réadaptation

Groupes de prestations de réadaptation
Réadaptation musculo-squelettique
Réadaptation cardiovasculaire
Réadaptation pulmonaire
Réadaptation neurologique
Réadaptation paraplégique et tétraplégique
Réadaptation générale et polyvalente gériatrique

3.4.3 Psychiatrie

Comme pour la réadaptation, il n'existe pas encore de prestations définies de manière uniforme en Suisse pour la psychiatrie, et les séjours hospitaliers sont aussi rémunérés sur la base de la durée de séjour dans ce domaine. Il existe un projet de structure tarifaire basée sur les prestations, TARPSY[19], également développée par SwissDRG SA, qui n'entrera cependant pas en vigueur avant quelques années et n'est par conséquent pas exploitable pour la présente planification hospitalière.

[15] Les informations sur le projet MT RehaGer sont disponibles sur: www.plateforme-reha.ch > Projets.
[16] Le "Document de référence DefReha" se trouve sur: www.hplus.ch > Portrait > Conférences actives > Conférence active de réadaptation.
[17] "Guide pour une planification hospitalière liée aux prestations", *op. cit.*, Principe 3, p. 7.
[18] Cette répartition ne tient par conséquent pas compte d'autres paramètres, comme par exemple l'état confusionnel du patient.
[19] Les informations sur le projet TARPSY se trouvent sur: www.swissdrg.org > Psychiatrie.

Dans ce domaine, les données à disposition ne permettant pas de définir des prestations différenciées en fonction du diagnostic ou des traitements, il a été décidé de définir des prestations sur la base de l'âge du patient, selon les groupes de prestations présentés dans le Tableau 3 ci-dessous et détaillés dans l'Annexe 5.

Tableau 3: Groupes de prestations de psychiatrie

Groupes de prestations de psychiatrie
Pédopsychiatrie
Psychiatrie de l'adolescent
Psychiatrie de l'adulte
Psychiatrie de l'âge avancé et psychogériatrie

3.5 Détermination des besoins de la population

Pour déterminer les besoins en soins de la population, il s'agit d'estimer l'évolution de la demande de soins lors des années sur lesquelles porte la planification.

Comme lors de la précédente planification hospitalière cantonale, le modèle de prévision des besoins sur la base des prestations élaboré par l'Obsan et Statistique Vaud a été retenu comme outil d'aide à la planification hospitalière. Ce modèle est décrit de façon détaillée dans le document de travail 32 de l'Obsan "Modèle de projection du recours aux soins comme outil d'aide à la planification hospitalière"[20]. Ce modèle a également été étendu aux secteurs de la réadaptation et de la psychiatrie.

La CDS considère que les variables dont il faut tenir compte dans l'évolution des besoins sont le développement médico-technique, l'évolution démographique de la population du canton, les évolutions épidémiologiques et la durée et le taux d'hospitalisation. Pour tenir compte au mieux de l'évolution des conditions-cadres du système hospitalier, nous avons pris en considération des éléments complémentaires comme l'évolution de la prise en charge. Nous y reviendrons plus loin.

3.5.1 Modèle de projection des besoins

Se basant sur les statistiques de l'OFS (en particulier la MS), le modèle Obsan – Statistique Vaud propose différents scénarios d'évolution des besoins. Pour ce faire, il prend en compte des aspects importants des évolutions en cours dans le secteur hospitalier suisse comme le raccourcissement des durées de séjour, en lien avec les gains d'efficience apportés par le progrès technologique et par une meilleure organisation de la prise en charge ou les flux de patients entre cantons, en lien avec l'ouverture des frontières cantonales. En outre, il offre différentes approches de l'évolution démographique.

Comme tout modèle, celui de l'Obsan – Statistique Vaud est basé sur un certain nombre d'hypothèses, dont les plus importantes sont les suivantes:

- absence de besoins en soins non satisfaits lors de l'année de référence (absence de listes d'attente);
- absence de surconsommation lors de l'année de référence (le recours observé aux prestations correspond au besoin réel);

[20] Ce document est disponible sur: www.obsan.admin.ch > Publications > Population et recours aux soins.

- prévalence des diagnostics constante dans le temps;
- taux d'hospitalisation par âge et prestation constants dans le temps;
- qualité des soins supposée constante et indépendante de la durée d'hospitalisation;
- préférences de la population constante dans le temps (le recours aux prestations ne change pas).

Ce modèle a été retenu car il présente les avantages suivants:

- il tient compte de l'évolution démographique;
- il tient compte des flux des patients (y compris hors canton);
- il tient en partie compte de l'évolution de la prise en charge par une approche de réduction des durées de séjour;
- il est simple et reproductible;
- il a déjà été utilisé pour la planification hospitalière neuchâteloise 2012 – 2014, et est également utilisé par d'autres cantons romands (Genève, Vaud), il a donc une bonne assise et permet aussi des comparaisons dans l'espace et dans le temps.

Il présente également quelques limitations déjà identifiées dans le cadre des travaux de la précédente planification hospitalière. Il n'intègre ainsi pas l'effet du virage ambulatoire, soit le remplacement de la prise en charge stationnaire par l'ambulatoire pour certaines prestations, et, uniquement de manière implicite, l'effet de l'évolution épidémiologique et technologique.

3.5.2 Projection des besoins

3.5.2.1 Description de la situation actuelle

Cette étape, qui correspond au point 3 du modèle de la CDS, constitue le point de départ de la projection des besoins. Elle consiste à établir une photographie du recours aux soins de la population neuchâteloise sur l'année de référence. En l'occurrence, il s'agit de l'année 2012, dernière année pour laquelle nous disposions de données complètes et validées au commencement des travaux de planification.

3.5.2.2 Intégration des facteurs d'évolution de la demande et de l'offre

Dans cette deuxième étape, correspondant aux points 4 et 6 du modèle de la CDS, on intègre les facteurs d'évolution de la demande et de l'offre qui auront une influence sur la projection du nombre de cas. Il s'agit de l'évolution démographique et de l'évolution de la prise en charge, en particulier le virage ambulatoire. Les facteurs influant sur la durée de séjour (benchmarking) sont également introduits dans ce cadre. Bien que le modèle Obsan – Statistique Vaud ne prenne pas en considération de manière spécifique les facteurs que sont les évolutions épidémiologique et médico-technique, on présume qu'il en tient compte de manière implicite en lien avec l'évolution démographique, respectivement l'évolution de la prise en charge.

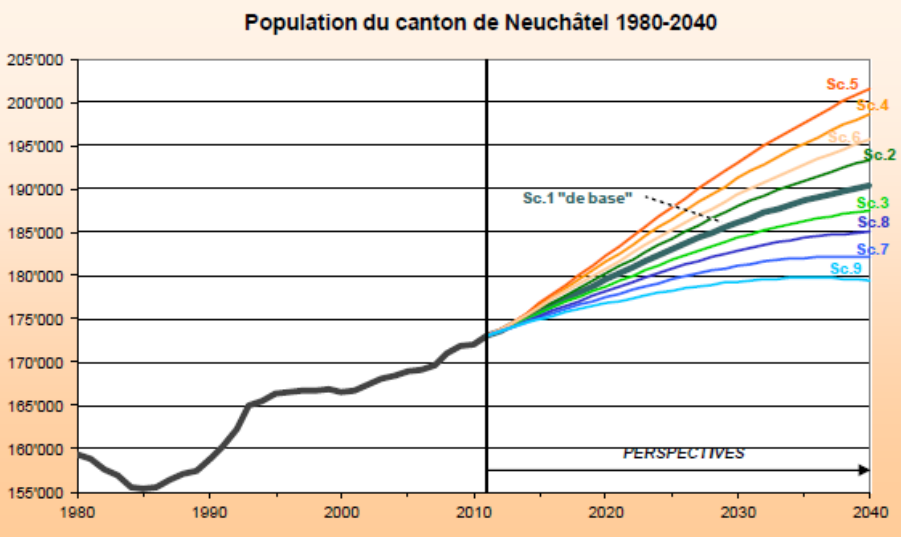
Evolution de la demande

Les principaux facteurs d'évolution de la demande sont l'évolution démographique, qui a un impact sur le nombre de personnes susceptibles de se faire hospitaliser, et l'évolution épidémiologique, qui influence le taux d'hospitalisation.

i) Evolution démographique

L'évolution démographique est intégrée dans le modèle en prenant trois scénarios parmi les neuf élaborés pour le canton de Neuchâtel par Statistique Vaud dans ses perspectives démographiques. Les données démographiques pour l'année 2012 sont celles de l'OFS (STATPOP). Les projections des nombres de cas et de jours d'hospitalisation ont été calculées par Statistique Vaud, sur la base des scénarios démographiques.

Figure 3: Scénarios démographiques de Statistique Vaud pour le canton de Neuchâtel[21]



Les scénarios utilisés sont les suivants: le scénario de référence (numéro 1), un scénario haut (numéro 5) et un scénario bas (numéro 7). Les différents scénarios sont présentés en détail dans le rapport de Statistique Vaud[22] et illustrés dans la Figure 3 ci-dessus. Parmi les scénarios hauts, le scénario 5, prévoyant une population de plus de 200.000 habitants à l'horizon 2040, a été retenu pour des raisons de cohérence avec les autres services de l'Etat, celui-ci étant déjà utilisé en particulier dans le domaine de l'aménagement du territoire. Parmi les scénarios bas, le scénario 7 a quant à lui été choisi car ses hypothèses relatives au taux de fécondité et au solde migratoire correspondent aux tendances observées depuis la réalisation de ces prévisions démographiques.

ii) Evolution épidémiologique

En ce qui concerne l'évolution épidémiologique, les principaux facteurs identifiés comme pertinents par les experts interrogés dans le cadre des groupes de travail sont des facteurs mettant du temps à évoluer et n'ayant que des effets à long terme, comme par exemple l'augmentation de la prévalence de l'obésité. Ces facteurs n'auront vraisemblablement que peu d'influence sur l'horizon-temps limité à quelques années de la planification hospitalière. Il ne nous a donc pas paru pertinent d'entreprendre des démarches complexes pour intégrer ces éléments, pour un apport marginal dans la précision des prévisions. Les facteurs épidémiologiques ne sont donc pas pris en compte de manière explicite dans le modèle.

[21] Source: Statistique Vaud, "Perspectives régionalisées de population 2011 – 2040 Neuchâtel", publié en novembre 2012, *op. cit.*, p. 20.
[22] Statistique Vaud, "Perspectives régionalisées de population 2011 – 2040 Neuchâtel", publié en novembre 2012.

Evolution de l'offre et de la prise en charge

Du côté de l'offre, l'évolution de la prise en charge se traduit principalement de deux manières. Premièrement, l'évolution médico-technique permet une prise en charge de pathologies pour lesquelles aucun traitement n'existait auparavant. Deuxièmement, la prise en charge peut évoluer, en substituant un traitement par un autre traitement plus performant, moins invasif ou avec moins d'effets secondaires et de complications, en réduisant la durée moyenne de séjour ou même en permettant une prise en charge ambulatoire. Le premier de ces deux aspects n'est pas pris en compte dans le modèle Obsan – Statistique Vaud. Le second l'est de manière implicite, à travers la diminution des durées de séjour, alors que le virage ambulatoire ne l'est pas du tout.

i) Evolution de la prise en charge

Les entretiens avec des experts dans le cadre des groupes de travail ont permis d'identifier certains traitements susceptibles d'évoluer ces prochaines années. Toutes les évolutions mentionnées lors de ces entretiens correspondent à des traitements améliorant la prise en charge de cas déjà traités, par exemple la substitution d'une prise en charge chirurgicale invasive par une intervention plus légère, voire médicamenteuse. Comme dans le domaine de l'évolution épidémiologique, la réalisation d'une étude spécifique sur le sujet ne nous a pas paru se justifier, étant donné les résultats escomptés. L'évolution médico-technique n'a dès lors pas été prise en compte de manière explicite, à part à travers une réduction des durées de séjour liée à une prise en charge optimisée ou à l'évolution démographique, comme cela a déjà été indiqué.

ii) Virage ambulatoire et réduction du nombre de cas

Le modèle Obsan – Statistique Vaud n'intègre pas non plus l'hypothèse d'un virage ambulatoire, à savoir la substitution de prestations stationnaires par des prestations ambulatoires, ce qui constitue à notre sens une faiblesse. En effet, cette évolution de la prise en charge ne doit pas être négligée.

Le virage ambulatoire est principalement influencé par les progrès médicaux, comme cela a déjà été évoqué plus haut, et par les différences de rémunération des traitements entre le secteur ambulatoire rémunéré à l'acte avec le TARMED et le secteur stationnaire rémunéré par des forfaits par cas SwissDRG, dans le secteur des soins aigus somatiques et à la journée dans les autres secteurs. Lors de la planification hospitalière 2012 – 2014, consacrée uniquement aux soins aigus somatiques, cet effet avait été pris en compte en utilisant une liste d'une quarantaine d'APDRG potentiellement réalisables de manière ambulatoire. Dans le cadre de la présente planification, le virage ambulatoire est à nouveau pris en compte mais de manière différente.

Pour les soins aigus somatiques, nous avons fait appel au Dr Yves Eggli qui a développé l'outil SQLape permettant d'identifier les cas candidats à la chirurgie d'un jour. Cet outil a pour but d'identifier quels séjours hospitaliers auraient pu être évités grâce à une prise en charge de chirurgie d'un jour[23], autrement dit avec une prise en charge ambulatoire. La définition de ces cas est donnée dans l'Annexe 6.

[23] La méthodologie a fait l'objet d'une publication scientifique dans: Gilliard N, Eggli Y, Halfon P, "A methodology to estimate the potential to move inpatient to one day surgery", *BMC Health Services Research*, 2006, 6:78. Plus de détails sont fournis sous: www.sqlape.com/DS_ALGORITHM.htm.

En outre, dans le secteur des soins somatiques aigus, nous avons introduit une hypothèse supplémentaire relative à l'efficience de la prise en charge, également à l'aide des outils SQLape développés par le Dr Eggli. Il s'agit des hospitalisations non justifiées et des réadmissions potentiellement évitables.

L'outil relatif aux hospitalisations non justifiées a pour but d'identifier les patients dont l'hospitalisation stationnaire n'est pas indiquée, sur la base des informations médicales à disposition[24]. Il s'agit principalement d'hospitalisations dites "à caractère social", dont le nombre devrait diminuer suite à la mise en œuvre de la planification médico-sociale, ces patients étant à l'avenir orientés vers d'autres institutions. L'outil relatif aux réadmissions potentiellement évitables a quant à lui été développé comme mesure de la qualité de la préparation des sorties hospitalières[25]. Il est utilisé dans ce but par l'Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques (ANQ). Nous l'employons ici comme mesure supplémentaire du potentiel de réduction du nombre de cas lié à une meilleure efficience de la prise en charge hospitalière. Ces deux outils sont également décrits plus en détail à l'Annexe 6. Au total, ce sont plus de 2.400 cas qui ont été identifiés en 2012 à l'aide de ces outils dont le détail par domaine de prestations est à l'Annexe 7.

Le potentiel de réduction du nombre de cas sera surestimé avec l'utilisation de ces trois outils SQLape car le traitement dans le secteur stationnaire de certains des cas identifiés peut tout de même se révéler être justifié, l'identification sur une base statistique n'est en effet pas complètement robuste. De ce fait, la réduction du nombre de cas est intégrée au maximum à 80% du potentiel identifié et cette introduction dans les projections est réalisée de manière progressive et linéaire sur la durée observée. On ne peut en effet pas s'attendre à ce que le potentiel soit pleinement exploité, qui plus est à brève échéance. Le Tableau 4 ci-dessous donne les taux utilisés chaque année pour pondérer le potentiel de réduction du nombre de cas dans le modèle de projections. Ce taux est également plafonné à 80% pour les années postérieures à 2022.

Tableau 4 : Pondérations annuelles pour l'introduction progressive des outils SQLape

2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
0%	8%	16%	24%	32%	40%	48%	56%	64%	72%	80%

Dans le secteur de la réadaptation, l'hypothèse de virage ambulatoire a été formulée de manière normative, sur la base d'un potentiel de développement de la réadaptation ambulatoire. Cette hypothèse est différenciée par prestation. Une réduction du nombre de cas stationnaires de 2% par an est envisagée pour la réadaptation cardiovasculaire et la réadaptation pulmonaire, et de 1% dans les autres domaines, ce jusqu'à l'horizon 2022. Cette différence est due au potentiel plus grand de la réadaptation ambulatoire dans les deux premiers domaines.

[24] Plus d'informations à ce sujet se trouvent sur: www.sqlape.com/UNJUSTIFIED_STAY.htm.

[25] Les informations détaillées sur cet indicateur sont aussi sur le site internet de SQLape: www.sqlape.com/READMISSIONS.htm. Cet outil a également fait l'objet de publications scientifiques, dont: Halfon P, Eggli Y, Prêtre-Rohrbach I, Meylan D, Marazzi A, Burnand B., "Validation of the potentially avoidable hospital readmission rate as a routine indicator of the quality of hospital care", *Medical Care*, 2006, 44:11; pp. 972-981.

La situation est différente dans le secteur de la psychiatrie. En effet, un développement de la prise en charge ambulatoire dans ce secteur n'entraîne pas automatiquement de réduction du nombre de cas. Ceci est dû au fait que la prise en charge ambulatoire est plutôt un complément qu'un substitut à la prise en charge stationnaire. Dans ce cas, les patients effectuent des séjours stationnaires plus court et sont ensuite suivis en ambulatoire. Ils sont réadmis en cas de rechute ou d'épisode aigu, au lieu d'effectuer un seul séjour plus long en institution. Ce nouveau mode de prise en charge permet certes une réduction du nombre de journées d'hospitalisation, mais a en revanche plutôt tendance à faire augmenter le nombre de cas. Pour cette raison, le scénario du virage ambulatoire fait l'hypothèse d'une augmentation annuelle de 1% du nombre de cas stationnaires dans ce secteur, quel que soit le domaine de prestations, ce jusqu'en 2022.

iii) Evolution de la durée moyenne de séjour

Finalement, des hypothèses sur l'évolution des durées de séjour ont été posées. Le modèle Obsan – Statistique Vaud prévoit les trois scénarios suivants pour les soins aigus somatiques:

- Référence: durée moyenne de séjour (DMS) par DRG dans les hôpitaux constante;
- ¼ best: DMS correspondant au 25e centile de la durée moyenne de séjour par DRG et par hôpital;
- 40e centile: 40e centile de la durée de séjour de la Suisse, par DRG, indépendamment des hôpitaux.

Les deux premiers scénarios se réfèrent aux DMS par DRG et par hôpital. Le scénario de référence représente la DMS par DRG dans les hôpitaux du canton à l'année de référence retenant l'hypothèse selon laquelle la durée moyenne de séjour restera stable.

Le scénario ¼ best applique la durée qui correspond au 25e centile de la DMS par DRG et par hôpital, dans toute la Suisse. Etant donné que ce scénario se base sur les résultats par hôpital, on considère que des facteurs d'influence de la durée de séjour comme les progrès technologiques sont implicitement pris en compte.

Quant au scénario du 40e centile, il correspond à une autre approche puisqu'il est basé sur la durée de tous les séjours par DRG, indépendamment des hôpitaux. Tous les séjours suisses sont classés selon leur durée par DRG, puis la durée équivalente au 40e centile est retenue.

L'objectif de réduction des DMS est intégré dans le modèle de manière progressive, avec un objectif de réalisation à un horizon-temps donné, soit dans le cas présent en 2022.

Pour la réadaptation, l'Obsan et Statistique Vaud ont utilisé la même approche, en utilisant les prestations définies précédemment au chapitre 3.4.2 comme des DRG fictifs. Les scénarios retenus dans ce secteur sont le scénario de référence, qui reprend la DMS par groupe dans les hôpitaux du canton à l'année de référence, partant du principe que la durée de séjour reste constante dans le temps, et un scénario prévoyant que les séjours atteignent la DMS suisse. Ce dernier scénario n'est cependant pas idéal, étant donné l'hétérogénéité de la prise en charge dans le secteur de la réadaptation en Suisse.

De même, pour la psychiatrie, l'Obsan et Statistique Vaud ont calculé des durées de séjour par DRG fictifs, basés sur l'âge et le chapitre de la CIM du diagnostic principal. Les projections pour la psychiatrie sont ensuite agrégées par groupe d'âge afin de correspondre aux prestations définies précédemment au chapitre 3.4.3. Cette répartition par diagnostic est

présentée dans l'Annexe 8. En cohérence avec les conséquences du virage ambulatoire sur le nombre de cas (voir chapitre précédent), il est essentiel de tenir compte d'une réduction des DMS en psychiatrie.

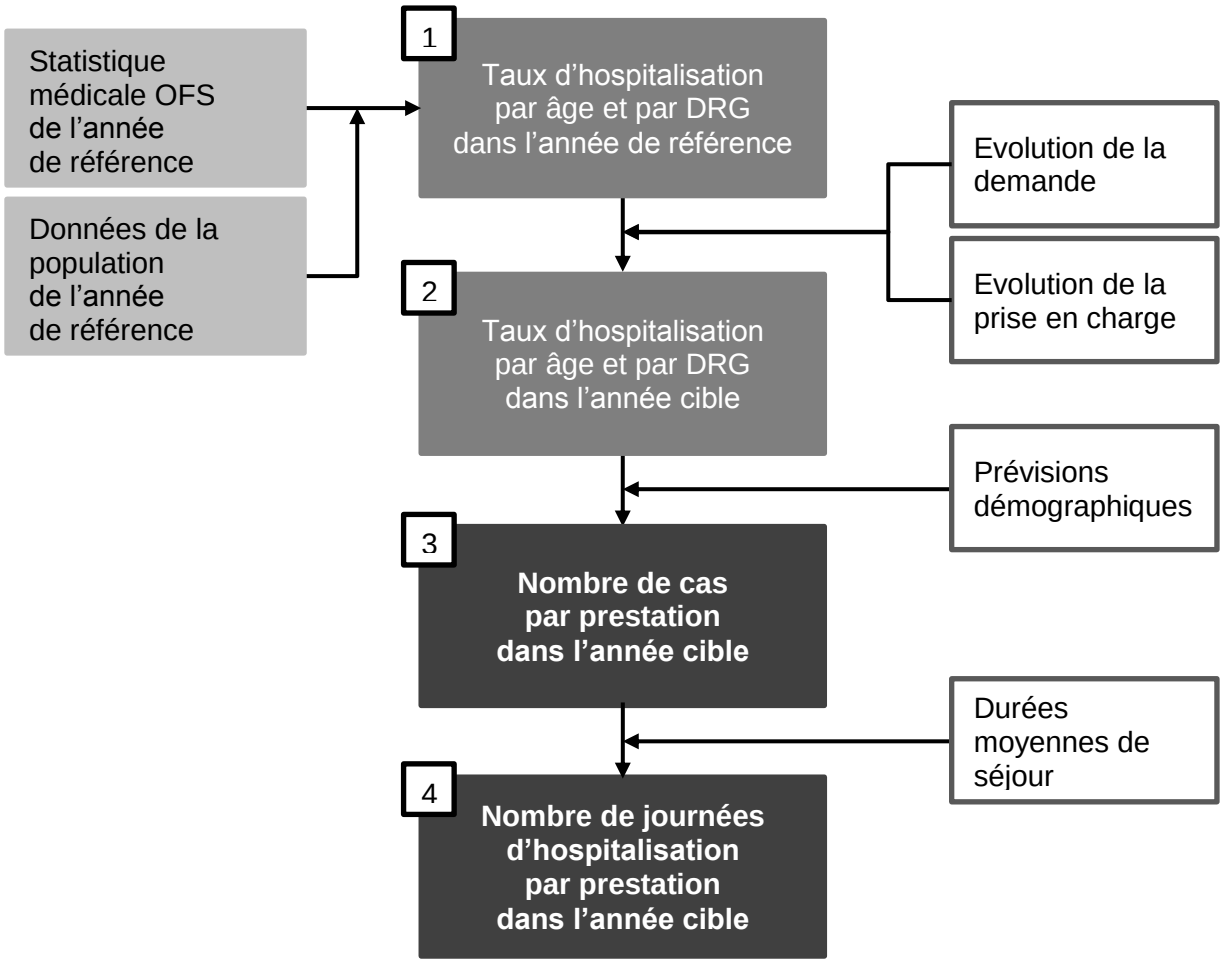
Dans ces deux derniers secteurs – réadaptation et psychiatrie – on ajoute également une hypothèse supplémentaire de réduction progressive de la DMS fixée de manière normative à 1% par an jusqu'en 2022.

3.5.2.3 Estimation des besoins futurs

Sur la base des deux premières étapes, l'estimation des besoins futurs consiste à déterminer le nombre de cas et de journées d'hospitalisation probables pour les années de projection, soit chaque année de 2016 à 2022.

L'objectif du modèle est d'estimer, pour chaque groupe de prestations, l'évolution possible du nombre de cas et de journées d'hospitalisation pour la population du canton sur la base du taux d'hospitalisation par âge, de l'évolution projetée de la démographie et du potentiel de réduction des durées moyennes de séjour.

Figure 4: Démarche de projection des besoins



La démarche est décrite de manière détaillée dans le document de travail 32 de l'Obsan déjà mentionné. De manière simplifiée, on peut la résumer en quatre étapes, représentées dans la Figure 4 ci-dessus:

1. On calcule tout d'abord un taux d'hospitalisation par âge et par DRG (ou par DRG fictif pour la réadaptation et la psychiatrie), en divisant le nombre de cas effectif dans l'année de référence (2012), tiré de la MS de l'OFS, par le nombre d'habitants, provenant des statistiques de la population du canton, pour chaque combinaison de DRG et de classe d'âge;
2. Ce taux est ajusté en fonction des différentes hypothèses d'évolution de l'offre et de la demande ayant une influence sur le nombre de cas (en particulier le virage ambulatoire) décrites au chapitre précédent;
3. Il est ensuite multiplié par le nombre d'habitants prévu (évolution démographique) pour l'année cible afin d'obtenir le nombre de cas par groupe de prestations[26];
4. Finalement, ce nombre de cas prévu est lui-même multiplié par la DMS retenue afin d'obtenir le nombre de journées d'hospitalisation par groupe de prestations[27].

Celle démarche a été entreprise pour l'ensemble des scénarios retenus dans le modèle d'évaluation de la demande de soins stationnaires décrits au chapitre précédent et présentés dans le Tableau 19 de l'Annexe 9.

Le Conseil d'Etat a retenu deux combinaisons de scénarios pour la projection des besoins en soins hospitaliers stationnaires de la population, présentées dans les Tableau 5 et Tableau 6.

La première, qu'on appellera désormais le scénario 1, se base sur le scénario démographique de référence (scénario "moyen") et inclut les hypothèses de virage ambulatoire décrites plus haut, soit pour les soins aigus somatiques l'introduction linéaire du potentiel de réduction du nombre de cas identifiés par les outils SQLape, et pour les secteurs de la réadaptation et de la psychiatrie un virage ambulatoire normatif. Les hypothèses de réduction de la DMS sont le scénario ¼ best pour les soins aigus somatiques et les scénarios de réduction normative de la DMS de 1% par an évoqués plus haut pour les autres secteurs de soins.

Tableau 5: Définition du scénario 1

Type de scénario	Soins aigus somatiques	Réadaptation	Psychiatrie
Scénario démographique	Référence (moyen)	Référence (moyen)	Référence (moyen)
Virage ambulatoire	Cas identifiés par les outils SQLape, introduction linéaire jusqu'à 80% du potentiel de réduction du nombre de cas	Normatif -1% ou -2% par an selon les groupes de prestations	Normatif +1% par an
Réduction de la DMS	¼ best	Réduction de 1% par an	Réduction de 1% par an

[26] Dans le secteur des soins aigus somatiques, le nombre de cas par groupe de prestations est obtenu après avoir attribué les DRG aux différents GPPH.
[27] Dans le secteur des soins aigus somatiques, certains ajustements permettent d'écarter les durées de séjours jugées aberrantes car très longues ou très courtes. Les DMS sont calculées sur la base des durées de séjours considérées comme statistiquement typiques par DRG, correspondant aux cas appelés inliers.

La seconde, renommée scénario 2, se fonde sur les mêmes scénarios que la première, à l'exception du scénario démographique retenu qui correspond cette fois au scénario "haut".

Tableau 6: Définition du scénario 2

Type de scénario	Soins aigus somatiques	Réadaptation	Psychiatrie
Scénario démographique	Haut	Haut	Haut
Virage ambulatoire	Cas identifiés par les outils SQLape, introduction linéaire jusqu'à 80% du potentiel de réduction du nombre de cas	Normatif -1% ou -2% par an selon les groupes de prestations	Normatif +1% par an
Réduction de la DMS	¼ best	Réduction de 1% par an	Réduction de 1% par an

4 BILAN DE LA PLANIFICATION HOSPITALIÈRE 2012 – 2014

4.1 Généralités

Avant de passer à la présentation de l'estimation des besoins de la population neuchâteloise dans le cadre de la planification hospitalière 2016, il est important d'évaluer les projections réalisées dans le cadre de la planification hospitalière 2012 – 2014.

La détermination des besoins de la population réalisée dans le cadre de la planification hospitalière 2012 – 2014 a été réalisée en 2011 sur la base des données 2008 de la statistique médicale des hôpitaux de l'OFS, selon le même modèle de projection de l'Obsan–Statistique Vaud que celui qui a été présenté au chapitre 3.5. Celle-ci se limitait cependant aux soins somatiques aigus. Une comparaison des prévisions réalisées pour l'année 2012 avec l'activité réellement réalisée cette année-là permet donc d'évaluer la justesse du modèle et, partant, la pertinence de l'utilisation de ce modèle pour la planification hospitalière 2016.

Le secteur hospitalier somatique aigu stationnaire a connu des changements importants au 1er janvier 2012, suite à l'introduction du système de financement des séjours par SwissDRG. Outre le changement de classification des cas lié au passage des forfaits par cas APDRG aux forfaits SwissDRG, les règles de facturation ont également été modifiées, notamment en ce qui concerne la définition d'un cas hospitalier et de la durée de séjour[28]. Afin de tirer un bilan de la planification 2012 – 2014, il convient par conséquent de rendre les données 2012 comparables à celles qui étaient disponibles pour établir les prévisions, en recalculant le nombre de séjours et leur durée. En parallèle à ce changement de système de classification des cas, le regroupement des prestations pour la planification hospitalière a lui aussi évolué[29]. Par conséquent, seule une comparaison globale est possible.

[28] Voir à ce propos la note 10, page 13. En effet, à partir de 2012 différents séjours hospitaliers peuvent, sous certaines conditions, être regroupés en un seul cas lors de réadmissions dans le même hôpital. Ceci réduit artificiellement le nombre de cas comptabilisés à partir de 2012 et rend les comparaisons avec les années précédentes difficiles. De même, la durée de séjour calculée dans le système SwissDRG est en général plus courte que sous l'ancien système car on ne prend plus en compte le jour de sortie de l'hôpital.

[29] L'évaluation des besoins réalisée en 2011 pour le canton de Neuchâtel était basée sur le regroupement des cas en domaines de prestations GPPH à partir des APDRG. Ce système a été adapté et se base désormais directement sur les diagnostics et les interventions (Codes CIM et CHOP respectivement) aussi utilisés pour classer les cas dans les DRG, comme cela a déjà été décrit au chapitre 3.4.1. La comparaison par domaine de prestations entre les prévisions établies en 2011 et les cas effectivement réalisés en 2012 est rendue impossible par l'absence de prévisions pour le groupe de prestations "paquet de base/ paquet de base programmé", qui représente presque 40% des cas de la population neuchâteloise en 2012 (voir le chapitre 5.1.1). Ces cas étaient auparavant ventilés dans les autres domaines en fonction de leur classement selon les APDRG. En outre, la logique de planification qui prévalait avant la réforme de la LAMal entrée en vigueur en 2009 était une prévision du nombre de lits (planification des capacités) et non du nombre de cas, comme c'est le cas actuellement. De ce fait les nouveau-nés sains ou décédés dans les deux jours étaient exclus des prévisions dans le modèle de l'Obsan, car ils n'occupent pas un lit. Ces cas doivent par conséquent également être déduits des hospitalisations survenues en 2012 pour procéder à des comparaisons. Toutes les informations sur le regroupement des prestations dans le cadre de la planification hospitalière 2012 – 2014 sont disponibles dans le chapitre 3.3 du "Rapport du Département de la santé et des affaires sociales au Conseil d'État concernant la planification hospitalière neuchâteloise 2012 – 2014 du 8 décembre 2011", disponible sur www.ne.ch/santepublique > Hôpitaux et institutions psychiatriques > Planification hospitalière actuelle.

4.2 Comparaisons

Le Tableau 7 ci-dessous donne le nombre de cas et de journées d'hospitalisation prévus et effectivement réalisés en 2012 pour la population neuchâteloise, ainsi que les durées de séjour moyennes calculées (en jours), en tenant compte des définitions de cas et de durée de séjour valables avant 2012, et en excluant les nouveau-nés sains ou décédés durant les deux premiers jours de vie (1508 cas).

Tableau 7: Nombre de cas et de journées d'hospitalisation prévus et réalisés en 2012

	Prévus	Réalisés	Différence
Nombre de cas	21'056	21'373	1%
Nombre de journées	146'494	140'755	-4%

4.2.1 Comparaison du nombre de cas

Les prévisions ont sous-estimé le nombre de cas et surestimé le nombre journées. On constate cependant que celles-ci ont été relativement précises, en particulier en ce qui concerne le nombre de cas, avec une différence d'un peu plus de 1%. Certains domaines de prestations ne devraient pas contenir beaucoup de cas qui auraient dû être classés dans le paquet de base lors de l'établissement des prévisions en 2011. On peut notamment penser à l'obstétrique. Dans ce domaine, 2033 cas avaient été prévus et 2119 cas ont été réalisés en 2012, soit une différence de 4%, ce qui reste dans le même ordre de grandeur que pour les prévisions globales. Différentes explications, en partie liées aux hypothèses utilisées dans le modèle de prévision des besoins peuvent expliquer ces écarts, notamment les prévisions démographiques. La population du canton de Neuchâtel s'est élevée à 174.447 habitants en 2012[30], comparée aux 173.570 habitants prévus dans le scénario de référence élaboré par Statistique Vaud[31] et utilisé dans les prévisions, soit une sous-estimation d'un peu moins de 1%.

4.2.2 Comparaison du nombre de journées d'hospitalisation

Le nombre de journées d'hospitalisation se trouve quant à lui 4% en deçà des prévisions, ce qui reste très correct, compte tenu de l'incertitude liée aux prévisions et du fait que l'estimation du nombre de journées et tributaire d'une hypothèse supplémentaire, liée à la DMS, par rapport à celle du nombre de cas. Il est à noter que le scénario retenu à l'époque pour les DMS était le "¼ best", ce qui était déjà relativement ambitieux.

4.3 Conclusions

Il convient de rappeler que la projection des besoins est issue d'un modèle qui, comme tout modèle, ne peut que s'approcher de la réalité. Ceci étant, le modèle de l'Obsan – Statistique Vaud utilisé en 2011 pour la planification hospitalière 2012 – 2014 s'est avéré performant pour la prévision des besoins en soins hospitaliers de la population neuchâteloise. Partant, on considère que cette approche reste cohérente, ce qui justifie son utilisation à nouveau pour la planification hospitalière neuchâteloise 2016.

[30] Source: "Recensement annuel de la population par district et par commune", disponible sur: www.ne.ch/statistique > Population > Recensement annuel de la population
[31] Source: Statistique Vaud, "Perspectives de population 2009 – 2040 Neuchâtel", *op. cit.*, p. 41.

5 DÉTERMINATION DES BESOINS DE LA POPULATION

En préambule, il convient de rappeler que le canton de Neuchâtel, comme les autres d'ailleurs, doit élaborer une planification hospitalière pour l'ensemble de sa population. La situation actuelle décrit dès lors l'ensemble des prestations fournies au profit de patients domiciliés dans le canton de Neuchâtel, qu'ils soient traités par un hôpital situé dans le canton ou dans un autre canton, et quel que soit leur statut d'assurance (voir le chapitre 2.3).

L'ensemble de cette cohorte est pertinent dans le cadre de cette analyse, les patients domiciliés dans d'autres cantons que celui de Neuchâtel ou dans un autre pays étant exclus. En effet, il appartient à leur canton de domicile de planifier les besoins de leur population et, le cas échéant, de prendre les contacts nécessaires avec les hôpitaux neuchâtelois et les autorités compétentes du canton où ils se trouvent pour s'assurer de la prise en charge de leurs ressortissants.

La planification hospitalière neuchâteloise considère la population dans son ensemble. L'unité d'analyse est donc le canton, et nous avons renoncé à le subdiviser en régions, dans le prolongement également des décisions politiques prises en matière hospitalière ces dernières années.

Comme cela a déjà été dit, la planification doit se faire sur la base des prestations dans le domaine des soins aigus somatiques. Il a été décidé d'utiliser cette approche également pour la réadaptation et la psychiatrie[32]. De ce fait, les projections portant sur le nombre de cas sont pour nous les plus pertinentes, celles portant sur le nombre de journées étant données à titre indicatif.

Partant de la situation 2012, et tenant compte des facteurs d'évolution décrits au chapitre 3.5.2.2, l'estimation des besoins futurs peut ainsi être réalisée pour les années 2016 à 2022 qui constituent l'espace-temps de la présente planification hospitalière. Les projections pour l'année 2027 sont également présentées à titre d'information.

5.1 Soins somatiques aigus

5.1.1 Description de la situation actuelle

Le Tableau 8 ci-dessous présente le nombre de cas sortis dans l'année (selon la définition donnée au chapitre 3.3.3) et de journées de la population neuchâteloise en 2012, après les regroupements de cas liés aux règles de facturation SwissDRG, par ordre d'importance des domaines de prestations. La présentation par groupes de prestations GPPH se trouve dans l'Annexe 10.

Comme déjà évoqué, le domaine de prestations "paquet de base" représente près de 40% des cas. Les autres domaines importants sont l'orthopédie (13% des cas), l'obstétrique (10%) et les nouveau-nés (9%). Environ 80% des cas sont pris en charge dans des établissements situés dans le canton de Neuchâtel, mais cette proportion est variable, passant de presque 90% pour le paquet de base, à moins de 4% pour la neurochirurgie, domaine principalement pratiqué dans des hôpitaux universitaires.

[32] La planification sur la base des capacités est en effet encore admise dans ces deux derniers secteurs, comme cela a déjà été mentionné précédemment.

Par ailleurs, la part des cas LAMal est de 92% en moyenne. Celle-ci dépasse 85% dans tous les domaines (elle atteint même 100% en gynécologie et obstétrique), à l'exception de l'orthopédie (79%) et des traumatismes graves (43%), la part de l'assurance accidents étant naturellement plus élevée dans ces derniers domaines. La durée moyenne de séjour est de 5.7 jours, variant de 2.1 jours dans le domaine de l'ophtalmologie à 15.2 jours dans le domaine des traumatismes graves.

Tableau 8: Nombre de cas et de journées de soins somatiques aigus en 2012

Domaines de prestations des soins somatiques aigus	Nombre de cas	Part du domaine	Part de cas à NE	Part de cas LAMal	Nombre de jours	DMS (jours)
Paquet de base	8'340	38%	89%	92%	42'705	5.1
Orthopédie	2'808	13%	67%	79%	17'168	6.1
Obstétrique	2'116	10%	85%	100%	9'075	4.3
Nouveau-nés	1'956	9%	86%	91%	8'909	4.6
Cœur	1'028	5%	11%	98%	4'475	4.4
Urologie	846	4%	81%	97%	3'696	4.4
Oto-rhino-laryngologie	733	3%	79%	88%	2'825	3.9
Gynécologie	660	3%	78%	100%	2'727	4.1
Gastroentérologie	660	3%	90%	99%	6'222	9.4
Pneumologie	563	3%	88%	98%	5'970	10.6
Neurologie	563	3%	76%	96%	3'794	6.7
Vaisseaux	309	1%	61%	96%	3'422	11.1
Chirurgie viscérale	294	1%	79%	99%	3'879	13.2
(Radio-)oncologie	232	1%	70%	98%	1'501	6.5
Hématologie	215	1%	72%	99%	2'141	10.0
Ophtalmologie	179	1%	40%	93%	374	2.1
Néphrologie	156	1%	98%	99%	2'218	14.2
Dermatologie	114	1%	68%	96%	1'225	10.7
Rhumatologie	102	0%	79%	87%	484	4.7
Endocrinologie	72	0%	85%	97%	609	8.5
Chirurgie thoracique	61	0%	56%	92%	693	11.4
Neurochirurgie	52	0%	4%	92%	476	9.2
Traumatismes graves	51	0%	45%	43%	773	15.2
Transplantations d'organes solides	19	0%	11%	95%	210	11.1
Total	**22'129**	**100%**	**79%**	**92%**	**125'571**	**5.7**

5.1.2 Estimation des besoins futurs

Pour des raisons de lisibilité du présent rapport, les projections du nombre de cas par GPPH pour les années 2016 à 2022 et 2027 sont données dans l'Annexe 11 et l'Annexe 12, tenant compte des scénarios retenus (voir chapitre 3.5.2.3). Le Tableau 9 ci-dessous présente quant à lui les mêmes résultats, mais agrégés par domaine de prestation et uniquement pour le scénario 1. Les projections pour le nombre de journées d'hospitalisation sont quant à elles présentées à l'Annexe 13.

Tableau 9: Projection du nombre de cas de soins aigus somatiques par domaines de prestations — scénario 1

Domaines de prestations	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2027
Paquet de base	8'371	8'377	8'391	8'396	8'400	8'401	8'414	8'899
Dermatologie	109	108	107	104	104	102	100	108
Oto-rhino-laryngologie	654	635	616	599	580	557	537	546
Neurochirurgie	52	52	52	52	52	52	52	54
Neurologie	568	569	574	574	576	578	577	616
Ophtalmologie	153	145	139	132	123	118	110	116
Endocrinologie	71	72	72	73	73	73	74	79
Gastroentérologie	666	670	673	674	678	679	684	733
Chirurgie viscérale	299	301	302	301	305	307	310	328
Hématologie	216	216	218	218	219	220	219	236
Vaisseaux	319	321	328	328	331	336	338	365
Cœur	1'038	1'044	1'050	1'052	1'058	1'062	1'068	1'138
Néphrologie	153	155	155	156	157	158	159	172
Urologie	845	846	849	844	844	845	844	892
Pneumologie	565	569	571	573	575	579	581	619
Chirurgie thoracique	61	62	62	61	61	61	62	65
Transplantations d'organes solides	18	18	18	19	19	19	18	18
Orthopédie	2'793	2'784	2'786	2'778	2'768	2'760	2'752	2'867
Rhumatologie	98	97	96	96	94	93	92	97
Gynécologie	662	661	661	657	655	653	650	663
Obstétrique	2'156	2'171	2'186	2'199	2'212	2'220	2'228	2'215
Nouveau-nés	2'035	2'045	2'053	2'060	2'065	2'067	2'067	2'061
(Radio-)oncologie	240	239	242	241	242	243	243	255
Traumatismes graves	51	52	52	52	52	52	52	53
Total	**22'193**	**22'209**	**22'253**	**22'239**	**22'243**	**22'235**	**22'231**	**23'195**

On constate une très légère augmentation du nombre de cas attendus ces prochaines années (+0,18% entre 2016 et 2022), l'effet "virage ambulatoire" (SQLape) venant compenser l'effet "évolution démographique". La progression globale est de 1,05% sur la même période avec le scénario 2. Il est à relever que les deux effets évoqués plus haut n'ont pas la même influence dans tous les groupes de prestations, en fonction du potentiel de développement des interventions ambulatoires (notamment chirurgicales) et de la distribution de l'âge des patients des différents groupes de prestations. Par exemple, l'ophtalmologie est tout particulièrement concernée par le virage ambulatoire, avec une forte proportion de cas identifiés comme candidats à la chirurgie d'un jour par les outils SQLape. Et en ce qui concerne l'évolution démographique, les domaines de l'obstétrique et des nouveau-nés sont notamment les plus influencés par l'évolution du taux de natalité.

S'agissant du nombre de journées d'hospitalisation, celui-ci est également quasiment stable (-0,78%) entre 2016 et 2022 pour le scénario 1. La stabilité du nombre de journées d'hospitalisation est encore plus flagrante (-0,11%) avec le scénario 2.

5.2 Réadaptation

5.2.1 Description de la situation actuelle

Le Tableau 10 ci-dessous présente le nombre de cas et de journées de réadaptation en 2012, selon la définition donnée au chapitre 3.3.3, classés selon le nombre de cas de chacun des groupes de prestations. Dans ce secteur, les durées de séjour sont calculées en comptant à la fois le jour d'entrée et de sortie, contrairement aux soins somatiques aigus. De plus, la durée de séjour est plafonnée à 365 jours. Tous les cas de la population neuchâteloise sont inclus, quels que soient le lieu du traitement ou l'assurance qui a pris en charge le cas. A noter également que la durée de séjour est calculée selon l'ancienne méthode, ce qui implique que le jour de sortie est pris en compte.

Tableau 10: Nombre de cas et de journées de réadaptation en 2012

Groupes de prestations de réadaptation	Nombre de cas	Part du domaine	Part de cas à NE	Part de cas LAMal	Nombre de jours	DMS (jours)
Musculo-squelettique	953	38%	88%	92%	18'276	19.2
Générale et polyvalente gériatrique	686	27%	93%	91%	12'664	18.5
Cardiovasculaire	452	18%	47%	100%	9'334	20.7
Neurologique	232	9%	78%	98%	7'022	30.3
Pulmonaire	173	7%	71%	98%	2'651	15.3
Paraplégique et tétraplégique	34	1%	50%	79%	927	27.3
Total	**2'530**	**100%**	**79%**	**94%**	**50'874**	**20.1**

Ceci étant, on observe que le domaine de la réadaptation musculo-squelettique représente 38% des cas, suivi de la réadaptation générale et polyvalente gériatrique (27%). Viennent ensuite les domaines de la réadaptation cardiovasculaire (18%), neurologique (9%), pulmonaire (7%) et paraplégique et tétraplégique (1%). Près de 80% des traitements sont prodigués dans des établissements neuchâtelois. Cette part est cependant très variable. Elle est d'environ 50% pour la réadaptation cardiovasculaire et la réadaptation paraplégique et tétraplégique, et de plus de 85% pour les domaines de réadaptation musculo-squelettique ainsi que générale et polyvalente gériatrique. La part globale des cas LAMal est de près de 95%. Elle est plus basse (79%) dans le domaine de la réadaptation paraplégique et tétraplégique, domaine plus concerné par l'assurance accidents. En ce qui concerne les durées moyennes de séjour, celles-ci sont en-dessous de la moyenne de 20 jours dans le domaine de la réadaptation pulmonaire (15 jours), et sans surprise au-dessus dans les domaines de la réadaptation neurologique (30 jours) et paraplégique et tétraplégique (27 jours).

5.2.2 Estimation des besoins futurs

Les prévisions du nombre de cas avec le scénario 1 sont présentées dans le Tableau 11 ci-dessous et celles avec le scénario 2 sont dans l'Annexe 14, avec les projections du nombre de journées.

Tableau 11: Projection du nombre de cas de réadaptation -– scénario 1

Groupes de prestations de réadaptation	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2027
Musculo-squelettique	963	969	978	983	989	997	1'003	1'092
Cardiovasculaire	442	439	438	437	433	431	431	465
Pulmonaire	170	171	171	171	170	169	170	184
Neurologique	235	236	237	237	238	240	240	257
Paraplégique et tétraplégique	34	35	36	36	36	37	38	39
Générale et polyvalente gériatrique	694	698	701	705	711	716	720	793
Total	**2'538**	**2'548**	**2'561**	**2'569**	**2'577**	**2'590**	**2'602**	**2'830**

Dans le secteur de la réadaptation, contrairement au secteur des soins aigus somatiques, on constate que le virage ambulatoire ne compense pas totalement les effets démographiques, puisque le nombre de cas prévus augmente globalement de 2,52% de 2016 à 2022 avec le scénario démographique de référence, et de 2,67% avec le scénario haut. On note toutefois que dans les groupes de prestations pour lesquels le virage ambulatoire est plus ambitieux, soit la réadaptation cardiovasculaire et la réadaptation pulmonaire (2% par an au lieu de 1% par an de virage ambulatoire), le nombre de cas à l'horizon 2022 reste stable pour le second, voire même diminue pour le premier.

En ce qui concerne le nombre de journées, on constate dans le Tableau 25 de l'Annexe 14 que la projection en maintenant la DMS au même niveau qu'en 2012 donne une augmentation globale de 2,19% avec le scénario 1 (+2,41% avec le scénario 2) que pour la projection du nombre de cas. Le nombre de journées augmente pour tous les types de réadaptation jusqu'en 2022, à l'exception de la réadaptation cardiovasculaire. Si l'on introduit l'hypothèse supplémentaire de réduction de 1% de la DMS pour toutes les prestations de réadaptation, on obtient une réduction globale de 3,79% du nombre de journées entre 2016 et 2022 avec le scénario 1 (voir le Tableau 26 de l'Annexe 14; et de -3,59% avec le scénario 2). Dans ce cas le nombre de journées n'augmente plus que pour la réadaptation paraplégique et tétraplégique.

5.3 Psychiatrie

5.3.1 Description de la situation actuelle

Le Tableau 12 ci-dessous présente le nombre de cas et de journées de psychiatrie en 2012 tels que définis dans le chapitre 3.3.3. Comme dans le secteur de la réadaptation, les durées de séjour sont calculées en comptant à la fois le jour d'entrée et de sortie. La durée de séjour est aussi plafonnée à 365 jours, y compris pour les séjours de longue durée, qui, dans ce secteur, sont également inclus. A noter également que la durée de séjour est calculée selon l'ancienne méthode, ce qui implique que le jour de sortie est pris en compte.

Tableau 12: Nombre de cas et de journées de psychiatrie en 2012

Groupes de prestations de psychiatrie	Nombre de cas	Part du domaine	Part de cas à NE	Part de cas LAMal	Nombre de jours	DMS (jours)
Pédopsychiatrie	35	2%	100%	89%	393	11.2
Psychiatrie de l'adolescent	70	5%	97%	100%	2'775	39.6
Psychiatrie de l'adulte	1'072	71%	93%	99%	31'978	29.8
Psychiatrie de l'âge avancé et psychogériatrie	337	22%	99%	99%	13'821	41.0
Total	**1'514**	**100%**	**94%**	**99%**	**48'967**	**32.3**

La grande majorité des cas (71%) relève de la psychiatrie adulte (18-64 ans), suivie de la psychiatrie de l'âge avancé (65 ans et plus ; 22%). Les enfants (0-13 ans) et adolescents (14-17 ans) ne représentent que 7% du total des cas. Près de 95% de cas sont traités dans le canton et 99% des cas concernent la LAMal. Environ 10% des cas d'enfants de moins de 14 ans concernent l'assurance invalidité (3 cas sur 35). La durée moyenne de séjour est d'un peu plus de 32 jours. Elle est plus élevée pour les adolescents et les personnes âgées (autour de 40 jours), et nettement plus basse pour les enfants (11 jours).

5.3.2 Estimation des besoins futurs

Les prévisions du nombre de cas avec le scénario 1 sont présentées dans le Tableau 13 ci-dessous et celles avec le scénario 2 sont dans l'Annexe 15 (Tableau 27), avec les projections du nombre de journées (Tableau 28 et Tableau 29).

Tableau 13: Projection du nombre de cas de psychiatrie -– scénario 1

Groupes de prestations de psychiatrie	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2027
Pédopsychiatrie	36	36	36	36	36	36	36	38
Psychiatrie de l'adolescent	73	72	72	73	73	75	75	79
Psychiatrie de l'adulte	1'127	1'142	1'157	1'170	1'182	1'196	1'208	1'265
Psychiatrie de l'âge avancé et psychogériatrie	369	380	391	401	412	424	437	505
Total	**1'605**	**1'630**	**1'656**	**1'680**	**1'703**	**1'731**	**1'756**	**1'887**

Le nombre de cas prévu en 2022 avec le scénario 1 est de 1756, soit une augmentation de 9,41% par rapport à l'année 2016. La diminution de la DMS et le virage ambulatoire favorisent un plus grand nombre de réhospitalisations, chacune d'elles étant comptée comme un nouvel épisode. La hausse est même de 10,22% avec le scénario 2. L'effet le plus marqué (+18,43% entre 2016 et 2022) se trouve dans le domaine de la psychiatrie de l'âge avancé et de la psychogériatrie, celui-ci est lié au vieillissement attendu de la population.

En ce qui concerne le nombre de journées, la situation est similaire, avec un taux de croissance global de 10,21% en maintenant la DMS constante, sous le scénario 1, ou seulement de 3,76% en imposant une baisse normative de 1% par an de celle-ci. A DMS constante, le nombre de journées augmente de 18,01% dans le domaine de la psychiatrie de l'âge avancé et de la psychogériatrie, qui connait sans surprise le plus fort accroissement. Le nombre de journées de pédopsychiatrie devrait quant à lui légèrement diminuer (-1,49%), toujours entre 2016 et 2022.

6 SUITE DES TRAVAUX

Comme cela a déjà été évoqué au chapitre 2.4, le projet de planification hospitalière a été scindé en trois étapes, dont la première est présentée dans ce rapport. La suite des travaux consistera en la réalisation des deux autres étapes consacrées à la définition des conditions-cadres et à l'élaboration de la liste hospitalière cantonale.

Le calendrier fixé pour la suite du projet, à titre indicatif, est le suivant:

Etape 2: Définition des conditions-cadres

- **Automne 2014:**
  Consultation sur les conditions et critères pour la prise en compte des établissements pour la liste hospitalière;
- **Décembre 2014:**
  Fixation par le Conseil d'Etat et publication de ces critères;

Etape 3: Elaboration de la liste hospitalière

- **Décembre 2014:**
  Lancement de l'appel d'offres pour les mandats de prestations;
- **Avril-mai 2015:**
  Détermination de l'offre couverte par la liste hospitalière et consultation sur la liste et les mandats de prestations octroyés;
- **Juin-juillet 2015:**
  Consultation sur la liste hospitalière;
- **Août-septembre 2015:**
  Formalisation des décisions par la publication par le Conseil d'Etat d'un arrêté fixant la liste hospitalière cantonale.

7 CONSULTATION

Durant le mois de septembre 2014, une consultation a été menée sur le projet de rapport du Conseil d'Etat concernant l'évaluation des besoins hospitaliers de la population. Une vingtaine de partenaires a été associée à cette consultation, dont l'ensemble des hôpitaux figurant actuellement sur la liste hospitalière cantonale. Onze y ont répondu.

De manière générale, la qualité du rapport, qui reste accessible malgré son côté très technique, est louée. Les partenaires ont de plus apprécié la démarche transparente et participative mise en place par l'Etat.

S'agissant de la méthodologie, les critiques principales suivantes ont été émises:

- La réadaptation psychosomatique devrait être prise en compte dans le cadre des groupes de prestations de la réadaptation considérant qu'un certain nombre de patient neuchâtelois recourent à ces prestations réalisées dans des hôpitaux hors canton;
- Les besoins en soins dans le domaine de l'orthopédie paraissent sous-évalués et devraient dès lors être réévalués à la hausse;
- Le paquet de base, qui représente près de 40% des cas de soins somatiques aigus, pourrait être mieux précisé en distinguant par exemple les prises en charge médicales et chirurgicales.

Le Conseil d'Etat n'entend pas donner suite à ces demandes. En effet, la prise en charge psychiatrique dans le canton de Neuchâtel ne s'articule pas autour de la réadaptation psychosomatique. Il est considéré que cette partie de la prise en charge est incluse dans le traitement global hospitalier du patient et qu'elle ne doit dès lors pas faire l'objet d'une prestation spécifique. En outre, la libre circulation des patients dans le cadre du nouveau financement hospitalier en vigueur depuis le 1er janvier 2012 assure un accès suffisant aux prestations de réadaptation psychosomatique pour les patients qui souhaiteraient en bénéficier.

D'autre part, la sous-évaluation des besoins dans le domaine de l'orthopédie n'a été relevée ni par les hôpitaux universitaires ni par l'HNE, partenaire principal de l'Etat dans le domaine des soins somatiques aigus. Cela dit, si l'avenir venait à confirmer le fait que ces besoins ont été sous-estimés, le Conseil d'Etat prendra évidemment les dispositions nécessaires pour s'assurer que les besoins de la population neuchâteloise soient couverts, notamment par le biais des contrats de prestations. Il présentera dans les étapes 2 et 3 les dispositions qu'il entend prendre pour éviter tout problème découlant d'une telle situation.

S'agissant du paquet de base, la définition proposée reprend celle du modèle GPPH. Il serait très délicat d'entrer dans un détail supplémentaire sans remettre en question le modèle en tant que tel, ce à quoi se refuse le Conseil d'Etat. De plus, il n'est en principe pas possible de distinguer un patient relevant de la médecine d'un autre

relevant de la chirurgie à son entrée à l'hôpital. Des maux de ventre peuvent par exemple conduire à une prise en charge médicale ou chirurgicale (appendicectomie).

Par ailleurs, le présent rapport tient désormais compte des demandes de précisions et d'ajouts formulées par les partenaires, éléments qui sont directement intégrés dans le texte.

Enfin, comme le veut la procédure, le Conseil de santé, organe consultatif du Conseil d'Etat en matière de santé, a été consulté sur le projet de rapport. Son préavis a été positif à l'unanimité des membres présents, moins une abstention.

8 CONCLUSION

Par le présent rapport, le Conseil d'Etat présente ses perspectives d'évolution de la demande en soins hospitaliers stationnaires à l'horizon 2022 établies selon une démarche vérifiable comme le demande l'OAMal. Il a tenu à être le plus transparent possible sur la démarche retenue, les hypothèses posées et les évaluations réalisées. Il veillera d'ailleurs à l'être tout au long de ses travaux d'élaboration de la planification hospitalière 2016. Pour cette raison, le présent rapport, essentiellement technique, décrit dans le détail la démarche retenue et appliquée pour l'évaluation des besoins futurs en soins hospitaliers. Les nombreuses et conséquentes annexes permettent ainsi au lecteur assidu de bien la comprendre.

De manière générale, les besoins de la population vont aller croissants ces prochaines années en raison principalement de son vieillissement. Si cette augmentation devrait être relativement contenue grace au virage ambulatoire dans le domaine des soins somatiques aigus, elle devrait être plus importante en réadaptation et en psychiatrie. Ces perspectives sont importantes pour la suite des travaux d'élaboration de la planification hospitalière et doivent permettre de disposer d'une base objective pour l'attribution future des mandats de prestations.

Le Conseil d'Etat s'est attaché à présenter les besoins globaux de la population neuchâteloise en matière de soins hospitaliers, raison pour laquelle il a considéré l'ensemble des cas hospitaliers indépendamment du lieu de prise ou de la couverture d'assurance. Ce n'est que lors de la troisième étape de la planification hospitalière (élaboration de la liste hospitalière et octroi des mandats de prestations) qu'une distinction plus fine sur le régime de prise en charge sera réalisée pour nous permettre d'identifier les besoins devant être couverts dans le cadre de l'AOS.

Enfin, il est relevé que le Conseil d'Etat, en tant que garant de la couverture des besoins de sa population, prendra toutes les mesures nécessaires et pertinentes si les besoins identifiés s'avèrent finalement insuffisants par rapport aux besoins réels.

9 ANNEXES

Annexe 1 Validations des données

Hôpital neuchâtelois et Hôpital de la Providence

Le secteur hospitalier somatique stationnaire a connu des changements importants au 1er janvier 2012, suite à l'introduction du système de financement des séjours par SwissDRG. Dans ce cadre, la définition de ce qui constitue un cas hospitalier a été modifiée. En effet, à partir de cette date, différents séjours hospitaliers peuvent, sous certaines conditions, être regroupés en un seul cas lors de réadmissions dans le même hôpital.

Ce changement n'a malheureusement pas été intégré correctement lors de l'extraction de la MS 2012 pour l'HNE et PVI. De ce fait, lors de la réadmission d'un patient, le nouveau séjour a été correctement regroupé avec le premier pour constituer un nouveau cas, selon les règles en vigueur, mais le premier séjour n'a pas été effacé de la liste des cas. Dès lors, le nombre de cas transmis à l'OFS pour ces deux institutions est trop élevé et doit être corrigé. Les cas surnuméraires (599 pour l'HNE et 62 pour la Providence (PVI)), aussi identifiés par l'organe de révision du codage, sont facilement identifiables et ont simplement été éliminés des données utilisés dans le cadre de ce présent travail.

De plus, un certain nombre de cas n'ont pas pu être codés par l'HNE avant la date de livraison de la MS fixé par l'OFS. Ceux-ci apparaissent donc sans codes de diagnostic ni de traitement, et ne peuvent par conséquent pas être classés tels quels dans les groupes de prestations décrits au chapitre suivant. Une nouvelle extraction des cas de l'HNE a donc été demandée afin de pouvoir intégrer à l'analyse 446 cas codés tardivement.

Finalement, quelques cas ambulatoires de PVI ont dû être re-classifiés en cas stationnaires après la livraison de la MS, car ces cas avaient en fait été transférés à l'HNE. Il s'agit de 21 cas, soit 1,1% des cas de cette institution. Par ailleurs, PVI ayant entre temps changé de système informatique, il n'a pas été possible d'effectuer une nouvelle extraction de la MS. Cet écart est toutefois suffisamment petit pour qu'il n'ait pas une influence significative sur les analyses statistiques.

Hôpitaux hors-canton

Le Tableau 14 ci-dessous présente de manière résumée l'évaluation de la qualité des données dans ces établissements. On ne peut relever que de petites différences, la plus grande d'entre elles (8 cas, à l'Inselspital) ne représentant qu'un écart de 0,5%, ce qui est tout à fait acceptable. Par ailleurs, la qualité du codage est jugée bonne dans l'ensemble des établissements qui ont répondu à cette question. On peut par conséquent juger que la qualité de ces données doit être considérée comme globalement bonne et qu'elles peuvent être utilisées pour établir une prévision des besoins en soins de la population neuchâteloise.

Tableau 14: Evaluation de la qualité des données des établissements hors canton

Etablissements	Nombre de cas 2012 de patients Neuchâtelois	Qualité du codage
Centre Hospitalier Universitaire Vaudois	Validé	Pas d'appréciation
Clinique Bernoise de Montana	Validé	Données jugées correctes
Clinique Le Noirmont	Validé	Données jugées correctes
Clinique romande de réadaptation	Validé	Codage professionnel réalisé par l'Hôpital du Valais
Groupement Hospitalier de l'Ouest Lémanique	Soins somatiques aigus: 1 cas de moins que dans la MS	Pas d'appréciation
Hôpital ophtalmique Jules-Gonin	Validé	Les audits annuels effectués démontrent l'excellente qualité du codage (scores dépassant 99%)
Hôpitaux Universitaires de Genève	Soins somatiques aigus: 3 cas enregistrés dans la MS avec domicile à Neuchâtel ont cependant reçu une garantie d'un autre canton Psychiatrie: 1 cas, bien qu'avec domicile enregistré dans un autre canton, a reçu une garantie du canton de Neuchâtel	Codage professionnel audité chaque année dans le secteur des soins aigus, pas dans les autres secteurs, où il ne porte que sur les diagnostics et est réalisé par les cliniciens
Inselspital	Soins somatiques aigus: 8 cas de moins que dans la MS	Qualité du codage attestée par des audits annuels
Schweizer Paraplegiker-Zentrum	1 cas, classé dans le secteur de la réadaptation, est en fait un cas de soins somatiques aigus	Pas d'appréciation

Annexe 2 Critères de sélection des cas

Soins somatiques aigus

Les cas relevant des soins somatiques aigus sont définis par défaut. Il s'agit essentiellement des cas sortis dans l'année (cas statistiques A) ne relevant pas des autres secteurs, soit ni attribués à la réadaptation ni à la psychiatrie. Les cas traités à l'HNE sur son site de la Chrysalide ont également été retirés à mesure qu'ils relèvent des soins palliatifs exclus de la présente planification hospitalière.

Réadaptation

Les cas de réadaptation sont les cas stationnaires sortis dans l'année (cas statistiques A) qui remplissent tous les critères suivants:

- cas traités dans des divisions (M950, M900) ou cliniques de réadaptation et de gériatrie (K221, K234) ou au Centre suisses de paraplégiques de Nottwil;
- cas avec un diagnostic principal ne commençant pas par F, s'agissant du site de La Béroche de l'HNE et des autres institutions hospitalières.

Psychiatrie

Les cas attribués à la psychiatrie sont les cas stationnaires sortis dans l'année (cas statistiques A) et cas de traitement de longue durée dont le début se situe l'année précédente et pour lesquels le patient est toujours hospitalisé au 31 décembre 2012 (cas statistiques C; comptabilisés avec une durée de séjour de 365 jours par cas) qui remplissent l'un des trois critères suivants:

- cas traités dans des divisions (M500) ou hôpitaux psychiatriques (K21);
- cas de patients de moins de 14 ans traités à l'HNE, avec un diagnostic principal ou secondaire commençant par F;
- cas traités dans des divisions (M950, M900) ou cliniques de réadaptation et de gériatrie (K221, K234) avec un diagnostic principal commençant par F ou avec un diagnostic principal commençant par F et traités sur le site de La Béroche, s'agissant de l'HNE; ces cas concernent essentiellement des traitements d'addictions.

Annexe 3 Groupes de prestations pour la planification hospitalière

Tableau 15: Groupes de prestations pour la planification hospitalière, version 2

Domaines de prestations	Sigle	Désignation des groupes de prestations
Paquet de base	BP	Base chirurgie et médecine interne
	BPE	Base pour fournisseurs de prestations programmées
Dermatologie	DER1	Dermatologie (y c. vénérologie)
	DER1.1	Oncologie dermatologique
	DER1.2	Affections cutanées graves
	DER2	Traitement des plaies
Oto-rhino-laryngologie	HNO1	Oto-rhino-laryngologie (chirurgie ORL)
	HNO1.1	Chirurgie cervico-faciale
	HNO1.1.1	Interventions ORL complexes interdisciplinaires (chirurgie tumorale)
	HNO1.2	Chirurgie élargie du nez et des sinus
	HNO1.2.1	Chirurgie élargie du nez et des sinus avec ouverture de la dure-mère (chirurgie interdisciplinaire de la base du crâne)
	HNO1.3	Chirurgie de l'oreille moyenne (tympanoplastie, chirurgie mastoïdienne, ossiculoplastie y c. chirurgie stapédienne)
	HNO1.3.1	Chirurgie élargie de l'oreille avec oreille interne et/ou ouverture de la dure-mère
	HNO1.3.2	Implants cochléaires (CIMHS)
	HNO2	Chirurgie de la thyroïde et des parathyroïdes
	KIE1	Chirurgie maxillaire
Neurochirurgie	NCH1	Neurochirurgie
	NCH1.1	Neurochirurgie spécialisée
Neurologie	NEU1	Neurologie
	NEU2	Tumeur maligne secondaire du système nerveux
	NEU2.1	Tumeur primaire du système nerveux (sans patients palliatifs)
	NEU3	Maladies cérébrovasculaires (sans stroke unit)
	NEU3.1	Maladies cérébrovasculaires (avec stroke unit, provisoire)
	NEU4	Epileptologie: diagnostic complexe
	NEU4.1	Epileptologie: traitement complexe
Ophtalmologie	AUG1	Ophtalmologie
	AUG1.1	Strabologie
	AUG1.2	Affections de l'orbite
	AUG1.3	Affections des paupières et de l'appareil lacrymal, problèmes de chirurgie plastique
	AUG1.4	Conjonctive, cornée et sclère (y c. transplantations de cornée)
	AUG1.5	Glaucome
	AUG1.6	Cataracte
	AUG1.7	Affections du corps vitré/de la cornée

Domaines de prestations	Sigle	Désignation des groupes de prestations
Endocrinologie	END1	Endocrinologie
Gastroentérologie	GAE1	Gastroentérologie
	GAE1.1	Gastroentérologie spécialisée
Chirurgie viscérale	VIS1	Chirurgie viscérale
	VIS1.1	Interventions majeures sur le pancréas
	VIS1.2	Interventions majeures sur le foie
	VIS1.3	Chirurgie de l'œsophage
	VIS1.4	Chirurgie bariatrique
	VIS1.5	Interventions sur le bas rectum
Hématologie	HAE1	Lymphomes agressifs et leucémies aiguës
	HAE1.1	Lymphomes très agressifs et leucémies aiguës avec chimiothérapie curative
	HAE2	Lymphomes indolents et leucémies chroniques
	HAE3	Affections myéloprolifératives et syndromes myélodysplasiques
	HAE4	Transplantation autologue de cellules souches hématopoïétiques
	HAE5	Transplantation allogénique de cellules souches hématopoïétiques (CIMHS)
Vaisseaux	GEF1	Chirurgie vasculaire périphérique (artérielle)
	ANG1	Interventions sur les vaisseaux périphériques (artériels)
	GEF2	Chirurgie des vaisseaux intra-abdominaux
	ANG2	Interventions sur les vaisseaux intra-abdominaux
	GEF3	Chirurgie carotidienne
	ANG3	Interventions sur la carotide et les vaisseaux extracrâniens
	GEF4	Chirurgie des vaisseaux intracrâniens
	ANG4	Interventions sur les vaisseaux intracrâniens
	RAD1	Radiologie interventionnelle (ou seulement diagnostique pour les vaisseaux)
Cœur	HER1	Chirurgie cardiaque simple
	HER1.1	Chirurgie cardiaque et chirurgie vasculaire avec machine cœur-poumons (sans chirurgie coronarienne)
	HER1.1.1	Chirurgie coronarienne (PAC)
	HER1.1.2	Chirurgie cardiaque congénitale complexe
	KAR1	Cardiologie (y c. stimulateur cardiaque)
	KAR1.1	Cardiologie interventionnelle (interventions coronariennes)
	KAR1.1.1	Cardiologie interventionnelle (interventions spéciales)
	KAR1.2	Electrophysiologie (ablations)
	KAR1.3	Défibrillateur implantable (ICD) / Pacemaker biventriculaire (CRT)
Néphrologie	NEP1	Néphrologie (défaillance rénale aiguë et insuffisance rénale chronique terminale)
Urologie	URO1	Urologie sans titre de formation approfondie 'Urologie opératoire'

Domaines de prestations	Sigle	Désignation des groupes de prestations
	URO1.1	Urologie avec titre de formation approfondie 'Urologie opératoire'
	URO1.1.1	Prostatectomie radicale
	URO1.1.2	Cystectomie radicale
	URO1.1.3	Chirurgie complexe des reins (néphrectomie pour tumeur et résection partielle du rein)
	URO1.1.4	Surrénalectomie isolée
	URO1.1.5	Plastie reconstructive de la jonction pyélo-urétérale
	URO1.1.6	Plastie reconstructive de l'urètre
	URO1.1.7	Implantation d'un sphincter urinaire artificiel
	URO1.1.8	Néphrostomie percutanée avec fragmentation de calculs
Pneumologie	PNE1	Pneumologie
	PNE1.1	Pneumologie avec assistance ventilatoire spéciale
	PNE1.2	Evaluation avant ou status après transplantation pulmonaire
	PNE1.3	Mucoviscidose et diagnostic / traitement complexe lors d'hypertension pulmonaire primaire
	PNE2	Polysomnographie
Chirurgie thoracique	THO1	Chirurgie thoracique
	THO1.1	Néoplasmes malins du système respiratoire (résection curative par lobectomie / pneumonectomie)
	THO1.2	Chirurgie du médiastin
Transplantations d'organes solides	TPL1	Transplantations d'organes solides (CIMHS)
Orthopédie	BEW1	Chirurgie de l'appareil locomoteur
	BEW2	Orthopédie
	BEW3	Chirurgie de la main
	BEW4	Arthroscopie de l'épaule et du coude
	BEW5	Arthroscopie du genou
	BEW6	Reconstruction de membres supérieurs
	BEW7	Reconstruction de membres inférieurs
	BEW8	Chirurgie de la colonne vertébrale
	BEW8.1	Chirurgie spécialisée de la colonne vertébrale
	BEW9	Tumeurs osseuses
	BEW10	Chirurgie du plexus
	BEW11	Réimplantations
Rhumatologie	RHE1	Rhumatologie
	RHE2	Rhumatologie interdisciplinaire
Gynécologie	GYN1	Gynécologie
	GYN1.1	Néoplasmes malins de la vulve et du vagin
	GYN1.2	Néoplasmes malins du col de l'utérus
	GYN1.3	Néoplasmes malins du corps utérin
	GYN1.4	Néoplasmes malins de l'ovaire
	GYN2	Néoplasmes malins de la glande mammaire

Domaines de prestations	Sigle	Désignation des groupes de prestations
	PLC1	Interventions liées à la transsexualité
Obstétrique	GEBH	Maisons de naissance (à partir de la 37e sem.)
	GEB1	Soins de base en obstétrique (à partir de la 34e sem. et >= 2000 g)
	GEB1.1	Obstétrique (à partir de la 32e sem. et >= 1250 g)
	GEB1.1.1	Obstétrique spécialisée
Nouveau-nés	NEO1	Soins de base aux nouveau-nés (niveaux I et IIA, à partir de la 34e sem. et >= 2000 g)
	NEO1.1	Néonatologie (niveau IIB, à partir de la 32e sem. et >= 1250 g)
	NEO1.1.1	Néonatologie spécialisée (niveau III)
(Radio-)oncologie	ONK1	Oncologie
	RAO1	Radio-oncologie
	NUK1	Médecine nucléaire
Traumatismes graves	UNF1	Chirurgie d'urgence (polytraumatismes)
	UNF1.1	Chirurgie d'urgence spécialisée (traumatismes cranio-cérébraux)
	UNF2	Brûlures étendues (CIMHS)
Domaines pluridisciplinaires	KINM	Pédiatrie
	KINC	Chirurgie pédiatrique
	KINB	Chirurgie pédiatrique de base
	GER	Centre de compétence en gériatrie aiguë
	PAL	Centre de compétence en soins palliatifs
	AVA	Soins somatiques aigus de personnes souffrant de maladies de dépendance

Annexe 4 Définition des groupes de prestations de réadaptation

Tableau 16: Définition des groupes de prestations de réadaptation

Groupes de prestations de réadaptation	Diagnostics principaux (CIM)	Chapitres correspondants de la CIM
Réadaptation musculo-squelettique	Entre M00 et M99	Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif
	Entre S00 et S99	Lésions traumatiques
Réadaptation cardiovasculaire	Entre I00 et I59 et entre I70 et I99	Maladies de l'appareil circulatoire, sans les cas de maladies cérébrovasculaires (entre I60 et I69) inclus dans la réadaptation neurologique (voir plus bas)
Réadaptation pulmonaire	Entre J00 et J99	Maladies de l'appareil respiratoire
Réadaptation neurologique	Entre G00 et G73 et entre G90 et G99	Maladies du système nerveux, sans les cas de paralysies cérébrales et autres syndromes paralytiques (entre G80 et G83) inclus dans la réadaptation paraplégique et tétraplégique (voir plus bas)
	Entre I60 et I69	Maladies cérébrovasculaires
Réadaptation paraplégique et tétraplégique	Entre G80 et G83	Paralysies cérébrales et autres syndromes paralytiques
Réadaptation générale et polyvalente gériatrique	Tous les cas non classés dans les autres catégories, à l'exception des cas de troubles mentaux et du comportement (entre F00 et F99), qui sont attribués à la psychiatrie	

Annexe 5 Définition des groupes de prestations de psychiatrie

Tableau 17: Définition des groupes de prestations de psychiatrie

Groupes de prestations de psychiatrie	Classes d'âge
Pédopsychiatrie	De 0 à 13 ans inclus
Psychiatrie de l'adolescent	De 14 à 17 ans inclus
Psychiatrie de l'adulte	De 18 à 64 ans inclus
Psychiatrie de l'âge avancé et psychogériatrie	Dès 65 ans

Annexe 6 Définitions des outils SQLape: chirurgie d'un jour, hospitalisations non justifiées et réadmissions potentiellement évitables

Chirurgie d'un jour

Les patients sont considérés comme candidats à la chirurgie d'un jour s'ils remplissent les exigences suivantes:

- aucun diagnostic justifiant un séjour hospitalier;
- aucune intervention justifiant un séjour hospitalier;
- au moins une intervention chirurgicale faisable en chirurgie d'un jour;
- il s'agit d'une admission programmée, d'un séjour hospitalier de 4 jours au plus, sans transfert à l'admission ou à la sortie.

Il s'agit pour l'essentiel d'interventions endoscopiques ou minimalement invasives, mais des opérations plus invasives sont également faisables en chirurgie d'un jour s'il s'agit de petits organes, s'il n'y a pas de risques de complications immédiates comme des hémorragies massives, si la récupération du patient peut être rapide permettant à ce dernier de se déplacer, et si la douleur peut être soulagée sans l'infrastructure hospitalière. Il est cependant normal qu'un certain nombre de ces candidats à la chirurgie d'un jour soient effectués en plus de 24 heures, pour des raisons diverses: il faut pouvoir avoir confiance dans les réactions du patient et de son entourage en cas de problème, certains patients résident dans un lieu éloigné de l'hôpital, des soins de plaie peuvent être difficiles à dispenser au domicile, des complications cliniques imprévues peuvent survenir, etc. Cet outil permet par conséquent de poser une hypothèse forte de réduction du nombre de cas dans le domaine stationnaire et leur transfert vers le domaine ambulatoire.

Hospitalisations non justifiées

Il s'agit des patients pour lesquels on ne trouve aucun diagnostic justifiant une hospitalisation et aucune intervention justifiant une hospitalisation ou de la chirurgie d'un jour. Il arrive néanmoins que des patients arrivent avec des symptômes inquiétants et qu'il soit nécessaire de garder le patient plus de 24 heures pour s'assurer du diagnostic. Cet outil fournit donc une hypothèse qui a tendance à surestimer le potentiel de réduction du nombre de cas.

Réadmissions potentiellement évitables

Une réadmission est considérée comme potentiellement évitable lorsqu'elle:

- est liée à un diagnostic déjà présent lors de l'hospitalisation précédente;
- n'était pas prévisible lors de l'hospitalisation précédente;
- survient dans les 30 jours suivant la sortie de l'hospitalisation précédente.

Les réadmissions potentiellement évitables correspondent à des patients réadmis pour une affection déjà connue lors du séjour précédent ou pour des complications et qui ne pouvaient pas être prévues au moment de la sortie précédente. Il s'agit donc presque toujours d'événements indésirables. L'expérience montre toutefois que ces réadmissions ne sont pas toujours évitables et que ce n'est que lorsqu'elles sont trop nombreuses que l'on trouve des causes de réadmission sur lesquelles on peut agir facilement. Le potentiel de réduction du nombre de cas sera par conséquent à nouveau surestimé avec cette hypothèse.

Annexe 7 Effets de l'application des outils SQLape sur l'année 2012

Tableau 18: Nombre de cas identifiés par les outils SQLape en 2012

Domaines de prestations des soins somatiques aigus	Nombre de cas
Paquet de base	993
Orthopedie	388
Obstetrique	9
Nouveau-nes	60
Cœur	116
Urologie	106
Oto-rhino-laryngologie	279
Gastroenterologie	66
Gynecologie	65
Neurologie	63
Pneumologie	55
Vaisseaux	15
Chirurgie viscerale	19
(Radio-)oncologie	21
Hematologie	23
Ophthalmologie	101
Nephrologie	17
Dermatologie	24
Rhumatologie	22
Endocrinologie	8
Chirurgie thoracique	3
Neurochirurgie	4
Traumatismes graves	0
Transplantations d'organes solides	2
Total général	**2'459**

Annexe 8 DRG fictifs utilisés pour la projection des besoins dans le secteur de la psychiatrie

Pour la psychiatrie, des DRG fictifs sont construits sur la base de groupes de diagnostics issus de la CIM-10:

- F00-F09 Troubles mentaux organiques, y compris les troubles symptomatiques
- F10-F19 Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives
- F20-F29 Schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants
- F30-F39 Troubles de l'humeur
- F40-F48 Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes
- F50-F59 Syndromes comportementaux associés à des perturbations physiologiques et à des facteurs physiques
- F60-F69 Troubles de la personnalité et du comportement
- F70-F79 Retard mental
- F80-F89 Troubles du développement psychologique
- F90-F98 Troubles du comportement et troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance et l'adolescence
- F99 Trouble mental, sans précision
- Diagnostics autres que F

Annexe 9 Scénarios utilisés dans le modèle de projection des besoins

Tableau 19: Scénarios du modèle

Types	Scénarios	Secteurs
Evolution démographique	Scénarios de Statistique Vaud pour le canton de Neuchâtel: 1. Scénario de référence, n°1 2. Scénario haut, n°5 3. Scénario bas, n°7	Soins somatiques aigus, réadaptation et psychiatrie
Virage ambulatoire et évolution de la prise en charge	1. Scénario de référence: tous les cas 2. Uniquement les cas non candidats à la chirurgie d'un jour ET ne représentant pas une hospitalisation non justifiée ET ne représentant pas une hospitalisation potentiellement évitable, selon SQLape (80% du potentiel atteint progressivement jusqu'en 2022)	Soins somatiques aigus
Virage ambulatoire	1. Scénario de référence: situation actuelle 2. Réadaptation cardiovasculaire et réadaptation pulmonaire: 2% de réduction annuelle du nombre de cas, autres domaines: 1% de réduction annuelle, jusqu'en 2022	Réadaptation
Virage ambulatoire	1. Scénario de référence: situation actuelle 2. Tous les cas de psychiatrie: 1% d'augmentation annuelle du nombre de cas, jusqu'en 2022	Psychiatrie
Durées de séjour	1. Scénario de référence: situation actuelle 2. ¼ best, 25e centile des hôpitaux 3. 40e centile Durées de séjour cibles atteintes en 10 ans (2022)	Soins somatiques aigus
Durées de séjour	1. Scénario de référence: situation actuelle 2. Réduction normative de la DMS de 1% par an jusqu'en 2022	Réadaptation et psychiatrie

Annexe 10 Nombre de cas et de journées d'hospitalisation par GPPH en 2012

Tableau 20: Nombre de cas et de journées d'hospitalisation par GPPH en 2012

Domaine de prestations	GPPH	Nombre de cas	Nombre de jours
Paquet de base	BP	8'340	42'705
Orthopédie	BEW1	486	3'644
	BEW10	7	50
	BEW11	2	15
	BEW2	176	1'215
	BEW3	95	249
	BEW4	22	72
	BEW5	576	1'365
	BEW6	249	1'006
	BEW7	752	6'596
	BEW8	405	2'628
	BEW8.1	38	328
Obstétrique	GEBH	29	53
	GEB1	2'033	8'327
	GEB1.1	40	564
	GEB1.1.1	14	131
Nouveau-nés	NEO1	1'835	7'008
	NEO1.1	30	524
	NEO1.1.1	91	1'377
Cœur	HER1	3	48
	HER1.1	60	969
	HER1.1.1	78	1'060
	HER1.1.2	7	125
	KAR1	86	382
	KAR1.1	666	1'198
	KAR1.1.1	56	367
	KAR1.2	32	61
	KAR1.3	40	265
Urologie	URO1	675	2'496
	URO1.1	90	479
	URO1.1.1	19	121
	URO1.1.2	11	221
	URO1.1.3	34	276
	URO1.1.4	1	4
	URO1.1.5	1	2
	URO1.1.6	9	67
	URO1.1.7	2	9
	URO1.1.8	4	21
Oto-rhino-laryngologie	HNO1	335	1'644
	HNO1.1	87	298
	HNO1.1.1	3	17
	HNO1.2	154	329

Domaine de prestations	GPPH	Nombre de cas	Nombre de jours
	HNO1.2.1	7	58
	HNO1.3	33	71
	HNO1.3.2	4	11
	HNO2	75	275
	KIE1	35	122
Gynécologie	GYN1	369	1'144
	GYN1.1	4	49
	GYN1.2	2	21
	GYN1.3	47	382
	GYN1.4	15	163
	GYN2	220	926
	PLC1	3	42
Gastroentérologie	GAE1	575	5'297
	GAE1.1	85	925
Pneumologie	PNE1	524	5'355
	PNE1.1	2	4
	PNE1.2	9	54
	PNE1.3	18	441
	PNE2	10	116
Neurologie	NEU1	133	715
	NEU2	29	185
	NEU2.1	34	245
	NEU3	342	2'303
	NEU4	12	219
	NEU4.1	13	127
Vaisseaux	ANG1	55	673
	ANG2	74	769
	ANG3	6	51
	ANG4	17	103
	GEF1	67	800
	GEF2	30	536
	GEF3	26	241
	GEF4	3	93
	RAD1	31	156
Chirurgie viscérale	VIS1	194	2'213
	VIS1.1	24	504
	VIS1.2	13	187
	VIS1.3	7	132
	VIS1.4	11	65
	VIS1.5	45	778
(Radio-)oncologie	NUK1	40	215
	ONK1	103	477
	RAO1	89	809
Hématologie	HAE1	65	364
	HAE1.1	8	311
	HAE2	99	811
	HAE3	37	430
	HAE4	3	43
	HAE5	3	182

Domaine de prestations	GPPH	Nombre de cas	Nombre de jours
Ophtalmologie	AUG1	31	134
	AUG1.3	11	21
	AUG1.4	12	22
	AUG1.5	4	6
	AUG1.6	85	114
	AUG1.7	36	77
Néphrologie	NEP1	156	2'218
Dermatologie	DER1	37	381
	DER1.1	28	142
	DER1.2	3	20
	DER2	46	682
Rhumatologie	RHE1	84	378
	RHE2	18	106
Endocrinologie	END1	72	609
Chirurgie thoracique	THO1	41	480
	THO1.1	17	195
	THO1.2	3	18
Neurochirurgie	NCH1	44	433
	NCH1.1	8	43
Traumatismes graves	UNF1	44	640
	UNF1.1	3	58
	UNF2	4	75
Transplantations d'organes solides	TPL1	19	210
Total		**22'129**	**125'571**

Note: le nombre de cas et de jours dans le groupe GEBH ont été calculés sur la base des cas du groupe GEB1 réalisés dans des maisons de naissancee et retirés du groupe GEB1.

Annexe 11 Projection du nombre de cas de soins aigus somatiques, scénario 1

Tableau 21 : Projection du nombre de cas de soins aigus – scénario 1

GPPH	Description GPPH	Cas – scénario 1							
		2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2027
Paquet de base									
BP	Base chirurgie et médecine interne	8'371	8'377	8'391	8'396	8'400	8'401	8'414	8'899
Dermatologie									
DER1	Dermatologie (y c. vénérologie)	34	33	32	32	32	31	30	32
DER1.1	Oncologie dermatologique	26	26	25	24	24	22	21	23
DER1.2	Affections cutanées graves	3	3	3	2	2	2	2	2
DER2	Traitement des plaies	46	46	47	46	46	47	47	51
Oto-rhino-laryngologie									
HNO1	Oto-rhino-laryngologie (chirurgie ORL)	289	277	264	252	239	226	213	216
HNO1.1	Chirurgie cervico-faciale	86	87	87	87	87	87	87	89
HNO1.1.1	Interventions ORL complexes interdisciplinaires (chirurgie tumorale)	4	4	4	4	4	4	4	4
HNO1.2	Chirurgie élargie du nez et des sinus	132	126	121	117	111	105	100	101
HNO1.2.1	Chirurgie élargie du nez et des sinus avec ouverture de la dure-mère (chirurgie interdisciplinaire de la base du crâne)	7	7	7	8	8	8	8	8
HNO1.3	Chirurgie de l'oreille moyenne (tympanoplastie, chirurgie mastoïdienne, ossiculoplastie y c. chirurgie stapédienne)	25	23	22	20	19	17	15	15
HNO1.3.1	Chirurgie élargie de l'oreille avec oreille interne et/ou ouverture de la dure-mère	0	0	0	0	0	0	0	0
HNO1.3.2	Implants cochléaires (CIMHS)	4	4	4	5	5	4	4	5
HNO2	Chirurgie de la thyroïde et des parathyroïdes	74	74	74	74	75	75	76	77
KIE1	Chirurgie maxillaire	33	33	33	32	32	31	30	31
Neurochirurgie									
NCH1	Neurochirurgie	44	44	44	44	44	44	44	45
NCH1.1	Neurochirurgie spécialisée	8	8	8	8	8	8	8	9
Neurologie									
NEU1	Neurologie	122	118	116	114	111	108	105	112
NEU2	Tumeur maligne secondaire du système nerveux	28	28	29	29	29	29	29	30
NEU2.1	Tumeur primaire du système nerveux (sans patients palliatifs)	34	34	35	35	35	36	35	37

GPPH	Description GPPH	Cas – scénario 1							
		2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2027
NEU3	Maladies cérébrovasculaires (sans stroke unit)	359	365	369	372	378	382	385	414
NEU3.1	Maladies cérébrovasculaires (avec stroke unit, provisoire)	0	0	0	0	0	0	0	0
NEU4	Epileptologie: diagnostic complexe	12	12	13	12	12	12	12	12
NEU4.1	Epileptologie: traitement complexe	13	12	12	12	11	11	11	11
Ophtalmologie									
AUG1	Ophtalmologie	28	27	27	26	25	25	24	24
AUG1.1	Strabologie	0	0	0	0	0	0	0	0
AUG1.2	Affections de l'orbite	0	0	0	0	0	0	0	0
AUG1.3	Affections des paupières et de l'appareil lacrymal, problèmes de chirurgie plastique	8	7	7	6	5	5	4	4
AUG1.4	Conjonctive, cornée et sclère (y c. transplantations de cornée)	11	10	10	10	9	8	8	8
AUG1.5	Glaucome	3	3	3	2	2	2	2	2
AUG1.6	Cataracte	66	61	55	50	44	40	34	37
AUG1.7	Affections du corps vitré/de la cornée	37	37	37	38	38	38	38	41
Endocrinologie									
END1	Endocrinologie	71	72	72	73	73	73	74	79
Gastroentérologie									
GAE1	Gastroentérologie	578	581	583	584	587	589	592	633
GAE1.1	Gastroentérologie spécialisée	88	89	90	90	91	90	92	100
Chirurgie viscérale									
VIS1	Chirurgie viscérale	198	199	200	201	203	204	206	219
VIS1.1	Interventions majeures sur le pancréas	25	25	25	24	24	24	25	26
VIS1.2	Interventions majeures sur le foie	14	14	14	14	14	14	14	15
VIS1.3	Chirurgie de l'œsophage	7	7	7	7	8	8	8	8
VIS1.4	Chirurgie bariatrique	10	10	10	9	9	9	9	9
VIS1.5	Interventions sur le bas rectum	45	46	46	46	47	48	48	51
Hématologie									
HAE1	Lymphomes agressifs et leucémies aiguës	64	63	64	64	64	64	64	68
HAE1.1	Lymphomes très agressifs et leucémies aiguës avec chimiothérapie curative	8	8	8	7	7	7	7	8
HAE2	Lymphomes indolents et leucémies chroniques	98	98	98	99	99	99	99	107

GPPH	Description GPPH	Cas – scénario 1							
		2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2027
HAE3	Affections myéloprolifératives et syndromes myélodysplasiques	40	41	42	42	43	44	43	47
HAE4	Transplantation autologue de cellules souches hématopoïétiques	3	3	3	3	3	3	3	3
HAE5	Transplantation allogénique de cellules souches hématopoïétiques (CIMHS)	3	3	3	3	3	3	3	3
Vaisseaux									
GEF1	Chirurgie vasculaire périphérique (artérielle)	71	71	73	74	74	75	76	82
ANG1	Interventions sur les vaisseaux périphériques (artériels)	57	58	59	59	60	62	62	67
GEF2	Chirurgie des vaisseaux intra-abdominaux	31	31	32	31	31	32	32	35
ANG2	Interventions sur les vaisseaux intra-abdominaux	75	75	76	77	78	78	79	86
GEF3	Chirurgie carotidienne	26	27	28	28	29	29	29	31
ANG3	Interventions sur la carotide et les vaisseaux extracrâniens	6	6	6	6	6	6	6	7
GEF4	Chirurgie des vaisseaux intracrâniens	3	3	3	3	3	3	3	3
ANG4	Interventions sur les vaisseaux intracrâniens	18	18	18	18	18	18	18	19
RAD1	Radiologie interventionnelle (ou seulement diagnostique pour les vaisseaux)	32	32	33	32	32	33	33	35
Cœur									
HER1	Chirurgie cardiaque simple	3	3	3	3	3	3	3	3
HER1.1	Chirurgie cardiaque et chirurgie vasculaire avec machine cœur-poumons (sans chirurgie coronarienne)	63	64	65	66	67	68	69	72
HER1.1.1	Chirurgie coronarienne (PAC)	82	83	84	85	87	87	87	93
HER1.1.2	Chirurgie cardiaque congénitale complexe	7	7	7	7	7	7	8	8
KAR1	Cardiologie (y c. stimulateur cardiaque)	89	90	92	94	95	97	99	107
KAR1.1	Cardiologie interventionnelle (interventions coronariennes)	660	660	660	658	658	658	659	702
KAR1.1.1	Cardiologie interventionnelle (interventions spéciales)	59	60	61	61	61	61	62	67
KAR1.2	Electrophysiologie (ablations)	33	34	34	34	35	35	35	38
KAR1.3	Défibrillateur implantable (ICD) / Pacemaker biventriculaire (CRT)	42	43	44	44	45	46	46	48
Néphrologie									
NEP1	Néphrologie (défaillance rénale aiguë et insuffisance rénale chronique terminale)	153	155	155	156	157	158	159	172

GPPH	Description GPPH	Cas – scénario 1							
		2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2027
Urologie									
URO1	Urologie sans titre de formation approfondie 'Urologie opératoire'	671	670	672	668	666	666	664	702
URO1.1	Urologie avec titre de formation approfondie 'Urologie opératoire'	92	93	93	93	94	94	94	99
URO1.1.1	Prostatectomie radicale	19	19	19	19	19	19	20	21
URO1.1.2	Cystectomie radicale	11	11	12	11	11	11	11	12
URO1.1.3	Chirurgie complexe des reins (néphrectomie pour tumeur et résection partielle du rein)	35	36	36	36	36	37	37	39
URO1.1.4	Surrénalectomie isolée	1	1	1	1	1	1	1	1
URO1.1.5	Plastie reconstructive de la jonction pyélo-urétérale	1	1	1	1	1	1	1	1
URO1.1.6	Plastie reconstructive de l'urètre	9	9	9	9	10	10	10	10
URO1.1.7	Implantation d'un sphincter urinaire artificiel	2	2	2	2	2	2	2	2
URO1.1.8	Néphrostomie percutanée avec fragmentation de calculs	4	4	4	4	4	4	4	5
Pneumologie									
PNE1	Pneumologie	529	532	535	539	541	545	549	586
PNE1.1	Pneumologie avec assistance ventilatoire spéciale	3	3	3	2	2	2	2	2
PNE1.2	Evaluation avant ou status après transplantation pulmonaire	9	9	9	8	9	9	9	9
PNE1.3	Mucoviscidose et diagnostic / traitement complexe lors d'hypertension pulmonaire primaire	16	16	15	15	14	14	13	13
PNE2	Polysomnographie	8	9	9	9	9	9	8	9
Chirurgie thoracique									
THO1	Chirurgie thoracique	40	41	41	41	41	41	41	43
THO1.1	Néoplasmes malins du système respiratoire (résection curative par lobectomie / pneumonectomie)	18	18	18	17	17	17	18	19
THO1.2	Chirurgie du médiastin	3	3	3	3	3	3	3	3
Transplantations d'organes solides									
TPL1	Transplantations d'organes solides (CIMHS)	18	18	18	19	19	19	18	18
Orthopédie									
BEW1	Chirurgie de l'appareil locomoteur	494	496	499	500	501	503	505	520
BEW2	Orthopédie	159	154	150	145	140	135	129	134
BEW3	Chirurgie de la main	96	96	96	95	95	95	95	98

GPPH	Description GPPH	Cas – scénario 1							
		2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2027
BEW4	Arthroscopie de l'épaule et du coude	22	22	22	22	22	22	22	23
BEW5	Arthroscopie du genou	496	474	453	430	407	385	363	364
BEW6	Reconstruction de membres supérieurs	258	260	264	267	268	270	271	280
BEW7	Reconstruction de membres inférieurs	800	811	825	837	848	860	873	935
BEW8	Chirurgie de la colonne vertébrale	420	422	428	433	437	440	444	460
BEW8.1	Chirurgie spécialisée de la colonne vertébrale	39	40	40	40	41	41	41	43
BEW9	Tumeurs osseuses	0	0	0	0	0	0	0	0
BEW10	Chirurgie du plexus	7	7	7	7	7	7	7	8
BEW11	Réimplantations	2	2	2	2	2	2	2	2
Rhumatologie									
RHE1	Rhumatologie	80	79	78	78	76	75	73	77
RHE2	Rhumatologie interdisciplinaire	18	18	18	18	18	18	19	20
Gynécologie									
GYN1	Gynécologie	356	352	348	342	339	334	330	331
GYN1.1	Néoplasmes malins de la vulve et du vagin	4	4	5	5	5	5	5	5
GYN1.2	Néoplasmes malins du col de l'utérus	2	2	2	2	2	2	2	2
GYN1.3	Néoplasmes malins du corps utérin	53	54	54	55	55	56	56	60
GYN1.4	Néoplasmes malins de l'ovaire	14	14	14	14	13	13	13	13
GYN2	Néoplasmes malins de la glande mammaire	230	232	235	236	238	240	241	249
PLC1	Interventions liées à la transsexualité	3	3	3	3	3	3	3	3
Obstétrique									
GEBH	Maisons de naissance (à partir de la 37e sem.)	31	31	31	31	31	31	32	31
GEB1	Soins de base en obstétrique (à partir de la 34e sem. et >= 2000 g)	2'070	2'085	2'100	2'112	2'125	2'133	2'140	2'127
GEB1.1	Obstétrique (à partir de la 32e sem. et >= 1250 g)	40	40	40	41	41	41	41	42
GEB1.1.1	Obstétrique spécialisée	15	15	15	15	15	15	15	15
Nouveau-nés									
NEO1	Soins de base aux nouveau-nés (niveaux I et IIA, à partir de la 34e sem. et >= 2000 g)	1'911	1'920	1'928	1'936	1'941	1'943	1'943	1'938
NEO1.1	Néonatologie (niveau IIB, à partir de la 32e sem. et >= 1250 g)	31	32	32	31	31	31	31	31
NEO1.1.1	Néonatologie spécialisée (niveau III)	93	93	93	93	93	93	93	92

GPPH	Description GPPH	Cas – scénario 1							
		2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2027
(Radio-)oncologie									
ONK1	Oncologie	108	108	110	109	109	110	110	115
RAO1	Radio-oncologie	90	90	91	91	92	93	93	99
NUK1	Médecine nucléaire	42	41	41	41	41	40	40	41
Traumatismes graves									
UNF1	Chirurgie d'urgence (polytraumatismes)	44	45	45	45	45	45	45	45
UNF1.1	Chirurgie d'urgence spécialisée (traumatismes cranio-cérébraux)	3	3	3	3	3	3	3	3
UNF2	Brûlures étendues (CIMHS)	4	4	4	4	4	4	4	5
Total		**22'193**	**22'209**	**22'253**	**22'239**	**22'243**	**22'235**	**22'231**	**23'195**

Note: le nombre de cas dans le groupe GEBH a été calculé sur la base de la part des cas dans des maisons de naissance en 2012 dans le groupe GEB1, et retiré de celui-ci.

Annexe 12 Projection du nombre de cas de soins aigus somatiques, scénario 2

Tableau 22 : Projection du nombre de cas de soins aigus – scénario 2

GPPH	Description GPPH	Cas – scénario 2							
		2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2027
Paquet de base									
BP	Base chirurgie et médecine interne	8'401	8'416	8'438	8'451	8'462	8'472	8'493	9'023
Dermatologie									
DER1	Dermatologie (y c. vénérologie)	34	33	32	32	32	31	30	32
DER1.1	Oncologie dermatologique	26	26	25	24	24	22	22	23
DER1.2	Affections cutanées graves	3	3	3	2	2	2	2	2
DER2	Traitement des plaies	46	46	47	46	47	47	48	51
Oto-rhino-laryngologie									
HNO1	Oto-rhino-laryngologie (chirurgie ORL)	295	283	272	260	248	235	222	228
HNO1.1	Chirurgie cervico-faciale	87	87	87	87	88	88	88	90
HNO1.1.1	Interventions ORL complexes interdisciplinaires (chirurgie tumorale)	4	4	4	4	4	4	4	4
HNO1.2	Chirurgie élargie du nez et des sinus	133	128	123	118	112	107	102	103
HNO1.2.1	Chirurgie élargie du nez et des sinus avec ouverture de la dure-mère (chirurgie interdisciplinaire de la base du crâne)	7	7	7	8	8	8	8	8
HNO1.3	Chirurgie de l'oreille moyenne (tympanoplastie, chirurgie mastoïdienne, ossiculoplastie y c. chirurgie stapédienne)	25	24	22	20	19	17	15	16
HNO1.3.1	Chirurgie élargie de l'oreille avec oreille interne et/ou ouverture de la dure-mère	0	0	0	0	0	0	0	0
HNO1.3.2	Implants cochléaires (CIMHS)	4	4	4	5	5	5	5	5
HNO2	Chirurgie de la thyroïde et des parathyroïdes	75	75	75	75	75	76	77	79
KIE1	Chirurgie maxillaire	33	33	33	32	32	31	30	31
Neurochirurgie									
NCH1	Neurochirurgie	44	44	45	45	44	45	45	46
NCH1.1	Neurochirurgie spécialisée	8	8	8	8	8	8	8	9
Neurologie									
NEU1	Neurologie	122	119	116	114	112	109	106	114
NEU2	Tumeur maligne secondaire du système nerveux	28	28	29	29	29	30	29	30

GPPH	Description GPPH	Cas – scénario 2							
		2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2027
NEU2.1	Tumeur primaire du système nerveux (sans patients palliatifs)	34	34	35	35	36	36	36	37
NEU3	Maladies cérébrovasculaires (sans stroke unit)	359	366	370	373	379	383	386	417
NEU3.1	Maladies cérébrovasculaires (avec stroke unit, provisoire)	0	0	0	0	0	0	0	0
NEU4	Epileptologie: diagnostic complexe	13	13	13	12	12	12	12	13
NEU4.1	Epileptologie: traitement complexe	13	12	12	12	11	11	11	12
Ophtalmologie									
AUG1	Ophtalmologie	28	28	27	26	26	25	24	25
AUG1.1	Strabologie	0	0	0	0	0	0	0	0
AUG1.2	Affections de l'orbite	0	0	0	0	0	0	0	0
AUG1.3	Affections des paupières et de l'appareil lacrymal, problèmes de chirurgie plastique	8	7	7	6	5	5	4	4
AUG1.4	Conjonctive, cornée et sclère (y c. transplantations de cornée)	11	10	10	10	9	8	8	8
AUG1.5	Glaucome	3	3	3	2	2	2	2	2
AUG1.6	Cataracte	66	61	55	50	45	40	34	37
AUG1.7	Affections du corps vitré/de la cornée	37	37	37	38	38	39	38	41
Endocrinologie									
END1	Endocrinologie	72	72	73	73	73	74	75	80
Gastroentérologie									
GAE1	Gastroentérologie	580	582	585	588	591	593	596	639
GAE1.1	Gastroentérologie spécialisée	88	89	90	90	91	91	92	100
Chirurgie viscérale									
VIS1	Chirurgie viscérale	198	200	201	202	204	205	207	220
VIS1.1	Interventions majeures sur le pancréas	25	25	25	24	25	25	25	26
VIS1.2	Interventions majeures sur le foie	14	14	14	14	14	14	14	15
VIS1.3	Chirurgie de l'œsophage	7	7	7	7	8	8	8	8
VIS1.4	Chirurgie bariatrique	10	10	10	9	9	9	9	9
VIS1.5	Interventions sur le bas rectum	45	46	46	46	47	48	48	51
Hématologie									
HAE1	Lymphomes agressifs et leucémies aiguës	64	64	64	65	66	65	66	71

GPPH	Description GPPH	Cas – scénario 2							
		2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2027
HAE1.1	Lymphomes très agressifs et leucémies aiguës avec chimiothérapie curative	8	8	8	7	7	7	7	8
HAE2	Lymphomes indolents et leucémies chroniques	98	98	98	99	100	100	100	108
HAE3	Affections myéloprolifératives et syndromes myélodysplasiques	40	41	42	42	43	44	43	47
HAE4	Transplantation autologue de cellules souches hématopoïétiques	3	3	3	3	3	3	3	3
HAE5	Transplantation allogénique de cellules souches hématopoïétiques (CIMHS)	3	3	3	3	3	3	3	3
Vaisseaux									
GEF1	Chirurgie vasculaire périphérique (artérielle)	71	72	73	74	74	75	76	83
ANG1	Interventions sur les vaisseaux périphériques (artériels)	57	58	60	59	60	62	62	68
GEF2	Chirurgie des vaisseaux intra-abdominaux	31	31	32	31	31	32	32	35
ANG2	Interventions sur les vaisseaux intra-abdominaux	76	76	76	77	78	78	79	87
GEF3	Chirurgie carotidienne	27	27	28	28	29	30	30	31
ANG3	Interventions sur la carotide et les vaisseaux extracrâniens	6	6	6	6	6	6	6	7
GEF4	Chirurgie des vaisseaux intracrâniens	3	3	3	3	3	3	3	3
ANG4	Interventions sur les vaisseaux intracrâniens	18	18	18	18	18	19	19	19
RAD1	Radiologie interventionnelle (ou seulement diagnostique pour les vaisseaux)	32	32	33	32	32	33	33	35
Cœur									
HER1	Chirurgie cardiaque simple	3	3	3	3	3	3	3	3
HER1.1	Chirurgie cardiaque et chirurgie vasculaire avec machine cœur-poumons (sans chirurgie coronarienne)	63	64	66	66	67	68	69	73
HER1.1.1	Chirurgie coronarienne (PAC)	82	83	84	85	87	87	88	93
HER1.1.2	Chirurgie cardiaque congénitale complexe	7	7	8	8	8	8	8	8
KAR1	Cardiologie (y c. stimulateur cardiaque)	89	90	92	94	95	97	99	108
KAR1.1	Cardiologie interventionnelle (interventions coronariennes)	661	661	661	660	660	660	661	706
KAR1.1.1	Cardiologie interventionnelle (interventions spéciales)	59	60	61	61	61	62	62	67
KAR1.2	Electrophysiologie (ablations)	33	34	34	34	35	35	35	38

GPPH	Description GPPH	Cas – scénario 2							
		2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2027
KAR1.3	Défibrillateur implantable (ICD) / Pacemaker biventriculaire (CRT)	42	43	44	45	45	47	46	48
Néphrologie									
NEP1	Néphrologie (défaillance rénale aiguë et insuffisance rénale chronique terminale)	153	155	156	157	158	158	160	173
Urologie									
URO1	Urologie sans titre de formation approfondie 'Urologie opératoire'	673	672	674	671	670	670	668	710
URO1.1	Urologie avec titre de formation approfondie 'Urologie opératoire'	93	93	93	94	94	94	94	100
URO1.1.1	Prostatectomie radicale	19	19	19	19	19	19	20	21
URO1.1.2	Cystectomie radicale	12	12	12	11	11	11	11	12
URO1.1.3	Chirurgie complexe des reins (néphrectomie pour tumeur et résection partielle du rein)	35	36	36	36	36	37	37	39
URO1.1.4	Surrénalectomie isolée	1	1	1	1	1	1	1	1
URO1.1.5	Plastie reconstructive de la jonction pyélo-urétérale	1	1	1	1	1	1	1	1
URO1.1.6	Plastie reconstructive de l'urètre	9	10	10	10	10	10	10	10
URO1.1.7	Implantation d'un sphincter urinaire artificiel	2	2	2	2	2	2	2	2
URO1.1.8	Néphrostomie percutanée avec fragmentation de calculs	4	4	4	4	4	4	4	5
Pneumologie									
PNE1	Pneumologie	530	534	538	541	545	548	553	592
PNE1.1	Pneumologie avec assistance ventilatoire spéciale	3	3	3	2	2	2	2	2
PNE1.2	Evaluation avant ou status après transplantation pulmonaire	9	9	9	9	9	9	9	9
PNE1.3	Mucoviscidose et diagnostic / traitement complexe lors d'hypertension pulmonaire primaire	16	16	15	15	15	14	13	14
PNE2	Polysomnographie	8	9	9	9	9	9	8	9
Chirurgie thoracique									
THO1	Chirurgie thoracique	40	41	41	41	42	42	42	44
THO1.1	Néoplasmes malins du système respiratoire (résection curative par lobectomie / pneumonectomie)	18	18	18	17	17	18	18	19
THO1.2	Chirurgie du médiastin	3	3	3	3	3	3	3	3

GPPH	Description GPPH	Cas – scénario 2							
		2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2027
Transplantations d'organes solides									
TPL1	Transplantations d'organes solides (CIMHS)	18	18	19	19	19	19	18	19
Orthopédie									
BEW1	Chirurgie de l'appareil locomoteur	496	498	501	503	505	508	510	529
BEW2	Orthopédie	159	155	151	146	141	136	130	136
BEW3	Chirurgie de la main	96	96	96	96	96	96	96	100
BEW4	Arthroscopie de l'épaule et du coude	22	22	22	23	22	23	23	23
BEW5	Arthroscopie du genou	497	477	456	433	411	391	367	373
BEW6	Reconstruction de membres supérieurs	259	261	264	268	269	272	273	283
BEW7	Reconstruction de membres inférieurs	801	812	826	838	849	861	875	939
BEW8	Chirurgie de la colonne vertébrale	421	424	430	435	439	443	447	467
BEW8.1	Chirurgie spécialisée de la colonne vertébrale	39	40	40	41	41	41	42	44
BEW9	Tumeurs osseuses	0	0	0	0	0	0	0	0
BEW10	Chirurgie du plexus	7	7	7	7	7	8	8	8
BEW11	Réimplantations	2	2	2	2	2	2	2	2
Rhumatologie									
RHE1	Rhumatologie	81	79	78	78	77	75	74	78
RHE2	Rhumatologie interdisciplinaire	18	18	19	19	19	19	19	21
Gynécologie									
GYN1	Gynécologie	358	354	351	346	343	338	335	340
GYN1.1	Néoplasmes malins de la vulve et du vagin	4	5	5	5	5	5	5	5
GYN1.2	Néoplasmes malins du col de l'utérus	2	2	2	2	2	2	2	3
GYN1.3	Néoplasmes malins du corps utérin	53	54	54	55	55	56	56	60
GYN1.4	Néoplasmes malins de l'ovaire	14	14	14	14	13	13	13	13
GYN2	Néoplasmes malins de la glande mammaire	230	233	235	236	239	241	242	251
PLC1	Interventions liées à la transsexualité	3	3	3	3	3	3	3	3
Obstétrique									
GEBH	Maisons de naissance (à partir de la 37e sem.)	31	31	32	32	32	32	32	32
GEB1	Soins de base en obstétrique (à partir de la 34e sem. et >= 2000 g)	2'097	2'119	2'140	2'158	2'176	2'190	2'202	2'205
GEB1.1	Obstétrique (à partir de la 32e sem. et >= 1250 g)	40	41	41	42	42	42	42	43
GEB1.1.1	Obstétrique spécialisée	15	15	15	15	15	15	15	16

GPPH	Description GPPH	Cas – scénario 2							
		2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2027
Nouveau-nés									
NEO1	Soins de base aux nouveau-nés (niveaux I et IIA, à partir de la 34e sem. et >= 2000 g)	2'006	2'028	2'049	2'069	2'085	2'094	2'098	2'107
NEO1.1	Néonatologie (niveau IIB, à partir de la 32e sem. et >= 1250 g)	33	33	34	33	34	34	34	34
NEO1.1.1	Néonatologie spécialisée (niveau III)	98	99	99	100	100	100	100	101
(Radio-)oncologie									
ONK1	Oncologie	108	108	110	110	110	111	111	117
RAO1	Radio-oncologie	90	91	91	92	92	93	94	100
NUK1	Médecine nucléaire	42	42	42	42	41	41	40	41
Traumatismes graves									
UNF1	Chirurgie d'urgence (polytraumatismes)	44	45	45	46	45	46	45	46
UNF1.1	Chirurgie d'urgence spécialisée (traumatismes cranio-cérébraux)	3	3	3	3	3	3	3	3
UNF2	Brûlures étendues (CIMHS)	4	4	4	4	4	4	4	5
Total		**22'382**	**22'440**	**22'514**	**22'538**	**22'574**	**22'601**	**22'612**	**23'703**

Note: le nombre de cas dans le groupe GEBH a été calculé sur la base de la part des cas dans des maisons de naissance en 2012 dans le groupe GEB1, et retiré de celui-ci.

Annexe 13 Projection du nombre de journées d'hospitalisation de soins aigus somatiques, scénario 1

Tableau 23 : Projection du nombre de journées d'hospitalisation de soins aigus – scénario 1

GPPH	Description GPPH	Journées – scénario 1							
		2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2027
Paquet de base		**42'201**	**42'121**	**42'027**	**41'914**	**41'799**	**41'638**	**41'571**	**44'607**
BP	Base chirurgie et médecine interne	42'201	42'121	42'027	41'914	41'799	41'638	41'571	44'607
Dermatologie		**1'203**	**1'194**	**1'194**	**1'183**	**1'167**	**1'153**	**1'140**	**1'235**
DER1	Dermatologie (y c. vénérologie)	369	367	367	369	366	362	358	384
DER1.1	Oncologie dermatologique	140	140	140	137	133	128	124	132
DER1.2	Affections cutanées graves	18	17	17	17	16	16	15	16
DER2	Traitement des plaies	676	670	670	660	652	647	643	703
Oto-rhino-laryngologie		**2'660**	**2'613**	**2'568**	**2'535**	**2'491**	**2'438**	**2'389**	**2'434**
HNO1	Oto-rhino-laryngologie (chirurgie ORL)	1'559	1'534	1'508	1'482	1'455	1'424	1'394	1'411
HNO1.1	Chirurgie cervico-faciale	294	293	292	292	293	291	290	306
HNO1.1.1	Interventions ORL complexes interdisciplinaires (chirurgie tumorale)	17	18	18	20	21	22	21	22
HNO1.2	Chirurgie élargie du nez et des sinus	290	280	271	263	253	243	234	238
HNO1.2.1	Chirurgie élargie du nez et des sinus avec ouverture de la dure-mère (chirurgie interdisciplinaire de la base du crâne)	55	52	52	53	51	49	46	46
HNO1.3	Chirurgie de l'oreille moyenne (tympanoplastie, chirurgie mastoïdienne, ossiculoplastie y c. chirurgie stapédienne)	59	56	54	52	50	47	46	47
HNO1.3.1	Chirurgie élargie de l'oreille avec oreille interne et/ou ouverture de la dure-mère	0	0	0	0	0	0	0	0
HNO1.3.2	Implants cochléaires (CIMHS)	12	12	12	13	13	12	12	13
HNO2	Chirurgie de la thyroïde et des parathyroïdes	261	257	252	252	249	246	244	246
KIE1	Chirurgie maxillaire	113	111	109	108	106	104	102	105
Neurochirurgie		**467**	**467**	**467**	**464**	**461**	**461**	**461**	**469**
NCH1	Neurochirurgie	423	424	424	421	418	417	416	420
NCH1.1	Neurochirurgie spécialisée	44	43	43	43	43	44	45	49
Neurologie		**3'825**	**3'838**	**3'842**	**3'844**	**3'865**	**3'867**	**3'862**	**4'162**
NEU1	Neurologie	653	632	618	604	590	574	554	595

GPPH	Description GPPH	Journées – scénario 1							
		2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2027
NEU2	Tumeur maligne secondaire du système nerveux	176	176	175	175	175	172	170	174
NEU2.1	Tumeur primaire du système nerveux (sans patients palliatifs)	241	239	240	240	239	238	236	245
NEU3	Maladies cérébrovasculaires (sans stroke unit)	2'403	2'440	2'458	2'475	2'508	2'531	2'552	2'771
NEU3.1	Maladies cérébrovasculaires (avec stroke unit, provisoire)	0	0	0	0	0	0	0	0
NEU4	Epileptologie: diagnostic complexe	227	229	230	231	235	234	234	253
NEU4.1	Epileptologie: traitement complexe	125	122	121	119	118	118	116	124
Ophtalmologie		**347**	**339**	**334**	**326**	**321**	**312**	**302**	**321**
AUG1	Ophtalmologie	129	129	129	129	128	128	126	135
AUG1.1	Strabologie	0	0	0	0	0	0	0	0
AUG1.2	Affections de l'orbite	0	0	0	0	0	0	0	0
AUG1.3	Affections des paupières et de l'appareil lacrymal, problèmes de chirurgie plastique	16	15	14	13	12	11	10	10
AUG1.4	Conjonctive, cornée et sclère (y c. transplantations de cornée)	20	19	18	18	17	16	15	15
AUG1.5	Glaucome	4	4	4	3	3	2	2	2
AUG1.6	Cataracte	94	88	84	78	74	68	62	67
AUG1.7	Affections du corps vitré/de la cornée	84	84	85	85	87	87	87	92
Endocrinologie		**712**	**713**	**717**	**719**	**717**	**719**	**728**	**791**
END1	Endocrinologie	712	713	717	719	717	719	728	791
Gastroentérologie		6'109	6'094	6'079	6'064	6'067	6'061	6'072	6'566
GAE1	Gastroentérologie	5'182	5'174	5'163	5'142	5'141	5'136	5'132	5'534
GAE1.1	Gastroentérologie spécialisée	927	920	916	922	926	925	940	1'032
Chirurgie viscérale		**3'833**	**3'836**	**3'819**	**3'802**	**3'805**	**3'785**	**3'774**	**4'005**
VIS1	Chirurgie viscérale	2'200	2'203	2'202	2'197	2'203	2'196	2'195	2'338
VIS1.1	Interventions majeures sur le pancréas	492	491	485	482	476	468	466	485
VIS1.2	Interventions majeures sur le foie	191	194	194	196	198	199	199	210
VIS1.3	Chirurgie de l'œsophage	130	130	128	129	133	131	127	133
VIS1.4	Chirurgie bariatrique	60	59	58	56	55	53	52	53
VIS1.5	Interventions sur le bas rectum	760	759	752	742	740	738	735	786

GPPH	Description GPPH	Journées – scénario 1							
		2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2027
Hématologie		**2'062**	**2'049**	**2'043**	**2'044**	**2'041**	**2'038**	**2'030**	**2'163**
HAE1	Lymphomes agressifs et leucémies aiguës	338	335	331	332	334	333	332	348
HAE1.1	Lymphomes très agressifs et leucémies aiguës avec chimiothérapie curative	283	280	277	273	272	269	272	300
HAE2	Lymphomes indolents et leucémies chroniques	795	793	791	798	803	805	804	863
HAE3	Affections myéloprolifératives et syndromes myélodysplasiques	426	424	420	418	417	415	412	442
HAE4	Transplantation autologue de cellules souches hématopoïétiques	46	47	50	49	48	49	48	47
HAE5	Transplantation allogénique de cellules souches hématopoïétiques (CIMHS)	174	170	174	174	167	167	162	163
Vaisseaux		**3'469**	**3'464**	**3'478**	**3'482**	**3'482**	**3'513**	**3'516**	**3'745**
GEF1	Chirurgie vasculaire périphérique (artérielle)	815	823	827	818	816	832	824	873
ANG1	Interventions sur les vaisseaux périphériques (artériels)	662	664	671	673	672	685	693	742
GEF2	Chirurgie des vaisseaux intra-abdominaux	556	550	546	554	558	560	558	587
ANG2	Interventions sur les vaisseaux intra-abdominaux	777	770	769	770	765	767	771	843
GEF3	Chirurgie carotidienne	251	252	256	258	261	264	266	278
ANG3	Interventions sur la carotide et les vaisseaux extracrâniens	49	48	48	48	47	46	45	45
GEF4	Chirurgie des vaisseaux intracrâniens	92	91	95	94	95	93	92	95
ANG4	Interventions sur les vaisseaux intracrâniens	104	104	104	104	105	104	104	106
RAD1	Radiologie interventionnelle (ou seulement diagnostique pour les vaisseaux)	163	162	162	163	163	162	163	176
Cœur		**4'562**	**4'602**	**4'648**	**4'702**	**4'756**	**4'792**	**4'829**	**5'115**
HER1	Chirurgie cardiaque simple	46	47	47	47	48	47	47	51
HER1.1	Chirurgie cardiaque et chirurgie vasculaire avec machine cœur-poumons (sans chirurgie coronarienne)	998	1'009	1'023	1'037	1'049	1'060	1'070	1'112
HER1.1.1	Chirurgie coronarienne (PAC)	1'104	1'113	1'123	1'143	1'168	1'174	1'181	1'250
HER1.1.2	Chirurgie cardiaque congénitale complexe	127	127	128	129	130	131	133	135
KAR1	Cardiologie (y c. stimulateur cardiaque)	363	366	371	377	381	388	394	427

GPPH	Description GPPH	Journées – scénario 1							
		2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2027
KAR1.1	Cardiologie interventionnelle (interventions coronariennes)	1'213	1'220	1'226	1'235	1'247	1'256	1'266	1'354
KAR1.1.1	Cardiologie interventionnelle (interventions spéciales)	376	379	384	385	385	385	388	424
KAR1.2	Electrophysiologie (ablations)	65	66	67	67	68	70	70	75
KAR1.3	Défibrillateur implantable (ICD) / Pacemaker biventriculaire (CRT)	270	275	279	282	280	281	280	287
Néphrologie		**2'169**	**2'178**	**2'177**	**2'176**	**2'182**	**2'179**	**2'171**	**2'384**
NEP1	Néphrologie (défaillance rénale aiguë et insuffisance rénale chronique terminale)	2'169	2'178	2'177	2'176	2'182	2'179	2'171	2'384
Urologie		**3'653**	**3'642**	**3'639**	**3'639**	**3'636**	**3'627**	**3'621**	**3'881**
URO1	Urologie sans titre de formation approfondie 'Urologie opératoire'	2'468	2'469	2'474	2'471	2'472	2'467	2'466	2'660
URO1.1	Urologie avec titre de formation approfondie 'Urologie opératoire'	490	490	488	490	489	493	493	524
URO1.1.1	Prostatectomie radicale	117	117	117	116	117	116	117	126
URO1.1.2	Cystectomie radicale	216	212	210	213	212	210	208	218
URO1.1.3	Chirurgie complexe des reins (néphrectomie pour tumeur et résection partielle du rein)	262	256	253	252	249	247	243	257
URO1.1.4	Surrénalectomie isolée	4	4	4	5	5	5	5	5
URO1.1.5	Plastie reconstructive de la jonction pyélo-urétérale	2	2	2	2	2	2	2	2
URO1.1.6	Plastie reconstructive de l'urètre	64	63	62	61	61	59	59	58
URO1.1.7	Implantation d'un sphincter urinaire artificiel	9	8	8	8	8	7	7	8
URO1.1.8	Néphrostomie percutanée avec fragmentation de calculs	21	21	21	21	21	21	21	23
Pneumologie		**5'864**	**5'860**	**5'840**	**5'824**	**5'803**	**5'781**	**5'775**	**6'198**
PNE1	Pneumologie	5'357	5'376	5'380	5'385	5'389	5'386	5'401	5'797
PNE1.1	Pneumologie avec assistance ventilatoire spéciale	32	32	32	33	32	32	33	36
PNE1.2	Evaluation avant ou status après transplantation pulmonaire	53	53	54	53	53	54	53	57
PNE1.3	Mucoviscidose et diagnostic / traitement complexe lors d'hypertension pulmonaire primaire	342	317	291	270	244	223	202	213

GPPH	Description GPPH	Journées – scénario 1							
		2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2027
PNE2	Polysomnographie	80	82	83	83	85	86	86	95
Chirurgie thoracique		**676**	**676**	**675**	**673**	**669**	**671**	**671**	**715**
THO1	Chirurgie thoracique	465	466	467	465	464	465	465	487
THO1.1	Néoplasmes malins du système respiratoire (résection curative par lobectomie / pneumonectomie)	193	192	190	190	188	188	189	210
THO1.2	Chirurgie du médiastin	18	18	18	18	17	18	17	18
Transplantations d'organes solides		**216**	**214**	**215**	**220**	**219**	**217**	**218**	**231**
TPL1	Transplantations d'organes solides (CIMHS)	216	214	215	220	219	217	218	231
Orthopédie		**17'250**	**17'239**	**17'297**	**17'316**	**17'314**	**17'329**	**17'338**	**18'306**
BEW1	Chirurgie de l'appareil locomoteur	3'656	3'646	3'657	3'647	3'626	3'624	3'630	3'806
BEW2	Orthopédie	1'056	1'014	976	944	912	877	839	901
BEW3	Chirurgie de la main	244	243	244	243	240	239	237	252
BEW4	Arthroscopie de l'épaule et du coude	70	70	70	70	69	69	68	70
BEW5	Arthroscopie du genou	1'220	1'179	1'144	1'100	1'061	1'022	981	989
BEW6	Reconstruction de membres supérieurs	1'023	1'026	1'036	1'044	1'047	1'053	1'059	1'108
BEW7	Reconstruction de membres inférieurs	6'860	6'919	6'984	7'050	7'112	7'170	7'230	7'762
BEW8	Chirurgie de la colonne vertébrale	2'718	2'736	2'773	2'803	2'830	2'852	2'867	2'972
BEW8.1	Chirurgie spécialisée de la colonne vertébrale	339	342	348	351	353	358	363	379
BEW9	Tumeurs osseuses	0	0	0	0	0	0	0	0
BEW10	Chirurgie du plexus	50	50	51	50	50	51	50	54
BEW11	Réimplantations	14	14	14	14	14	14	14	13
Rhumatologie		**455**	**449**	**446**	**441**	**437**	**431**	**426**	**456**
RHE1	Rhumatologie	351	345	341	336	331	325	319	341
RHE2	Rhumatologie interdisciplinaire	104	104	105	105	106	106	107	115
Gynécologie		**2'727**	**2'712**	**2'704**	**2'680**	**2'657**	**2'635**	**2'621**	**2'703**
GYN1	Gynécologie	1'121	1'107	1'098	1'087	1'074	1'060	1'051	1'067
GYN1.1	Néoplasmes malins de la vulve et du vagin	52	52	54	53	53	53	54	54
GYN1.2	Néoplasmes malins du col de l'utérus	23	24	24	24	24	24	25	24
GYN1.3	Néoplasmes malins du corps utérin	407	407	409	408	408	409	412	438
GYN1.4	Néoplasmes malins de l'ovaire	154	151	150	146	141	136	135	137
GYN2	Néoplasmes malins de la glande mammaire	926	926	924	916	911	906	897	939

GPPH	Description GPPH	Journées – scénario 1							
		2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2027
PLC1	Interventions liées à la transsexualité	44	45	45	46	46	47	47	44
Obstétrique		**9'100**	**9'125**	**9'153**	**9'165**	**9'182**	**9'174**	**9'170**	**9'128**
GEBH	Maisons de naissance (à partir de la 37e sem.)	54	54	54	54	54	54	54	54
GEB1	Soins de base en obstétrique (à partir de la 34e sem. et >= 2000 g)	8'364	8'392	8'420	8'435	8'453	8'453	8'456	8'412
GEB1.1	Obstétrique (à partir de la 32e sem. et >= 1250 g)	552	549	550	547	546	539	534	535
GEB1.1.1	Obstétrique spécialisée	130	130	129	129	129	128	126	127
Nouveau-nés		**9'128**	**9'132**	**9'132**	**9'124**	**9'108**	**9'081**	**9'045**	**9'017**
NEO1	Soins de base aux nouveau-nés (niveaux I et IIA, à partir de la 34e sem. et >= 2000 g)	7'255	7'275	7'293	7'304	7'309	7'306	7'296	7'275
NEO1.1	Néonatologie (niveau IIB, à partir de la 32e sem. et >= 1250 g)	484	471	458	444	430	415	399	398
NEO1.1.1	Néonatologie spécialisée (niveau III)	1'389	1'386	1'381	1'376	1'369	1'360	1'350	1'344
(Radio-)oncologie		**1'460**	**1'453**	**1'459**	**1'454**	**1'457**	**1'458**	**1'465**	**1'559**
ONK1	Oncologie	449	448	450	445	446	445	444	467
RAO1	Radio-oncologie	802	800	804	806	811	817	827	887
NUK1	Médecine nucléaire	209	205	205	203	200	196	194	205
Traumatismes graves		**757**	**761**	**758**	**748**	**743**	**738**	**736**	**741**
UNF1	Chirurgie d'urgence (polytraumatismes)	626	631	628	620	615	611	608	608
UNF1.1	Chirurgie d'urgence spécialisée (traumatismes cranio-cérébraux)	54	53	51	50	48	47	46	46
UNF2	Brûlures étendues (CIMHS)	77	77	79	78	80	80	82	87
Total		**124'905**	**124'771**	**124'711**	**124'539**	**124'379**	**124'098**	**123'931**	**130'932**

Note: le nombre de journées dans le groupe GEBH a été calculé sur la base de la part des journées dans des maisons de naissance en 2012 dans le groupe GEB1, et retiré de celui-ci.

Annexe 14 Projections du nombre de cas et de journées d'hospitalisation de réadaptation

Tableau 24: Projection du nombre de cas de réadaptation -– scénario 2

Groupes de prestations de réadaptation	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2027
Musculo-squelettique	965	971	980	986	992	1'000	1'006	1'097
Cardiovasculaire	442	440	439	438	434	432	432	466
Pulmonaire	170	171	171	171	170	169	170	184
Neurologique	236	237	237	238	239	240	241	259
Paraplégique et tétraplégique	34	35	36	36	37	38	38	40
Générale et polyvalente gériatrique	696	699	703	707	713	718	724	797
Total	**2'543**	**2'553**	**2'566**	**2'576**	**2'585**	**2'597**	**2'611**	**2'843**

Tableau 25: Projection du nombre de journées de réadaptation – scénario 1 et DMS de référence

Groupes de prestations de réadaptation	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2027
Musculo-squelettique	18'428	18'540	18'697	18'763	18'880	19'011	19'124	22'234
Cardiovasculaire	8'909	8'865	8'829	8'797	8'734	8'697	8'681	8'873
Pulmonaire	2'582	2'605	2'607	2'608	2'596	2'581	2'595	2'860
Neurologique	7'496	7'514	7'528	7'553	7'576	7'611	7'606	7'969
Paraplégique et tétraplégique	1'139	1'173	1'178	1'176	1'178	1'201	1'221	2'064
Générale et polyvalente gériatrique	14'115	14'164	14'230	14'298	14'411	14'516	14'594	15'897
Total	**52'669**	**52'861**	**53'069**	**53'195**	**53'375**	**53'617**	**53'821**	**59'897**

Tableau 26: Projection du nombre de journées de réadaptation – scénario 1et réduction de la DMS de 1% par an

Groupes de prestations de réadaptation	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2027
Musculo-squelettique	17'705	17'636	17'607	17'491	17'425	17'370	17'299	19'138
Cardiovasculaire	8'556	8'429	8'311	8'197	8'058	7'943	7'850	7'626
Pulmonaire	2'480	2'477	2'454	2'430	2'396	2'358	2'347	2'461
Neurologique	7'205	7'150	7'092	7'043	6'994	6'956	6'882	6'855
Paraplégique et tétraplégique	1'096	1'118	1'111	1'099	1'089	1'100	1'107	1'787
Générale et polyvalente gériatrique	13'573	13'483	13'411	13'340	13'311	13'273	13'211	13'684
Total	**50'615**	**50'293**	**49'986**	**49'600**	**49'273**	**49'000**	**48'696**	**51'551**

Annexe 15 Projections du nombre de cas et de journées d'hospitalisation de psychiatrie

Tableau 27 : Projection du nombre de cas de psychiatrie -– scénario 2

Groupes de prestations de psychiatrie	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2027
Pédopsychiatrie	36	36	36	36	36	36	36	39
Psychiatrie de l'adolescent	73	72	73	73	74	76	77	81
Psychiatrie de l'adulte	1'136	1'150	1'167	1'184	1'199	1'213	1'228	1'298
Psychiatrie de l'âge avancé et psychogériatrie	369	381	392	401	412	424	438	505
Total	**1'614**	**1'639**	**1'668**	**1'694**	**1'721**	**1'749**	**1'779**	**1'923**

Tableau 28: Projection du nombre de journées de psychiatrie – scénario 1et DMS de référence

Groupes de prestations de psychiatrie	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2027
Pédopsychiatrie	268	264	266	267	261	266	264	536
Psychiatrie de l'adolescent	2'004	2'006	2'008	2'033	2'060	2'085	2'100	1'878
Psychiatrie de l'adulte	33'575	34'007	34'505	34'887	35'253	35'613	35'987	38'749
Psychiatrie de l'âge avancé et psychogériatrie	14'845	15'301	15'730	16'121	16'524	17'005	17'519	24'090
Total	**50'692**	**51'578**	**52'509**	**53'308**	**54'098**	**54'969**	**55'870**	**65'253**

Tableau 29: Projection du nombre de journées de psychiatrie – scénario 1et réduction de la DMS de 1% par an

Groupes de prestations de psychiatrie	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2027
Pédopsychiatrie	256	250	250	248	239	241	238	461
Psychiatrie de l'adolescent	1'918	1'900	1'883	1'888	1'894	1'898	1'892	1'607
Psychiatrie de l'adulte	32'252	32'340	32'487	32'517	32'530	32'533	32'546	33'336
Psychiatrie de l'âge avancé et psychogériatrie	14'261	14'552	14'810	15'026	15'248	15'534	15'844	20'755
Total	**48'687**	**49'042**	**49'430**	**49'679**	**49'911**	**50'206**	**50'520**	**56'159**

10 LISTE DES FIGURES ET TABLEAUX

Figure 1: Processus de planification hospitalière neuchâteloise 2016 10
Figure 2: Schéma de la structure des GPPH 16
Figure 3: Scénarios démographiques de Statistique Vaud pour le canton de Neuchâtel 20
Figure 4: Démarche de projection des besoins.....24

Tableau 1: Domaines de prestations des soins somatiques aigus 15
Tableau 2: Groupes de prestations de réadaptation 17
Tableau 3: Groupes de prestations de psychiatrie 18
Tableau 4 : Pondérations annuelles pour l'introduction progressive des outils SQLape.....22
Tableau 5: Définition du scénario 1 25
Tableau 6: Définition du scénario 2 26
Tableau 7: Nombre de cas et de journées d'hospitalisation prévus et réalisés en 2012.....28
Tableau 8: Nombre de cas et de journées de soins somatiques aigus en 2012.....30
Tableau 9: Projection du nombre de cas de soins aigus somatiques par domaines de prestations -– scénario 1 31
Tableau 10: Nombre de cas et de journées de réadaptation en 2012.....32
Tableau 11: Projection du nombre de cas de réadaptation -– scénario 1 33
Tableau 12: Nombre de cas et de journées de psychiatrie en 2012.....34
Tableau 13: Projection du nombre de cas de psychiatrie -– scénario 1 34
Tableau 14: Evaluation de la qualité des données des établissements hors canton 41
Tableau 15: Groupes de prestations pour la planification hospitalière, version 2 43
Tableau 16: Définition des groupes de prestations de réadaptation.....47
Tableau 17: Définition des groupes de prestations de psychiatrie 48
Tableau 18: Scénarios du modèle 52
Tableau 19: Nombre de cas et de journées d'hospitalisation par GPPH en 2012 53
Tableau 20 : Projection du nombre de cas de soins aigus – scénario 1.....56
Tableau 21 : Projection du nombre de cas de soins aigus – scénario 2.....62
Tableau 22 : Projection du nombre de journées d'hospitalisation de soins aigus – scénario 1 68
Tableau 23: Projection du nombre de cas de réadaptation -– scénario 2 74
Tableau 24: Projection du nombre de journées de réadaptation – scénario 1 et DMS de référence.....74
Tableau 25: Projection du nombre de journées de réadaptation – scénario 1et réduction de la DMS de 1% par an 74
Tableau 26 : Projection du nombre de cas de psychiatrie -– scénario 2 75
Tableau 27: Projection du nombre de journées de psychiatrie – scénario 1et DMS de référence.....75
Tableau 28: Projection du nombre de journées de psychiatrie – scénario 1et réduction de la DMS de 1% par an 75

11 LISTE DES ABRÉVIATIONS

Abréviation	Définition
ANQ	Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques
AOS	Assurance obligatoire des soins
APDRG	All patients diagnosis related groups
CDS	Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé
CHOP	Classification suisse des interventions chirurgicales
CIM	Classification internationale des maladies
CIMHS	Convention intercantonale relative à la médecine hautement spécialisée
CLASS	Conférence latine des affaires sociales et sanitaires
CNP	Centre neuchâtelois de psychiatrie
DFS	Département des finances et de la santé
DMS	Durée moyenne de séjour
DRG	Diagnosis related groups
GPPH	Groupes de prestations pour la planification hospitalière
GRSP	Groupement romand de santé publique
HNE	Hôpital neuchâtelois
LAMal	Loi fédérale sur l'assurance-maladie
LS	Loi de santé
MHS	Médecine hautement spécialisée
MS	Medizinische Statistik der Krankenhäuser (Statistique médicale des hôpitaux)
OAMal	Ordonnance sur l'assurance-maladie
Obsan	Observatoire suisse de la santé
OCP	Ordonnance sur le calcul des coûts et le classement des prestations par les hôpitaux, les maisons de naissance et les établissements médico-sociaux dans l'assurance-maladie
OFS	Office fédéral de la statistique
OHIP	Office des hôpitaux et des institutions psychiatriques
PB	Domaine de prestations "base chirurgie et médecine interne"
PVI	Hôpital de la Providence
SCSP	Service de la santé publique
SPLG	Spitalplanungs-Leistungsgruppen (GPPH)
SQLape	Striving for high Quality Level and Analyzing of Patient Expenditures
SwissDRG	Swiss diagnosis related groups
TAF	Tribunal administratif fédéral