



**Rapport du Conseil d'État au Grand Conseil concernant la planification hospitalière neuchâteloise 2023, 1<sup>ère</sup> partie : évaluation des besoins**

(25 novembre 2020)

Monsieur le président, Mesdames et Messieurs,

### **RÉSUMÉ**

*Depuis l'entrée en vigueur en 1996 de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal ; RS 832.10), les cantons sont tenus d'établir une planification afin de couvrir les besoins en soins hospitaliers stationnaires de leur population. Le résultat de cette planification consiste en une liste hospitalière recensant les établissements retenus et les mandats de prestations qui leur sont attribués pour garantir l'offre nécessaire aux patient-e-s résidant dans le canton planificateur. Cette liste ouvre un droit au financement cantonal pour l'hôpital.*

*Le présent rapport du Conseil d'État s'inscrit dans le cadre du 3<sup>e</sup> exercice de planification hospitalière du Canton de Neuchâtel, les exercices précédents ayant porté sur les années 2012 - 2015 puis 2016 - 2022 (c.à.d. planification/liste hospitalière en vigueur). Le processus de la planification hospitalière neuchâteloise, fondé sur les critères de planification uniformes dictés au niveau fédéral, conformément aux articles 58a à 58e de l'ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal ; RS 832.102) a été validé lors des deux précédents exercices et s'articule en trois étapes. En premier lieu, le canton doit établir une évaluation des besoins futurs en soins hospitaliers stationnaires de sa population, objet du présent rapport. Puis, il définit les critères et les conditions à respecter par les fournisseurs de prestations hospitalières pour figurer sur la liste hospitalière. Enfin, suite à une procédure d'appel d'offres, il détermine la liste hospitalière et attribue les mandats de prestations.*

*Le présent rapport du Conseil d'État expose la démarche et les résultats des travaux relatifs à la première étape de planification, à savoir l'évaluation des besoins futurs en soins hospitaliers stationnaires à l'horizon 2023 et pour les années suivantes, et uniquement dans le domaine des soins aigus somatiques. Les raisons de la portée de cet exercice de planification sont présentées au chapitre 2 du rapport. La méthodologie retenue pour le calcul des projections des besoins (chapitre 3) est analogue à celle appliquée pour l'élaboration de la planification précédente, les hypothèses retenues ayant été actualisées. Après l'analyse des hospitalisations stationnaires réalisées de 2016 à 2018 (chapitre 4), les projections des besoins futurs exprimées en nombre de cas par groupes de prestations par année sont présentées au chapitre 5 (en particulier, chapitre 5.2). Celles-ci prévoient un total de 23'453 hospitalisations stationnaires à charge de l'assurance obligatoire de soins de patient-e-s neuchâtelois-es en 2023 (soins palliatifs exclus). Par la suite, celles-ci augmenteraient de 270 cas annuels (+1.1%), pour s'établir à 25'344 cas en 2030 (+8% entre 2023 et 2030).*

*Consultés, les milieux concernés ont eu l'occasion de pouvoir prendre position sur l'avant-projet de cette version de rapport du Conseil d'État au Grand Conseil (chapitre 8). De*

*manière générale, la qualité du rapport, qui reste accessible malgré son côté très technique a été relevée. Les partenaires ont de plus apprécié la démarche transparente et participative mise en place par l'État et préavisent le rapport de manière positive. Les principales remarques ont concerné certaines modalités d'hypothèses retenues pour le modèle de projection des besoins futurs. De manière générale, le Conseil d'État considère avoir adopté une approche suffisamment large pour prévenir d'éventuels risques de sous-estimation des besoins. Il a néanmoins pris en considération les remarques concernant le taux retenu concernant le virage ambulatoire, et ainsi finalement appliqué une hypothèse de 80%<sup>1</sup> (au lieu de 50% initialement proposé). En outre, la proposition soumise au Grand Conseil prévoit que le Conseil d'État est autorisé à procéder à une actualisation des projections des besoins, notamment pour tenir compte de l'évolution des bases statistiques, techniques ou scientifiques, ce qui permettra de tenir compte des dernières connaissances du moment.*

*Cela étant, le Conseil d'État en tant que garant de la couverture des besoins de la population, prendra évidemment toutes les mesures nécessaires et pertinentes si les besoins identifiés devaient, contre toute attente, s'avérer finalement insuffisants par rapport aux besoins réels.*

*Enfin, comme le veut la procédure, le Conseil de santé, organe consultatif du Conseil d'État en matière de santé, a été consulté sur l'avant-projet de rapport, lequel a préavisé positivement l'avant-projet.*

*Dans le cadre d'une modification de la loi de santé du 1<sup>er</sup> septembre 2015, entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2016, le Grand Conseil s'est octroyé des compétences élargies dans le processus de planification hospitalière. Ainsi, en vertu de l'article 83a, alinéa 8, de la LS, « le Grand Conseil approuve la planification hospitalière, notamment la planification des besoins et la liste des conditions à remplir pour figurer sur la liste hospitalière, au sens des alinéas 1 et 2 in fine du présent article ». Partant, le Conseil d'État neuchâtelois soumet le présent rapport à l'approbation du Grand Conseil.*

## **1. INTRODUCTION**

En préambule, il est important de préciser que le présent rapport, destiné au Grand Conseil conformément aux exigences de la loi sur la santé neuchâteloise (chapitre 1.2.3), comporte en bien des aspects un caractère très technique incontournable puisque les résultats des travaux de cette première étape constituent les bases de décisions formelles qui devront être rendues à l'avenir, en troisième étape de travail (voir chapitre 7). Il n'a donc pas été possible de donner à ce rapport le degré de vulgarisation habituel, ce qui avait été relevé par le Conseil d'État lorsque le Grand Conseil avait souhaité, dorénavant, pouvoir se prononcer sur les deux premières étapes de la planification hospitalière. Il est donc appelé à la compréhension du lecteur pour le caractère assez technique du rapport dans plusieurs de ses chapitres.

---

<sup>1</sup> Ce taux concerne les cas d'hospitalisations stationnaires relevant des réglementations cantonale et fédérale AvoS figurant dans la MS (2018) sans présence de critères ou de codes justifiant le mode stationnaire.

## 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'État 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'État entend :

1. garantir l'accès aux soins hospitaliers stationnaires (hôpitaux et maisons de naissance) par l'organisation de l'offre en soins et de sa répartition pour couvrir les besoins de la population résidante sur son territoire ;
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.

Ainsi, la planification hospitalière permet à l'État d'identifier l'offre qui doit être couverte par des établissements figurant sur la liste hospitalière admis à pratiquer à charge de l'assurance obligatoire des soins (dite communément liste hospitalière). Cette liste permet de désigner les établissements hospitaliers partenaires de l'État qui sont appelés à couvrir les besoins en soins hospitaliers stationnaires de la population, et les prestations pour lesquelles ils sont mandatés.

## **1.2. Contexte**

### **1.2.1. Contexte fédéral**

#### *1.2.1.1. L'instrument de planification hospitalière existe depuis l'entrée en vigueur de la LAMal*

Depuis l'entrée en vigueur de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal ; RS 832.10) adoptée le 18 mars 1994 et entrée en vigueur 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, de la 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 patient-e-s résidant dans le canton planificateur et qui ouvre un droit au financement pour l'hôpital.

#### *1.2.1.2. Les changements introduits par la réforme du financement de la LAMal de 2012*

Le 21 décembre 2007, les Chambres fédérales ont adopté une révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier (RO 2008 2049) en vue de freiner la hausse des coûts. Les principales réformes introduites dans le cadre de cette révision, effectives depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2012, portent sur l'introduction d'un mode de financement par forfait par prestation (SwissDRG) et d'un financement dual fixe (financement à la fois par l'assurance obligatoire des soins (AOS), à hauteur maximum de 45%, et par le canton, à hauteur minimum de 55%).

Cette révision a, par ailleurs, comporté un volet moins visible et moins connu du grand public qui concerne précisément la planification hospitalière. À cette occasion, le Conseil fédéral a été chargé d'édicter des critères de planification uniformes en prenant en considération la qualité et le caractère économique (art. 39, al. 2<sup>ter</sup>, de la LAMal). Le 22 octobre 2008, le Conseil fédéral a édicté les dispositions d'exécution et précisé des critères de planification uniformes aux articles 58a à 58e de l'Ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal ; RS 832.102). 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. Les trois critères (art. 58b, al. 4, de l'OAMal) à respecter sont :

- le caractère économique et la qualité de la fourniture des prestations, en particulier : l'efficacité de la fourniture des prestations, la justification de la qualité, le nombre minimum de cas et l'exploitation de synergies (art. 58b, al. 5, de l'OAMal) ;
- l'accès des patient-e-s au traitement dans un délai utile ;

- la disponibilité et la capacité de l'établissement à remplir le mandat de prestations.

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 jusqu'alors la norme, l'OAMal révisée consacra 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 depuis lors obligatoire pour le secteur des soins aigus somatiques. S'agissant des domaines des soins psychiatriques et de réadaptation, il est possible d'établir une planification sur la base des capacités ou sur la base des prestations.

Autre nouveauté apportée par cette révision : le législateur a souhaité favoriser le libre choix de l'hôpital dans toute la Suisse pour les patient-e-s (ouverture des frontières cantonales et financement des prestations dans les cliniques privées). La LAMal distingue les hôpitaux répertoriés (i.e. figurant sur une liste hospitalière cantonale), lesquels bénéficient du financement dual fixe mentionné ci-avant, des hôpitaux conventionnés (ces derniers ne touchant pas le financement cantonal, mais uniquement celui à charge de l'assurance obligatoire des soins (AOS)).

Par ailleurs, on ne travaille plus sur la base d'une distinction entre hôpitaux à but lucratif et à but idéal, une équité de traitement étant exigée entre ces deux catégories au moment de la sélection et de l'attribution des mandats de prestations par les autorités cantonales.

Enfin, en vertu de l'article 39, alinéa 2, de la LAMal, les cantons doivent coordonner leurs planifications sur le plan intercantonal. Conformément à l'article 58d, de l'OAMal, les cantons doivent d'une part, exploiter les informations pertinentes concernant les flux de patient-e-s et les échanger avec les cantons concernés (art. 58d, let. a, de l'OAMal), ainsi que coordonner les mesures de planification avec les cantons concernés par celles-ci dans la couverture de leurs besoins (art. 58d, let. b, de l'OAMal). Ainsi, la liste hospitalière cantonale doit tenir compte de l'offre des établissements cantonaux et extracantonaux, dans la mesure où cela est nécessaire pour garantir la couverture des besoins.

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

Depuis 2015, la jurisprudence fédérale sur les nouvelles règles de planification hospitalière s'étoffe, précisant le cadre légal défini par le législateur, ainsi que les expériences des différentes autorités cantonales en matière de planification hospitalière.

En résumé, le législateur a confirmé les autorités cantonales dans leur fonction de pilotage du système, que celles-ci exercent à travers les planifications hospitalières cantonales.

### *1.2.1.3. Les perspectives de changements proposées par l'actuel projet de révision OAMal*

Au moment de l'élaboration des travaux d'évaluation des besoins et de la rédaction du présent rapport, le Département fédéral de l'intérieur (DFI) mène, sur mandat du Conseil fédéral, une consultation fédérale sur un projet de modification de l'Ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal) concernant le développement de critères de planification ainsi que l'ajout de principes pour le calcul des tarifs.

La modification de l'OAMal soumise à la consultation des acteurs, ouverte le 12 février 2020, prévoit, d'une part, une adaptation des critères de planification et d'autre part, de nouvelles dispositions relatives au calcul des tarifs dans un modèle de rémunération de type DRG. Concrètement, des modifications notables concernant les critères de planification sont proposées dans les dispositions prévues aux articles 58a à 58f de l'OAMal. L'entrée en vigueur de cette modification de l'OAMal est prévue au 1<sup>er</sup> janvier 2021. Les dispositions transitoires prescrivent que la liste des hôpitaux de soins somatiques aigus et des maisons de naissance se conforme à la nouvelle ordonnance dans un délai de quatre ans à compter de son entrée en vigueur, soit dès le 1<sup>er</sup> janvier 2025. La liste des hôpitaux psychiatriques et de réadaptation prévoit de s'y conformer dans un délai de six ans suivant l'entrée en vigueur, soit a priori dès le 1<sup>er</sup> janvier 2027.

Le délai de réponse à cette consultation, fixé initialement au 20 mai 2020, a été prolongé au 2 septembre 2020 pour tenir compte des circonstances exceptionnelles dues à la pandémie liée à la COVID-19. Partant, il est encore trop tôt, au moment de la rédaction de ce rapport, d'évaluer l'écho rencontré auprès des acteurs de la santé par ce projet de modification et l'ampleur de son impact pour les travaux de planification hospitalière 2023. Toutefois, l'analyse du projet de révision, tel que dans la version soumise à consultation le 12 février 2020, montre dans une première lecture que les principaux changements affecteraient essentiellement la définition des conditions-cadres et l'élaboration de la liste hospitalière. S'agissant des travaux d'évaluation des besoins, seul le projet de modification de l'article 58b, alinéa 1 pourrait impacter les travaux de calcul de projections des besoins. Il y serait précisé que les cantons « *prennent en compte les facteurs déterminants pour la prévision des besoins, tels que les évolutions démographiques, médico-technique, épidémiologique et économique* ». Compte tenu de l'incertitude liée à ce projet de révision et de la nécessité de s'y conformer au plus tôt le 1<sup>er</sup> janvier 2025, les travaux de cette première phase d'élaboration de la planification hospitalière cantonale 2023 se fondent sur les dispositions juridiques en vigueur.

#### 1.2.1.4. Structures tarifaires nationales

Au moyen de la révision de la LAMal de 2012, le nouveau financement hospitalier cherche à améliorer la transparence, favoriser l'économicité et corriger les effets pervers afin de freiner la hausse des coûts dans l'assurance de base. Désormais, les hôpitaux doivent être financés par un tarif lié aux prestations, uniforme au niveau national. De même, les investissements doivent être compris dans les tarifs et les institutions publiques et privées dont relèvent les hôpitaux doivent être traitées à égalité. Avec le nouveau système, ce n'est plus l'hôpital en tant que tel qui est financé, mais ses prestations aux patient-e-s. Les prestations et les prix des traitements hospitaliers sont ainsi transparents et comparables sur l'ensemble du territoire.

Dans le domaine des soins aigus hospitaliers, la rémunération liée aux prestations a démarré en 2012 avec l'introduction d'un système tarifaire par « *groupe homogène de diagnostic* » (DRG<sup>2</sup>), développé par SwissDRG SA, lequel prévoit un forfait par cas lié aux prestations.

Dans le domaine des soins psychiatriques stationnaires, une nouvelle structure tarifaire nationale, TARPSY, développée par SwissDRG SA, est entrée en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2018, avec pour objectif d'instaurer des conditions-cadres claires, d'augmenter la transparence, de permettre de mieux comparer entre établissements les prestations, les coûts et la qualité des prestations. La structure tarifaire répartit les patient-e-s dans vingt-

---

<sup>2</sup> DRG : Diagnosis Related Group

trois groupes de coûts psychiatriques (PCG<sup>3</sup>) en fonction du diagnostic principal, de l'âge, du degré de sévérité de la maladie et des diagnostics secondaires.

Dans le domaine de la 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 et psychiatriques. Plusieurs concepts existent parallèlement ou sont en cours de développement, notamment :

- ST Reha<sup>4</sup>, est la structure tarifaire actuellement en cours de développement par SwissDRG SA sur mandat de la Confédération, dont l'introduction au niveau national est actuellement prévue pour 2022 ;
- MT Reha Ger<sup>5</sup>, centré uniquement sur la réadaptation gériatrique polyvalente, consiste en une étude mandatée en 2015 par plateforme-reha.ch, comme complément à ST Reha ;
- DefReha<sup>6</sup>, est un catalogue de définition des prestations et des types de fourniture de prestations pour la réadaptation stationnaire, développé par H+, l'association faîtière des hôpitaux suisses

#### *1.2.1.5. Introduction d'une réglementation fédérale « ambulatoire avant stationnaire »*

Autre élément impactant le nombre de séjours hospitaliers stationnaires : l'introduction par la Confédération d'une nouvelle réglementation « *l'ambulatoire avant le stationnaire* » au sens de l'article 3c de l'Ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS). Applicable depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2019 sur le plan national et prévalant sur les éventuelles législations cantonales en la matière, elle impacte l'évolution du nombre de séjours hospitaliers.

En effet, cette réglementation « *concerne six groupes d'interventions électives, c'est-à-dire non urgentes, spécifiques réalisées sur des patient-e-s dont l'état de santé est stable. Elle a pour but d'encourager les prestations ambulatoires lorsqu'elles sont indiquées d'un point de vue médical, mieux adaptées aux patients et qu'elles nécessiteront moins de ressources* »<sup>7</sup>.

Ce faisant, cette mesure devrait logiquement contribuer à diminuer le nombre d'hospitalisations stationnaires et exerce ainsi un impact sur les besoins en soins hospitaliers que les cantons doivent planifier au moment de l'élaboration de leur propre planification hospitalière cantonale.

---

<sup>3</sup> PCG : Psychiatric Cost Group – groupe de coûts psychiatriques

<sup>4</sup> Les informations sur le projet ST Reha se trouvent sur: [www.swissdrg.org](http://www.swissdrg.org) > Réadaptation.

<sup>5</sup> Les informations sur le projet MT RehaGer sont disponibles sur: [www.plateforme-reha.ch](http://www.plateforme-reha.ch) > Projets.

<sup>6</sup> Le "Document de référence DefReha" se trouve sur: [www.hplus.ch](http://www.hplus.ch) > Portrait > Conférences actives > Conférence active de réadaptation.

<sup>7</sup> Fiche d'information de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), « La réglementation « l'ambulatoire avant le stationnaire » », 11 janvier 2019.

### 1.2.1.6. Autres mesures nationales pouvant impacter les planifications hospitalières cantonales

Le Conseil fédéral a, par ailleurs, présenté dans son rapport « *Mesures visant à freiner la hausse des coûts dans l'assurance obligatoire des soins* »<sup>8</sup>, datant de 2017, une série de propositions dont certaines, si elles venaient à être adoptées, pourraient modifier le paysage hospitalier ou avoir un impact sur l'élaboration des planifications hospitalières cantonales. Parmi celles-ci, on peut citer de manière exemplative, les mesures suivantes :

- M03 - Admission des hôpitaux sur la liste hospitalière en fonction de la rémunération du personnel interne et du personnel externe (bonus liés au volume de prestations, *kickbacks*) ;
- M07 - Transférer des prestations effectuées en milieu stationnaire vers l'ambulatoire ;
- M08 - Renforcer les HTA (ou *évaluation des technologies de santé*) ;
- M14 - Effectuer une planification hospitalière au niveau régional ;
- M26 - Instaurer un financement uniforme des prestations forfaitaires dans le domaine hospitalier ambulatoire.

Certaines d'entre elles (p.ex. M03, M14) sont déjà incluses dans le projet de révision de l'OAMal (voir chapitre 1.2.1.3), ou ont, entre-temps, déjà été mises en œuvre (M07), d'autres restent à déployer (M08, M26). Il demeure que, directement ou indirectement, ces mesures pourraient impacter le volume et la nature des besoins en soins hospitaliers stationnaires, et par voie de conséquence, l'élaboration des planifications hospitalières cantonales.

Qui plus est, s'inspirant des mesures ci-dessus, le Conseil fédéral a déjà proposé au Parlement fédéral un premier volet législatif élaboré sur cette base et consistant en neuf mesures inscrites dans le cadre de la LAMal. Parmi celles-ci, l'une prévoit une modification législative consistant à étendre le droit de recours contre les décisions des gouvernements cantonaux en matière de liste hospitalière cantonale<sup>9</sup> aux organisations d'assureurs d'importance nationale ou régionale.

Enfin, un projet de la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national (CSSS-N) prévoit que les assureurs-maladie et les cantons financent de manière uniforme les traitements dans les secteurs ambulatoires et stationnaires. Le 14 août 2019, le Conseil fédéral a pris position sur ce projet en approuvant un financement uniforme sur le principe, avec l'objectif que cette réforme encourage le passage du secteur hospitalier vers le secteur ambulatoire et freine ainsi la hausse des coûts. Une telle modification aurait alors inévitablement un impact sur le volume des besoins en soins hospitaliers stationnaires.

### 1.2.2. Contexte intercantonal

En son article 39 alinéa 2 bis de la LAMal, il est explicitement demandé aux cantons 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 1<sup>er</sup> janvier 2009 la Convention intercantonale relative à la médecine hautement

<sup>8</sup> « Mesures visant à freiner la hausse des coûts dans l'assurance obligatoire des soins », rapport du groupe d'experts, OFSP, 24 août 2017.

<sup>9</sup> Ainsi que des listes cantonales en matière de planification des EMS.

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, la CDS, dans le domaine de la MHS.

En matière de planification hospitalière, la Conférence des directeurs-trices cantonaux sanitaires (CDS) avait élaboré et adopté un Guide de la CDS pour une planification hospitalière liée aux prestations dans le domaine des soins aigus, datant de juillet 2005, et un Guide sur la planification de la psychiatrie pour le domaine de la psychiatrie, datant de juillet 2008, tous deux précisant une méthodologie détaillée pour la mise en œuvre d'une planification hospitalière liée aux prestations.

Par la suite, la CDS a élaboré et adopté le 14 mai 2009 une première version de ses recommandations en matière de planification hospitalière issue d'un travail intercantonal important et représentant une source importante d'inspiration pour les cantons, lui-même cohérent avec la jurisprudence édictée sur ces thèmes. Depuis, une révision partielle de celles-ci visant à préciser des points et à tenir compte de la jurisprudence déjà émise entre-temps a eu lieu et a résulté dans l'adoption par l'assemblée plénière de la CDS le 25 mai 2018 d'une nouvelle version actualisée des recommandations de la CDS sur la planification hospitalière<sup>10</sup>. Même si celles-ci ne sont pas contraignantes, elles visent à « *favoriser une vision commune de la tâche cantonale de la planification hospitalière et s'entendent comme une contribution à la coordination intercantonale de la planification hospitalière au sens défini par l'article 39 alinéa 3, de la LAMal* ». Qui plus est, de nombreux arrêts du Tribunal administratif fédéral (TAF) se réfèrent à ces recommandations, confirmant la validité et la pertinence de celles-ci.

L'entrée en vigueur des nouvelles règles de planification LAMal depuis 2012 a impliqué une mise en conformité et une réactualisation, selon un rythme échelonné, des planifications hospitalières cantonales dans tous les cantons suisses. Les critères uniformes de planification prescrits laissant une marge d'interprétation dans leur mise en œuvre opérationnelle et les paysages hospitaliers et enjeux des systèmes sanitaires cantonaux étant différents, une certaine diversité des expériences cantonales de planification a pu être constatée les premières années. L'existence des recommandations de la CDS a contribué à la promotion d'une vision harmonisée des méthodes de planification hospitalière. Toutefois, il demeure une certaine variabilité d'application, d'ailleurs nécessaire pour s'adapter aux particularités et enjeux spécifiques des besoins de la population dont le canton a charge de garantir la couverture en soins hospitaliers. Cette diversité cantonale a l'avantage d'avoir permis, au fil de la décennie précédente, d'enrichir le débat politique fédéral et intercantonal, d'affiner le cadre réglementaire au travers de la jurisprudence tout en réaffirmant les compétences des cantons en la matière, et de nourrir un échange fructueux entre autorités cantonales concernant les approches et les modalités de réalisation de l'exercice complexe que représente une planification hospitalière.

Ainsi, l'intégralité des cantons suisses fonde désormais sa planification hospitalière dans le domaine des soins somatiques aigus sur l'utilisation d'un instrument dénommé concept de Groupes de prestations pour la planification hospitalière (GPPH) dans les soins aigus, lequel fut développé par la Direction de la santé du Canton de Zürich pour sa propre planification hospitalière de 2012. En 2018, il est constitué de 139 groupes de prestations (GPPH) de soins aigus, eux-mêmes regroupés en 25 domaines de prestations de la

---

<sup>10</sup> [www.gdk-cds.ch](http://www.gdk-cds.ch) > soins de santé > hôpitaux > planification > recommandations en matière de planification.

planification hospitalière (DPPH) (chapitre 3.4.1). Presque dix ans après son introduction, la Direction de la santé du Canton de Zürich est actuellement en train de réviser cette méthodologie. L'usage du concept GPPH, ainsi que les exigences associées qui y sont fixées, est recommandé par la CDS, laquelle précise également que les cantons peuvent s'en écarter. Toutefois, l'usage d'un instrument commun constitue une base importante pour assurer la coordination intercantonale requise par la LAMal.

### **1.2.3. Contexte cantonal**

Comme indiqué au chapitre 1.2.1.2, il revient aux cantons d'établir leur planification hospitalière. Dans le Canton de Neuchâtel, cette tâche relève de la compétence du Conseil d'État en application des articles 83 et 83a de la loi de santé (LS ; RSN 800.1), sous réserve des compétences d'approbation réservées au Grand Conseil (voir plus loin).

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 de l'époque 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 vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2012, le Conseil d'État élaborait une nouvelle planification hospitalière qui 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 en découlant se limitait aux années 2012 à 2014. Par la suite, celle-ci fut prorogée d'une année jusqu'au 31 décembre 2015. Elle se concentrait en outre sur le seul domaine des soins somatiques aigus dans lequel différents acteurs cohabitaient sur le territoire cantonal<sup>11</sup>.

À 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 été rejeté par le Tribunal administratif fédéral<sup>12</sup> (TAF) permettant ainsi de valider le processus retenu, les choix effectués ainsi que les critères appliqués par le Conseil d'État lors de l'élaboration de cette liste.

Arrivant à l'échéance, il s'agissait de revoir la planification cantonale pour les années 2016 et suivantes ainsi que de traiter les secteurs stationnaires de la réadaptation et de la psychiatrie. Ce fut chose faite avec l'adoption, le 28 septembre 2015, par le Conseil d'État neuchâtelois d'une nouvelle liste hospitalière couvrant les domaines de soins somatiques aigus, de soins de réadaptation et de soins psychiatriques, entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2016.

Utilisant son droit de recours, un des hôpitaux admis à pratiquer à charge de l'assurance-maladie de par cette liste hospitalière, Genolier Swiss Medical Network (GSMN) Neuchâtel SA, déposa le 2 novembre 2015 un recours contre la planification hospitalière neuchâteloise auprès du TAF. Parmi les points contestés par le recourant, figurent deux principes essentiels de cette planification : d'une part, celui-ci conteste la légitimité d'édicter une limitation de quantités, et, d'autre part, il s'oppose à l'exigence posée en tant que condition-cadre que les hôpitaux admis à charge de la LAMal selon la liste hospitalière neuchâteloise s'engagent « à respecter les conditions prévues par la Convention collective de travail Santé21 de droit public ou de droit privé ». S'agissant de la possibilité d'attribuer des mandats de prestations assortis d'une limitation de quantités, le TAF a plusieurs fois confirmé que ceci était conforme à la législation et relevait de la compétence des cantons. D'ailleurs, le projet fédéral de modification de l'OAMal mis en consultation le 12 février 2020 prévoit l'ajout d'un article réglant clairement la question

<sup>11</sup> Dans le domaine de la réadaptation, l'Hôpital neuchâtelois (HNE) avait un monopole de fait. Il en était de même pour le Centre neuchâtelois de psychiatrie (CNP) dans le domaine de la psychiatrie.

<sup>12</sup> Arrêt C-401/2012 du TAF du 28 janvier 2014.

« [...] les mandats de prestations peuvent notamment prévoir les obligations suivantes : dans le domaine hospitalier somatique aigu : les volumes de prestations maximaux ;[...] »<sup>13</sup>.

Au moment de la réalisation des travaux nécessaires à l'estimation des besoins futurs de la population neuchâteloise et même si ce recours ne porte pas principalement sur la question de l'évaluation des besoins futurs en soins hospitaliers stationnaires, le recours n'étant pas encore jugé, on ne peut totalement exclure que le futur jugement ne modifie l'approche méthodologique de planification retenue.

Par ailleurs, GSMN Neuchâtel SA, devenu en juillet 2018 la société Swiss Medical Network Hospitals SA (SMNH), avec siège à Fribourg, déposa un recours le 6 novembre 2017 au TAF contre la décision du Conseil d'État neuchâtelois, laquelle refusait de lui accorder une augmentation du nombre de cas orthopédiques octroyés. De manière analogue, SMNH déposa un recours le 19 novembre 2018 contre une décision négative du Conseil d'État sur le même thème, ainsi que le 5 décembre 2019. Ces trois recours n'ont pas encore été jugés par le TAF, et devraient l'être consécutivement au jugement attendu du TAF concernant la planification hospitalière neuchâteloise.

Depuis l'entrée en vigueur en 2016 de la nouvelle liste hospitalière neuchâteloise, le paysage hospitalier cantonal et extra-cantonal a connu d'importantes mutations, modifiant le paysage sanitaire. Sur le plan neuchâtelois, les débats autour de la réorganisation spatiale de l'Hôpital neuchâtelois (HNE) se sont traduits dans les urnes par l'adoption, le 12 février 2017, de l'initiative cantonale populaire « *Pour deux hôpitaux sûrs, autonomes et complémentaires* », face au contre-projet du Conseil d'État. Afin de mettre en œuvre les recommandations du groupe de travail nommé suite à la votation du 12 février 2017, le Conseil d'État présenta le projet de loi sur les hôpitaux publics (LHOPU). Les premiers débats ont rapidement mis en perspective des questions et des craintes soulevées par les commissaires de la Commission Santé du Grand Conseil. Le 1<sup>er</sup> juin 2018, la Commission Santé annonçait avoir décidé de « *surseoir à l'examen de la LHOPU et explorer d'autres possibilités permettant l'application de l'initiative à partir de l'existant* »<sup>14</sup>. Après quelques mois de travaux, les commissaires présentèrent le 16 janvier 2019 au Grand Conseil un projet de loi sur le réseau hospitalier neuchâtelois (LRHNe). Adoptée le 19 février 2019 par le Grand Conseil, la loi sur le Réseau hospitalier neuchâtelois (LRHNe) n'a pas fait l'objet d'un référendum. Aussi, le Conseil d'État promulgua le 15 mai 2019 la nouvelle LRHNe, et fixa son entrée en vigueur au 1<sup>er</sup> novembre 2019. En conséquence, le Canton de Neuchâtel a vu l'avènement d'un nouvel établissement, le Réseau hospitalier neuchâtelois (RHNe), anciennement HNE, dont le mode de gouvernance prescrit dans la LRHNe vise à « *mieux ancrer le principe de transversalité des soins et d'intégrer mieux dans les structures décisionnelles les acteurs terrain, médico-soignants, qui « font l'hôpital », tout en ancrant les garanties nécessaires à l'autonomie des sites conformément à la volonté populaire* »<sup>15</sup>.

L'organisation hospitalière avait déjà été adaptée en partie au contexte hospitalier les années précédant l'entrée en vigueur de la LRHNe. On peut notamment citer la libération de certains sites (par exemple la Béroche, l'ancien hôpital de la Chaux-de-Fonds) ou la transformation de l'un d'eux en maison de vie et de santé (site de Couvet), et l'établissement de trois polycliniques (Montagnes, Val-de-Travers et Littoral). Par ailleurs, les activités de réadaptation ont été concentrées jusqu'à ce jour sur les sites du

<sup>13</sup> Article 58f, alinéa 6, let. a du projet de révision de l'OAMal en consultation fédérale jusqu'au 2 septembre 2020.

<sup>14</sup> Rapport 18.009 de la Commission Santé du Grand Conseil concernant l'examen du rapport du Conseil d'État 18.009 et à l'appui d'un projet de loi sur le réseau hospitalier neuchâtelois (LRHNe) ; [...], du 16 janvier 2019.

<sup>15</sup> Chapitre 3.6.1. du rapport 18.009 de la Commission Santé du Grand Conseil, du 16 janvier 2019

Val- de- Ruz et du Locle, quand bien même la législation ne prévoit désormais l'existence de ces sites qu'à titre transitoire.

De son côté, la société GSMN Neuchâtel SA, au bénéfice d'un mandat de prestations selon la liste hospitalière neuchâteloise 2016 – 2022 pour les domaines de l'urologie, l'orthopédie, l'ophtalmologique et de la néphrologie et qui détenait dans le canton, uniquement l'Hôpital de la Providence (Neuchâtel) a absorbé en 2016 la Clinique Montbrillant (La Chaux- de- Fonds), étendant ainsi son activité sur un autre site hospitalier. Enfin, la Clinique Volta (La Chaux-de-Fonds), anciennement Clinique La Tour, qui ne bénéficie pas de mandat de prestations, a déménagé ses activités dans de nouveaux locaux. Dans le domaine psychiatrique, le Centre neuchâtelois de psychiatrie (CNP) a relocalisé ses activités hospitalières stationnaires sur le seul site de Préfargier.

Sur le plan extra-cantonal, dans le Canton de Berne, l'Hôpital universitaire Inselspital (Berne) et un ensemble d'hôpitaux non-universitaires se sont rassemblés sous l'égide d'un seul groupe Inselgruppe. De son côté, début 2020, l'Hôpital du Jura bernois a vu entrer dans son capital un partenaire hospitalier privé, à savoir le groupe Swiss Medical Network (SMN), aussi détenteurs sur sol neuchâtelois de l'Hôpital de La Providence et de la Clinique Montbrillant. Le gouvernement bernois, qui lui a cédé 35% des parts, estime que cette opération garantira la pérennité des hôpitaux de Moutier et de Saint-Imier.

Enfin, les modifications cantonales intervenues depuis la dernière planification portent également sur le volet réglementaire. En premier lieu, le Grand Conseil neuchâtelois a modifié le 1<sup>er</sup> septembre 2015, avec effet au 1<sup>er</sup> janvier 2016, les prescriptions cantonales en matière de planification en s'octroyant des compétences élargies dans le processus de planification. En vertu de l'article 83a, alinéa 8, de la LS, « *le Grand Conseil approuve la planification hospitalière, notamment la planification des besoins et la liste des conditions à remplir pour figurer sur la liste hospitalière, au sens des alinéas 1 et 2 in fine du présent article* ». Cette nouveauté implique désormais de soumettre à l'approbation du Grand Conseil l'évaluation des besoins en soins (phase 1 et objet du présent rapport) ainsi que les conditions-cadres et critères (phase 2). D'une part, ces étapes supplémentaires rallongent de facto la durée des travaux de planification pour un temps difficilement estimable et nécessitent d'initier le début des travaux de planification suffisamment tôt pour en tenir compte. D'autre part, elles représentent un risque nouveau puisqu'il n'est pas exclu, selon la nature et longueur des débats au Grand Conseil, que ceux-ci engendrent le report de l'entrée en vigueur de la nouvelle liste hospitalière neuchâteloise 2023.

En deuxième lieu, suite au rapport de la Confédération « *Mesures visant à freiner la hausse des coûts dans l'assurance obligatoire des soins* » (voir chapitre 1.2.1), le Conseil d'État neuchâtelois a décidé l'introduction de deux nouvelles mesures, entrées en vigueur au 1<sup>er</sup> juillet 2018, visant à freiner l'évolution des coûts hospitaliers. D'une part, quelques mois avant la mesure fédérale sur le même thème, une réglementation neuchâteloise « *ambulatoire avant stationnaire* » a été mise en place afin de créer des incitations à une prise en charge en milieu ambulatoire plutôt qu'en milieu hospitalier. Les bénéfices attendus de cette mesure portent à la fois sur une meilleure adéquation de la prise en charge (amélioration du rétablissement postopératoire, réduction des risques d'infection nosocomiale, diminution du niveau d'anxiété, confort amélioré pour le-la patient-e) que sur des économies financières (moins de séjours inutiles en milieu stationnaire, prise en charge ambulatoire moins consommatrice de ressources et donc moins coûteuse). D'autre part, le Conseil d'État neuchâtelois, a introduit à la même période une nouvelle réglementation fixant des limitations de quantités<sup>16</sup> pour les prestations électives appliquées aux hôpitaux ne figurant pas sur la liste hospitalière neuchâteloise, en analogie à celles déjà en vigueur pour les hôpitaux sur la liste hospitalière. Le but visé était de

---

<sup>16</sup> Applicable uniquement aux cas de convenance personnelle, mais pas aux cas d'urgence.

combler une inégalité de traitement entre ces deux catégories de fournisseurs, laquelle engendrait le risque que les limitations soient contournées. Cette mesure, inédite sur le plan suisse, fit l'objet d'un recours. Un arrêt du TAF du 14 février 2019 (9C\_435/2018) annula cette réglementation.

Pour conclure, si la systématique de planification et de tarification est désormais mieux maîtrisée par les cantons, celle-ci comporte toutefois une faiblesse importante en ce sens qu'elle incite à une augmentation artificielle des volumes de prestations fournies et n'offre, en contrepartie, que peu de moyens pour lutter contre les interventions non-indiquées. Par ailleurs, la liberté du ou de la patient-e de choisir l'hôpital de prise en charge hors des frontières cantonales introduite par la révision de la LAMal de 2012 ainsi que la concentration de certaines prestations dans les hôpitaux universitaires ont conduit à une importante augmentation des hospitalisations hors canton (les dépenses pour des hospitalisations extracantonales de patient-e-s neuchâtelois-es s'élevaient à 25 millions de francs en 2011, 37.5 millions de francs en 2012 et 52.9 millions de francs en 2018<sup>17</sup>). Sans compter que toute action de planification hospitalière se limitant au secteur stationnaire, toute l'activité ambulatoire échappe à l'exercice de planification.

## 2. PLANIFICATION HOSPITALIÈRE NEUCHÂTELOISE 2023

### 2.1. Objectifs

S'inscrivant dans le contexte décrit au chapitre précédent et en application des règles prescrites par la LAMal, tout comme pour l'exercice de planification précédent, le Conseil d'État 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. Principe fondamental

Dans les exercices précédents de planification hospitalière neuchâteloise, les mandats de prestations ont été attribués au niveau de l'institution hospitalière, sans distinction ou précision concernant le site géographique. Partant, l'institution était alors libre de choisir le ou les sites sur lequel ou lesquels le mandat de prestations attribué était réalisé, voire de modifier ces choix en cours de planification, à condition de s'engager à garantir que les exigences associées à ce mandat demeurent remplies indépendamment du site choisi.

---

<sup>17</sup> Pour 2018, s'ajoute aux 52.9 millions de francs, une provision de 5.9 millions de francs pour litiges en cours.

Depuis lors, les recommandations de la CDS sur la planification hospitalière ont été actualisées en mai 2018, et de nouvelles explications ont été introduites spécifiquement au sujet de la notion de planification hospitalière par site. Il y est précisé que « *l'attribution des mandats de prestations est liée au site. L'inscription d'un hôpital sur la liste cantonale des hôpitaux se fait dans le cadre et en fonction des mandats de prestations attribués* ». La CDS rajoute que « *dans le contexte de la garantie des soins mais aussi du respect des directives de l'article 39, alinéa 1, de la LAMal, il est indispensable que les mandats de prestations attribués et remplis soient liés au site et que la planification cantonale ne soit pas contournée au moyen de la transmission des mandats à un autre hôpital* » (recommandation 3, let. e). Il est précisé que « *dans les cas des établissements hospitaliers comportant plusieurs sites, la décision de formuler des directives pour chaque site est laissée au canton* ».

Au surplus, traitant de la question de la qualité, les recommandations de la CDS indiquent que les cantons peuvent formuler des obligations spécifiques aux prestations qui servent à la qualité des structures et des processus (p.ex. des exigences spécifiques en matière d'infrastructure et de dotation). En la matière, « *les exigences et obligations s'appliquent par site* » (recommandation 5, let. a).

Dans la version actualisée et adoptée en mai 2018, la CDS en vient à formuler une définition visant à distinguer les notions d'hôpital et de site hospitalier. Pour la CDS, « *la continuité spatiale dans la prise en charge des patient-e-s est un élément essentiel. Si cette continuité spatiale n'est pas assurée, l'établissement doit être considéré comme deux (ou plusieurs) hôpitaux. S'appliquent alors à ceux-ci également les obligations différenciées concernant la fourniture des prestations, l'infrastructure nécessaire ou autres* »<sup>18</sup>.

Au vu de ces derniers développements, le Conseil d'État a pris l'option d'élaborer une planification hospitalière neuchâteloise pour les années 2023 et suivantes au niveau des sites, conformément aux nouvelles recommandations de la CDS. Cela implique que les fournisseurs de prestations devront déposer une candidature pour chacun des sites pour lesquels ils souhaitent solliciter l'attribution d'un ou des mandats de prestations à charge de la LAMal. Néanmoins, il n'est pas exclu que, selon la nature des conditions d'accès à la liste hospitalière, l'examen du respect de certaines d'entre elles soit fait au niveau de l'institution. Par ailleurs, comme expliqué au chapitre 2.5, le processus de planification hospitalière tel que conçu par la LAMal, n'a pas pour tâche de répartir les missions en fonction des sites d'un hôpital, mais de préciser quel site est habilité à facturer à charge de la LAMal quelles prestations, et donc à prétendre à un financement cantonal (55%) pour la prestation hospitalière stationnaire fournie.

---

<sup>18</sup> « *Un hôpital (y compris une maison de naissance) est une unité d'exploitation et organisationnelle présentant une continuité spatiale qui effectue des examens et des traitements médicaux stationnaires. Les hôpitaux au sens de la disposition d'admission d'après la LAMal peuvent avoir leur propre personnalité juridique ou faire partie d'une unité plus grande comme par exemple un établissement, une société de capitaux ou une unité administrative. Pour qu'une unité d'exploitation puisse être considérée comme un hôpital dans le cadre des présentes recommandations de la CDS, les conditions suivantes au moins doivent être remplies cumulativement :*

- 1. un hôpital fournit des prestations médicales stationnaires et remplit les conditions relatives à l'exploitation, spatiales et organisationnelles qui sont nécessaires pour le traitement autonome de ses patient-e-s.*
- 2. le personnel travaillant à l'hôpital est soumis à la direction technique et organisationnelle (obligation de se conformer aux instructions) correspondant à l'organisation structurelle et fonctionnelle de l'hôpital.*
- 3. le traitement des patient-e-s est garanti par une continuité spatiale.*

*En d'autres termes, le rattachement d'un hôpital devrait résulter sans équivoque de la structure organisationnelle (organigramme) de l'organisme qui est responsable de l'hôpital. Les exploitants des hôpitaux ne considèrent peut-être pas leurs hôpitaux comme tels, mais comme des sites hospitaliers, des services, des unités, des cliniques, etc. Ce n'est pas la désignation mais la fonction au sein de l'hôpital qui détermine si un hôpital existe au sens des présentes recommandations. La continuité spatiale dans la prise en charge des patients est un élément essentiel. Si cette continuité spatiale n'est pas assurée, l'établissement doit être considéré comme deux (ou plusieurs) hôpitaux. S'appliquent alors à ceux-ci également les obligations différenciées concernant la fourniture des prestations, l'infrastructure nécessaire ou autres ». Source : Recommandations de la CDS sur la planification hospitalière d'après la révision de la LAMal sur le financement hospitalier du 21 décembre 2007 et la jurisprudence du 1<sup>er</sup> janvier 2012 au 1<sup>er</sup> janvier 2018, Glossaire, version adoptée le 25 mai 2018.*

### 2.3. Horizon-temps

Conformément à l'article 58a, de l'OAMal, « *les cantons sont tenus de réexaminer périodiquement leur planification* ». S'agissant de la notion de périodicité, la CDS explicite dans sa recommandation n<sup>01</sup>, « *un renouvellement de la planification incluant une analyse globale des besoins [...] n'est approprié qu'à intervalles temporels importants ou si de grands écarts entre la prévision des besoins et les évolutions réelles sont constatés* ». Toutefois, il n'en demeure pas moins que « *la fixation des intervalles temporels entre les planifications globales incluant de nouvelles mises au concours est laissée à l'appréciation des cantons* ».

Dans le cadre de la réforme de la LAMal mise en œuvre en 2012, le Parlement fédéral avait accordé un délai de trois ans aux cantons pour se mettre en conformité avec les nouvelles règles de planification, tenant compte du fait qu'un certain recul était nécessaire pour apprécier les effets de la réforme du financement hospitalier.

Ainsi, afin de pouvoir apprécier ces effets, en particulier ceux consécutifs à l'ouverture des frontières cantonales sur les flux de patient-e-s entre cantons, il était important de pouvoir se baser sur les données 2012 de l'Office fédéral de la statistique (OFS), les premières qui décrivaient la situation après le 1<sup>er</sup> janvier 2012. Or, ces données 2012 n'étaient 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'État lors de l'élaboration de cette liste ne fut connu que le 28 janvier 2014<sup>19</sup>.

Or, il était essentiel de connaître cette jurisprudence, une des premières au niveau fédéral, avant de reprendre les travaux de planification.

Ceci étant, pour pouvoir présenter une nouvelle liste hospitalière au 1<sup>er</sup> janvier 2015, il aurait été nécessaire que le Conseil d'État 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. 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'État avait admis de reporter l'entrée en vigueur de sa nouvelle liste hospitalière au 1<sup>er</sup> janvier 2016 et de proroger la liste alors en vigueur dans le but de récolter toutes les données nécessaires à l'établissement de la nouvelle liste. En résumé, la planification hospitalière neuchâteloise a connu deux exercices selon les nouvelles règles de la LAMal, à savoir du 1<sup>er</sup> janvier 2012 au 31 décembre 2014, prolongé d'une année en 2015, puis depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2016. Il est important de souligner que, même si les travaux d'élaboration de la planification ont été conçus pour un horizon temporel de 2016 – 2023, l'actuelle liste hospitalière<sup>20</sup> ne dispose pas formellement de date de fin de validité.

Comme déjà expérimenté et constaté pour les exercices précédents de planification, l'élaboration d'une planification hospitalière représentant un travail conséquent, il convient d'éviter de lui prévoir une durée trop limitée. À l'inverse, des prévisions à long terme perdent en qualité et en précision. Partant, et considérant les changements du paysage sanitaire neuchâtelois intervenus ces dernières années, en particulier dans le domaine des soins somatiques aigus (voir chapitre 1.2.3), la présente planification hospitalière a pour

<sup>19</sup> Arrêt C-401/2012 du 28 janvier 2012.

<sup>20</sup> Arrêté du Conseil d'État du 28 septembre 2015, sur la liste des hôpitaux admis à pratiquer à charge de la LAMal.

horizon temporel les années 2023 à 2030 environ. Comme pour la liste actuelle, il n'est toutefois pas prévu d'introduire une limite formelle de validité pour la liste qui sera élaborée et applicable dès 2023.

## 2.4. Étendue géographique

Dans le prolongement des décisions politiques prises en matière de planification hospitalière des dernières années, le Conseil d'État entend considérer la population neuchâteloise dans son ensemble et concevoir la nouvelle planification hospitalière, ainsi que la liste hospitalière, au seul niveau cantonal, renonçant à les subdiviser en régions (Littoral, Montagnes, Val-de-Ruz, Val-de-Travers).

Cette intention réaffirmée est conforme au principe de la réforme des institutions « *Un canton, un espace* », laquelle concrétise l'unicité du Canton de Neuchâtel en le considérant comme un seul et unique espace, et vise à l'organiser et le faire rayonner comme tel.

Ce faisant, le Conseil d'État est convaincu que cette vision, mise en œuvre depuis dix ans déjà au travers des planifications hospitalières précédentes, favorise la cohésion cantonale du système sanitaire neuchâtelois et promeut les intérêts communs et en particulier ceux des patient-e-s. Le Conseil d'État ne voit pas non plus d'alternative à cette manière de faire vu les décisions prises par le Grand Conseil de favoriser la transversalité et la complémentarité entre les sites du système hospitalier neuchâtelois.

## 2.5. Portée

La planification hospitalière est un terme relativement générique et, de ce fait, ses contours peuvent paraître flous. 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 sortant donc du cadre de la planification ; c'est cependant une condition nécessaire pour figurer sur la liste hospitalière ;
- valider la répartition des missions entre les sites relevant de choix stratégiques, lesquels relèvent, pour le RHNe et sous réserve des décisions soumises à ratification, de la compétence du Conseil d'administration (art. 26, de la LRHNe). Le Conseil d'État neuchâtelois doit pour sa part « *approuver les mesures de mise en œuvre des options stratégiques lorsqu'elles ont un impact sur la répartition géographique des activités [...]* » (art. 16, let. d, de la LRHNe). Pour le CNP, ces choix relèvent de la décision du Grand Conseil, lequel approuve les options stratégiques, notamment l'ouverture et la fermeture d'un site (art. 12, de la loi sur le Centre neuchâtelois de psychiatrie (LCNP)).

Il convient en outre de bien définir, dès le début des travaux, quelle sera la portée de la présente planification hospitalière.

Les travaux d'élaboration de la planification hospitalière 2023 ont examiné si une nouvelle planification était nécessaire pour les trois domaines de soins que sont les soins somatiques aigus, la réadaptation et la psychiatrie. Comme le rappelle la CDS, « *de nouvelles planifications et de nouvelles mises au concours globales engendrent de l'insécurité, mais sont indispensables lors de changements majeurs dans la structure des soins* ». Au vu des changements importants du paysage hospitalier cantonal et extra-cantonal dans le domaine des soins somatiques aigus (chapitre 1.2.3), il est apparu évident qu'il était opportun de prévoir une nouvelle planification pour ce domaine.

### **2.5.1. Domaine des soins de réadaptation**

S'agissant du domaine de la réadaptation, les travaux en cours concernant la future structure tarifaire nationale, ST Reha, prévoient la création de groupes de prestations de soins de réadaptation, associés à des seuils minimaux d'activité (physiothérapie, ergothérapie, etc.). Si le seuil prévu n'est pas atteint, le séjour hospitalier n'est pas considéré comme une hospitalisation en réadaptation et ne peut être facturé par le biais de ST Reha.

De l'avis de plusieurs fournisseurs de prestations, en majorité romands, ces seuils sont très élevés et excluent de facto un grand nombre de patient-e-s notamment gériatriques, lequel-le-s bénéficient, en Suisse romande, beaucoup des soins de réadaptation pour recouvrer leurs capacités fonctionnelles et autonomie. Ainsi, les taux de retour à domicile y sont plus élevés qu'en Suisse allemande. La CDS reconnaît 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* »<sup>21</sup>.

Or, en l'état actuel d'avancement de ST Reha, il est impossible de connaître les catégories de groupes de prestations que ST Reha définira, ni leurs seuils de prestations, et de simuler l'impact sur les projections des besoins à couvrir. Partant, le Conseil d'État neuchâtelois a considéré qu'il était difficile d'établir des projections de besoins en fonction des groupes de prestations de soins de réadaptation et a pris l'option de ne pas réaliser de nouvelle planification hospitalière dans le domaine des soins de réadaptation pour 2023.

### **2.5.2. Domaine des soins psychiatriques**

S'agissant du domaine de la psychiatrie, à la différence de la réadaptation, une nouvelle structure tarifaire, TARPSY, développée par SwissDRG SA est entrée en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2018. Toutefois, l'expérience de l'introduction du SwissDRG, en 2012, a montré que l'année d'introduction d'un nouveau système tarifaire correspond à une période où ont lieu des ajustements de pratiques cliniques, lesquels entraînent des ajustements du codage des données médicales dans les statistiques médicales. Raisons pour lesquelles l'année 2018, année d'introduction de TARPSY, est à considérer comme une année de transition.

---

<sup>21</sup> "Guide pour une planification hospitalière liée aux prestations", *op. cit.*, Principe 3, p. 7.

En outre, considérant que le Centre neuchâtelois de psychiatrie (CNP), principal – pour ne pas dire unique<sup>22</sup> – acteur hospitalier de ce domaine de prestations dans notre canton, modifie de manière profonde son offre de prestations en soins en les réorientant sur les principes d'une psychiatrie communautaire conformément aux options stratégiques validées par le Grand Conseil, que cette mutation est en cours et se réalisera au-delà de l'horizon 2023, le Conseil d'État neuchâtelois a pris l'option de ne pas réaliser de nouvelle planification hospitalière dans le domaine des soins psychiatriques pour 2023.

### **2.5.3. Résumé de la portée de la planification**

En résumé, la planification hospitalière neuchâteloise 2023 porte sur :

- l'ensemble des soins somatiques hospitaliers stationnaires<sup>23</sup>, ce qui exclut notamment les traitements ambulatoires et de longue durée ;
- les cas des secteurs des soins somatiques aigus exclusivement ;
- 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 hospitalière :

- les cas relevant des soins palliatifs, qui ont été et continuent d'être 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 ;
- le domaine de la MHS, puisque cette compétence a été déléguée à un organisme intercantonal chargé d'établir une planification au niveau national (chapitre 1.2.2).

À noter à ce sujet que certaines décisions prises dans le cadre de la présente planification hospitalière pourraient, à terme, être remises en question par des décisions prises au niveau de la MHS<sup>24</sup>, laquelle prime sur la planification cantonale.

En application des prescriptions légales (art. 58c, de l'OAMal), la planification est obligatoirement liée aux prestations pour le secteur des soins somatiques aigus et des maisons de naissance.

## **2.6. 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 ;

---

<sup>22</sup> Hormis le RHNe qui est au bénéfice d'un mandat de prestations pour des soins psychiatriques pour enfants.

<sup>23</sup> Une définition plus précise de ce qui constitue un cas stationnaire est donnée dans la note 30.

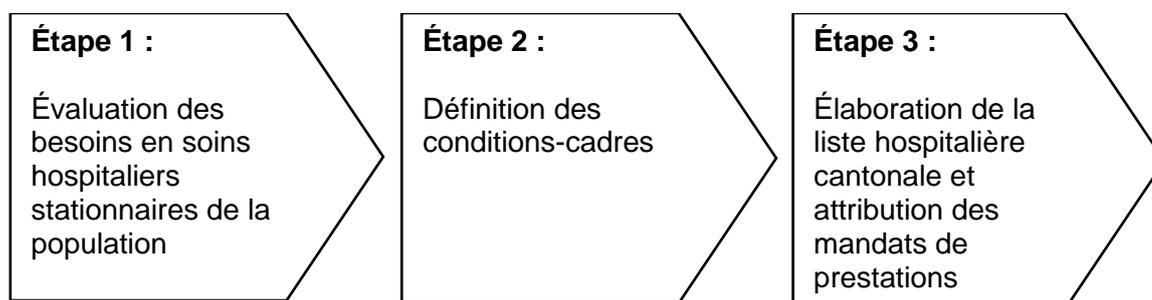
<sup>24</sup> En effet, la délimitation du domaine de la MHS est susceptible d'évoluer, en fonction des décisions que les instances de la CIMHS pourront prendre à l'avenir.

**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.

Se basant sur les principes légaux et les recommandations et guides décrits dans les chapitres précédents (chapitre 1.2), le Conseil d'État a, tout comme pour l'exercice précédent de planification, organisé ses travaux de planification en trois étapes principales, décrites dans la Figure 1 ci-dessous, à savoir :

*Figure 1. Processus de planification hospitalière neuchâteloise 2023*



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 étape 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 voit attribué des mandats de prestations.

Cette deuxième étape est nécessaire pour réaliser la troisième, qui consiste à élaborer 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'État. 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'État, et selon le calendrier présenté au chapitre 7. Pour rappel et comme expliqué au chapitre 1.2.3, conformément aux modifications apportées à la LS (art. 83a, al. 8) en 2015, le rapport concernant l'évaluation des besoins en soins hospitaliers (étape 1) et celui concernant les conditions-cadres et critères (étape 2) seront soumis pour approbation au Grand Conseil, tandis que le troisième rapport présentant les fruits de la procédure d'adjudication des mandats et la liste hospitalière neuchâteloise relève de la compétence de l'exécutif.

### **3. MÉTHODOLOGIE**

#### **3.1. Processus**

Dans son guide pour une planification hospitalière liée aux prestations, de juillet 2005, toujours valable à ce jour, la CDS propose une procédure en dix points pour l'évaluation des besoins en soins hospitaliers stationnaires de la population.

Le premier point 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 points 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 issues de la statistique médicale (MS, OFS) qui vont être utilisées pour effectuer les projections, 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 (2018) sont évaluées (voir chapitre 5.1.) ;

#### **4. évaluation des structures de prise en charge :**

Les hypothèses sur l'évolution de la prise en charge sont posées (voir chapitre 3.5.2.2.2) ;

#### **5. pronostic des besoins :**

Les besoins de la population sont prévus pour l'année cible de la planification (voir chapitre 5.2) ;

#### **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 traités dans les étapes ultérieures<sup>25</sup> du processus de planification hospitalière et explicités dans des rapports idoines. Ils consistent principalement à constituer des variantes de structures de prise en charge et à attribuer les besoins en soins hospitaliers stationnaires, à conclure des conventions de prestations et à composer la liste des hôpitaux.

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

---

<sup>25</sup> Il s'agit des étapes 2 et 3 du processus de planification décrites au chapitre précédent.

### 3.2. Organisation du projet

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

Les travaux de planification hospitalière 2023 ont été initiés au cours du 1<sup>er</sup> trimestre 2020. La séance de « *kick-off* » avec les prestataires de l'actuelle liste hospitalière neuchâteloise 2016 - 2022 programmée pour le 17 mars 2020 n'ayant pu avoir lieu en raison de la crise sanitaire liée à la pandémie COVID-19, les informations ont été communiquées par courrier électronique auxdits prestataires, et la plupart des échanges ont été réalisés par voie électronique.

Pour l'aider dans ses réflexions, le SCSP a adopté une approche participative et a notamment associé les compétences du RHNe, de SMNH et du CNP, dans leurs domaines d'activité respectifs, en leur qualité de partenaires principaux de l'État et considérant qu'ils couvrent à eux trois une grande majorité des besoins de la population cantonale<sup>26</sup>.

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 institutions concernant l'utilisation des données statistiques et l'évolution de la demande et de la prise en charge.

Les autres principaux prestataires de soins aigus et réadaptation de l'actuelle liste hospitalière neuchâteloise ont également été associés aux analyses et réflexions liées au présent rapport, sous forme de questionnaires adressés par courrier électronique.

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.

Par ailleurs, des consultations seront organisées, avant adoption par le Conseil d'État, à toutes les étapes importantes du processus de planification (chapitre 7).

### 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 révisées en mai 2018 sur la planification hospitalière précise dans la recommandation 1, page 5, 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* ».

---

<sup>26</sup>En 2018, le nombre de cas de l'HNE a représenté 68% des cas de soins somatiques aigus et 97% des cas de réadaptation, celui de SMNH représentant 9% des cas de soins somatiques aigus. Celui du CNP a représenté 95% des cas psychiatriques.

Cela signifie que la statistique médicale des hôpitaux (MS) de l'OFS est la principale source de données à utiliser pour toute planification hospitalière. Il en est ainsi pour la planification hospitalière neuchâteloise 2023. Selon la description qui en est faite par l'OFS<sup>27</sup>, 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 patient-e-s 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 patient-e-s.

Tel que mentionné au chapitre 2.3, les données de l'année 2018 sont les dernières données disponibles pour la rédaction du présent rapport, respectivement pour l'évaluation des besoins en soins hospitaliers stationnaires de la population neuchâteloise. Toutefois, il a été examiné s'il était pertinent de considérer plusieurs années de données (par exemple 2016 – 2018) plutôt qu'un seul exercice. Après discussion avec les experts du modèle OBSAN, il a été considéré que le set de données de l'année disponible la plus récente constituait une meilleure représentation de la réalité que des données d'années antérieures (que ce soit en termes de besoins, ou de paysage hospitalier).

Le TAF ayant par ailleurs validé dans l'arrêt du 28 janvier 2014 mentionné auparavant l'utilisation en 2011 des données de la MS 2008 dans le cadre de l'élaboration de la planification hospitalière 2012 – 2014, soit des données datant de trois ans, il paraît approprié d'utiliser en 2020 les données de la MS 2018 pour l'évaluation des besoins en soins hospitaliers stationnaires et l'établissement de la liste hospitalière qui sera introduite en 2023.

Dans le domaine stationnaire, les institutions codent les prestations sur la base des diagnostics des interventions<sup>28</sup> qu'elles effectuent. Servant de base à la rémunération des prestations par forfaits par cas DRG dans le secteur des soins somatiques aigus, le codage des institutions fait l'objet d'un contrôle annuel par un organe de révision externe.

Les hôpitaux neuchâtelois de soins somatiques aigus subventionnés (RHNe et SMNH) peuvent se prévaloir d'un taux de codage correct de plus de 89% des diagnostics pour l'année sous revue (2018), ce qui est considéré comme bon.

Le SCSP a envoyé un courrier aux principales institutions hors canton dans lesquelles des patient-e-s neuchâtelois-es ont été hospitalisé-e-s en 2018 pour des soins somatiques aigus afin d'évaluer la qualité des données de la MS concernant les patient-e-s neuchâtelois-es. 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 ayant répondu à cette question. Plus de détails à ce propos sont également fournis dans l'annexe 1.

Au final, les données de la MS 2018 ayant été jugées comme correctes, tant pour les établissements hospitaliers cantonaux que les principaux établissements extra-cantonaux ayant pris en charge des patient-e-s neuchâtelois-es, aucune correction n'a été nécessaire.

---

<sup>27</sup> Plus d'informations sur la MS se trouvent sur le site internet de l'OFS: [www.bfs.admin.ch](http://www.bfs.admin.ch) > fr > trouver des statistiques > santé > statistique médicale des hôpitaux.

<sup>28</sup> 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](http://www.bfs.admin.ch) > Infothèque > Nomenclatures.

### 3.3.2. Critères de sélection des cas

En guise de préambule, le cas se définit<sup>29</sup> de la manière suivante (voir annexe 2).

En principe, un cas correspond à une hospitalisation. Tous les cas qui sortent de l'hôpital durant l'année de référence (cas A) sont pris en compte. En psychiatrie, les cas qui passent toute l'année à l'hôpital (cas C) sont également pris en compte. Les cas sont redéfinis en soins aigus à partir de 2012 avec l'introduction de SwissDRG, et en psychiatrie à partir de 2018 avec l'introduction de TARPSY : sous certaines conditions, les cas réadmis dans les 18 jours sont regroupés sous le même numéro de cas. Ainsi, un cas peut également consister en plusieurs hospitalisations.

Selon la définition précitée, les critères de sélection des cas sont élaborés sur la base de la définition de la portée de la planification détaillée au chapitre 2.5. Pour rappel, seuls les cas hospitaliers stationnaires<sup>30</sup> de patient-e-s domicilié-e-s dans le Canton de Neuchâtel sont retenus, et en rappel, pour la présente planification hospitalière, uniquement pour le secteur des soins somatiques aigus.

Les cas relevant des soins somatiques aigus sont définis par défaut. Il s'agit essentiellement des cas ne relevant pas des autres secteurs, c'est-à-dire des cas ni attribués à la réadaptation ni à la psychiatrie. Sont également exclus les cas relevant des soins palliatifs pris en charge sur le site de la Chrysalide du RHNe, ceux-ci étant planifiés à part, comme expliqué au chapitre 2.5.3.

Dans le but de disposer d'une base de données solide sur laquelle élaborer les projections pour les années 2023 à 2030, certaines données ont été ajustées de la façon suivante :

- attribution des cas réalisés avec un centre de coûts M900 (Gériatrie) et ayant été facturés avec SwissDRG, au domaine des soins aigus somatiques ;
- attribution des cas d'enfants de 0-13 ans (inclus) ayant un code diagnostic F au domaine de la psychiatrie ;
- attribution des cas de la Chrysalide au domaine transversal et à un GPPH « PALL » HNE représentant les soins palliatifs.

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

Il est utile de relever ici que la méthodologie de critère de sélection des cas retenue pour la planification 2023 et les années suivantes diffère de celle appliquée pour le calcul de projection de besoins dans le cadre de la planification hospitalière 2016 - 2022 à mesure que les périmètres délimitant les cas relevant du domaine de soins somatiques aigus, versus ceux de la réadaptation ou de la psychiatrie, diffèrent entre les deux exercices.

---

<sup>29</sup> Source OBSAN, annexe 2.

<sup>30</sup> 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.

### 3.4. Regroupement des prestations

Comme expliqué précédemment (chapitre 1.2.1), 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, de l'OAMal).

Les prestations peuvent être diverses. Par exemple, dans les domaines des soins somatiques aigus, il existe plus de mille 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 a 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<sup>31</sup> (GPPH), ou Spitalplanungs-Leistungsgruppen (SPLG) en allemand, a été recommandée par la CDS dans le cadre de la planification hospitalière liée aux prestations ; son utilisation n'a pas été contestée dans les différentes décisions que le TAF a rendues jusqu'à ce jour en relation avec la planification hospitalière.

Ce modèle, présenté schématiquement dans la Figure 2 ci-dessous, agrège les cas en 25 domaines de prestations (Tableau 1), eux-mêmes subdivisés en 139 groupes de prestations (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 (DPPH) du modèle GPPH, v2018.1

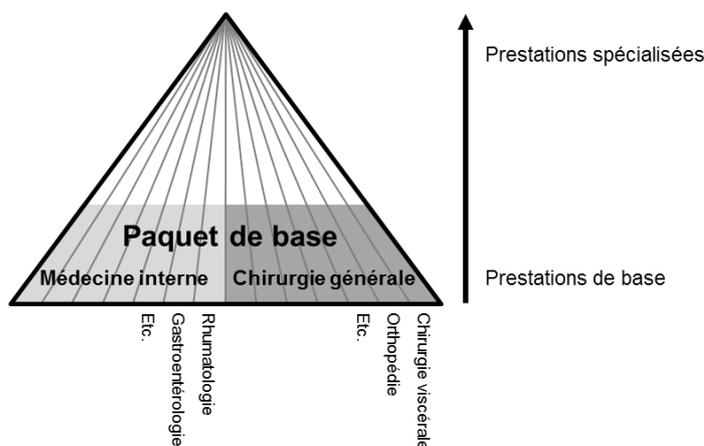
Domaines de prestations du modèle GPPH
Paquet de base
Dermatologie
Oto-rhino-laryngologie
Neurochirurgie
Neurologie
Ophtalmologie
Endocrinologie
Gastroentérologie

<sup>31</sup> Toutes les informations relatives au modèle GPPH se trouvent sur le site internet de la CDS: [www.gdk-cds.ch](http://www.gdk-cds.ch) > soins de santé > hôpitaux > planification > groupeur gpph, ainsi que sur celui de la Direction de la santé du Canton de Zurich: [www.gd.zh.ch](http://www.gd.zh.ch) > Themen / Behörden & Politik > Spitalplanung-Leistungsgruppen (SPLG) Akutsomatik.

Domaines de prestations du modèle GPPH
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 particulier de patient-e-s, par exemple la pédiatrie ou la gériatrie.

Figure 2. Schéma de la structure des GPPH<sup>32</sup>



<sup>32</sup> Source: Direction de la santé du Canton de Zurich et de la CDS.

Le modèle GPPH est adapté chaque année pour suivre l'évolution des nomenclatures médicales utilisées pour le codage des diagnostics et des interventions<sup>33</sup>, 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 7 du modèle GPPH a été utilisée pour le groupement des données 2018, 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 est appelé à s'effectuer chaque année sur la base de la version du groupeur en vigueur durant l'année correspondante.

A l'instar de la planification hospitalière neuchâteloise 2016 - 2022, la planification hospitalière 2023 s'appuie sur le modèle zurichois de groupement des prestations pour le secteur des soins somatiques aigus exposé ci-dessus, et continuera à en suivre ses évolutions annuelles.

### **3.5. Détermination des besoins de la population**

Pour déterminer les besoins en soins hospitaliers stationnaires de la population, il s'agit d'estimer l'évolution de la demande de soins au cours des années sur lesquelles porte la planification, en l'occurrence, sur la période 2023 - 2030 environ.

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* »<sup>34</sup>.

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 ;
- le taux d'hospitalisation<sup>35</sup>.

Pour tenir compte au mieux de l'évolution des conditions-cadres du système hospitalier, des éléments complémentaires ont été pris en considération dans la planification 2023 – 2030, comme l'évolution de la prise en charge. Ces éléments sont présentés par la suite.

#### **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.

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

---

<sup>33</sup> Voir à ce sujet la note 28.

<sup>34</sup>Modèle de projection du recours aux soins comme outil d'aide à la planification hospitalière, France Weaver, Sacha Carboni, Alexandre Oettli, Patrick Andenmatten, Marcel Widmer, OBSAN, février 2009.

<sup>35</sup> La durée d'hospitalisation n'est pas pertinente pour le domaine des soins aigus somatiques puisque l'on planifie un nombre de cas, et non un nombre de journées d'hospitalisations.

- 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) ;
- 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 constantes 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 patient-e-s (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 puis 2016 - 2022, et est également utilisé par d'autres cantons romands (Genève, Vaud, Fribourg, Jura, Valais). Il a donc une bonne assise et permet aussi des comparaisons dans l'espace et dans le temps.

Afin de prendre en compte d'autres facteurs d'influences que la seule évolution démographique, le modèle de projections des soins a été enrichi d'hypothèses concernant l'évolution de l'offre et de la demande, à savoir l'effet de l'évolution épidémiologique et médico-technique, ainsi que l'effet du virage ambulatoire, qui sont débattues au chapitre 3.5.2.2.

### **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 hospitaliers stationnaires. Elle consiste à établir une photographie du recours aux soins hospitaliers stationnaires de la population neuchâteloise sur l'année de référence 2018, dans le domaine des soins somatiques aigus.

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

Cette deuxième étape, correspondant aux points 4 et 6 du modèle de la CDS, consiste à intégrer les facteurs d'évolution de la demande et de l'offre qui exerceront 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) ne sont pas intégrés dans le modèle puisque le domaine des soins aigus, lequel connaît un système de facturation sous la forme de forfaits par cas, n'est pas influencé par la durée du séjour hospitalier. Bien que le modèle OBSAN – Statistique Vaud ne prenne pas en considération de manière spécifique les facteurs que sont les évolutions épidémiologiques et médico-technique, il est présumé qu'il en tient compte de manière implicite en lien avec l'évolution démographique, respectivement avec l'évolution de la prise en charge.

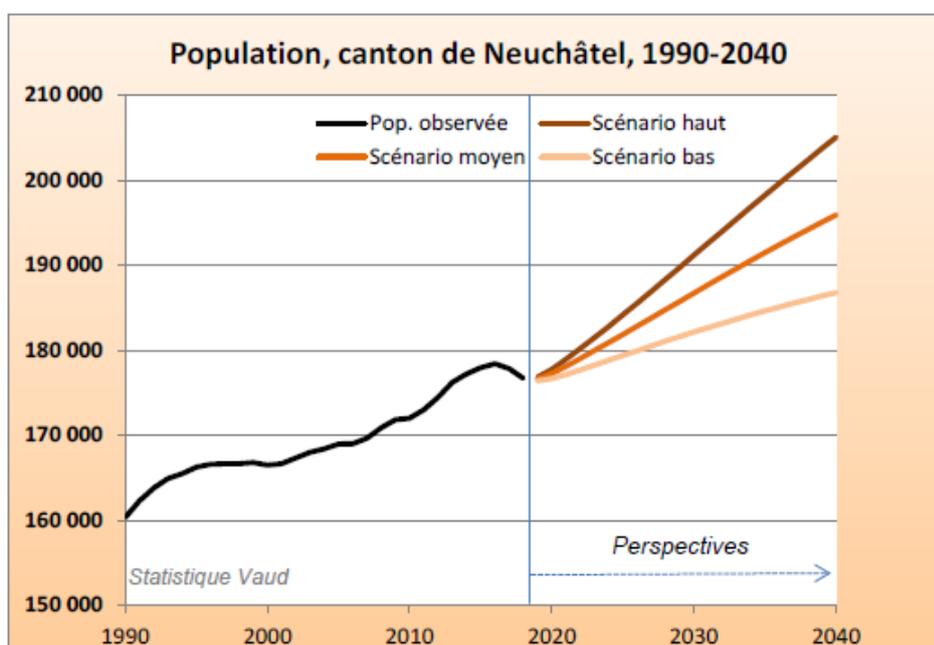
#### 3.5.2.2.1. Évolution de la demande

Les deux 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 de recours aux soins hospitaliers ou taux d'hospitalisation.

##### i) Évolution démographique

L'évolution démographique est intégrée dans le modèle en retenant un scénario parmi les trois élaborés pour le Canton de Neuchâtel par Statistique Vaud dans ses perspectives démographiques. Les projections des nombres de cas ont été calculées par l'OBSAN sur la base du scénario démographique retenu.

Figure 3. Scénarios démographiques de Statistique Vaud pour le Canton de Neuchâtel<sup>36</sup>



<sup>36</sup> Source: Statistique Vaud, « Perspectives régionalisées de population 2019 – 2040 Neuchâtel », publié en octobre 2019, *op. cit.*, p. 25.

Alors que les précédentes perspectives démographiques 2011 - 2040 de Statistique Vaud à partir desquelles la planification hospitalière 2016 - 2022 a été élaborée projetaient neuf scénarios démographiques, les perspectives démographiques 2019 - 2040 de Statistique Vaud sur lesquelles se base la planification hospitalière 2023 projettent désormais seulement trois scénarios, à savoir : bas, moyen et haut. Représentés dans la Figure 3 ci-dessus, ces trois scénarios sont présentés en détail dans le rapport de Statistique Vaud<sup>37</sup>.

L'analyse des chiffres démographiques effectifs des années 2016 à 2018 en comparaison de ceux ayant été projetés au travers des deux scénarios démographiques ayant été retenus pour la planification hospitalière 2016 - 2022 (à savoir, les scénarios 5 haut et 1 moyen, parmi les neuf scénarios établis en 2011 par Statistique Vaud) a démontré que les prévisions de Statistique Vaud s'étaient avérées optimistes, dans les deux cas.

Fort de ce constat, le Conseil d'État a pris l'option de retenir pour la planification hospitalière 2023 le scénario moyen, conscient que celui-ci se révélerait probablement de nouveau optimiste, et qu'il engendrerait une légère « *surévaluation* » des besoins hospitaliers à planifier.

## ii) *Évolution épidémiologique*

Hormis les observations constatées dans le cadre de la dernière planification hospitalière genevoise décrites ci-après, les experts consultés dans les groupes de travail ont principalement mentionné l'existence de facteurs épidémiologiques qui mettent du temps à évoluer, pour lesquels il s'avère donc peu aisé d'évaluer et de quantifier leurs effets sur le moyen-long terme.

En l'absence de documentation scientifique disponible et applicable à la réalité suisse, il a été considéré, à l'instar de l'exercice de planification précédente, qu'il n'était pas pertinent d'entreprendre des démarches complexes pour intégrer des éléments ayant un apport marginal dans la précision des prévisions. Ainsi, le taux neuchâtelois d'hospitalisation en fonction des classes d'âge et par groupe de prestation observé en 2018 (base MS 2018) est celui appliqué pour les projections des besoins en soins somatiques aigus.

Toutefois, il a été examiné de manière approfondie si les constats posés par un groupe de travail d'experts des HUG (lesquels ont été pris en compte dans la planification hospitalière genevoise 2020 - 2024) devraient également s'appliquer dans les projections neuchâteloises. Ce groupe a observé que les hospitalisations liées à certains diagnostics relatifs aux cas d'insuffisance cardiaque et des cancers métastatiques avaient augmenté ces dernières années de façon plus que proportionnelle à l'évolution démographique dans le Canton de Genève. En d'autres termes, les taux d'hospitalisation augmentent et il ne suffit pas de tenir compte du seul effet d'évolution démographique.

En appliquant les taux d'augmentation genevois en matière d'insuffisance cardiaque et de cancers métastatiques aux projections des besoins futurs de la population neuchâteloise AOS, cela aurait signifié une augmentation des besoins neuchâtelois totaux de +362 cas en 2023 et +416 cas en 2030, dont le 70% répartis dans les domaines de paquet de base, de la pneumologie et de la (radio-)oncologie. Rapportée à la totalité des besoins projetés, cette augmentation représenterait environ +1.5% des besoins. Pour les prestations électives des domaines orthopédique et urologique, cela aurait représenté respectivement +19 cas et +16 cas supplémentaires.

---

<sup>37</sup> Statistique Vaud, « *Perspectives régionalisées de population 2019 – 2040 Neuchâtel* », publié en octobre 2019.

Par la suite, il a été vérifié si les constats posés par le groupe de travail des HUG s'observaient également pour les patient-e-s neuchâtelois-es dans la même ampleur. Or, les analyses de l'OBSAN ont démontré que les hausses des taux genevois se révélaient nettement supérieures à celles constatées au niveau romand (lui-même biaisé par le fait qu'il intègre les chiffres genevois), et a fortiori, à celles constatées au niveau du Canton de Neuchâtel. Par exemple, pour l'insuffisance cardiaque dans la catégorie de population âgée de 80+, la hausse du taux genevois s'élève à 30.4%<sup>38</sup>, alors qu'elle est seulement de 12.5%<sup>39</sup> pour les cantons romands et de 6.5% pour le Canton de Neuchâtel<sup>40</sup>. Par ailleurs, pour les cancers métastatiques de la classe d'âge 80+, la hausse du taux genevois s'élève à 44.7%<sup>41</sup>, alors qu'elle est seulement de 11.6%<sup>42</sup> pour les cantons romands et de 16%<sup>43</sup> pour le Canton de Neuchâtel.

Constatant, que le phénomène observé dans le Canton de Genève se manifestait dans une ampleur marginale au sein de la population neuchâteloise, il est apparu qu'un ajustement intégrant une augmentation des cas liés à l'insuffisance cardiaque et aux cancers métastatiques sur la base des hausses de taux constatés à Genève ne s'avérait pas pertinent, pour ne pas dire erroné. Il a par la suite été examiné si un tel ajustement à hauteur des hausses de taux neuchâtelois ou romands était utile.

Finalement, au vu des volumes particulièrement faibles de cas supplémentaires que cet ajustement aurait représenté dans les projections de besoins futurs, en particulier sur les domaines électifs soumis à limitation, et vu l'hypothèse vraisemblablement optimiste retenue s'agissant de l'évolution démographique, le Conseil d'État a renoncé à tout ajustement et fait le choix d'utiliser comme base le taux d'hospitalisation neuchâtelois constaté en 2018, lequel s'exprime par âge et par GPPH.

Cela étant, il importe de mentionner ici que si des évolutions notables devaient être observées dans le domaine épidémiologique, le mécanisme de monitoring de la planification hospitalière permet d'apporter les ajustements adéquats si les besoins à couvrir venaient à évoluer.

#### 3.5.2.2.2. *Évolution de l'offre*

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, par exemple 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) Évolution médico-technique*

Les entretiens avec les prestataires dans le cadre des groupes de travail ont permis d'identifier certains traitements susceptibles d'évoluer ces prochaines années.

---

<sup>38</sup> Données 2010 - 2014.

<sup>39</sup> Données 2012 - 2018.

<sup>40</sup> Données 2012 - 2018.

<sup>41</sup> Données 2012 - 2016.

<sup>42</sup> Données 2012 - 2018.

<sup>43</sup> Données 2012 - 2018.

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.

Alors que les retours des groupes de travail permettent d'esquisser des évolutions dans certains domaines, notamment le développement du mini-invasif dans le domaine de la chirurgie, le renouvellement des techniques médicales au travers du renouvellement des médecins ou encore le développement de nouvelles thérapies contre le cancer, aucun d'entre eux ne se prête toutefois à une quantification de telles évolutions médico-techniques.

Ceci étant, 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.

Ici également, il importe de mentionner que si des évolutions notables devaient être observées dans le domaine médico-technique, le mécanisme de monitoring de la planification hospitalière permet d'apporter les ajustements adéquats si les besoins à couvrir venaient à évoluer.

ii) *Virage ambulatoire et réglementations cantonale et fédérale « ambulatoire avant stationnaire » (AvoS<sup>44</sup>)*

Lors du calcul de projections des besoins de la planification hospitalière 2016 - 2022, il avait été décidé d'utiliser l'outil SQLape, lequel permettait de modéliser l'impact des réadmissions potentiellement évitables et du virage ambulatoire en termes de réduction du nombre d'hospitalisations stationnaires.

S'agissant des réadmissions potentiellement évitables, il a été considéré que l'encouragement du retour à domicile du ou de la patient-e aussi tôt que possible préconisé par la politique sanitaire cantonale avait vraisemblablement comme effet collatéral une part incompressible de réadmissions potentiellement évitables, principalement dans la population âgée. Dès lors, il ne s'avérait plus justifié de tenir compte d'une potentielle diminution des besoins futurs en soins hospitaliers stationnaires aigus au titre de réadmissions évitables.

S'agissant du virage ambulatoire, la situation a évolué depuis 2016 à mesure qu'une réglementation cantonale est entrée en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2018. Celle-ci prescrit une liste de prestations appelées à être effectuées en priorité de manière ambulatoire, plutôt que stationnaire (« *liste AvoS neuchâteloise* »<sup>45</sup>), des critères d'exception étant prévus.

Qui plus est, depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2019, une réglementation analogue prescrite par la Confédération (art. 3c et annexe 1a chapitre I OPAS ; RS 832.112.31) est entrée en vigueur sur le plan suisse, elle-même assortie de ses propres critères d'exception.

Ces deux réglementations ayant force de loi, elles ont été prises en compte et intégrées pour le calcul des projections des besoins futurs 2023 et suivants. Ainsi, dans le cadre des travaux, l'OBSAN a, dans un premier temps, identifié et quantifié dans la MS 2018 les

<sup>44</sup> L'acronyme AvoS signifie « Ambulant vor Stationär ».

<sup>45</sup> [www.ne.ch](http://www.ne.ch) > Autorités > Administration cantonale DFS > Service de la santé publique > Hôpitaux et institutions psychiatriques > Planification hospitalière > Ambulatoire avant stationnaire

hospitalisations stationnaires contenant des interventions listées comme devant être faites de manière ambulatoire<sup>46</sup>, mais qui ne disposaient pas de renseignements permettant d'identifier un motif d'exception reconnu justifiant le mode stationnaire. Toutefois, une partie de ces cas se justifiant peut-être par des motifs tels que des facteurs sociaux, ou d'autres raisons non renseignables dans la MS, il a fallu poser une hypothèse concernant la proportion de ces cas à considérer comme justifiés pour une prise en charge stationnaire.

Le Conseil d'État a décidé d'appliquer l'hypothèse que 80% des cas d'hospitalisations stationnaires relevant des réglementations cantonale et fédérale AvoS figurant dans la MS (2018) sans présence de critères ou de codes justifiant le mode stationnaire devait être considérés comme des cas justifiés de prises en charge stationnaires, et donc à prendre en compte pour la planification des besoins hospitaliers stationnaires. Le taux initialement proposé de 50% de l'avant-projet soumis à consultation auprès des partenaires a donc été adapté à la hausse (chapitre 8) afin de tenir compte des prises de positions reçues et des premiers résultats des analyses de l'impact de la réglementation cantonale AvoS pour le second semestre 2018, lesquels furent disponibles uniquement à la fin de la période de consultation de l'avant-projet.

Ainsi, le nombre total futur d'hospitalisations relevant des réglementations cantonale et fédérale AvoS réalisées de manière stationnaire pour des motifs considérés comme justifiés s'élèverait – selon l'hypothèse ci-dessus retenue - pour l'année 2023 à 1'200 cas pour l'ensemble des domaines. L'annexe 4 présente une estimation selon les domaines de prestations. La totalité de ces cas font donc partie de la projection de besoins en soins hospitaliers stationnaires de la population neuchâteloise et sont inclus dans les projections présentées au chapitre 5.2.

### 3.5.2.3. Estimation des besoins futurs

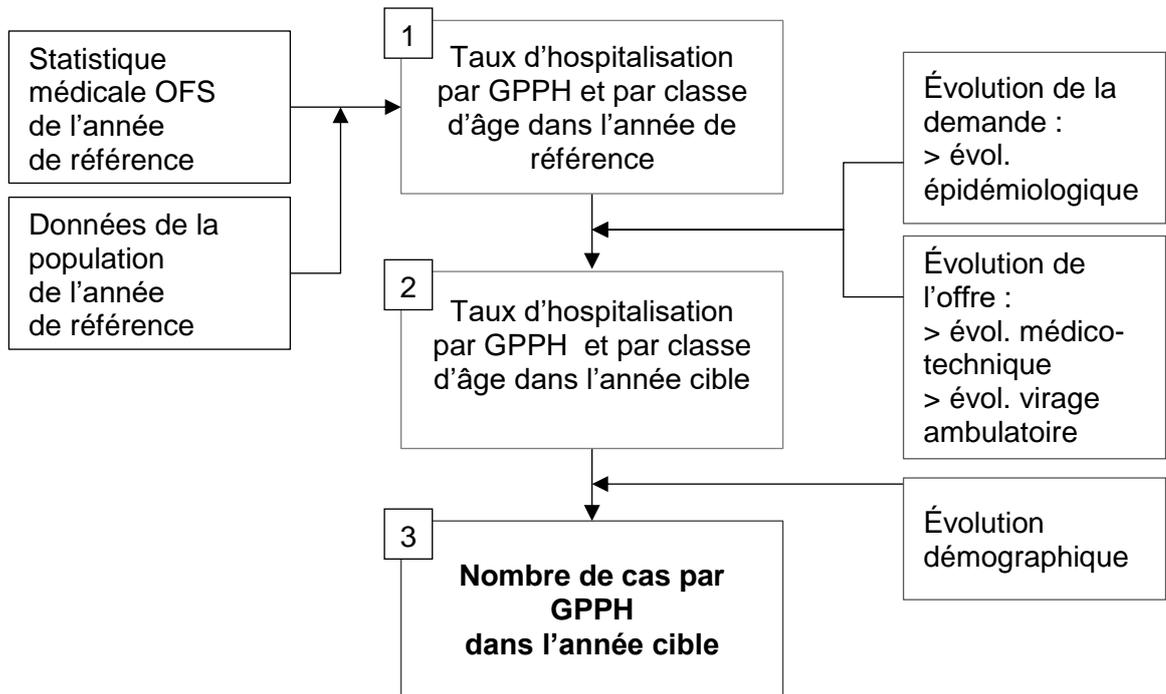
Sur la base des deux premières étapes (chapitre 3.5.2.1 et 3.5.2.2), l'estimation des besoins hospitaliers stationnaires futurs consiste à déterminer le nombre de cas probables pour les années de projection, soit pour chaque année de la période 2023 - 2030.

L'objectif du modèle est d'estimer, pour chaque groupe de prestations, l'évolution possible du nombre de cas pour la population du canton sur la base du taux d'hospitalisation neuchâtelois par âge différencié selon chaque groupe de prestations observé en 2018 (base MS 2018), de l'évolution projetée de la démographie (scénario démographique moyen) ainsi que du virage ambulatoire projeté via les réglementations cantonale et fédérale « AvoS ».

---

<sup>46</sup> soit conformément à la réglementation cantonale, soit conformément à la réglementation fédérale.

Figure 4. Démarche de projection des besoins



La démarche est décrite de manière 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* » précédemment mentionné. De manière simplifiée, on peut la résumer en trois étapes, représentées dans la Figure 4 ci-dessus :

1. on calcule tout d'abord un taux d'hospitalisation par âge et par GPPH, en divisant le nombre de cas effectifs dans l'année de référence (2018), 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, décrites au chapitre 3.5.2.2 précédent ;
3. finalement, le taux 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<sup>47</sup>.

Le Conseil d'État a retenu les scénarios suivants (tableau 2), estimant que leurs effets, évalués et simulés pour des durées de moins de dix ans, restent marginaux. Ainsi, la combinaison des scénarios retenus est plutôt à l'avantage des institutions dès lors qu'elle conduit plutôt à une légère surestimation des besoins.

<sup>47</sup> 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.

Tableau 2. Scénario du modèle de projection des besoins

Type / Variable	Choix effectué pour le modèle de projection
<b>Évolution de la demande</b> i) Démographique	Scénario moyen de Statistique Vaud pour le canton de Neuchâtel
<b>Évolution de la demande</b> ii) Épidémiologique	Pas d'ajustement. En conséquence, c'est le taux d'hospitalisation neuchâtelois MS 2018 qui s'applique.
<b>Évolution de l'offre</b> i) Progrès médico-technique	Pas d'ajustement.
<b>Évolution de l'offre</b> ii) Virage ambulatoire et réglementations cantonale et fédérale	80% des cas d'hospitalisations stationnaires relevant des réglementations cantonale et fédérale AvoS figurant dans la MS (2018) sans présence de critères ou de codes justificatifs sont considérés comme des cas justifiés de prise en charge en stationnaire.

#### 4. ANALYSE DES HOSPITALISATIONS STATIONNAIRES RÉALISÉES POUR LES ANNÉES 2016 À 2018

##### 4.1. Généralités

Avant de passer à la présentation de l'estimation des besoins futurs de la population neuchâteloise dans le cadre de la planification hospitalière 2023, il est important d'analyser le nombre d'hospitalisations réalisées dans le cadre de la planification hospitalière actuelle, pour les années 2016 à 2018, même s'il est encore impossible de tirer un bilan de l'intégralité de la période 2016 à 2022.

L'analyse des hospitalisations stationnaires fournies dans le cadre de la planification hospitalière 2016 - 2018 a été réalisée en 2020 sur la base des données 2018 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.

Afin de garantir la continuité de lecture entre l'analyse des années 2016 à 2018, les données de la MS 2018 servant de base pour la projection des besoins et la future planification 2023 et années suivantes, il a été choisi de fonder la présente évaluation 2016–2018 sur la base de la méthodologie des critères de sélection des cas (chapitre 3.3.2) appliquée pour la projection des besoins futurs 2023 et suivants. Ce faisant, il est utile de relever que les résultats de l'analyse obtenus ne peuvent être comparés aux besoins hospitaliers à planifier calculés dans le cadre de la planification hospitalière 2016 – 2022 puisque la méthodologie de critères de sélection des cas appliquée pour 2023 diffère de celle de 2016 (chapitre 3.3.2). En outre, l'évolution de la nomenclature des GPPH, laquelle a été partiellement modifiée, en particulier en 2018, au

moyen de regroupements, de réattributions ou sous-divisions de groupes, rend, par définition délicat tout exercice de comparaison détaillée avec les pronostics de besoins.

Il est utile de relever aussi que la composition des groupes de prestations (GPPH) a été légèrement modifiée par les auteurs du modèle au fil des années analysées dans ce chapitre. Dès lors, les comparaisons au niveau des groupes entre les années 2016 à 2018 doivent se faire en tenant compte des modifications de regroupements, lesquelles consistent principalement en :

- dans le domaine nouveau-nés, création de NEOG ;
- dans le domaine orthopédique : création de nouveaux groupes de prestations BEW7.1, BEW7.2 et BEW7.3 ;
- dans le domaine gynécologique : création du groupe GYNT par le regroupement de GYN1.1, GYN1.2, GYN1.3, GYN1.4 ;
- dans le domaine urologique : suppression des groupes URO1.1.4 et URO1.1.5 ;
- dans le domaine des vaisseaux : inclusion de ANG4 dans ANG3 ; suppression de GEF4 ; création de GEFA, lequel regroupe ANG2 et GEF2 désormais supprimés.

Le bilan présenté ci-après porte uniquement sur les soins somatiques aigus, conformément au choix du Conseil d'État de ne pas planifier, à ce stade, les domaines de la réadaptation et de la psychiatrie.

## **4.2. Recours aux soins**

Dans ce chapitre, il s'agit de présenter le recours en soins hospitaliers stationnaires de soins somatiques aigus des patient-e-s domicilié-e-s dans le Canton de Neuchâtel, quelle que soit la localisation de l'hôpital et sa présence ou pas sur une liste hospitalière. Il est fait le choix de présenter ici uniquement les hospitalisations relevant de l'assurance obligatoire des soins (AOS). En annexe, se trouve le détail de ces hospitalisations indépendamment du régime d'assurance (y compris p.ex. assurance-accidents, assurance invalidité, assurance-militaire), soit pour l'ensemble des cas de patient-e-s neuchâtelois-es.

### **4.2.1. Nombre de cas selon les domaines de prestations**

Comme le montre le tableau 3, le nombre total de cas d'hospitalisations en soins somatiques aigus de patient-e-s neuchâtelois-es (uniquement AOS), passant de 23'306 cas en 2016 à 22'686 cas en 2018, a légèrement diminué de -3% (-620 cas). Tandis que le nombre d'hospitalisations relevant du domaine intitulé « *Paquet de base* » est resté stable, celui des trois autres domaines les plus importants à savoir l'orthopédie (2<sup>e</sup> rang de Neuchâtel), l'obstétrique (3<sup>e</sup>) et les nouveau-nés (4<sup>e</sup>) a diminué d'environ -6% à -9%. En revanche, le domaine de l'urologie (6<sup>e</sup>) a vu son nombre d'hospitalisations augmenter de +171 cas (+19%).

Tableau 3. Nombre de cas d'hospitalisations en soins somatiques aigus (uniquement AOS), selon les domaines de prestations (DPPH), 2016 – 2018

DPPH	2016	2017	2018	▲ 16-18	▲ 16-18 (%)
Paquet de base	8'945	9'522	9'006	61	1%
Dermatologie	60	82	74	14	23%
Oto-rhino-laryngologie	616	553	487	-129	-21%
Neurochirurgie	116	119	120	4	3%
Neurologie	747	709	821	74	10%
Ophtalmologie	108	97	88	-20	-19%
Endocrinologie	52	60	74	22	42%
Gastroentérologie	778	747	719	-59	-8%
Chirurgie viscérale	409	408	377	-32	-8%
Hématologie	276	262	224	-52	-19%
Vaisseaux	467	389	351	-116	-25%
DPPH	2016	2017	2018	▲ 16-18	▲ 16-18 (%)
Cœur	1'082	1'072	1'089	7	1%
Néphrologie	133	156	105	-28	-21%
Urologie	912	928	1'083	171	19%
Pneumologie	479	545	554	75	16%
Chirurgie thoracique	60	72	68	8	13%
Transplantations d'organes solides	14	16	22	8	57%
Orthopédie	2'970	2'959	2'789	-181	-6%
Rhumatologie	93	110	95	2	2%
Gynécologie	676	619	525	-151	-22%
Obstétrique	2'167	2'028	1'964	-203	-9%
Nouveau-nés	1'723	1'700	1'583	-140	-8%
(Radio-)oncologie	248	245	241	-7	-3%
Traumatismes graves	27	59	64	37	137%
<b>Total (sans soins palliatifs)</b>	<b>23'158</b>	<b>23'457</b>	<b>22'523</b>	<b>-635</b>	<b>-3%</b>
Soins palliatifs	148	158	163	15	10%
<b>Total (avec soins palliatifs)</b>	<b>23'306</b>	<b>23'615</b>	<b>22'686</b>	<b>-620</b>	<b>-3%</b>

Source : OBSAN

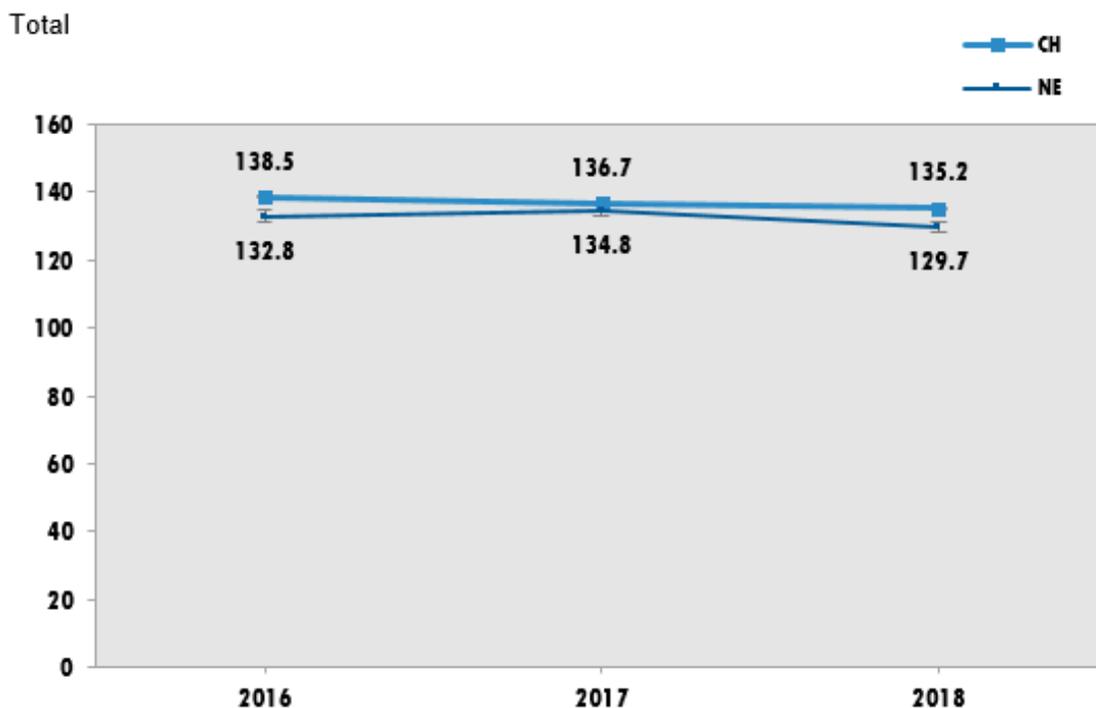
L'annexe 5 montre le détail du nombre d'hospitalisations par groupe de prestations (GPPH) (uniquement cas AOS), pour les mêmes années 2016 à 2018.

Afin de connaître le nombre d'hospitalisations stationnaires dans le domaine des soins somatiques aigus indépendamment du régime d'assurance financeur, l'annexe 6 en donne une présentation selon les domaines de prestations, et l'annexe 7 selon les groupes de prestations. A l'instar de la tendance observée pour les seuls cas AOS, on constate que le nombre total d'hospitalisations a également légèrement diminué de -2% (-569 cas) au cours de la période 2016 à 2018.

#### 4.2.2. Taux d'hospitalisation

Le graphique 1 montre l'évolution du taux d'hospitalisation en soins somatiques aigus des patient-e-s neuchâtelois-es sur la période 2016 - 2018 en comparaison avec le taux suisse. Comme ces taux d'hospitalisation ont été standardisés, les valeurs peuvent être comparées puisque les différences de sexe et d'âge n'interviennent pas dans les résultats. Seuls les cas relevant de l'assurance obligatoire des soins (AOS) ont été ici considérés.

Graphique 1. Taux d'hospitalisation standardisé (uniquement AOS) en soins somatiques aigus, NE et CH, 2016 - 2018



Source: OFS – MS, STATPOP

Les taux d'hospitalisation neuchâtelois et suisse s'élèvent respectivement à 129.7 et 135.2 pour mille habitants en 2018, plaçant le Canton de Neuchâtel bien en deçà de la moyenne suisse. Ces taux ont tous deux modestement diminué durant la période 2016 à 2018.

Le tableau 4 présente des taux d'hospitalisation standardisés par domaine de prestations de soins somatiques aigus. On y constate que le taux du Canton de Neuchâtel se trouve dans une grande majorité des domaines inférieur au taux suisse. Des taux d'hospitalisations légèrement plus élevés que la moyenne suisse sont observés dans les domaines de la neurologie, de la gastroentérologie, de la pneumologie, de la chirurgie thoracique, de la transplantation d'organes solides<sup>48</sup>, de l'obstétrique et des traumatismes graves.

<sup>48</sup> Il est à relever que le domaine des transplantations est composé de sept groupes de prestations, dont cinq relèvent du domaine de la médecine hautement spécialisée (MHS), lequel ne relève pas de la compétence de la planification hospitalière cantonale.

Tableau 4. Taux d'hospitalisation standardisé (uniquement AOS) en soins somatiques aigus, par domaine de prestations, NE et CH, 2016 – 2018.

DPPH	Canton	Taux standardisé		
		2016	2017	2018
<b>Total</b>	<b>CH</b>	<b>138.48</b>	<b>136.70</b>	<b>135.25</b>
	<b>NE</b>	<b>132.78</b>	<b>134.77</b>	<b>129.73</b>
Paquet de base	CH	53.31	52.81	52.60
	NE	50.32	53.58	50.42
Dermatologie	CH	0.52	0.57	0.57
	NE	0.34	0.47	0.42
Oto-rhino-laryngologie	CH	4.62	4.46	4.43
	NE	3.50	3.13	2.77
Neurochirurgie	CH	0.67	0.67	0.68
	NE	0.68	0.68	0.69
Neurologie	CH	3.47	3.40	3.47
	NE	4.24	4.07	4.66
Ophtalmologie	CH	1.24	1.24	1.29
	NE	0.64	0.54	0.52
Endocrinologie	CH	0.54	0.55	0.59
	NE	0.30	0.33	0.39
Gastroentérologie	CH	4.15	3.99	4.04
	NE	4.49	4.32	4.15
Chirurgie viscérale	CH	2.29	2.28	2.23
	NE	2.35	2.36	2.16
Hématologie	CH	1.69	1.71	1.76
	NE	1.61	1.50	1.32
Vaisseaux	CH	2.24	2.25	2.17
	NE	2.81	2.33	2.11
Cœur	CH	6.80	6.63	6.52
	NE	6.49	6.43	6.47
Néphrologie	CH	0.66	0.68	0.66
	NE	0.83	0.98	0.64
Urologie	CH	7.08	7.05	7.10
	NE	5.44	5.55	6.51
Pneumologie	CH	2.74	2.80	2.75
	NE	2.81	3.19	3.13
Chirurgie thoracique	CH	0.29	0.30	0.30
	NE	0.36	0.43	0.41
Transplantations d'organes solides	CH	0.06	0.06	0.07
	NE	0.08	0.10	0.13
Orthopédie	CH	17.99	17.42	16.81
	NE	17.04	16.95	15.89
Rhumatologie	CH	0.71	0.67	0.65
	NE	0.54	0.63	0.53
Gynécologie	CH	4.59	4.63	4.21
	NE	3.70	3.39	2.88
Obstétrique	CH	11.58	11.05	10.99
	NE	12.07	11.32	11.12
Nouveau-nés	CH	9.66	9.72	9.66
	NE	9.68	9.77	9.72
(Radio-)oncologie	CH	1.39	1.46	1.43
	NE	1.46	1.45	1.39
Traumatismes graves	CH	0.19	0.28	0.27
	NE	0.15	0.35	0.36

Source : OBSAN

### 4.2.3. Nombre de journées d'hospitalisations

Le nombre total de journées d'hospitalisations en soins somatiques aigus de patient-e-s neuchâtelois-es (uniquement AOS) passant de 131'106 journées en 2016 à 124'583 journées en 2018, a légèrement diminué de -5% (-6'523 journées) (tableau 5). Tandis que le nombre de journées d'hospitalisations du domaine Paquet de base a légèrement diminué (-5%), celui de l'orthopédie (2<sup>e</sup> rang de Neuchâtel) a chuté de -13%, et celui de l'obstétrique (3<sup>e</sup>) de -6%. En revanche, les domaines de la pneumologie (4<sup>e</sup>) et de l'urologie (6<sup>e</sup>) ont vu leur nombre de journées d'hospitalisations augmenter respectivement de +5% (+273 journées) et de +24% (+882 journées).

Tableau 5. Nombre de journées d'hospitalisations en soins somatiques aigus (uniquement AOS), selon les domaines de prestations (DPPH), 2016 – 2018.

DPPH	2016	2017	2018	▲ 16-18	▲ 16-18 (%)
Paquet de base	46'348	47'095	44'109	-2'239	-5%
Dermatologie	485	676	498	13	3%
Oto-rhino-laryngologie	2'053	1'794	1'488	-565	-28%
Neurochirurgie	1'022	1'373	1'224	202	20%
Neurologie	4'706	4'915	4'898	192	4%
Ophtalmologie	391	389	293	-98	-25%
Endocrinologie	387	585	673	286	74%
Gastroentérologie	7'208	6'524	6'639	-569	-8%
Chirurgie viscérale	4'138	3'790	3'155	-983	-24%
Hématologie	2'994	3'131	2'649	-345	-12%
Vaisseaux	3'714	2'829	2'860	-854	-23%
Cœur	4'563	4'507	4'476	-87	-2%
Néphrologie	1'434	1'539	1'417	-17	-1%
Urologie	3'735	4'069	4'617	882	24%
Pneumologie	5'380	6'035	5'653	273	5%
Chirurgie thoracique	741	545	566	-175	-24%
Transplantations d'organes solides	205	478	487	282	138%
Orthopédie	18'475	17'582	16'054	-2'421	-13%
Rhumatologie	505	492	462	-43	-9%
Gynécologie	2'218	1'974	1'772	-446	-20%
Obstétrique	8'560	7'919	8'013	-547	-6%
Nouveau-nés	5'819	5'537	5'237	-582	-10%
(Radio-)oncologie	2'598	2'580	2'166	-432	-17%
Traumatismes graves	557	702	753	196	35%
<b>Total (sans soins palliatifs)</b>	<b>128'236</b>	<b>127'060</b>	<b>120'159</b>	<b>-8'077</b>	<b>-6%</b>
Soins palliatifs	2'870	2'814	4'424	1'554	54%
<b>Total (avec soins palliatifs)</b>	<b>131'106</b>	<b>129'874</b>	<b>124'583</b>	<b>-6'523</b>	<b>-5%</b>

Source : OBSAN

L'annexe 8 montre le détail du nombre de journées d'hospitalisations par groupe de prestations (GPPH) (uniquement cas AOS), pour les mêmes années 2016 à 2018.

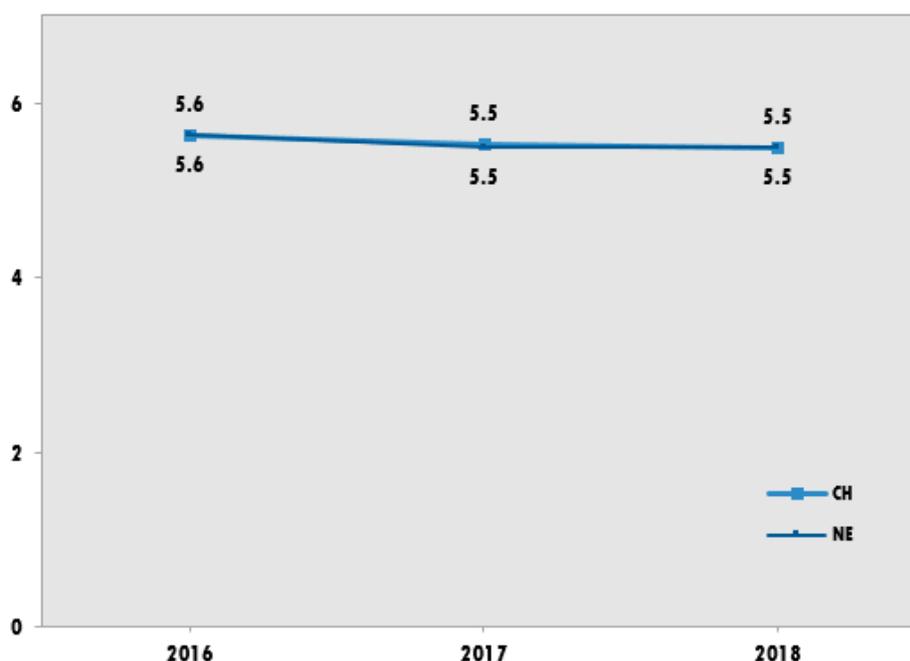
Afin de connaître le nombre de journées d'hospitalisations stationnaires dans le domaine des soins somatiques aigus indépendamment du régime d'assurance financeur, l'annexe 9 en donne une présentation selon les domaines de prestations, et l'annexe 10 selon les groupes de prestations. À l'instar de la tendance observée pour les seuls cas AOS, on constate que le nombre total de journées d'hospitalisations a également légèrement diminué de -5% (-6'530 cas) au cours de la période 2016 à 2018.

#### 4.2.4. *Durée moyenne de séjour*

Le graphique 2 montre la durée moyenne de séjour hospitalier en soins somatiques aigus (DMS) pour le Canton de Neuchâtel en comparaison avec l'ensemble de la Suisse pour les années 2016 à 2018. Seuls les cas relevant de l'assurance obligatoire des soins (AOS) ont été ici considérés.

On observe que le Canton de Neuchâtel connaît une durée moyenne d'hospitalisation strictement identique à la moyenne suisse, toutes deux étant en très légère baisse de 2016 à 2018.

Graphique 2. *Durée moyenne de séjour en soins somatiques aigus (uniquement AOS), NE et CH, 2016 - 2018*



Source: OFS – MS

#### 4.3. *Offre de soins*

Le tableau 6 propose une sélection de chiffres-clés pour l'année 2018 concernant le nombre de cas de patient-e-s neuchâtelois-es hospitalisé-e-s pour des prestations de soins

somatiques aigus, la part d'admission en urgences et le CMI moyen, et ce selon quatre catégories d'hôpital selon qu'il dispose d'un mandat au sens de la liste hospitalière neuchâteloise ou pas, qu'il figure sur le territoire neuchâtelois ou pas. La liste hospitalière neuchâteloise considérée est celle valable depuis le 1<sup>er</sup> mars 2017<sup>49</sup>. Il est à relever que les données apparaissant dans ce tableau représentent le nombre total d'hospitalisations de patient-e-s neuchâtelois-es à charge de l'AOS (indépendamment de savoir si l'hospitalisation est faite suite à un mandat attribué ou pas, selon la liste hospitalière neuchâteloise).

Tableau 6. Chiffres-clés des hôpitaux (uniquement AOS), pour l'année 2018

Statut	Hôpital	Cas NE	Urg.	CMI
		N	%	Ø
A	GSMN-NE	1'982	4.0%	1.24
	HNE	15'516	71.3%	0.90
	TILIA	79	50.0%	.
B	CHUV	771	50.4%	1.40
	HJU	21	70.3%	0.82
	HUG	309	56.8%	1.18
	INSEL	1'740	41.3%	1.46
C	Clinique de la Tour	14	0.0%	0.92
D	Clinique Cecil	65	16.2%	1.37
	Clinique Générale Beaulieu	20	4.6%	0.83
	Hirslanden Bern - Salem-Spital	121	15.8%	0.98
	Hôpital Ophtalmique Jules Gonin	52	35.7%	0.76
	Hôpital du Jura bernois (HJBE) - Hôpital de St-Imier	787	54.3%	0.72
	Lindenhofgruppe - Lindenhofspital	66	21.4%	0.95
	Universitätsspital Zürich (USZ)	13	43.3%	1.59
	Autres	1'130	47.9%	1.02
<b>Total</b>		<b>22'686</b>	<b>47.4%</b>	<b>1.07</b>

Source : OFS – MS; Canton de Neuchâtel - Liste hospitalière neuchâteloise dès 01.03.2017

Remarques: Urg. = Urgences, CMI = Case Mix Index (netto)

Seuls les hôpitaux qui comptent au moins 10 cas de patient-e-s du Canton de Neuchâtel et une part de soins d'au moins 5 % dans un GPPH sont explicitement répertoriés. Les prestataires de services qui ne répondent pas à ces critères sont regroupés dans la catégorie « *Autres* ».

Le domaine des soins palliatifs est inclus dans ces statistiques.

Statut:

A = Hôpital répertorié sur la liste du Canton de NE et situé dans le canton

B = Hôpital répertorié sur la liste du Canton de NE et situé hors canton

C = Hôpital non répertorié sur la liste du Canton de NE et situé dans le canton

D = Hôpital non répertorié sur la liste du Canton de NE et situé hors canton

L'HNE est l'institution hospitalière la plus fréquentée par les patient-e-s neuchâtelois-es avec 15'516 hospitalisations à charge de l'AOS pour l'année 2018. GSMN Neuchâtel (GSMN-NE) représente 1'982 hospitalisations à charge de l'AOS et la maison de naissance Tilia 79 cas en 2018. Ensemble, les trois institutions représentent 77.5% des hospitalisations AOS.

Les institutions hospitalières figurant sur la liste hospitalière neuchâteloise implantées hors du territoire cantonal assument 12.5% des hospitalisations AOS de soins aigus et réalisent 2'841 cas en 2018.

<sup>49</sup> [www.ne.ch](http://www.ne.ch) > Autorités > Administration cantonale DFS > Service de la santé publique > Hôpitaux et institutions psychiatriques > Planification hospitalière

La Clinique de la Tour (devenu depuis Clinique Volta), non répertoriée mais implantée dans le Canton de Neuchâtel, a accueilli 14 cas en 2018.

Enfin, les hôpitaux répertoriés et implantés hors canton ont réalisé 10% des hospitalisations AOS de patient-e-s neuchâtelois-es, soit 2'254 cas en 2018.

La colonne Case Mix Index (CMI) du tableau 6 indique la pondération moyenne des coûts et représente les ressources en personnel, temps et matériel mobilisés pour traiter chaque cas. Il permet d'évaluer la gravité ou lourdeur moyenne clinique des cas traités dans chaque hôpital. Ainsi, les hôpitaux universitaires traitant usuellement des cas plus graves que la moyenne, ils ont traditionnellement des CMI supérieur à 1. En revanche, un hôpital qui n'offrirait que des soins de base aura plutôt un indice CMI inférieur à 1.

Plus de 70% des hospitalisations réalisées par l'HNE en 2018 ont eu lieu suite à une admission en urgence. Pour GSMN-NE, le taux d'admission en urgence est seulement de 4%, ce qui s'explique par le fait que cette institution dispose principalement de mandats de prestations électives (dans les domaines orthopédiques et ophtalmologiques), à l'exception de la néphrologie. Pour les hôpitaux universitaires, les ordres de grandeur se situent entre 40 et 56%.

#### **4.4. Flux de patient-e-s**

L'analyse des flux de patient-e-s est une dimension importante de la planification hospitalière qui s'inscrit dans la coordination intercantonale requise au sens de la LAMal.

Il est important de souligner que toutes les données présentées dans ce chapitre concernent les institutions hospitalières implantées hors du canton de Neuchâtel indépendamment du fait qu'elles bénéficient d'un mandat de prestations selon la liste hospitalière neuchâteloise. Ainsi, une partie des flux extra-cantonaux observés s'explique par les mandats attribués à certains hôpitaux extra-cantonaux. Dans leur grande majorité, il s'agit de mandats attribués aux trois hôpitaux universitaires (CHUV, HUG et Inselspital), à l'exception des quelques groupes de prestations attribués à l'Hôpital du Jura.

##### **4.4.1. Généralités**

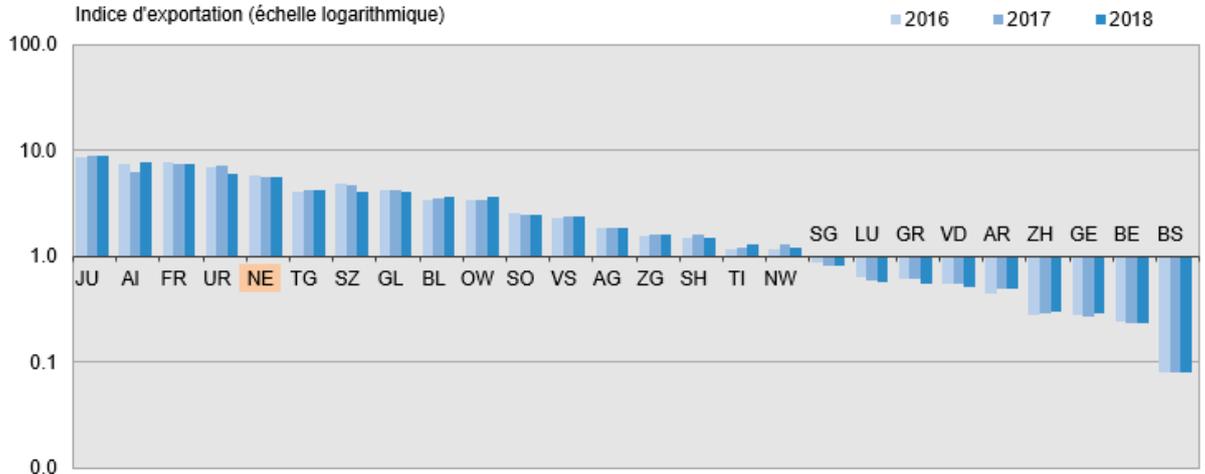
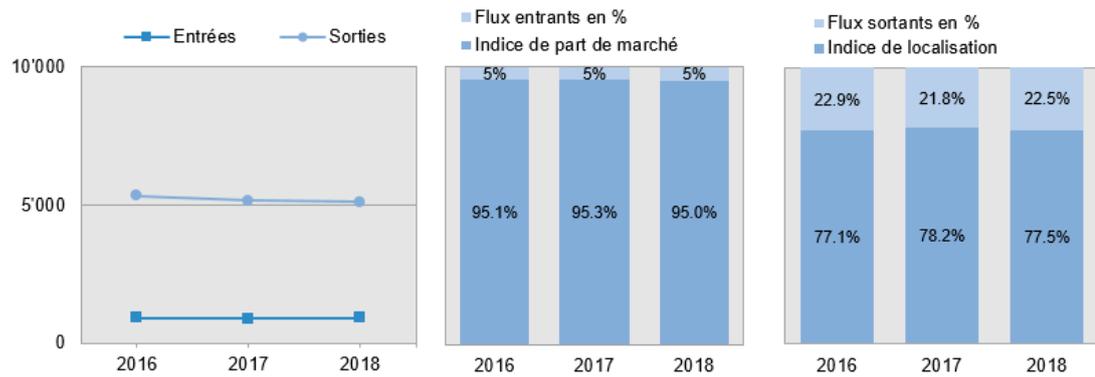
En 2018, le Canton de Neuchâtel recense 5'095 sorties pour 919 entrées (voir tableau 7). En termes relatifs, les flux entrants de patient-e-s représentent 5% des hospitalisations, tandis que les flux sortants concernent 22.5% des patient-e-s résidant dans le canton. Ces ordres de grandeur restent relativement stables au cours de la période 2016 à 2018, même si l'on peut relever une baisse des sorties.

En conséquence, les flux nets sont négatifs (-4'176 cas) et l'indice d'exportation s'élève à 5.54. Cette dernière valeur représente le rapport entre les sorties et les entrées ; autrement dit, on observe, en 2018, 5.54 sorties par entrée dans le canton. En comparaison intercantonale, le Canton de Neuchâtel qui est dans une situation de grande proximité avec plusieurs hôpitaux universitaires se situe en 5<sup>e</sup> position des cantons avec l'indice exportateur le plus élevé derrière les Cantons de Jura, Appenzell Rhodes-Intérieur, Fribourg et Uri.

L'annexe 11 fournit les définitions utiles à la lecture du tableau 7.

Tableau 7. Indicateurs de flux de patient-e-s en soins somatiques aigus, Canton de Neuchâtel, 2016 – 2018.

	Indicateur	2016	2017	2018
Import	Entrées	923	906	919
	Flux entrants en %	4.9%	4.7%	5.0%
	Sorties	5'328	5'146	5'095
Export	Flux sortants en %	22.9%	21.8%	22.5%
	Indice de localisation	77.1%	78.2%	77.5%
	Indice de part de marché	95.1%	95.3%	95.0%
Rapport import/export	Nombre de cas nets	-4'405	-4'240	-4'176
	Indice d'exportation	5.77	5.68	5.54



#### 4.4.2. Flux entrants

Le tableau 8 montre l'origine des flux d'entrée des patient-e-s domicilié-e-s hors du Canton de Neuchâtel hospitalisé-e-s sur territoire neuchâtelois, soit 919 cas en 2018. La tendance observée sur la période 2016 – 2018 est stable tant en termes de volume que de canton de provenance.

Sans surprise, les Cantons voisins de Berne (30.5% en 2018), Vaud (23.9% en 2018) et Jura (17% en 2018) sont les plus grands exportateurs de patient-e-s vers les institutions

situées dans le Canton de Neuchâtel. Les hospitalisations de patient-e-s en provenance de pays étrangers sont placées au 4<sup>e</sup> rang (10.3%), vraisemblablement la France. Enfin, quelques cas proviennent du Canton de Fribourg (8.7%).

*Tableau 8. Nombre d'hospitalisations en soins somatiques aigus de patient-e-s extra-cantonaux-ales dans les hôpitaux neuchâtelois (uniquement AOS), par canton de domicile, 2016 – 2018.*

canton de domicile	2016		2017		2018	
	N	%	N	%	N	%
BE	255	27.6%	236	26.0%	280	30.5%
VD	180	19.5%	221	24.4%	220	23.9%
JU	180	19.5%	149	16.4%	156	17.0%
ZY	101	10.9%	109	12.0%	95	10.3%
FR	87	9.4%	73	8.1%	80	8.7%
VS	47	5.1%	49	5.4%	35	3.8%
GE	28	3.0%	34	3.8%	22	2.4%
ZH	9	1.0%	8	0.9%	6	0.7%
AG	5	0.5%	7	0.8%	5	0.5%
SO	7	0.8%	2	0.2%	7	0.8%
TI	4	0.4%	7	0.8%	3	0.3%
BL	5	0.5%	3	0.3%	.	.
LU	4	0.4%	.	.	4	0.4%
SG	2	0.2%	2	0.2%	1	0.1%
BS	3	0.3%	1	0.1%	1	0.1%
TG	1	0.1%	2	0.2%	1	0.1%
GR	.	.	1	0.1%	2	0.2%
ZG	.	.	2	0.2%	1	0.1%
SZ	3	0.3%	.	.	.	.
AR	1	0.1%	.	.	.	.
GL	1	0.1%	.	.	.	.
Total	923	100.0%	906	100.0%	919	100.0%

Remarques: ZX= Inconnu ZY=Pays étrangers

Source : OBSAM

#### **4.4.3. Flux sortants**

Le tableau 9 illustre les cantons des destinations des flux de patient-e-s résidant dans le Canton de Neuchâtel qui se font hospitaliser dans un autre canton. Le Canton de Berne réalise la plus grande partie des hospitalisations hors canton (63%), suivi du Canton de Vaud (25%), puis de Genève (7%), tous trois disposant d'hôpitaux universitaires. Dans l'ensemble, les hospitalisations hors canton ont légèrement diminué entre 2016 et 2018 passant de 5'328 cas à 5'095 cas, soit -233 cas (-4%).

Tableau 9. Nombre d'hospitalisations en soins somatiques aigus de patient-e-s neuchâtelois-es (uniquement AOS) dans les hôpitaux hors canton, par canton de destination, 2016 – 2018.

Canton de l'hôpital	2016		2017		2018	
	N	%	N	%	N	%
BE	3'381	63%	3'193	62%	3'193	63%
VD	1'365	26%	1'332	26%	1'290	25%
GE	367	7%	389	8%	353	7%
VS	56	1%	49	1%	75	1%
FR	37	1%	52	1%	34	1%
ZH	36	1%	34	1%	39	1%
BS	21	0%	27	1%	34	1%
JU	17	0%	15	0%	21	0%
BL	11	0%	16	0%	18	0%
TI	7	0%	7	0%	10	0%
AG	9	0%	8	0%	4	0%
LU	7	0%	7	0%	6	0%
GR	2	0%	4	0%	5	0%
SG	1	0%	3	0%	5	0%
SO	4	0%	1	0%	2	0%
NW	3	0%	3	0%	.	
ZG	2	0%	.		2	0%
SZ	.		2	0%	1	0%
AR	.		1	0%	2	0%
SH	.		1	0%	1	0%
TG	1	0%	1	0%	.	
UR	.		1	0%	.	
OW	1	0%	.		.	
<b>Total</b>	<b>5'328</b>	<b>100%</b>	<b>5'146</b>	<b>100%</b>	<b>5'095</b>	<b>100%</b>

Source: OFS – MS

Remarque: pour les hôpitaux multi-sites, on entend par canton de l'hôpital le canton où se trouve le site.

Source : OBSAN

Le tableau 10 illustre le fait que le profil des patient-e-s neuchâtelois-es sortant du canton pour se faire hospitaliser dans le domaine des soins somatiques aigus diffère de ceux se faisant hospitaliser sur territoire neuchâtelois, que ce soit du point de vue de la proportion de cas en urgence, de leur couverture d'assurance, du CMI.

En effet, les patient-e-s neuchâtelois-es hospitalisé-e-s dans le canton sont majoritairement admis-es en urgences (63%.7% en 2018) tandis que ceux sortant le sont de manière minoritaire (26.1%). Par ailleurs, les patient-e-s neuchâtelois-es sortant sont davantage couvert-e-s par une assurance privée ou semi-privée<sup>50</sup> (17.7% en 2018) que ceux-celles qui restent dans le canton (8.4%). Enfin, les hospitalisations sortantes nécessitent davantage de ressources et, conséquemment, sont réputées être des cas plus lourds cliniquement (1.53 en 2018) que celles réalisées dans le canton (0.95 en 2018).

<sup>50</sup> La variable de la MS renseigne si l'hospitalisation a été réalisée en chambre commune, semi-privée ou privée, mais ne renseigne nullement sur le fait de savoir le-la patient-e dispose d'une assurance complémentaire privée ou semi-privée ou pas. La part de personnes se faisant hospitaliser de manière privée ou semi-privée sans disposer d'une assurance complémentaire correspondante étant marginale, cette variable est souvent utilisée comme un proxy pour estimer les volumes de cas d'assurés complémentaires.

Tableau 10. Chiffres-clés des hospitalisations de soins somatiques aigus des patient-e-s neuchâtelois-es (uniquement AOS) dans les hôpitaux neuchâtelois et hors canton, 2016-2018.

Indicateur		patients extracantonaux			patients intracantonaux		
		2016	2017	2018	2016	2017	2018
% Urgence	%	56.8%	52.5%	55.6%	60.6%	61.9%	63.7%
% SP/P	%	12.2%	11.0%	10.9%	9.3%	8.3%	8.4%
Case Mix Index (CMI) brutto	Mean	0.88	0.90	0.95	0.93	0.93	0.95

Source: OFS – MS

SP/P: Part des cas en classe de traitement semi-privé ou privé

CMI: Indice moyen du case mix (CMI)

Urgence: Part d'admissions en urgence selon la variable mode d'admission de la MS

Source : OBSAN

## 5. DÉTERMINATION DES BESOINS DE LA POPULATION DANS LE DOMAINE DES SOINS SOMATIQUES AIGUS

En préambule, il convient de rappeler que le Canton de Neuchâtel, à l'instar des autres cantons, doit élaborer une planification hospitalière pour l'ensemble de sa population. La situation actuelle décrit l'ensemble des prestations fournies au profit de patient-e-s domicilié-e-s dans le Canton de Neuchâtel, qu'ils soient traité-e-s par un hôpital situé dans le canton ou dans un autre canton, quel que soit le statut d'assurance du ou de la patient-e (voir le chapitre 2.5.3).

L'ensemble de cette cohorte est pertinent dans le cadre de cette analyse, les patient-e-s domicilié-e-s dans d'autres cantons que celui de Neuchâtel ou dans un autre pays étant exclus. En effet, il appartient à chaque canton de planifier les besoins des patient-e-s domicilié-e-s sur son territoire et, le cas échéant, de prendre les contacts nécessaires avec les hôpitaux neuchâtelois et les autorités compétentes du canton où se trouvent leurs ressortissants pour s'assurer de leur prise en charge.

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 (voir chapitre 2.4).

Comme cela a déjà été dit, la planification doit se faire sur la base des prestations dans le domaine des soins aigus somatiques. Partant de la situation 2018, 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 2023 à 2030 qui constituent l'espace-temps de la présente planification hospitalière, laquelle ne sera toutefois pas formellement limitée à un exercice donné. Les projections pour l'année 2035 et 2040 sont également présentées à titre d'information.

### 5.1. Description de la situation actuelle

Le tableau 11 ci-dessous présente le nombre de cas sortis dans l'année (selon la définition donnée au chapitre 3.3.2) de la population neuchâteloise en 2018, après les regroupements de cas liés aux règles de facturation SwissDRG. La présentation par groupe de prestations GPPH se trouve dans l'annexe 12.

Comme déjà évoqué, le domaine de prestations intitulé « *Paquet de base* » représente près de 40% des cas. Les autres domaines importants sont l'orthopédie (12% des cas), l'obstétrique (9%) et les nouveau-nés (7%).

Environ 77% des cas AOS sont pris en charge dans des établissements situés dans le Canton de Neuchâtel, mais cette proportion est variable, passant de presque 88% pour le paquet de base, à moins de 2% pour la neurochirurgie, domaine principalement pratiqué dans des hôpitaux universitaires.

Par ailleurs, la part des cas LAMal est de 93% en moyenne. À l'exception de l'orthopédie (78%) et des traumatismes graves (76%), la part des cas LAMal dépasse 90% dans tous les domaines (elle atteint même 100% pour les transplantations d'organes et la néphrologie).

Tableau 11. Nombre de cas de soins somatiques aigus, par DPPH, en 2018 *Source : OBSAN*

DPPH	Nombre de cas (tous régimes assuranciers confondus)	Part de cas LAMal (%)	Nombre de cas AOS	Part du domaine
Paquet de base	9'568	94.13	9'006	39.70%
Dermatologie	77	96.10	74	0.326%
Oto-rhino-laryngologie	525	92.76	487	2.15%
Neurochirurgie	131	91.60	120	0.53%
Neurologie	836	98.21	821	3.62%
Ophtalmologie	94	93.62	88	0.39%
Endocrinologie	76	97.37	74	0.33%
Gastroentérologie	727	98.90	719	3.17%
Chirurgie viscérale	385	97.92	377	1.66%
Hématologie	233	96.14	224	0.99%
Vaisseaux	356	98.60	351	1.55%
Cœur	1'109	98.20	1'089	4.80%
Néphrologie	105	100.00	105	0.46%
Urologie	1'131	95.76	1'083	4.77%
Pneumologie	568	97.54	554	2.44%
Chirurgie thoracique	70	97.14	68	0.30%
Transplantations d'organes solides	22	100.00	22	0.10%
Orthopédie	3'562	78.30	2'789	12.29%
Rhumatologie	102	93.14	95	0.42%
Gynécologie	526	99.81	525	2.31%
Obstétrique	1'975	99.44	1'964	8.66%
Nouveau-nés	1'695	93.39	1'583	6.98%
(Radio-)oncologie	242	99.59	241	1.06%
Traumatismes graves	84	76.19	64	0.28%
<b>Total (sans soins palliatifs)</b>	<b>24'199</b>		<b>22'523</b>	
Soins palliatifs	164	99.39	163	0.72%
<b>Total (avec soins palliatifs)</b>	<b>24'363</b>		<b>22'686</b>	<b>100%</b>

## **5.2. Estimation des besoins futurs**

Pour des raisons de lisibilité du présent rapport, les projections du nombre de cas AOS par GPPH pour les années 2023 à 2030 et 2035 et 2040 sont données dans l'annexe 12 tenant compte des scénarios retenus (voir chapitre 3.5.2). Le tableau 12 ci-dessous présente quant à lui les mêmes résultats, agrégés par domaine de prestations.

Il est projeté que le nombre d'hospitalisations stationnaires de soins somatiques aigus (AOS, soins palliatifs exclus) s'établisse à 23'453 cas en 2023, et à 25'344 cas en 2030, ce qui représente une progression de +1'891 cas (+8%) sur 7 ans, soit une augmentation de +1.1% par an.

Tableau 12. Projection du nombre d'hospitalisations de soins somatiques aigus (AOS) par domaine de prestations (DPPH), pour les années 2023 à 2030, 2035 et 2040.

DPPH	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2035	2040
Total (avec soins palliatifs)	23'625	23'874	24'128	24'405	24'680	24'960	25'261	25'537	26'789	27'974
<b>Total (sans soins palliatifs)</b>	<b>23'453</b>	<b>23'699</b>	<b>23'950</b>	<b>24'225</b>	<b>24'497</b>	<b>24'774</b>	<b>25'072</b>	<b>25'344</b>	<b>26'581</b>	<b>27'754</b>
<b>Paquet de base</b>	9'421	9'534	9'659	9'807	9'944	10'080	10'222	10'347	10'928	11'546
<b>Dermatologie</b>	76	77	77	78	78	79	80	80	83	86
<b>Oto-rhino-laryngologie</b>	498	501	504	507	509	513	516	519	536	549
<b>Neurochirurgie</b>	124	125	127	127	128	130	131	132	138	143
<b>Neurologie</b>	864	875	888	902	915	929	943	957	1'017	1'077
<b>Ophthalmologie</b>	89	90	91	92	93	95	96	97	104	108
<b>Endocrinologie</b>	78	79	81	82	83	85	86	87	93	99
<b>Gastroentérologie</b>	756	765	776	787	798	810	823	835	888	938
<b>Chirurgie viscérale</b>	389	392	395	398	401	404	408	411	429	443
<b>Hématologie</b>	235	238	241	244	248	251	255	260	277	291
<b>Vaisseaux</b>	355	360	365	369	374	379	386	392	420	441
<b>Cœur</b>	1'084	1'098	1'112	1'127	1'142	1'159	1'178	1'196	1'276	1'345
<b>Néphrologie</b>	110	111	113	114	115	117	119	121	129	135
<b>Urologie</b>	1'124	1'135	1'148	1'160	1'172	1'186	1'202	1'217	1'287	1'344
<b>Pneumologie</b>	586	594	603	613	623	633	644	654	700	744
<b>Chirurgie thoracique</b>	71	72	72	73	73	74	75	76	81	84
<b>Transplantations d'organes solides</b>	22	22	23	23	23	23	23	23	23	24

<b>DPPH</b>	<b>2023</b>	<b>2024</b>	<b>2025</b>	<b>2026</b>	<b>2027</b>	<b>2028</b>	<b>2029</b>	<b>2030</b>	<b>2035</b>	<b>2040</b>
<b>Orthopédie</b>	2'845	2'872	2'900	2'925	2'953	2'984	3'020	3'057	3'220	3'347
<b>Rhumatologie</b>	99	100	101	103	104	105	107	108	114	119
<b>Gynécologie</b>	526	529	532	535	539	542	545	549	565	579
<b>Obstétrique</b>	1'984	1'997	2'001	2'008	2'019	2'025	2'031	2'032	2'039	2'047
<b>Nouveau-nés</b>	1'802	1'812	1'820	1'827	1'834	1'841	1'847	1'853	1'877	1'891
<b>(Radio-)oncologie</b>	249	252	254	256	258	260	263	266	280	290
<b>Traumatismes graves</b>	67	68	69	71	72	73	74	75	79	85
<b>Soins palliatifs</b>	172	175	178	180	183	186	189	193	208	220

Source : OBSAN

Les annexes 13 et 14 montrent les projections des besoins d'hospitalisations en soins somatiques aigus, tous régimes assuranciers confondus, pour les années 2023 à 2030, puis 2035 et 2040, présentées par domaine de prestations (DPPH), puis par groupe de prestations (GPPH).

Il est projeté que le nombre d'hospitalisations stationnaires de soins somatiques aigus (tous régimes assuranciers confondus, exclus soins palliatifs) s'établisse à 25'167 cas en 2023, et à 27'082 cas en 2030, ce qui représente une progression de +1'915 cas (+7.6%) sur 7 ans, soit une augmentation de +1.05% par an.

## **6. CONSÉQUENCES FINANCIÈRES ET EN MATIÈRE DE PERSONNEL**

Le présent décret n'a pas d'incidence directe sur les finances de l'État, ni sur le personnel de l'État. En effet le présent décret n'implique pas un vote sur l'engagement de nouvelles dépenses du Grand Conseil. Il demeure toutefois que les besoins en soins hospitaliers stationnaires ont des conséquences financières indirectes en vertu de la législation fédérale (LAMal) qui prévoit que les cantons participent à hauteur de 55% aux coûts de ces prestations, à condition qu'elles fassent l'objet d'un mandat de prestation au titre de la liste hospitalière cantonale.

Avec une enveloppe annuelle de prestations hospitalières à charge de l'État d'environ 170 millions de francs la progression estimée de 1.1% par an représente, toutes choses égales par ailleurs, une croissance annuelle des coûts d'environ 1,85 millions de francs. À relever que cette évolution relève d'une croissance d'intensité et échappe en grande partie aux décisions politiques cantonales.

## **7. INCIDENCES SUR LES COMMUNES**

Ce projet n'a pas d'impact sur les communes.

## **8. SUITE DES TRAVAUX**

Comme cela a déjà été évoqué au chapitre 2.6, 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, sous réserve d'éventuels reports résultant des travaux du Grand Conseil, de demandes de référendum sur les objets ouvrant le droit au référendum facultatif ou d'autres impératifs, par exemple ceux liés à la pandémie générée par la Covid-19, est le suivant :

Étape 2 : Définition des conditions-cadres

**décembre 2020 :**

Consultation sur les conditions et critères pour la prise en compte des établissements pour la liste hospitalière ;

**janvier / février 2021 :**

Adoption par le Conseil d'État du Rapport sur les conditions et critères pour la prise en compte des établissements pour la liste hospitalière (2<sup>e</sup> partie) ;

**mars 2021 :**

Traitement et approbation par le Grand Conseil du rapport sur les conditions et critères pour la prise en compte des établissements pour la liste hospitalière.

Étape 3 : Élaboration de la liste hospitalière

**février / mars 2022 :**

Procédure d'appel d'offres pour les mandats de prestations ;

**avril / juillet 2022 :**

Détermination de l'offre couverte par la liste hospitalière et consultation sur la liste et les mandats de prestations octroyés ;

**août / septembre 2022 :**

Consultation sur la liste hospitalière ;

**septembre 2022 :**

Formalisation des décisions et publication de l'arrêté du Conseil d'État fixant la liste hospitalière cantonale.

## 9. CONSULTATION

Du 21 août au 11 septembre 2020, une consultation a été menée sur l'avant-projet de rapport du Conseil d'État au Grand Conseil concernant l'évaluation des besoins hospitaliers stationnaires de la population. Près d'une trentaine de partenaires a été associée à cette consultation, dont l'ensemble des départements cantonaux latins responsables de la santé publique, les trois communautés de groupements d'assureurs maladies AOS, les associations de professionnels concernés (Société neuchâteloise de médecine (SNM) et l'association suisse des infirmières et infirmiers (ASI) section Neuchâtel - Jura) ainsi que les hôpitaux figurant actuellement sur la liste hospitalière cantonale. Douze hôpitaux y ont répondu, ainsi que la SNM et l'ASI/section NE - JU, santésuisse et les départements en charge de la santé des Cantons de Jura, Vaud, Fribourg et Valais.

De manière générale, la qualité du rapport, qui reste accessible malgré son côté très technique a été relevée. Les partenaires ont de plus apprécié la démarche transparente et participative mise en place par l'État et préavisent le rapport de manière positive.

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

- le délai de cinq ans entre la base de données MS 2018 utilisée pour les projections et l'horizon de planification, a été estimé comme étant trop long ;
- l'hypothèse d'évolution démographique « moyenne » retenue a été jugée, par une faible minorité, comme trop généreuse et présenterait le risque d'induire une surévaluation des besoins, et donc des mandats attribués ;

- les hypothèses d'évolution épidémiologique et d'évolution médico-technique retenues ont été jugées comme trop sévères et comporteraient le risque d'induire une sous-estimation des besoins ;
- l'hypothèse initialement retenue, et présente dans l'avant-projet soumis à consultation, selon laquelle 50% des cas d'hospitalisations stationnaires relevant des réglementations cantonale et fédérale AvoS figurant dans la MS (2018) sans présence de critères ou de codes justifiant le mode stationnaire, étaient considérés comme des cas justifiés - et donc à prendre en compte pour la planification des besoins hospitaliers stationnaires - a été critiquée et jugée trop restrictive ;
- enfin, un partenaire est d'avis que le taux d'hospitalisation neuchâtelois constaté en 2018 inférieur au taux standardisé moyen suisse, pourrait être le reflet d'une planification trop drastique quantitativement, du fait des limitations de quantités appliquées dans les domaines électifs.

Suite à cette consultation, le présent projet intègre une modification concernant l'hypothèse en matière de virage ambulatoire (chapitre 3.5.2.2.2 *ii*) à mesure que le taux initialement proposé de 50% a été adapté à hauteur de 80%. Les projections de besoins hospitaliers stationnaires futurs présentés au chapitre 5 et dans les annexes 12, 13 et 14 se fondent sur cette nouvelle hypothèse. Globalement, cela signifie une augmentation de 253 cas supplémentaires pour 2023 directement imputables à ce changement d'hypothèse.

Le Conseil d'État n'a, en revanche, pas souhaité adapter, à ce stade, les autres hypothèses retenues d'évolution d'offre et de la demande. Il considère en effet que – comme souligné au chapitre 3.5.2.1 – le scénario d'évolution démographique relativement optimiste a pour effet de « contrebalancer » des hypothèses d'évolution épidémiologique et d'évolution médico-technique jugées insignifiantes sur la période considérée et par conséquent estimées égales à zéro. En particulier, le Conseil d'État relève avoir adopté une approche large, tant en matière de prestations électives que non électives, puisque les projections des besoins se fondent sur la totalité des cas recensés dans la base de la statistique médicale de l'année retenue, que ceux-ci aient été réalisés au-delà des limitations de quantités édictées, et par des fournisseurs de prestations intra- ou extra-cantonaux. Dans cette perspective, le Conseil d'État considère avoir répondu aux préoccupations exprimées lors de la consultation à mesure qu'il a adopté une approche suffisamment large afin de prémunir le canton et sa population contre d'éventuels risques de sous-couverture des besoins.

Toutefois, tenant compte des remarques émises, le Conseil d'État a complété d'un nouvel article 2 à la proposition de décret d'approbation du Grand Conseil, par lequel le Conseil d'État est autorisé à procéder à une actualisation des projections des besoins pour des motifs techniques, sans devoir lui soumettre un nouveau rapport. Il s'agit, notamment, de pouvoir tenir compte, au cours de la période couverte par la planification, de l'évolution des bases :

- statistiques, permettant, par exemple, de prendre en compte une base de données de la statistique médicale plus actuelle si besoin ;
- techniques, permettant, par exemple, de tenir compte d'une version plus actuelle du modèle GPPH afin d'assurer la cohérence entre la version utilisée pour le calcul de projections des besoins projetés et la version fondant l'appel d'offres ;

- ou scientifiques, permettant d'intégrer les connaissances et constats du moment, par exemple, en matière de virage ambulatoire, d'évolution épidémiologique ou de progrès médico- technique.

Ces éléments relèvent des bases techniques à l'origine de l'évaluation des besoins, de sorte que l'autorisation donnée par le décret ne vise également que les adaptations techniques.

Enfin, comme le veut la procédure, le Conseil de santé, organe consultatif du Conseil d'État en matière de politique et de planification du système de santé selon la LS, a été consulté sur l'avant-projet de rapport, ce par voie électronique vu le contexte COVID-19 et les délais courts impartis. En l'occurrence, dix membres du Conseil de santé se sont prononcés, neuf ayant préavisé positivement l'avant-projet et un membre s'étant abstenu.

## **10. CONFORMITÉ AU DROIT SUPÉRIEUR**

Le présent projet s'inscrit dans l'application de la LAMal en particulier de l'article 39 de la LAMal et 58a de l'OAMal. Il est conforme au droit supérieur. Le présent rapport est présenté pour la première fois au Grand Conseil, en vertu de l'article 83a, alinéa 8, de la LS stipulant que « *le Grand Conseil approuve la planification hospitalière, notamment la planification des besoins et la liste des conditions à remplir pour figurer sur la liste hospitalière, au sens des alinéas 1 et 2 in fine du présent article* ».

## **11. VOTE DU GRAND CONSEIL**

L'adoption du décret est soumise à la majorité simple des votants (art. 309 OGC)

## **12. CONCLUSION**

Par le présent rapport et conformément aux exigences posées par votre autorité qui a souhaité être saisie de cette étape de la planification, le Conseil d'État présente les perspectives d'évolution de la demande en soins hospitaliers stationnaires à l'horizon 2023, et jusqu'à 2030, établies selon une démarche vérifiable comme l'exige l'OAMal. La démarche retenue, les hypothèses posées et les évaluations réalisées sont présentées de façon transparente. 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 croître ces prochaines années en raison principalement de son vieillissement, même si cette augmentation devrait être relativement contenue grâce au virage ambulatoire dans le domaine des soins somatiques aigus. 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'État 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 à charge de l'assurance obligatoire des soins, indépendamment du lieu de prise en charge, conformément à la LAMal.

Vu ce qui précède, nous vous invitons à prendre acte de ces évaluations en adoptant le décret ci-après.

Veillez agréer, Monsieur le président, Mesdames et Messieurs, l'assurance de notre haute considération.

Neuchâtel, le 25 novembre 2020

Au nom du Conseil d'État :

*La présidente*

M. MAIRE-HEFTI

*La chancelière,*

S. DESPLAND

---

## Décret portant approbation de l'évaluation des besoins en soins hospitaliers stationnaires dans le cadre de la planification hospitalière 2023

---

*Le Grand Conseil de la République et Canton de Neuchâtel,*

vu la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal), du 18 mars 1994, notamment l'article 39 ;

vu l'ordonnance fédérale sur l'assurance maladie (OAMal) du 27 juin 1995, notamment les articles 58a et 58b, alinéa 1 ;

vu la loi de santé, du 6 février 1995, en particulier l'article 83a, alinéa 3 ;

sur la proposition du Conseil d'État, du 25 novembre 2020,

*décède :*

**Article premier** L'évaluation des besoins en soins hospitaliers stationnaires, retranscrite dans l'annexe 12 du rapport du Conseil d'État au Grand Conseil concernant la planification hospitalière neuchâteloise 2023, 1<sup>ère</sup> partie : évaluation des besoins, du 25 novembre 2020, est approuvée.

**Art. 2** Le Conseil d'État est autorisé à actualiser les projections de l'évaluation des besoins en soins hospitaliers stationnaires, notamment en fonction de l'évolution des bases statistiques, techniques et scientifiques.

**Art. 3** Le présent décret n'est pas soumis au référendum.

Neuchâtel,

Au nom du Grand Conseil :

*Le président,*

*La secrétaire générale,*

## Glossaire

AOS	Assurance obligatoire des soins
AvoS	Ambulatoire avant stationnaire (Ambulant vor Stationär)
CDS	Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux-ales de la santé
CHOP	Classification suisse des interventions chirurgicales
CHUV	Centre hospitalier universitaire vaudois
CIM	Classification internationale des maladies
CIMHS	Convention intercantonale relative à la médecine hautement spécialisée
CMI	Case Mix Index
CNP	Centre neuchâtelois de psychiatrie
DFI	Département fédéral de l'intérieur
DFS	Département des finances et de la santé (du Canton de Neuchâtel)
DMS	Durée moyenne de séjour
DPPH	Domaine de prestations pour la planification hospitalière
DRG	Diagnosis Related Group (traduction libre: groupe homogène de diagnostics)
GC	Grand Conseil
GPPH	Groupe de prestations pour la planification hospitalière
GSMN	Genolier Swiss Medical Network (devenu: SMNH - Swiss Medical Network Hospitals S.A.)
HUG	Hôpitaux universitaires de Genève
LAMal	Loi fédérale sur l'assurance maladie
LCNP	Loi sur le Centre neuchâtelois de psychiatrie
LHOPU	Loi sur les hôpitaux publics (canton de Neuchâtel)
LRHNe	Loi sur le réseau hospitalier neuchâtelois
LS	Loi de santé (canton de Neuchâtel)
MHS	Médecine hautement spécialisée
MS	Statistique médicale des hôpitaux (medizinische Statistik)
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
OFSP	Office fédéral de la santé publique
OHIP	Office des hôpitaux et des institutions psychiatrique (Canton de Neuchâtel)
PB	Paquet de base
PCG	Psychiatric Cost Group (Groupe de coûts psychiatriques)
SCSP	Service de la santé publique (Canton de Neuchâtel)
SPLG	Spitalplanungs-Leistungsgruppen
SQLape	Société ayant développé des indicateurs qualité
ST Reha	Structure tarifaire pour la réadaptation hospitalière
TAF	Tribunal administratif fédéral
TARPSY	Système de rémunération par forfait pour les prestations stationnaires de psychiatrie

**Validité des données**

Hôpital neuchâtelois (HNE) et GSMN Neuchâtel SA

Les deux principales institutions hospitalières sur sol neuchâtelois fournissant la grande majorité des cas de soins somatiques aigus ont été invitées à donner leur appréciation sur la qualité des données 2018. Toutes deux ont validé le nombre de cas 2018 de patient-e-s neuchâtelois-es ainsi que la bonne qualité du codage (lequel fut aussi validé par les réviseurs).

Hôpitaux hors-canton

Les établissements hors canton qui accueillent le 80% des patient-e-s neuchâtelois-es ont été invités à donner leur appréciation sur la qualité des données 2018 ; leurs réponses figurent dans le tableau 13. 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 13 : Evaluation de la qualité des données des établissements hors canton*

<b>Établissement</b>	<b>Nombre de cas 2018 de patient-e-s neuchâtelois-es</b>	<b>Appréciation de la qualité du codage</b>
Centre Hospitalier Universitaire Vaudois	Validé	Bonne
Hôpitaux Universitaires de Genève	Validé	Bonne
Inselspital	Validé	Bonne
Hôpital du Jura bernois	Pas de réponse	Pas de réponse

## Définition du cas et délimitation des domaines des soins

### Définition du cas et délimitation des domaines de soins Délimitation des domaines de soins

Les cas de la Statistique médicale des hôpitaux sont attribués aux différents domaines de soins, à savoir les soins somatiques aigus, la réadaptation et la psychiatrie à l'aide de la typologie des hôpitaux de l'OFS, du centre de prise en charge des coûts (1.4.V01) et du tarif retenu pour la facturation (4.8.V01):

1. Dans une première étape, les cas sont attribués à la psychiatrie (M500) ou à la réadaptation (M950) sur la base du centre de prise en charge principal des coûts.
2. Dans une deuxième étape et sur la base de la typologie des hôpitaux, de nouveaux cas de psychiatrie (K211, K212) et de réadaptation (K221) sont identifiés parmi les cas restants.
3. Dans une troisième étape, les cas ayant la gériatrie (M900) comme centre de prise en charge des coûts ou les cas issus des cliniques spécialisées en gériatrie (K234) sont attribués aux soins somatiques aigus si le cas est facturé par DRG, sinon à la réadaptation.
4. Les cas qui n'ont pas été répartis entre les domaines de soins au cours des étapes précédentes (1-3) sont attribués aux soins aigus (étape 4).
5. Dans une cinquième étape, des adaptations sont apportées à l'attribution des cas en fonction de l'hôpital, des résultats d'études de plausibilisation des données, des expériences de l'Obsan dans le cadre d'études précédentes, ainsi que des clarifications avec les cantons concernés. Pour le canton de NE, les cas d'enfants âgés de moins de 14 ans présentant un diagnostic principal du groupe "F" enregistrés au HNE sont attribués à la psychiatrie dans le groupe de pédopsychiatrie et les cas du site HNE-La Chrysalide sont attribués aux soins aigus, dans un GPPH "fictif" de soins palliatifs.

Le tarif de facturation (étape 3) de même que les adaptations manuelles (étape 5) n'ont été effectuées qu'à partir de l'introduction du tarif SwissDRG en 2012. Avant 2012, les cas issus d'un centre de prise en charge principal des coûts en gériatrie (M900) ainsi que les cas provenant de cliniques spécialisées en gériatrie (K234) ont été considérés comme de la réadaptation.

	Soins somatiques aigus	Psychiatrie	Réadaptation
Définition du cas <sup>1)</sup>	A	A, C	A
Centre de prise en charge des coûts <sup>2)</sup>	autres	M500	M950
Typologie des établissements de santé <sup>3)</sup>	autres	K21	K221
Tarif de facturation <sup>4)</sup> combiné avec le centre de coûts M900	M900 & Tarif=SwissDRG		M900 & Tarif#SwissDRG
Tarif de facturation <sup>4)</sup> combiné avec le type d'hôpital K234	K234 & Tarif=SwissDRG		K234 & Tarif#SwissDRG
Adaptations spécifiques aux hôpitaux et aux sites:	oui	oui	oui
Adaptations liées à la définition retenue par le canton de NE	Cas de la Chrysalide (HNE) dans un GPPH fictif "soins palliatifs"	Cas de patients <14 avec diagnostic principal du groupe "F"	

<sup>1)</sup> A: sortie entre le 1.1 et le 31.12; C: date d'entrée avant le 1.1 et traitement se poursuivant au-delà du 31.12.

<sup>2)</sup> M500=Psychiatrie et psychothérapie; M900=Gériatrie; M950=Médecine physique et réadaptation

<sup>3)</sup> K21=Cliniques psychiatriques; K221=Cliniques de réadaptation; K234=Cliniques spécialisées en gériatrie

<sup>4)</sup> Statut DRG=1: le cas a été facturé selon SwissDRG.

Sources: Obsan – ObsanSITE, OFS – Typologie des hôpitaux

### Définition du cas

En principe, un cas correspond à une hospitalisation. Tous les cas qui sortent de l'hôpital durant l'année de référence (cas A) sont pris en compte. En psychiatrie, les cas qui passent toute l'année à l'hôpital (cas C) sont également pris en compte.

Les cas sont redéfinis en soins aigus à partir de 2012 avec l'introduction de SwissDRG, et en psychiatrie à partir de 2018 avec l'introduction de TARPSY : sous certaines conditions, les cas réadmis dans les 18 jours sont regroupés sous le même numéro de cas. Ainsi, un cas peut également consister en plusieurs hospitalisations.

Source : OBSAN

## Domaines (DPPH) et Groupes de prestations (GPPH), v2018.1

Paquet de base	BP	Base chirurgie et médecine interne
	BPE	Base pour fournisseurs de prestations programmées
Dermatologie	DER1	Dermatologie (y c. vénéréologie)
	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 (tympaanoplastie, 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
Neurochirurgie	KIE1	Chirurgie maxillaire
	NCH1	Neurochirurgie crânienne
	NCH1.1	Neurochirurgie spécialisée
	NCH1.1.1	Traitement des pathologies vasculaires du SNC hormis les anomalies vasculaires complexes (CIMHS)
	NCH1.1.1.1	Traitement des anomalies vasculaires complexes du SNC (CIMHS)
	NCH1.1.2	Neurochirurgie stéréotaxique fonctionnelle (CIMHS)
	NCH1.1.3	Chirurgie de l'épilepsie (CIMHS)
	NCH2	Neurochirurgie spinale
	NCH2.1	Processus expansifs intramédullaires primaires et secondaires (CIMHS)
NCH3	Neurochirurgie périphérique	
Neurologie	NEU1	Neurologie
	NEU2	Tumeur maligne secondaire du système nerveux
	NEU2.1	Tumeur primaire du système nerveux (sans patients palliatifs)
	NEU3	Maladies cérébrovasculaires
	NEU3.1	Traitement des accidents vasculaires cérébraux en Stroke Center (CIMHS)
	NEU4	Epileptologie: diagnostic complexe
	NEU4.1	Epileptologie: traitement complexe
	NEU4.2	Epileptologie: diagnostic complexe avec monitoring intensif (CIMHS)

Ophtalmologie	AUG1	Ophtalmologie
	AUG1.1	Strabologie
	AUG1.2	Orbite, paupières, voies lacrymales
	AUG1.3	Chirurgie spécialisée du segment antérieur
	AUG1.4	Cataracte
	AUG1.5	Affections du corps vitré / de la rétine
Endocrinologie	END1	Endocrinologie
Gastroentérologie	GAE1	Gastroentérologie
	GAE1.1	Gastroentérologie spécialisée
Chirurgie viscérale	VIS1	Chirurgie viscérale
	VIS1.1	Résection pancréatique (CIMHS)
	VIS1.2	Résection hépatique (CIMHS)
	VIS1.3	Résection œsophagienne CIMHS)
	VIS1.4	Chirurgie bariatrique
	VIS1.4.1	Chirurgie bariatrique complexe (CIMHS)
	VIS1.5	Résection rectale profonde (CIMHS)
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 de cellules souches hématopoïétiques autologues
	HAE5	Transplantation de cellules souches hématopoïétiques allogéniques (CIMHS)
Vaisseaux	GEF1	Chirurgie vasculaire périphérique (artérielle)
	ANG1	Interventions sur les vaisseaux périphériques (artériels)
	GEFA	Interventions et chirurgie vasculaire sur les vaisseaux intra-abdominaux
	GEF3	Chirurgie carotidienne
	ANG3	Interventions sur la carotide et les vaisseaux extracrâniens
	RAD1	Radiologie interventionnelle (ou seulement diagnostique pour les vaisseaux)
	Cœur	HER1
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
HER1.1.3		Chirurgie et interventions sur l'aorte thoracique
HER1.1.4		Interventions ouvertes sur la valve aortique
HER1.1.5		Interventions ouvertes sur la valve mitrale
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'
	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
	URO1.1.7	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
	PNE2	Polysomnographie
Chirurgie thoracique	THO1	Chirurgie thoracique
	THO1.1	Cancers du système respiratoire résection curative par lobectomie / pneumonectomie)
	THO1.2	Opérations sur le médiastin
Transplantations d'organes solides	TPL1	Transplantation cardiaque (CIMHS)
	TPL2	Transplantation pulmonaire (CIMHS)
	TPL3	Transplantation hépatique (CIMHS)
	TPL4	Transplantation pancréatique (CIMHS)
	TPL5	Transplantation rénale CIMHS)
	TPL6	Transplantation intestinale
	TPL7	Transplantation splénique
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 des membres supérieurs
	BEW7	Reconstruction des membres inférieurs
	BEW7.1	Prothèses de hanche de première intention
	BEW7.2	Prothèses du genou de première intention
	BEW7.3	Reprises de prothèses de hanche et de genou
	BEW8	Chirurgie du rachis
	BEW8.1	Chirurgie spécialisée du rachis
	BEW9	Tumeurs osseuses
	BEW10	Chirurgie du plexus
BEW11	Réimplantations	
Rhumatologie	RHE1	Rhumatologie
	RHE2	Rhumatologie interdisciplinaire

Gynécologie	GYN1	Gynécologie
	GYNT	Tumeurs gynécologiques
	GYN2	Centre de sénologie certifié reconnu
	PLC1	Interventions liées à la transsexualité
Obstétrique	GEBH	Maisons de naissance (à partir de la 37 <sup>e</sup> sem.)
	GEB1	Soins de base en obstétrique (à partir de AG 35 0/7 SA et PN 2000g)
	GEB1.1	Obstétrique (à partir de AG 32 0/7 SA et PN 1250g)
	GEB1.1.1	Obstétrique spécialisée
Nouveau-nés	NEOG	Soins de base aux nouveau-nés maison de naissance (dès 37 SA et PN 2000g)
	NEO1	Soins de base aux nouveau-nés (dès AG 35 0/7 SA et PN 2000g)
	NEO1.1	Soins de base aux nouveau-nés (dès AG 32 0/7 SA et PN 1250g)
	NEO1.1.1	Néonatalogie (à partir d'AG 28 0/7 SA et PN 1000g)
	NEO1.1.1.1	Néonatalogie hautement spécialisée (AG < 28 0/7 SA et PN < 1000g)
(Radio-)oncologie	ONK1	Oncologie
	RAO1	Radio-oncologie
	NUK1	Médecine nucléaire
Traumatismes graves	UNF1	Chirurgie d'urgence (polytraumatismes)
	UNF1.1	Chirurgie d'urgence spécialisée (traumatismes craniocérébraux)
	UNF2	Brûlures étendues (CIMHS)
Domaines pluridisciplinaires	KINM	Pédiatrie
	KINC	Chirurgie pédiatrique
	KINB	Chirurgie pédiatrique de base
	GER	Centre de compétences en gériatrie aiguë
	PAL	Centre de compétences en soins palliatifs
	AVA	Soins somatiques aigus de personnes souffrant de maladies de dépendance

Source : Gesundheitsdirektion Zurich, A3.4.1 Leistungsspez\_Anforderungen\_Akutsomatik\_2018.1\_f\_korr

Projection du nombre de cas d'hospitalisations relevant des réglementations cantonale et fédérale « AvoS » justifiés d'être fournis en mode stationnaire, par domaine de prestations (DPPH), pour l'année 2023

DPPH	2023
Paquet de base	175
Dermatologie	0
Oto-rhino-laryngologie	5
Neurochirurgie	1
Neurologie	0
Ophtalmologie	24
Endocrinologie	0
Gastroentérologie	1
Chirurgie viscérale	2
Hématologie	0
Vaisseaux	106
Cœur	560
Néphrologie	1
Urologie	33
Pneumologie	3
Chirurgie thoracique	0
Transplantations d'organes solides	1
Orthopédie	235
Rhumatologie	1
Gynécologie	51
Obstétrique	0
Nouveau-nés	0
(Radio-)oncologie	0
Traumatismes graves	1
<b>Total sans soins palliatifs</b>	<b>1200</b>
Soins palliatifs	0
<i>Total (avec soins palliatifs)</i>	<i>1200</i>

Source : OBSAN

**Nombre de cas d'hospitalisations en soins somatiques aigus (uniquement AOS), selon les groupes de prestations, 2016 – 2018**

Remarque :

Une case qui contient un point indique la valeur zéro (0), signifiant qu'aucun cas n'est recensé.

Une case grisée indique que le GPPH n'existait pas dans la version GPPH de l'année en question.

GPPH	Description	2016	2017	2018	▲ 16-18	▲ 16-18 (%)
<b>Paquet de base</b>						
BP	Paquet de base chirurgie et médecine interne	8'945	9'522	9'006	61	1%
<b>Dermatologie</b>						
DER1	Dermatologie (y c. vénérologie)	26	41	47	21	81%
DER1.1	Oncologie dermatologique	14	19	16	2	14%
DER1.2	Affections cutanées graves	1	4	.	n.d.	n.d.
DER2	Traitement des plaies	19	18	11	-8	-42%
<b>Oto-rhino-laryngologie</b>						
HNO1	Oto-rhino-laryngologie (chirurgie ORL)	237	219	177	-60	-25%
HNO1.1	Chirurgie cervico-faciale	112	91	76	-36	-32%
HNO1.1.1	Interventions ORL complexes interdisciplinaires (chirurgie tumorale)	2	7	9	7	350%
HNO1.2	Chirurgie élargie du nez et des sinus	110	110	103	-7	-6%
HNO1.2.1	Chirurgie élargie du nez et des sinus avec ouverture de la dure-mère (chirurgie interdisciplinaire de la base du crâne)	6	3	5	-1	-17%
HNO1.3	Chirurgie de l'oreille moyenne (tympaanoplastie, chirurgie mastoïdienne, ossiculoplastie y c. chirurgie stapédienne)	25	32	25	0	0%
HNO1.3.1	Chirurgie élargie de l'oreille avec oreille interne et/ou ouverture de la dure-mère	2	1	.	n.d.	n.d.
HNO1.3.2	Implants cochléaires (CIMHS)	6	4	5	-1	-17%
HNO2	Chirurgie de la thyroïde et des parathyroïdes	94	66	77	-17	-18%
KIE1	Chirurgie maxillaire	22	20	10	-12	-55%

GPPH	Description	2016	2017	2018	▲ 16-18	▲ 16-18 (%)
<b>Neurochirurgie</b>						
NCH1	Neurochirurgie crânienne	73	70	90	17	23%
NCH1.1	Neurochirurgie spécialisée	5	8	2	-3	-60%
NCH1.1.1	Traitement des pathologies vasculaires du SNC hormis les anomalies vasculaires complexes (CIMHS)	28	25	23	-5	-18%
NCH1.1.1.1	Traitement des anomalies vasculaires complexes du SNC (CIMHS)	4	5	2	-2	-50%
NCH1.1.2	Neurochirurgie stéréotaxique fonctionnelle (CIMHS)	.	3	1	n.d.	n.d.
NCH1.1.3	Chirurgie de l'épilepsie (CIMHS)	1	4	.	n.d.	n.d.
NCH2	Neurochirurgie spinale	1	.	1	0	0%
NCH2.1	Processus expansifs intramédullaires primaires et secondaires (CIMHS)	2	.	1	-1	-50%
NCH3	Neurochirurgie périphérique	2	4	.	n.d.	n.d.
<b>Neurologie</b>						
NEU1	Neurologie	176	160	170	-6	-3%
NEU2	Tumeur maligne secondaire du système nerveux	30	14	35	5	17%
NEU2.1	Tumeur primaire du système nerveux (sans patients palliatifs)	17	16	9	-8	-47%
NEU3	Maladies cérébrovasculaires	479	474	552	73	15%
NEU3.1	Traitement des accidents vasculaires cérébraux en Stroke Center (CIMHS)	16	17	26	10	63%
NEU4	Epileptologie: diagnostic complexe	8	12	12	4	50%
NEU4.1	Epileptologie: traitement complexe	14	9	7	-7	-50%
NEU4.2	Epileptologie: diagnostic complexe avec monitoring intensif (CIMHS)	7	7	10	3	43%
<b>Ophtalmologie</b>						
AUG1	Ophtalmologie	28	29	12	-16	-57%
AUG1.1	Strabologie	.	.	.	.	n.d.
AUG1.2	Orbite, paupières, voies lacrymales	5	10	5	0	0%
AUG1.3	Chirurgie spécialisée du segment antérieur	24	20	8	-16	-67%
AUG1.4	Cataracte	31	13	24	-7	-23%
AUG1.5	Affections du corps vitré / de la rétine	20	25	39	19	95%

GPPH	Description	2016	2017	2018	▲ 16-18	▲ 16-18 (%)
<b>Endocrinologie</b>						
END1	Endocrinologie	52	60	74	22	42%
<b>Gastroentérologie</b>						
GAE1	Gastroentérologie	653	633	567	-86	-13%
GAE1.1	Gastroentérologie spécialisée	125	114	152	27	22%
<b>Chirurgie viscérale</b>						
VIS1	Chirurgie viscérale	265	268	226	-39	-15%
VIS1.1	Résection pancréatique (CIMHS)	19	16	18	-1	-5%
VIS1.2	Résection hépatique (CIMHS)	15	11	9	-6	-40%
VIS1.3	Résection œsophagienne (CIMHS)	11	3	10	-1	-9%
VIS1.4	Chirurgie bariatrique	84	93	96	12	14%
VIS1.4.1	Chirurgie bariatrique complexe (CIMHS)	7	9	10	3	43%
VIS1.5	Résection rectale profonde (CIMHS)	8	8	8	0	0%
<b>Hématologie</b>						
HAE1	Lymphomes agressifs et leucémies aiguës	66	52	23	-43	-65%
HAE1.1	Lymphomes très agressifs et leucémies aiguës avec chimiothérapie curative	17	20	24	7	41%
HAE2	Lymphomes indolents et leucémies chroniques	147	143	128	-19	-13%
HAE3	Affections myéloprolifératives et syndromes myélodysplasiques	32	35	37	5	16%
HAE4	Transplantation de cellules souches hématopoïétiques autologues	8	7	6	-2	-25%
HAE5	Transplantation de cellules souches hématopoïétiques allogéniques (CIMHS)	6	5	6	0	0%
<b>Vaisseaux</b>						
GEF1	Chirurgie vasculaire périphérique (artérielle)	81	50	61	-20	-25%
ANG1	Interventions sur les vaisseaux périphériques (artériels)	175	167	95	-80	-46%
GEF2	Chirurgie des vaisseaux intra-abdominaux [GPHH valable jusqu'en 2017]	66	42		n.d.	n.d.

GPPH	Description	2016	2017	2018	▲ 16-18	▲ 16-18 (%)
ANG2	Interventions sur les vaisseaux intra-abdominaux [GPHH valable jusqu'en 2017]	71	54		n.d.	n.d.
GEFA	Interventions et chirurgie vasculaire sur les vaisseaux intra-abdominaux			105	-32	n.d.
GEF3	Chirurgie carotidienne	32	19	40	8	25%
ANG3	Interventions sur la carotide et les vaisseaux extracrâniens	10	11	12	2	20%
GEF4	Chirurgie vasculaire vaisseaux intracrâniens (interventions électives, excl. Stroke)	.			n.d.	n.d.
ANG4	Interventions vaisseaux intracrâniens (interventions électives, excl. Stroke)	.			n.d.	n.d.
RAD1	Radiologie interventionnelle (ou seulement diagnostique pour les vaisseaux)	32	46	38	6	19%
<b>Cœur</b>						
HER1	Chirurgie cardiaque simple	6	3	3	-3	-50%
HER1.1	Chirurgie cardiaque et chirurgie vasculaire avec machine cœur-poumons (sans chirurgie coronarienne)	6	12	8	2	33%
HER1.1.1	Chirurgie coronarienne (PAC)	47	48	50	3	6%
HER1.1.2	Chirurgie cardiaque congénitale complexe	1	1	.	n.d.	n.d.
HER1.1.3	Chirurgie et interventions sur l'aorte thoracique	11	5	12	1	9%
HER1.1.4	Interventions ouvertes sur la valve aortique	28	41	56	28	100%
HER1.1.5	Interventions ouvertes sur la valve mitrale	20	29	19	-1	-5%
KAR1	Cardiologie (y c. stimulateur cardiaque)	120	66	62	-58	-48%
KAR1.1	Cardiologie interventionnelle (interventions coronariennes)	642	689	679	37	6%
KAR1.1.1	Cardiologie interventionnelle (interventions spéciales)	110	110	114	4	4%
KAR1.2	Electrophysiologie (ablations)	38	28	42	4	11%

GPPH	Description	2016	2017	2018	▲ 16-18	▲ 16-18 (%)
<b>Cœur</b>						
KAR1.3	Défibrillateur implantable (ICD) / Pacemaker biventriculaire (CRT)	53	40	44	-9	-17%
<b>Néphrologie</b>						
NEP1	Néphrologie (défaillance rénale aiguë et insuffisance rénale chronique terminale)	133	156	105	-28	-21%
<b>Urologie</b>						
URO1	Urologie sans titre de formation approfondie 'Urologie opératoire'	742	736	836	94	13%
URO1.1	Urologie avec titre de formation approfondie 'Urologie opératoire'	77	78	118	41	53%
URO1.1.1	Prostatectomie radicale	27	42	67	40	148%
URO1.1.2	Cystectomie radicale	17	5	16	-1	-6%
URO1.1.3	Chirurgie complexe des reins (néphrectomie pour tumeur et résection partielle du rein)	27	33	27	0	0%
URO1.1.4	Surrénalectomie isolée	.	6	3	n.d.	n.d.
URO1.1.5	Plastie reconstructive de la jonction pyélo-urétérale [GPHH valable jusqu'en 2017]	4	11		n.d.	n.d.
URO1.1.6	Plastie reconstructive de l'urètre [GPHH valable jusqu'en 2017]	9	6		n.d.	n.d.
URO1.1.7	Implantation d'un sphincter urinaire artificiel	4	2	2	-2	-50%
URO1.1.8	Néphrostomie percutanée avec fragmentation de calculs	5	9	14	9	180%
<b>Pneumologie</b>						
PNE1	Pneumologie	443	511	528	85	19%
PNE1.1	Pneumologie avec assistance ventilatoire spéciale	6	6	1	-5	-83%
PNE1.2	Evaluation avant ou status après transplantation pulmonaire	9	13	14	5	56%
PNE1.3	Mucoviscidose	9	5	1	-8	-89%
PNE2	Polysomnographie	12	10	10	-2	-17%
<b>Chirurgie thoracique</b>						
THO1	Chirurgie thoracique	24	18	12	-12	-50%
THO1.1	Cancers du système respiratoire résection curative par lobectomie / pneumonectomie)	26	41	47	21	81%
THO1.2	Opérations sur le médiastin	10	13	9	-1	-10%

GPPH	Description	2016	2017	2018	▲ 16-18	▲ 16-18 (%)
<b>Transplantations d'organes solides</b>						
TPL1	Transplantation cardiaque (CIMHS)	1	.	4	3	300%
TPL2	Transplantation pulmonaire (CIMHS)	1	2	1	0	0%
TPL3	Transplantation hépatique (CIMHS)	3	3	6	3	100%
TPL4	Transplantation pancréatique (CIMHS)	2	1	1	-1	-50%
TPL5	Transplantation rénale (CIMHS)	7	10	10	3	43%
TPL6	Transplantation intestinale	.	.	.	.	n.d.
TPL7	Transplantation splénique	.	.	.	.	n.d.
<b>Orthopédie</b>						
BEW1	Chirurgie de l'appareil locomoteur	452	488	495	43	10%
BEW2	Orthopédie	328	253	224	-104	-32%
BEW3	Chirurgie de la main	71	63	66	-5	-7%
BEW4	Arthroscopie de l'épaule et du coude	10	9	8	-2	-20%
BEW5	Arthroscopie du genou	375	360	294	-81	-22%
BEW6	Reconstruction des membres supérieurs	264	280	221	-43	-16%
BEW7	Reconstruction des membres inférieurs	884	944	39	48	5%
BEW7.1	Prothèses de hanche de première intention			375	n.d.	n.d.
BEW7.2	Prothèses du genou de première intention			418	n.d.	n.d.
BEW7.3	Reprises de prothèses de hanche et de genou			100	n.d.	n.d.
BEW8	Chirurgie du rachis	553	503	506	-47	-8%
BEW8.1	Chirurgie spécialisée du rachis	28	50	42	14	50%
BEW9	Tumeurs osseuses	2	5	1	-1	-50%
BEW10	Chirurgie du plexus	2	4	.	n.d.	n.d.
BEW11	Réimplantations	1	.	.	n.d.	n.d.
<b>Rhumatologie</b>						
RHE1	Rhumatologie	74	95	80	6	8%
RHE2	Rhumatologie interdisciplinaire	19	15	15	-4	-21%
<b>Gynécologie</b>						
GYN1	Gynécologie	422	388	340	-82	-19%
GYN1.1	Néoplasmes malins de la vulve et du vagin [GPPH valable jusqu'en 2017]	2	4		n.d.	n.d.
GYN1.2	Néoplasmes malins du col de l'utérus [GPPH valable jusqu'en 2017]	1	1		n.d.	n.d.

<b>GPPH</b>	<b>Description</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>▲ 16-18</b>	<b>▲ 16-18 (%)</b>
GYN1.3	Néoplasmes malins du corps utérin [GPHH valable jusqu'en 2017]	26	18		n.d.	n.d.
GYN1.4	Néoplasmes malins de l'ovaire [GPHH valable jusqu'en 2017]	11	11		n.d.	n.d.
GYN2	Centre de sénologie certifié reconnu	213	195	132	-81	-38%
GYNT	Tumeurs gynécologiques			49	-204	n.d.
PLC1	Interventions liées à la transsexualité	1	2	4	3	300%
<b>Obstétrique</b>						
GEBH	Maisons de naissance (à partir de la 37 <sup>e</sup> semaine)	54	55	45	-9	-17%
GEB1	Soins de base en obstétrique (à partir de AG 35 0/7 SA et PN 2000g)	2'070	1'947	1'876	-194	-9%
GEB1.1	Obstétrique (à partir de AG 32 0/7 SA et PN 1250g)	30	19	32	2	7%
GEB1.1.1	Obstétrique spécialisée	13	7	11	-2	-15%
<b>Nouveau-nés</b>						
NEOG	Soins de base aux nouveau-nés maison de naissance (dès 37 SA et PN 2000g)	41	44	30	-11	-27%
NEO1	Soins de base aux nouveau-nés (dès AG 35 0/7 SA et PN 2000g)	1'631	1'613	1'508	-123	-8%
NEO1.1	Soins de base aux nouveau-nés (dès AG 32 0/7 SA et PN 1250g)	44	29	27	-17	-39%
NEO1.1.1	Néonatalogie (à partir d'AG 28 0/7 SA et PN 1000g)	3	14	17	14	467%
NEO1.1.1.1	Néonatalogie hautement spécialisée (AG < 28 0/7 SA et PN < 1000g)	4	.	1	-3	-75%
<b>(Radio-)oncologie</b>						
ONK1	Oncologie	121	128	119	-2	-2%
RAO1	Radio-oncologie	93	80	85	-8	-9%
NUK1	Médecine nucléaire	34	37	37	3	9%
<b>Traumatismes graves</b>						
UNF1	Chirurgie d'urgence (polytraumatismes)	3	23	26	23	767%
UNF1.1	Chirurgie d'urgence spécialisée (traumatismes cranio-cérébraux)	18	33	37	19	106%
UNF2	Brûlures étendues (CIMHS)	6	3	1	-5	-83%

GPPH	Description	2016	2017	2018	▲ 16-18	▲ 16-18 (%)
<b>Total (sans soins palliatifs)</b>		<b>23'158</b>	<b>23'457</b>	<b>22'523</b>	<b>-635</b>	<b>-3%</b>
<b>Domaines multidisciplinaires</b>						
PAL	Soins palliatifs	148	158	163	15	10%
<b>Total (avec soins palliatifs)</b>		<b>23'306</b>	<b>23'615</b>	<b>22'686</b>	<b>-620</b>	<b>-3%</b>

Source : OBSAN

Note explicative en relation avec les GPPH GEBH et GEB1 du domaine Obstétrique :

Le groupeur GPPH attribuant les cas réalisés par les maisons de naissance au groupe GEB1, ceux-ci ont été retirés de GEB1 et attribués au groupe GEBH.

Note explicative en relation avec les GPPH NEOG et NEO1 du domaine Nouveau-nés :

Le groupeur GPPH attribuant les cas réalisés par les maisons de naissance au groupe NEO1, ceux-ci ont été retirés de NEO1 et attribués au groupe NEOG.

**Nombre de cas d'hospitalisations en soins somatiques aigus (tous régimes assuranciers confondus), selon les domaines de prestations, 2016 – 2018**

<b>DPPH</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>▲ 16-18</b>	<b>▲ 16-18 (%)</b>
Paquet de base	9'550	10'180	9'568	18	0%
Dermatologie	64	85	77	13	20%
Oto-rhino-laryngologie	651	606	525	-126	-19%
Neurochirurgie	125	133	131	6	5%
Neurologie	776	728	836	60	8%
Ophtalmologie	108	103	94	-14	-13%
Endocrinologie	52	61	76	24	46%
Gastroentérologie	791	750	727	-64	-8%
Chirurgie viscérale	415	415	385	-30	-7%
Hématologie	278	269	233	-45	-16%
Vaisseaux	468	397	356	-112	-24%
Cœur	1'090	1'083	1'109	19	2%
Néphrologie	133	157	105	-28	-21%
Urologie	946	978	1'131	185	20%
Pneumologie	490	555	568	78	16%
Chirurgie thoracique	62	74	70	8	13%
Transplantations d'organes solides	15	16	22	7	47%
Orthopédie	3'683	3'635	3'562	-121	-3%
Rhumatologie	108	123	102	-6	-6%
Gynécologie	678	624	526	-152	-22%
Obstétrique	2'179	2'039	1'975	-204	-9%
Nouveau-nés	1'835	1'782	1'695	-140	-8%
(Radio-)oncologie	248	248	242	-6	-2%
Traumatismes graves	37	81	84	47	127%
<b>Total (sans soins palliatifs)</b>	<b>24'782</b>	<b>25'122</b>	<b>24'199</b>	<b>-583</b>	<b>-2%</b>
Soins palliatifs	150	160	164	14	9%
<b>Total (avec soins palliatifs)</b>	<b>24'932</b>	<b>25'282</b>	<b>24'363</b>	<b>-569</b>	<b>-2%</b>

Source : OBSAN

**Nombre de cas d'hospitalisations en soins somatiques aigus (tous régimes assuranciers confondus), selon les groupes de prestations, 2016 – 2018**

Remarque :

Une case qui contient un point indique la valeur zéro (0), signifiant qu'aucun cas n'est recensé.

Une case grisée indique que le GPPH n'existait pas dans la version GPPH de l'année en question.

GPPH	Description GPPH	2016	2017	2018	▲ 16-18	▲ 16-18 (%)
BP	Paquet de base chirurgie et médecine interne	9'550	10'180	9'568	18	0%
<b>Dermatologie</b>						
DER1	Dermatologie (y c. vénérologie)	30	43	48	18	60%
DER1.1	Oncologie dermatologique	14	19	17	3	21%
DER1.2	Affections cutanées graves	1	4	.	n.d.	n.d.
DER2	Traitement des plaies	19	19	12	-7	-37%
<b>Oto-rhino-laryngologie</b>						
HNO1	Oto-rhino-laryngologie (chirurgie ORL)	244	226	182	-62	-25%
HNO1.1	Chirurgie cervico-faciale	126	118	82	-44	-35%
HNO1.1.1	Interventions ORL complexes interdisciplinaires (chirurgie tumorale)	2	7	9	7	350%
HNO1.2	Chirurgie élargie du nez et des sinus	114	119	114	0	0%
HNO1.2.1	Chirurgie élargie du nez et des sinus avec ouverture de la dure-mère (chirurgie interdisciplinaire de la base du crâne)	6	3	5	-1	-17%
HNO1.3	Chirurgie de l'oreille moyenne (tympaanoplastie, chirurgie mastoïdienne, ossiculoplastie y c. chirurgie stapédienne)	25	33	26	1	4%
HNO1.3.1	Chirurgie élargie de l'oreille avec oreille interne et/ou ouverture de la dure-mère	2	1	.	n.d.	n.d.
HNO1.3.2	Implants cochléaires (CIMHS)	6	4	5	-1	-17%
HNO2	Chirurgie de la thyroïde et des parathyroïdes	95	67	78	-17	-18%
KIE1	Chirurgie maxillaire	31	28	24	-7	-23%
<b>Neurochirurgie</b>						
NCH1	Neurochirurgie crânienne	80	84	98	18	23%
NCH1.1	Neurochirurgie spécialisée	5	8	2	-3	-60%

GPPH	Description GPPH	2016	2017	2018	▲ 16-18	▲ 16-18 (%)
<b>Neurochirurgie</b>						
NCH1.1.1	Traitement des pathologies vasculaires du SNC hormis les anomalies vasculaires complexes (CIMHS)	28	25	23	-5	-18%
NCH1.1.1.1	Traitement des anomalies vasculaires complexes du SNC (CIMHS)	4	5	2	-2	-50%
NCH1.1.2	Neurochirurgie stéréotaxique fonctionnelle (CIMHS)	.	3	1	n.d.	n.d.
NCH1.1.3	Chirurgie de l'épilepsie (CIMHS)	3	4	.	n.d.	n.d.
NCH2	Neurochirurgie spinale	1	.	1	0	0%
NCH2.1	Processus expansifs intramédullaires primaires et secondaires (CIMHS)	2	.	1	-1	-50%
NCH3	Neurochirurgie périphérique	2	4	3	1	50%
<b>Neurologie</b>						
NEU1	Neurologie	191	169	179	-12	-6%
NEU2	Tumeur maligne secondaire du système nerveux	31	14	36	5	16%
NEU2.1	Tumeur primaire du système nerveux (sans patients palliatifs)	26	20	10	-16	-62%
NEU3	Maladies cérébrovasculaires	479	479	554	75	16%
NEU3.1	Traitement des accidents vasculaires cérébraux en Stroke Center (CIMHS)	16	17	26	10	63%
NEU4	Epileptologie: diagnostic complexe	11	13	13	2	18%
NEU4.1	Epileptologie: traitement complexe	14	9	8	-6	-43%
NEU4.2	Epileptologie: diagnostic complexe avec monitoring intensif (CIMHS)	8	7	10	2	25%
<b>Ophthalmologie</b>						
AUG1	Ophthalmologie	28	33	14	-14	-50%
AUG1.1	Strabologie	.	.	.	.	n.d.
AUG1.2	Orbite, paupières, voies lacrymales	5	11	6	1	20%
AUG1.3	Chirurgie spécialisée du segment antérieur	24	20	8	-16	-67%
AUG1.4	Cataracte	31	13	24	-7	-23%
AUG1.5	Affections du corps vitré / de la rétine	20	26	42	22	110%

GPPH	Description GPPH	2016	2017	2018	▲ 16-18	▲ 16-18 (%)
<b>Endocrinologie</b>						
END1	Endocrinologie	52	61	76	24	46%
<b>Gastroentérologie</b>						
GAE1	Gastroentérologie	663	636	575	-88	-13%
GAE1.1	Gastroentérologie spécialisée	128	114	152	24	19%
<b>Chirurgie viscérale</b>						
VIS1	Chirurgie viscérale	271	275	234	-37	-14%
VIS1.1	Résection pancréatique (CIMHS)	19	16	18	-1	-5%
VIS1.2	Résection hépatique (CIMHS)	15	11	9	-6	-40%
VIS1.3	Résection œsophagienne (CIMHS)	11	3	10	-1	-9%
VIS1.4	Chirurgie bariatrique	84	93	96	12	14%
VIS1.4.1	Chirurgie bariatrique complexe (CIMHS)	7	9	10	3	43%
VIS1.5	Résection rectale profonde (CIMHS)	8	8	8	0	0%
<b>Hématologie</b>						
HAE1	Lymphomes agressifs et leucémies aiguës	66	53	27	-39	-59%
HAE1.1	Lymphomes très agressifs et leucémies aiguës avec chimiothérapie curative	17	21	25	8	47%
HAE2	Lymphomes indolents et leucémies chroniques	148	148	130	-18	-12%
HAE3	Affections myéloprolifératives et syndromes myélodysplasiques	32	35	39	7	22%
HAE4	Transplantation de cellules souches hématopoïétiques autologues	9	7	6	-3	-33%
HAE5	Transplantation de cellules souches hématopoïétiques allogéniques (CIMHS)	6	5	6	0	0%
<b>Vaisseaux</b>						
GEF1	Chirurgie vasculaire périphérique (artérielle)	82	51	63	-19	-23%
ANG1	Interventions sur les vaisseaux périphériques (artériels)	175	171	95	-80	-46%
GEF2	Chirurgie des vaisseaux intra-abdominaux [GPHH valable jusqu'en 2017]	66	43		n.d.	n.d.
ANG2	Interventions sur les vaisseaux intra-abdominaux [GPHH valable jusqu'en 2017]	71	54		n.d.	n.d.

GPPH	Description GPPH	2016	2017	2018	▲ 16-18	▲ 16-18 (%)
<b>Vaisseaux</b>						
GEFA	Interventions et chirurgie vasculaire sur les vaisseaux intra-abdominaux			107	-30	n.d.
GEF3	Chirurgie carotidienne	32	19	40	8	25%
ANG3	Interventions sur la carotide et les vaisseaux extracrâniens	10	11	12	2	20%
GEF4	Chirurgie vasculaire vaisseaux intracrâniens (interventions électives, excl. Stroke)	.			n.d.	n.d.
ANG4	Interventions vaisseaux intracrâniens (interventions électives, excl. Stroke)	.			n.d.	n.d.
RAD1	Radiologie interventionnelle (ou seulement diagnostique pour les vaisseaux)	32	48	39	7	22%
<b>Coeur</b>						
HER1	Chirurgie cardiaque simple	6	4	3	-3	-50%
HER1.1	Chirurgie cardiaque et chirurgie vasculaire avec machine cœur-poumons (sans chirurgie coronarienne)	8	17	14	6	75%
HER1.1.1	Chirurgie coronarienne (PAC)	47	49	50	3	6%
HER1.1.2	Chirurgie cardiaque congénitale complexe	3	1	3	0	0%
HER1.1.3	Chirurgie et interventions sur l'aorte thoracique	12	6	15	3	25%
HER1.1.4	Interventions ouvertes sur la valve aortique	29	41	57	28	97%
HER1.1.5	Interventions ouvertes sur la valve mitrale	20	29	23	3	15%
KAR1	Cardiologie (y c. stimulateur cardiaque)	120	67	63	-57	-48%
KAR1.1	Cardiologie interventionnelle (interventions coronariennes)	642	691	679	37	6%
KAR1.1.1	Cardiologie interventionnelle (interventions spéciales)	112	110	115	3	3%
KAR1.2	Electrophysiologie (ablations)	38	28	43	5	13%
KAR1.3	Défibrillateur implantable (ICD) / Pacemaker biventriculaire (CRT)	53	40	44	-9	-17%

GPPH	Description GPPH	2016	2017	2018	▲ 16-18	▲ 16-18 (%)
<b>Néphrologie</b>						
NEP1	Néphrologie (défaillance rénale aiguë et insuffisance rénale chronique terminale)	133	157	105	-28	-21%
<b>Urologie</b>						
URO1	Urologie sans titre de formation approfondie 'Urologie opératoire'	763	767	869	106	14%
URO1.1	Urologie avec titre de formation approfondie 'Urologie opératoire'	84	85	131	47	56%
URO1.1.1	Prostatectomie radicale	27	42	67	40	148%
URO1.1.2	Cystectomie radicale	17	5	16	-1	-6%
URO1.1.3	Chirurgie complexe des reins (néphrectomie pour tumeur et résection partielle du rein)	28	37	29	1	4%
URO1.1.4	Surrénalectomie isolée	.	6	3	n.d.	n.d.
URO1.1.5	Plastie reconstructive de la jonction pyélo-urétérale [GPPH valable jusqu'en 2017]	5	11		n.d.	n.d.
URO1.1.6	Plastie reconstructive de l'urètre [GPPH valable jusqu'en 2017]	13	13		n.d.	n.d.
URO1.1.7	Implantation d'un sphincter urinaire artificiel	4	2	2	-2	-50%
URO1.1.8	Néphrostomie percutanée avec fragmentation de calculs	5	10	14	9	180%
<b>Pneumologie</b>						
PNE1	Pneumologie	453	519	538	85	19%
PNE1.1	Pneumologie avec assistance ventilatoire spéciale	6	6	1	-5	-83%
PNE1.2	Evaluation avant ou status après transplantation pulmonaire	9	13	14	5	56%
PNE1.3	Mucoviscidose	9	6	3	-6	-67%
PNE2	Polysomnographie	13	11	12	-1	-8%
<b>Chirurgie thoracique</b>						
THO1	Chirurgie thoracique	24	18	14	-10	-42%
THO1.1	Cancers du système respiratoire résection curative par lobectomie / pneumonectomie)	28	42	47	19	68%
THO1.2	Opérations sur le médiastin	10	14	9	-1	-10%
<b>Transplantations d'organes solides</b>						
TPL1	Transplantation cardiaque (CIMHS)	1	.	4	3	300%

GPPH	Description GPPH	2016	2017	2018	▲ 16-18	▲ 16-18 (%)
<b>Transplantations d'organes solides</b>						
TPL2	Transplantation pulmonaire (CIMHS)	1	2	1	0	0%
TPL3	Transplantation hépatique (CIMHS)	4	3	6	2	50%
TPL4	Transplantation pancréatique (CIMHS)	2	1	1	-1	-50%
TPL5	Transplantation rénale (CIMHS)	7	10	10	3	43%
TPL6	Transplantation intestinale	.	.	.	.	n.d.
TPL7	Transplantation splénique	.	.	.	.	n.d.
<b>Orthopédie</b>						
BEW1	Chirurgie de l'appareil locomoteur	617	675	707	90	15%
BEW2	Orthopédie	354	271	244	-110	-31%
BEW3	Chirurgie de la main	94	85	109	15	16%
BEW4	Arthroscopie de l'épaule et du coude	13	15	14	1	8%
BEW5	Arthroscopie du genou	687	644	622	-65	-9%
BEW6	Reconstruction des membres supérieurs	386	385	327	-59	-15%
BEW7	Reconstruction des membres inférieurs	918	971	46	50	5%
BEW7.1	Prothèses de hanche de première intention			381	n.d.	n.d.
BEW7.2	Prothèses du genou de première intention			435	n.d.	n.d.
BEW7.3	Reprises de prothèses de hanche et de genou			106	n.d.	n.d.
BEW8	Chirurgie du rachis	572	521	520	-52	-9%
BEW8.1	Chirurgie spécialisée du rachis	37	59	50	13	35%
BEW9	Tumeurs osseuses	2	5	1	-1	-50%
BEW10	Chirurgie du plexus	2	4	.	n.d.	n.d.
BEW11	Réimplantations	1	.	.	n.d.	n.d.
<b>Rhumatologie</b>						
RHE1	Rhumatologie	88	108	87	-1	-1%
RHE2	Rhumatologie interdisciplinaire	20	15	15	-5	-25%
<b>Gynécologie</b>						
GYN1	Gynécologie	423	393	341	-82	-19%
GYN1.1	Néoplasmes malins de la vulve et du vagin [GPHH valable jusqu'en 2017]	2	4		n.d.	n.d.
GYN1.2	Néoplasmes malins du col de l'utérus [GPHH valable jusqu'en 2017]	1	1		n.d.	n.d.
GYN1.3	Néoplasmes malins du corps utérin [GPHH valable jusqu'en 2017]	27	18		n.d.	n.d.
GYN1.4	Néoplasmes malins de l'ovaire [GPHH valable jusqu'en 2017]	11	11		n.d.	n.d.

GPPH	Description GPPH	2016	2017	2018	▲ 16-18	▲ 16-18 (%)
GYN2	Centre de sénologie certifié reconnu	213	195	132	-81	-38%
GYNT	Tumeurs gynécologiques			49	-205	n.d.
PLC1	Interventions liées à la transsexualité	1	2	4	3	300%
<b>Obstétrique</b>						
GEBH	Maisons de naissance (à partir de la 37 <sup>e</sup> semaine)	54	55	46	-8	-15%
GEB1	Soins de base en obstétrique (à partir de AG 35 0/7 SA et PN 2000g)	2'082	1'958	1'886	-19	-9%
GEB1.1	Obstétrique (à partir de AG 32 0/7 SA et PN 1250g)	30	19	32	2	7%
GEB1.1.1	Obstétrique spécialisée	13	7	11	-2	-15%
<b>Nouveau-nés</b>						
NEOG	Soins de base aux nouveau-nés maison de naissance (dès 37 SA et PN 200g)	41	44	31	-10	-24%
NEO1	Soins de base aux nouveau-nés (dès AG 35 0/7 SA et PN 2000g)	1'655	1'643	1'538	-177	-7%
NEO1.1	Soins de base aux nouveau-nés (dès AG 32 0/7 SA et PN 1250g)	108	53	71	-37	-34%
NEO1.1.1	Néonatalogie (à partir d'AG 28 0/7 SA et PN 1000g)	15	40	45	30	200%
NEO1.1.1.1	Néonatalogie hautement spécialisée (AG < 28 0/7 SA et PN < 1000g)	6	2	10	4	67%
<b>(Radio-)oncologie</b>						
NUK1	Médecine nucléaire	34	38	37	3	9%
ONK1	Oncologie	121	130	119	-2	-2%
RAO1	Radio-oncologie	93	80	86	-7	-8%
<b>Traumatismes graves</b>						
UNF1	Chirurgie d'urgence (polytraumatismes)	8	37	37	29	363%
UNF1.1	Chirurgie d'urgence spécialisée (traumatismes cranio-cérébraux)	22	40	46	24	109%
UNF2	Brûlures étendues (CIMHS)	7	4	1	-6	-86%
<b>Total (sans soins palliatifs)</b>		<b>24'782</b>	<b>25'122</b>	<b>24'199</b>	<b>-583</b>	<b>-2%</b>
<b>Domaines multidisciplinaires</b>						
PAL	Soins palliatifs	150	160	164	14	9%
<b>Total (avec soins palliatifs)</b>		<b>24'932</b>	<b>25'282</b>	<b>24'363</b>	<b>-569</b>	<b>-2%</b>

Source : OBSAN

Note explicative en relation avec les GPPH GEBH et GEB1 du domaine Obstétrique :

Le groupeur GPPH attribuant les cas réalisés par les maisons de naissance au groupe GEB1, ceux-ci ont été retirés de GEB1 et attribués au groupe GEBH.

Note explicative en relation avec les GPPH NEOG et NEO1 du domaine Nouveau-nés : Le groupeur GPPH attribuant les cas réalisés par les maisons de naissance au groupe NEO1, ceux-ci ont été retirés de NEO1 et attribués au groupe NEOG.

### Nombre de journées d'hospitalisations en soins somatiques aigus (uniquement AOS), selon les groupes de prestations, 2016 – 2018

Remarque :

Une case qui contient un point indique la valeur zéro (0), signifiant qu'aucun cas n'est recensé.

Une case grisée indique que le GPPH n'existait pas dans la version GPPH de l'année en question.

GPPH	Description GPPH	2016	2017	2018	▲ 16-18	▲ 16-18 (%)
<b>Paquet de base</b>						
BP	Paquet de base chirurgie et médecine interne	46'348	47'095	44'109	-2'239	-5%
<b>Dermatologie</b>						
DER1	Dermatologie (y c. vénérologie)	182	225	177	-5	-3%
DER1.1	Oncologie dermatologique	39	90	145	106	272%
DER1.2	Affections cutanées graves	2	27	.	n.d.	n.d.
DER2	Traitement des plaies	262	334	176	-86	-33%
<b>Oto-rhino-laryngologie</b>						
HNO1	Oto-rhino-laryngologie (chirurgie ORL)	789	748	649	-140	-18%
HNO1.1	Chirurgie cervico-faciale	537	270	314	-223	-42%
HNO1.1.1	Interventions ORL complexes interdisciplinaires (chirurgie tumorale)	18	74	60	42	233%
HNO1.2	Chirurgie élargie du nez et des sinus	208	222	149	-59	-28%
HNO1.2.1	Chirurgie élargie du nez et des sinus avec ouverture de la dure-mère (chirurgie interdisciplinaire de la base du crâne)	43	26	37	-6	-14%
HNO1.3	Chirurgie de l'oreille moyenne (tympoplastie, chirurgie mastoïdienne, ossiculoplastie y c. chirurgie stapédienne)	86	47	39	-47	-55%
HNO1.3.1	Chirurgie élargie de l'oreille avec oreille interne et/ou ouverture de la dure-mère	17	5	.	n.d.	n.d.
HNO1.3.2	Implants cochléaires (CIMHS)	13	8	12	-1	-8%
HNO2	Chirurgie de la thyroïde et des parathyroïdes	262	187	192	-70	-27%
KIE1	Chirurgie maxillaire	80	207	36	-44	-55%
<b>Neurochirurgie</b>						
NCH1	Neurochirurgie crânienne	693	783	883	190	27%
NCH1.1	Neurochirurgie spécialisée	31	89	7	-24	-77%

GPPH	Description GPPH	2016	2017	2018	▲ 16-18	▲ 16-18 (%)
<b>Neurochirurgie</b>						
NCH1.1.1	Traitement des pathologies vasculaires du SNC hormis les anomalies vasculaires complexes (CIMHS)	237	354	172	-65	-27%
NCH1.1.1.1	Traitement des anomalies vasculaires complexes du SNC (CIMHS)	33	25	7	-26	-79%
NCH1.1.2	Neurochirurgie stéréotaxique fonctionnelle (CIMHS)	.	32	132	n.d.	n.d.
NCH1.1.3	Chirurgie de l'épilepsie (CIMHS)	2	36	.	n.d.	n.d.
NCH2	Neurochirurgie spinale	5	.	14	9	180%
NCH2.1	Processus expansifs intramédullaires primaires et secondaires (CIMHS)	11	.	9	-2	-18%
NCH3	Neurochirurgie périphérique	10	54	.	n.d.	n.d.
<b>Neurologie</b>						
NEU1	Neurologie	645	790	673	28	4%
NEU2	Tumeur maligne secondaire du système nerveux	206	108	192	-14	-7%
NEU2.1	Tumeur primaire du système nerveux (sans patients palliatifs)	102	163	86	-16	-16%
NEU3	Maladies cérébrovasculaires	3'208	3'352	3'457	249	8%
NEU3.1	Traitement des accidents vasculaires cérébraux en Stroke Center (CIMHS)	179	213	129	-50	-28%
NEU4	Epileptologie: diagnostic complexe	77	50	115	38	49%
NEU4.1	Epileptologie: traitement complexe	201	150	136	-65	-32%
NEU4.2	Epileptologie: diagnostic complexe avec monitoring intensif (CIMHS)	88	89	110	22	25%
<b>Ophtalmologie</b>						
AUG1	Ophtalmologie	201	201	119	-82	-41%
AUG1.1	Strabologie	.	.	.	.	n.d.
AUG1.2	Orbite, paupières, voies lacrymales	6	17	7	1	17%
AUG1.3	Chirurgie spécialisée du segment antérieur	59	89	21	-38	-64%
AUG1.4	Cataracte	59	13	29	-30	-51%
AUG1.5	Affections du corps vitré / de la rétine	66	69	117	51	77%
<b>Endocrinologie</b>						
END1	Endocrinologie	387	585	673	286	74%

GPPH	Description GPPH	2016	2017	2018	▲ 16-18	▲ 16-18 (%)
<b>Gastroentérologie</b>						
GAE1	Gastroentérologie	6'101	5'508	5'267	-834	-14%
GAE1.1	Gastroentérologie spécialisée	1'107	1'016	1'372	265	24%
<b>Chirurgie viscérale</b>						
VIS1	Chirurgie viscérale	3'025	2'704	2'123	-902	-30%
VIS1.1	Résection pancréatique (CIMHS)	338	404	292	-46	-14%
VIS1.2	Résection hépatique (CIMHS)	138	107	94	-44	-32%
VIS1.3	Résection œsophagienne (CIMHS)	276	124	243	-33	-12%
VIS1.4	Chirurgie bariatrique	267	258	267	0	0%
VIS1.4.1	Chirurgie bariatrique complexe (CIMHS)	28	46	52	24	86%
VIS1.5	Résection rectale profonde (CIMHS)	66	147	84	18	27%
<b>Hématologie</b>						
HAE1	Lymphomes agressifs et leucémies aiguës	577	352	128	-449	-78%
HAE1.1	Lymphomes très agressifs et leucémies aiguës avec chimiothérapie curative	386	579	663	277	72%
HAE2	Lymphomes indolents et leucémies chroniques	1'061	1'382	1'031	-30	-3%
HAE3	Affections myéloprolifératives et syndromes myélodysplasiques	478	470	401	-77	-16%
HAE4	Transplantation de cellules souches hématopoïétiques autologues	156	152	169	13	8%
HAE5	Transplantation de cellules souches hématopoïétiques allogéniques (CIMHS)	336	196	257	-79	-24%
<b>Vaisseaux</b>						
GEF1	Chirurgie vasculaire périphérique (artérielle)	830	460	566	-264	-32%
ANG1	Interventions sur les vaisseaux périphériques (artériels)	835	1'038	692	-143	-17%
GEF2	Chirurgie des vaisseaux intra-abdominaux [GPHH valable jusqu'en 2017]	1'050	631		n.d.	n.d.
ANG2	Interventions sur les vaisseaux intra-abdominaux [GPHH valable jusqu'en 2017]	536	405		n.d.	n.d.
GEFA	Interventions et chirurgie vasculaire sur les vaisseaux intra-abdominaux			961	-625	n.d.
GEF3	Chirurgie carotidienne	249	110	333	84	34%

GPPH	Description GPPH	2016	2017	2018	▲ 16-18	▲ 16-18 (%)
ANG3	Interventions sur la carotide et les vaisseaux extracrâniens	43	44	58	15	35%
GEF4	Chirurgie vasculaire vaisseaux intracrâniens (interventions électives, excl. Stroke)	.			n.d.	n.d.
ANG4	Interventions vaisseaux intracrâniens (interventions électives, excl. Stroke)	.			n.d.	n.d.
RAD1	Radiologie interventionnelle (ou seulement diagnostique pour les vaisseaux)	171	141	250	79	46%
<b>Coeur</b>						
HER1	Chirurgie cardiaque simple	46	30	28	-18	-39%
HER1.1	Chirurgie cardiaque et chirurgie vasculaire avec machine cœur-poumons (sans chirurgie coronarienne)	143	378	53	-90	-63%
HER1.1.1	Chirurgie coronarienne (PAC)	595	505	548	-47	-8%
HER1.1.2	Chirurgie cardiaque congénitale complexe	64	30	.	n.d.	n.d.
HER1.1.3	Chirurgie et interventions sur l'aorte thoracique	212	78	172	-40	-19%
HER1.1.4	Interventions ouvertes sur la valve aortique	381	534	582	201	53%
HER1.1.5	Interventions ouvertes sur la valve mitrale	227	359	237	10	4%
KAR1	Cardiologie (y c. stimulateur cardiaque)	523	451	493	-30	-6%
KAR1.1	Cardiologie interventionnelle (interventions coronariennes)	1'278	1'400	1'361	83	6%
KAR1.1.1	Cardiologie interventionnelle (interventions spéciales)	716	534	682	-34	-5%
KAR1.2	Electrophysiologie (ablations)	111	81	89	-22	-20%
KAR1.3	Défibrillateur implantable (ICD) / Pacemaker biventriculaire (CRT)	267	127	231	-36	-13%
<b>Néphrologie</b>						
NEP1	Néphrologie (défaillance rénale aiguë et insuffisance rénale chronique terminale)	1'434	1'539	1'417	-17	-1%
<b>Urologie</b>						
URO1	Urologie sans titre de formation approfondie 'Urologie opératoire'	2'507	2'817	2'982	475	19%

GPPH	Description GPPH	2016	2017	2018	▲ 16-18	▲ 16-18 (%)
<b>Urologie</b>						
URO1.1	Urologie avec titre de formation approfondie 'Urologie opératoire'	386	423	615	229	59%
URO1.1.1	Prostatectomie radicale	175	245	404	229	131%
URO1.1.2	Cystectomie radicale	330	105	310	-20	-6%
URO1.1.3	Chirurgie complexe des reins (néphrectomie pour tumeur et résection partielle du rein)	228	350	221	-7	-3%
URO1.1.4	Surrénalectomie isolée	.	18	6	n.d.	n.d.
URO1.1.5	Plastie reconstructive de la jonction pyélo-urétérale [GPHH valable jusqu'en 2017]	13	45		n.d.	n.d.
URO1.1.6	Plastie reconstructive de l'urètre [GPHH valable jusqu'en 2017]	41	28		n.d.	n.d.
URO1.1.7	Implantation d'un sphincter urinaire artificiel	5	4	5	0	0%
URO1.1.8	Néphrostomie percutanée avec fragmentation de calculs	50	34	74	24	48%
<b>Pneumologie</b>						
PNE1	Pneumologie	4'894	5'812	5'402	508	10%
PNE1.1	Pneumologie avec assistance ventilatoire spéciale	40	49	2	-38	-95%
PNE1.2	Evaluation avant ou status après transplantation pulmonaire	159	54	169	10	6%
PNE1.3	Mucoviscidose	140	31	1	-139	-99%
PNE2	Polysomnographie	147	89	79	-68	-46%
<b>Chirurgie thoracique</b>						
THO1	Chirurgie thoracique	344	106	104	-240	-70%
THO1.1	Cancers du système respiratoire résection curative par lobectomie / pneumonectomie)	360	389	430	70	19%
THO1.2	Opérations sur le médiastin	37	50	32	-5	-14%
<b>Transplantations d'organes solides</b>						
TPL1	Transplantation cardiaque (CIMHS)	2	.	195	193	9650%
TPL2	Transplantation pulmonaire (CIMHS)	17	182	54	37	218%
TPL3	Transplantation hépatique (CIMHS)	30	107	76	46	153%
TPL4	Transplantation pancréatique (CIMHS)	54	8	18	-36	-67%
TPL5	Transplantation rénale (CIMHS)	102	181	144	42	41%
TPL6	Transplantation intestinale	.	.	.	.	n.d.
TPL7	Transplantation splénique	.	.	.	.	n.d.

GPPH	Description GPPH	2016	2017	2018	▲ 16-18	▲ 16-18 (%)
<b>Orthopédie</b>						
BEW1	Chirurgie de l'appareil locomoteur	3'421	3'297	3'330	-91	-3%
BEW2	Orthopédie	1'345	1'070	977	-368	-27%
BEW3	Chirurgie de la main	151	157	173	22	15%
BEW4	Arthroscopie de l'épaule et du coude	46	29	24	-22	-48%
BEW5	Arthroscopie du genou	773	647	547	-226	-29%
BEW6	Reconstruction des membres supérieurs	1'155	1'058	891	-264	-23%
BEW7	Reconstruction des membres inférieurs	6'958	6'802	184	-644	-9%
BEW7.1	Prothèses de hanche de première intention			2'292	n.d.	n.d.
BEW7.2	Prothèses du genou de première intention			2'501	n.d.	n.d.
BEW7.3	Reprises de prothèses de hanche et de genou			1'337	n.d.	n.d.
BEW8	Chirurgie du rachis	4'260	3'665	3'379	-881	-21%
BEW8.1	Chirurgie spécialisée du rachis	332	758	409	77	23%
BEW9	Tumeurs osseuses	8	89	10	2	25%
BEW10	Chirurgie du plexus	21	10	.	n.d.	n.d.
BEW11	Réimplantations	5	.	.	n.d.	n.d.
<b>Rhumatologie</b>						
RHE1	Rhumatologie	390	404	392	2	1%
RHE2	Rhumatologie interdisciplinaire	115	88	70	-45	-39%
<b>Gynécologie</b>						
GYN1	Gynécologie	1'159	1'001	1'032	-127	-11%
GYN1.1	Néoplasmes malins de la vulve et du vagin [GPHH valable jusqu'en 2017]	8	23		n.d.	n.d.
GYN1.2	Néoplasmes malins du col de l'utérus [GPHH valable jusqu'en 2017]	9	5		n.d.	n.d.
GYN1.3	Néoplasmes malins du corps utérin [GPHH valable jusqu'en 2017]	198	89		n.d.	n.d.
GYN1.4	Néoplasmes malins de l'ovaire [GPHH valable jusqu'en 2017]	79	130		n.d.	n.d.
GYN2	Centre de sénologie certifié reconnu	758	709	446	-312	-41%
GYNT	Tumeurs gynécologiques			256	-796	n.d.
PLC1	Interventions liées à la transsexualité	7	17	38	31	443%
<b>Obstétrique</b>						
GEBH	Maisons de naissance (à partir de la 37 <sup>e</sup> semaine)	94	127	110	16	17%
GEB1	Soins de base en obstétrique (à partir de AG 35 0/7 SA et PN 2000g)	7'854	7'500	7'426	-428	-5%

GPPH	Description GPPH	2016	2017	2018	▲ 16-18	▲ 16-18 (%)
<b>Obstétrique</b>						
GEB1.1	Obstétrique (à partir de AG 32 0/7 SA et PN 1250g)	501	249	311	-190	-38%
GEB1.1.1	Obstétrique spécialisée	111	43	166	55	50%
<b>Nouveau-nés</b>						
NEOG	Soins de base aux nouveau-nés maison de naissance (dès 37 SA et PN 2000g)	68	94	65	-3	-4%
NEO1	Soins de base aux nouveau-nés (dès AG 35 0/7 SA et PN 2000g)	5'243	5'165	4'869	-374	-7%
NEO1.1	Soins de base aux nouveau-nés (dès AG 32 0/7 SA et PN 1250g)	296	184	189	-107	-36%
NEO1.1.1	Néonatalogie (à partir d'AG 28 0/7 SA et PN 1000g)	39	94	113	74	190%
NEO1.1.1.1	Néonatalogie hautement spécialisée (AG < 28 0/7 SA et PN < 1000g)	173	.	1	-172	-99%
<b>(Radio-)oncologie</b>						
ONK1	Oncologie	598	668	535	-63	-11%
RAO1	Radio-oncologie	1'725	1'593	1'337	-388	-22%
NUK1	Médecine nucléaire	275	319	294	19	7%
<b>Traumatismes graves</b>						
UNF1	Chirurgie d'urgence (polytraumatismes)	24	431	372	348	1450%
UNF1.1	Chirurgie d'urgence spécialisée (traumatismes cranio-cérébraux)	258	243	358	100	39%
UNF2	Brûlures étendues (CIMHS)	275	28	23	-252	-92%
<b>Total (sans soins palliatifs)</b>		<b>128'236</b>	<b>127'060</b>	<b>120'159</b>	<b>-8'077</b>	<b>-6%</b>
<b>Domaines multidisciplinaires</b>						
PAL	Soins palliatifs	2'870	2'814	4'424	1'554	54%
<b>Total (avec soins palliatifs)</b>		<b>131'106</b>	<b>129'874</b>	<b>124'583</b>	<b>-6'523</b>	<b>-5%</b>

Source : OBSAN

Note explicative en relation avec les GPPH GEBH et GEB1 du domaine Obstétrique :

Le groupeur GPPH attribuant les cas réalisés par les maisons de naissance au groupe GEB1, ceux-ci ont été retirés de GEB1 et attribués au groupe GEBH.

Note explicative en relation avec les GPPH NEOG et NEO1 du domaine Nouveau-nés :

Le groupeur GPPH attribuant les cas réalisés par les maisons de naissance au groupe NEO1, ceux-ci ont été retirés de NEO1 et attribués au groupe NEOG.

**Nombre de journées d'hospitalisations en soins somatiques aigus (tous régimes assuranciers confondus), selon les domaines de prestations (DPPH), 2016 – 2018**

<b>Domaine de prestations (DPPH)</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>▲ 16-18</b>	<b>▲ 16-18 (%)</b>
Paquet de base	48'492	48'992	45'923	-2'569	-5%
Dermatologie	489	688	524	35	7%
Oto-rhino-laryngologie	2'189	1'942	1'567	-622	-28%
Neurochirurgie	1'183	1'493	1'381	198	17%
Neurologie	4'946	5'080	5'039	93	2%
Ophtalmologie	391	408	304	-87	-22%
Endocrinologie	387	586	691	304	79%
Gastroentérologie	7'260	6'539	6'678	-582	-8%
Chirurgie viscérale	4'170	3'875	3'222	-948	-23%
Hématologie	3'019	3'181	2'761	-258	-9%
Vaisseaux	3'719	2'850	2'911	-808	-22%
Cœur	4'660	4'636	4'888	228	5%
Néphrologie	1'434	1'541	1'417	-17	-1%
Urologie	4'038	4'312	4'838	800	20%
Pneumologie	5'461	6'149	5'752	291	5%
Chirurgie thoracique	782	574	584	-198	-25%
Transplantations d'organes solides	228	478	487	259	114%
Orthopédie	20'902	19'922	18'562	-2'340	-11%
Rhumatologie	536	533	481	-55	-10%
Gynécologie	2'228	1'985	1'773	-455	-20%
Obstétrique	8'605	7'951	8'063	-542	-6%
Nouveau-nés	7'140	6'454	6'661	-479	-7%
(Radio-)oncologie	2'598	2'610	2'175	-423	-16%
Traumatismes graves	754	1'165	859	105	14%
<b>Total (sans soins palliatifs)</b>	<b>135'611</b>	<b>133'944</b>	<b>127'541</b>	<b>-8'070</b>	<b>-6%</b>
Soins palliatifs	2'896	2'832	4'436	1'540	53%
<b>Total (avec soins palliatifs)</b>	<b>138'507</b>	<b>136'776</b>	<b>131'997</b>	<b>-6'530</b>	<b>-5%</b>

Source : OBSAN

### Nombre de journées d'hospitalisations en soins somatiques aigus (tous régimes assuranciers confondus), selon les groupes de prestations, 2016 – 2018

Remarque :

Une case qui contient un point indique la valeur zéro (0), signifiant qu'aucun cas n'est recensé.

Une case grisée indique que le GPPH n'existait pas dans la version GPPH de l'année en question.

GPPH	Description	2016	2017	2018	▲ 16-18	▲ 16-18 (%)
<b>Paquet de base</b>						
BP	Paquet de base chirurgie et médecine interne	48'492	48'992	45'923	-2'569	-5%
<b>Dermatologie</b>						
DER1	Dermatologie (y c. vénérologie)	186	230	180	-6	-3%
DER1.1	Oncologie dermatologique	39	90	163	124	318%
DER1.2	Affections cutanées graves	2	27		n.d.	n.d.
DER2	Traitement des plaies	262	341	181	-81	-31%
<b>Oto-rhino-laryngologie</b>						
HNO1	Oto-rhino-laryngologie (chirurgie ORL)	845	760	661	-184	-22%
HNO1.1	Chirurgie cervico-faciale	587	369	330	-257	-44%
HNO1.1.1	Interventions ORL complexes interdisciplinaires (chirurgie tumorale)	18	74	60	42	233%
HNO1.2	Chirurgie élargie du nez et des sinus	216	237	172	-44	-20%
HNO1.2.1	Chirurgie élargie du nez et des sinus avec ouverture de la dure-mère (chirurgie interdisciplinaire de la base du crâne)	43	26	37	-6	-14%
HNO1.3	Chirurgie de l'oreille moyenne (tympanoplastie, chirurgie mastoïdienne, ossiculoplastie y c. chirurgie stapédienne)	86	48	42	-44	-51%
HNO1.3.1	Chirurgie élargie de l'oreille avec oreille interne et/ou ouverture de la dure-mère	17	5		n.d.	n.d.
HNO1.3.2	Implants cochléaires (CIMHS)	13	8	12	-1	-8%
HNO2	Chirurgie de la thyroïde et des parathyroïdes	264	189	193	-71	-27%
KIE1	Chirurgie maxillaire	100	226	60	-40	-40%
<b>Neurochirurgie</b>						
NCH1	Neurochirurgie crânienne	814	903	1'031	217	27%
NCH1.1	Neurochirurgie spécialisée	31	89	7	-24	-77%
NCH1.1.1	Traitement des pathologies vasculaires du SNC hormis les anomalies vasculaires complexes (CIMHS)	237	354	172	-65	-27%

GPPH	Description	2016	2017	2018	▲ 16-18	▲ 16-18 (%)
<b>Neurochirurgie</b>						
NCH1.1.1.1	Traitement des anomalies vasculaires complexes du SNC (CIMHS)	33	25	7	-26	-79%
NCH1.1.2	Neurochirurgie stéréotaxique fonctionnelle (CIMHS)		32	132	n.d.	n.d.
NCH1.1.3	Chirurgie de l'épilepsie (CIMHS)	42	36		n.d.	n.d.
NCH2	Neurochirurgie spinale	5		14	9	180%
NCH2.1	Processus expansifs intramédullaires primaires et secondaires (CIMHS)	11		9	-2	-18%
NCH3	Neurochirurgie périphérique	10	54	9	-1	-10%
<b>Neurologie</b>						
NEU1	Neurologie	674	868	687	13	2%
NEU2	Tumeur maligne secondaire du système nerveux	207	108	193	-14	-7%
NEU2.1	Tumeur primaire du système nerveux (sans patients palliatifs)	143	167	87	-56	-39%
NEU3	Maladies cérébrovasculaires	3'208	3'379	3'472	264	8%
NEU3.1	Traitement des accidents vasculaires cérébraux en Stroke Center (CIMHS)	179	213	129	-50	-28%
NEU4	Epileptologie: diagnostic complexe	86	106	217	131	152%
NEU4.1	Epileptologie: traitement complexe	201	150	144	-57	-28%
NEU4.2	Epileptologie: diagnostic complexe avec monitoring intensif (CIMHS)	248	89	110	-138	-56%
<b>Ophtalmologie</b>						
AUG1	Ophtalmologie	201	216	124	-77	-38%
AUG1.2	Orbite, paupières, voies lacrymales	6	18	8	2	33%
AUG1.3	Chirurgie spécialisée du segment antérieur	59	89	21	-38	-64%
AUG1.4	Cataracte	59	13	29	-30	-51%
AUG1.5	Affections du corps vitré / de la rétine	66	72	122	56	85%
<b>Endocrinologie</b>						
END1	Endocrinologie	387	586	691	304	79%
<b>Gastroentérologie</b>						
GAE1	Gastroentérologie	6'139	5'523	5'306	-833	-14%
GAE1.1	Gastroentérologie spécialisée	1'121	1'016	1'372	251	22%
<b>Chirurgie viscérale</b>						
VIS1	Chirurgie viscérale	3'057	2'789	2'190	-867	-28%
VIS1.1	Résection pancréatique (CIMHS)	338	404	292	-46	-14%

GPPH	Description	2016	2017	2018	▲ 16-18	▲ 16-18 (%)
<b>Chirurgie viscérale</b>						
VIS1.2	Résection hépatique (CIMHS)	138	107	94	-44	-32%
VIS1.3	Résection œsophagienne (CIMHS)	276	124	243	-33	-12%
VIS1.4	Chirurgie bariatrique	267	258	267	0	0%
VIS1.4.1	Chirurgie bariatrique complexe (CIMHS)	28	46	52	24	86%
VIS1.5	Résection rectale profonde (CIMHS)	66	147	84	18	27%
<b>Hématologie</b>						
HAE1	Lymphomes agressifs et leucémies aiguës	577	353	154	-423	-73%
HAE1.1	Lymphomes très agressifs et leucémies aiguës avec chimiothérapie curative	386	621	708	322	83%
HAE2	Lymphomes indolents et leucémies chroniques	1'063	1'389	1'055	-8	-1%
HAE3	Affections myéloprolifératives et syndromes myélodysplasiques	478	470	418	-60	-13%
HAE4	Transplantation de cellules souches hématopoïétiques autologues	179	152	169	-10	-6%
HAE5	Transplantation de cellules souches hématopoïétiques allogéniques (CIMHS)	336	196	257	-79	-24%
<b>Vaisseaux</b>						
ANG1	Interventions sur les vaisseaux périphériques (artériels)	835	1'042	692	-143	-17%
ANG2	Interventions sur les vaisseaux intra-abdominaux [GPHH valable jusqu'en 2017]	536	405		n.d.	n.d.
ANG3	Interventions sur la carotide et les vaisseaux extracrâniens	43	44	58	15	35%
GEF1	Chirurgie vasculaire périphérique (artérielle)	835	467	583	-252	-30%
GEF2	Chirurgie des vaisseaux intra-abdominaux [GPHH valable jusqu'en 2017]	1'050	637		n.d.	n.d.
GEF3	Chirurgie carotidienne	249	110	333	84	34%
GEFA	Interventions et chirurgie vasculaire sur les vaisseaux intra-abdominaux			994	-592	n.d.
RAD1	Radiologie interventionnelle (ou seulement diagnostique pour les vaisseaux)	171	145	251	80	47%

GPPH	Description	2016	2017	2018	▲ 16-18	▲ 16-18 (%)
<b>Coeur</b>						
HER1	Chirurgie cardiaque simple	46	36	28	-18	-39%
HER1.1	Chirurgie cardiaque et chirurgie vasculaire avec machine cœur-poumons (sans chirurgie coronarienne)	159	454	98	-61	-38%
HER1.1.1	Chirurgie coronarienne (PAC)	595	515	548	-47	-8%
HER1.1.2	Chirurgie cardiaque congénitale complexe	101	30	128	27	27%
HER1.1.3	Chirurgie et interventions sur l'aorte thoracique	241	107	335	94	39%
HER1.1.4	Interventions ouvertes sur la valve aortique	391	534	590	199	51%
HER1.1.5	Interventions ouvertes sur la valve mitrale	227	359	298	71	31%
KAR1	Cardiologie (y c. stimulateur cardiaque)	523	453	497	-26	-5%
KAR1.1	Cardiologie interventionnelle (interventions coronariennes)	1'278	1'406	1'361	83	6%
KAR1.1.1	Cardiologie interventionnelle (interventions spéciales)	721	534	684	-37	-5%
KAR1.2	Electrophysiologie (ablations)	111	81	90	-21	-19%
KAR1.3	Défibrillateur implantable (ICD) / Pacemaker biventriculaire (CRT)	267	127	231	-36	-13%
<b>Néphrologie</b>						
NEP1	Néphrologie (défaillance rénale aiguë et insuffisance rénale chronique terminale)	1'434	1'541	1'417	-17	-1%
<b>Urologie</b>						
URO1	Urologie sans titre de formation approfondie 'Urologie opératoire'	2'737	2'926	3'103	366	13%
URO1.1	Urologie avec titre de formation approfondie 'Urologie opératoire'	437	460	705	268	61%
URO1.1.1	Prostatectomie radicale	175	245	404	229	131%
URO1.1.2	Cystectomie radicale	330	105	310	-20	-6%
URO1.1.3	Chirurgie complexe des reins (néphrectomie pour tumeur et résection partielle du rein)	230	374	231	1	0%
URO1.1.4	Surrénalectomie isolée		18	6	n.d.	n.d.
URO1.1.5	Plastie reconstructive de la jonction pyélo-urétérale [GPPH valable jusqu'en 2017]	16	45		n.d.	n.d.

GPPH	Description	2016	2017	2018	▲ 16-18	▲ 16-18 (%)
<b>Urologie</b>						
URO1.1.6	Plastie reconstructive de l'urètre [GPPH valable jusqu'en 2017]	58	93		n.d.	n.d.
URO1.1.7	Implantation d'un sphincter urinaire artificiel	5	4	5	0	0%
URO1.1.8	Néphrostomie percutanée avec fragmentation de calculs	50	42	74	24	48%
<b>Pneumologie</b>						
PNE1	Pneumologie	4'973	5'885	5'480	507	10%
PNE1.1	Pneumologie avec assistance ventilatoire spéciale	40	49	2	-38	-95%
PNE1.2	Evaluation avant ou status après transplantation pulmonaire	159	54	169	10	6%
PNE1.3	Mucoviscidose	140	46	19	-121	-86%
PNE2	Polysomnographie	149	115	82	-67	-45%
<b>Chirurgie thoracique</b>						
THO1	Chirurgie thoracique	344	106	122	-222	-65%
THO1.1	Cancers du système respiratoire résection curative par lobectomie / pneumonectomie)	401	403	430	29	7%
THO1.2	Opérations sur le médiastin	37	65	32	-5	-14%
<b>Transplantations d'organes solides</b>						
TPL1	Transplantation cardiaque (CIMHS)	2		195	193	9650%
TPL2	Transplantation pulmonaire (CIMHS)	17	182	54	37	218%
TPL3	Transplantation hépatique (CIMHS)	53	107	76	23	43%
TPL4	Transplantation pancréatique (CIMHS)	54	8	18	-36	-67%
TPL5	Transplantation rénale (CIMHS)	102	181	144	42	41%
<b>Orthopédie</b>						
BEW1	Chirurgie de l'appareil locomoteur	4'138	4'127	4'234	96	2%
BEW10	Chirurgie du plexus	21	10		n.d.	n.d.
BEW11	Réimplantations	5			n.d.	n.d.
BEW2	Orthopédie	1'410	1'108	1'071	-339	-24%
BEW3	Chirurgie de la main	187	216	274	87	47%
BEW4	Arthroscopie de l'épaule et du coude	62	39	44	-18	-29%
BEW5	Arthroscopie du genou	1'456	1'315	1'294	-162	-11%
BEW6	Reconstruction des membres supérieurs	1'512	1'356	1'191	-321	-21%
BEW7	Reconstruction des membres inférieurs	7'235	6'998	228	-679	-9%
BEW7.1	Prothèses de hanche de première intention			2'336	n.d.	n.d.

GPPH	Description	2016	2017	2018	▲ 16-18	▲ 16-18 (%)
<b>Orthopédie</b>						
BEW7.2	Prothèses du genou de première intention			2'603	n.d.	n.d.
BEW7.3	Reprises de prothèses de hanche et de genou			1'389	n.d.	n.d.
BEW8	Chirurgie du rachis	4'426	3'784	3'429	-997	-23%
BEW8.1	Chirurgie spécialisée du rachis	442	880	459	17	4%
BEW9	Tumeurs osseuses	8	89	10	2	25%
<b>Rhumatologie</b>						
RHE1	Rhumatologie	415	445	411	-4	-1%
RHE2	Rhumatologie interdisciplinaire	121	88	70	-51	-42%
<b>Gynécologie</b>						
GYN1	Gynécologie	1'160	1'012	1'033	-127	-11%
GYN1.1	Néoplasmes malins de la vulve et du vagin [GPPH valable jusqu'en 2017]	8	23		n.d.	n.d.
GYN1.2	Néoplasmes malins du col de l'utérus [GPPH valable jusqu'en 2017]	9	5		n.d.	n.d.
GYN1.3	Néoplasmes malins du corps utérin [GPPH valable jusqu'en 2017]	207	89		n.d.	n.d.
GYN1.4	Néoplasmes malins de l'ovaire [GPPH valable jusqu'en 2017]	79	130		n.d.	n.d.
GYN2	Centre de sénologie certifié reconnu	758	709	446	-312	-41%
GYNT	Tumeurs gynécologiques			256	-805	n.d.
PLC1	Interventions liées à la transsexualité	7	17	38	31	443%
<b>Obstétrique</b>						
GEBH	Maisons de naissance (à partir de la 37 <sup>e</sup> semaine)	94	127	112	18	19%
GEB1	Soins de base en obstétrique (à partir de AG 35 0/7 SA et PN 2000g)	7'899	7'532	7'474	-425	-5%
GEB1.1	Obstétrique (à partir de AG 32 0/7 SA et PN 1250g)	501	249	311	-190	-38%
GEB1.1.1	Obstétrique spécialisée	111	43	166	55	50%
<b>Nouveau-nés</b>						
NEOG	Soins de base aux nouveau-nés maison de naissance (dès 37 SA et PN 2000g)	68	94	68	0	n.d.
NEO1	Soins de base aux nouveau-nés (dès AG 35 0/7 SA et PN 2000g)	5'468	5'393	5'079	-389	-7%
NEO1.1	Soins de base aux nouveau-nés (dès AG 32 0/7 SA et PN 1250g)	1'088	492	904	-184	-17%

<b>GPPH</b>	<b>Description</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>▲ 16-18</b>	<b>▲ 16-18 (%)</b>
NEO1.1.1	Néonatalogie (à partir d'AG 28 0/7 SA et PN 1000g)	259	376	474	215	83%
NEO1.1.1.1	Néonatalogie hautement spécialisée (AG < 28 0/7 SA et PN < 1000g)	257	99	136	-121	-47%
<b>(Radio-)oncologie</b>						
NUK1	Médecine nucléaire	275	332	294	19	7%
ONK1	Oncologie	598	685	535	-63	-11%
RAO1	Radio-oncologie	1'725	1'593	1'346	-379	-22%
<b>Traumatismes graves</b>						
UNF1	Chirurgie d'urgence (polytraumatismes)	127	705	434	307	242%
UNF1.1	Chirurgie d'urgence spécialisée (traumatismes crano-cérébraux)	284	308	402	118	42%
UNF2	Brûlures étendues (CIMHS)	343	152	23	-320	-93%
<b>Total (sans soins palliatifs)</b>		<b>135'611</b>	<b>133'944</b>	<b>127'541</b>	<b>-8'070</b>	<b>-6%</b>
<b>Domaines multidisciplinaires</b>						
PAL	Soins palliatifs	2'896	2'832	4'436	1'540	53%
<b>Total (avec soins palliatifs)</b>		<b>138'507</b>	<b>136'776</b>	<b>131'977</b>	<b>-6'530</b>	<b>-5%</b>

Source : OBSAN

Note explicative en relation avec les GPPH GEBH et GEB1 du domaine Obstétrique :

Le groupeur GPPH attribuant les cas réalisés par les maisons de naissance au groupe GEB1, ceux-ci ont été retirés de GEB1 et attribués au groupe GEBH.

Note explicative en relation avec les GPPH NEOG et NEO1 du domaine Nouveau-nés :

Le groupeur GPPH attribuant les cas réalisés par les maisons de naissance au groupe NEO1, ceux-ci ont été retirés de NEO1 et attribués au groupe NEOG.

## Définitions Indicateurs des flux de patient-e-s

Indicateur	Description
<b>Entrées</b>	Les entrées indiquent le nombre d'hospitalisations ayant lieu dans un hôpital du canton considéré pour des patients résidant dans un autre canton.
<b>Flux entrant %</b>	Les flux entrants représentent la proportion d'entrées parmi l'ensemble des hospitalisations du canton considéré.
<b>Indice de part de marché (IPM) %</b>	L'indice de part de marché représente la proportion de résidents du canton parmi toutes les hospitalisations ayant eu lieu dans le canton. Il s'agit par conséquent de la proportion d'hospitalisations provenant des résidents du canton.
<b>Sorties</b>	Les sorties indiquent le nombre d'hospitalisations ayant lieu dans un hôpital d'un autre canton considéré pour des patient-e-s résidant dans le canton considéré.
<b>Flux sortant en %</b>	Les flux sortants représentent la proportion de sorties parmi les patient- e-s résidant dans le canton considéré.
<b>Indice de localisation (IL) %</b>	L'indice de localisation représente la proportion de résidents dans le canton considéré se faisant hospitaliser dans un hôpital du canton. Il s'agit par conséquent de la proportion de patients qui n'ont pas quitté leur canton.
<b>Flux net</b>	Le flux net – aussi appelé solde absolu par Huber (2015) – illustre la différence entre le nombre d'entrées et de sorties. Une valeur positive indique qu'il y a plus d'entrées dans le canton que de sorties alors qu'une valeur négative indique qu'il y a plus de sorties que d'entrées.
<b>Indice d'exportation (IE)</b>	L'indice d'exportation représente le rapport entre les sorties et les entrées. Une valeur supérieure à 1 indique un flux net en exportation alors qu'une valeur inférieure à 1 indique un flux net en importation. Par rapport au flux net, l'indice d'exportation permet de comparer la balance des flux nets entre des cantons ayant des intensités de flux très différentes.

Source : Huber (2015), Pellegrini und Luyet (2012), Matter-Walstra et al. (2006). Obsan

**Nombre d'hospitalisations en soins somatiques aigus (AOS) pour la population neuchâteloise, par groupe de prestations (GPPH), pour la période 2023 – 2040**

Remarque : une case qui contient un point indique la valeur zéro (0), signifiant qu'aucun cas n'est recensé.

Domaine de prestations (DPPH)	GPPH	Description	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2035	2040	
<i>Total (avec soins palliatifs)</i>			23'625	23'874	24'128	24'405	24'680	24'960	25'261	25'537	26'789	27'974	
<b>Total (sans soins palliatifs)</b>			<b>23'453</b>	<b>23'699</b>	<b>23'950</b>	<b>24'225</b>	<b>24'497</b>	<b>24'774</b>	<b>25'072</b>	<b>25'344</b>	<b>26'581</b>	<b>27'754</b>	
<b>Paquet de base</b>	<b>BP</b>	Paquet de base chirurgie et médecine interne	9'421	9'534	9'659	9'807	9'944	10'080	10'222	10'347	10'928	11'546	
<b>Dermatologie</b>	<b>DER1</b>	Dermatologie (y c. vénéréologie)	48	48	48	48	49	49	49	49	50	51	
	<b>DER1.1</b>	Oncologie dermatologique	17	17	17	18	18	18	19	19	20	21	
	<b>DER1.2</b>	Affections cutanées graves	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	
	<b>DER2</b>	Traitement des plaies	12	12	12	12	12	12	12	12	13	13	
<b>Oto-rhino-laryngologie</b>	<b>HNO1</b>	Oto-rhino-laryngologie (chirurgie ORL)	181	182	183	184	185	186	187	189	194	199	
	<b>HNO1.1</b>	Chirurgie cervico-faciale	79	80	80	81	82	83	83	84	89	92	
	<b>HNO1.1.1</b>	Interventions ORL complexes interdisciplinaires (chirurgie tumorale)	9	9	9	9	10	10	10	10	10	11	
	<b>HNO1.2</b>	Chirurgie élargie du nez et des sinus	105	105	106	106	106	107	107	108	110	112	
	<b>HNO1.2.1</b>	Chirurgie élargie du nez et des sinus avec ouverture de la dure-mère (chirurgie interdisciplinaire de la base du crâne)	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	
	<b>HNO1.3</b>	Chirurgie de l'oreille moyenne (tympoplastie, chirurgie mastoïdienne, ossiculoplastie y c. chirurgie stapédienne)	26	26	26	26	26	26	26	26	26	27	27
	<b>HNO1.3.1</b>	Chirurgie élargie de l'oreille avec oreille interne et/ou ouverture de la dure-mère	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
	<b>HNO1.3.2</b>	Implants cochléaires (CIMHS)	5	5	5	6	6	6	6	6	6	6	7



	<b>AUG1.2</b>	Orbite, paupières, voies lacrymales	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
	<b>AUG1.3</b>	Chirurgie spécialisée du segment antérieur	8	8	9	9	9	9	9	9	10	10
	<b>AUG1.4</b>	Cataracte	24	24	24	25	25	25	26	26	29	30
	<b>AUG1.5</b>	Affections du corps vitré / de la rétine	40	40	41	41	41	42	43	43	46	48
<b>Endocrinologie</b>	<b>END1</b>	Endocrinologie	78	79	81	82	83	85	86	87	93	99
<b>Gastro-entérologie</b>	<b>GAE1</b>	Gastroentérologie	596	603	611	620	629	638	648	657	699	738
	<b>GAE1.1</b>	Gastroentérologie spécialisée	160	162	164	167	169	172	175	177	189	200
<b>Chirurgie viscérale</b>	<b>VIS1</b>	Chirurgie viscérale	235	237	240	242	245	247	251	254	268	279
	<b>VIS1.1</b>	Résection pancréatique (CIMHS)	19	19	19	19	19	19	20	20	21	22
	<b>VIS1.2</b>	Résection hépatique (CIMHS)	9	9	10	10	10	10	10	10	10	11
	<b>VIS1.3</b>	Résection œsophagienne (CIMHS)	10	11	11	11	11	11	11	11	12	12
	<b>VIS1.4</b>	Chirurgie bariatrique	97	97	97	97	97	97	97	97	97	98
	<b>VIS1.4.1</b>	Chirurgie bariatrique complexe (CIMHS)	10	10	10	10	10	10	10	10	11	11
	<b>VIS1.5</b>	Résection rectale profonde (CIMHS)	8	9	9	9	9	9	9	9	10	10
<b>Hématologie</b>	<b>HAE1</b>	Lymphomes agressifs et leucémies aiguës	24	24	24	24	25	25	25	25	27	27
	<b>HAE1.1</b>	Lymphomes très agressifs et leucémies aiguës avec chimiothérapie curative	24	25	25	25	25	25	25	25	26	26
	<b>HAE2</b>	Lymphomes indolents et leucémies chroniques	135	137	140	141	144	146	149	152	164	173
	<b>HAE3</b>	Affections myéloprolifératives et syndromes myélodysplasiques	39	40	41	42	42	43	44	45	48	52
	<b>HAE4</b>	Transplantation de cellules souches hématopoïétiques autologues	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
	<b>HAE5</b>	Transplantation de cellules souches hématopoïétiques allogéniques (CIMHS)	6	6	6	6	6	6	6	6	7	7
<b>Vaisseaux</b>	<b>GEF1</b>	Chirurgie vasculaire périphérique (artérielle)	62	63	64	65	66	67	68	70	75	79
	<b>ANG1</b>	Interventions sur les vaisseaux périphériques (artériels)	93	94	96	97	98	100	102	104	112	119

	<b>GEFA</b>	Interventions et chirurgie vasculaire sur les vaisseaux intra-abdominaux	107	108	109	110	112	113	115	117	125	131
	<b>GEF3</b>	Chirurgie carotidienne	42	43	43	44	45	45	46	47	51	53
	<b>ANG3</b>	Interventions sur la carotide et les vaisseaux extra-crâniens	13	13	13	13	13	13	14	14	15	15
	<b>RAD1</b>	Radiologie interventionnelle (ou seulement diagnostique pour les vaisseaux)	39	39	40	40	40	40	41	41	43	44
<b>Cœur</b>	<b>HER1</b>	Chirurgie cardiaque simple	3	3	3	3	3	3	3	3	4	4
	<b>HER1.1</b>	Chirurgie cardiaque et chirurgie vasculaire avec machine cœur-poumons (sans chirurgie coronarienne)	8	8	8	8	8	9	9	9	9	9
	<b>HER1.1.1</b>	Chirurgie coronarienne (PAC)	49	49	49	50	50	50	51	52	55	57
	<b>HER1.1.2</b>	Chirurgie cardiaque congénitale complexe	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
	<b>HER1.1.3</b>	Chirurgie et interventions sur l'aorte thoracique	12	13	13	13	13	13	13	13	14	15
	<b>HER1.1.4</b>	Interventions ouvertes sur la valve aortique	57	58	59	59	59	60	61	62	66	68
	<b>HER1.1.5</b>	Interventions ouvertes sur la valve mitrale	19	19	19	19	20	20	20	20	21	22
	<b>KAR1</b>	Cardiologie (y c. stimulateur cardiaque)	66	68	69	71	73	74	76	77	83	91
	<b>KAR1.1</b>	Cardiologie interventionnelle (interventions coronariennes)	661	669	679	687	697	707	719	730	780	823
	<b>KAR1.1.1</b>	Cardiologie interventionnelle (interventions spéciales)	120	122	124	126	128	130	132	134	144	154
	<b>KAR1.2</b>	Electrophysiologie (ablations)	43	44	44	44	45	45	46	46	49	51
	<b>KAR1.3</b>	Défibrillateur implantable (ICD) / Pacemaker biventriculaire (CRT)	45	46	46	46	47	47	48	48	51	53
<b>Néphrologie</b>	<b>NEP1</b>	Néphrologie (défaillance rénale aiguë et insuffisance rénale chronique terminale)	110	111	113	114	115	117	119	121	129	135
<b>rologie</b>	<b>URO1</b>	Urologie sans titre de formation approfondie 'Urologie opératoire'	868	877	887	896	906	917	929	941	995	1040

	<b>URO1.1</b>	Urologie avec titre de formation approfondie 'Urologie opératoire'	123	124	125	127	128	130	132	134	142	148
	<b>URO1.1.1</b>	Prostatectomie radicale	69	69	70	70	70	71	71	72	76	78
	<b>URO1.1.2</b>	Cystectomie radicale	17	17	17	18	18	18	19	19	20	21
	<b>URO1.1.3</b>	Chirurgie complexe des reins (néphrectomie pour tumeur et résection partielle du rein)	28	29	29	29	29	30	30	31	33	34
	<b>URO1.1.4</b>	Surrénalectomie isolée	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
	<b>URO1.1.7</b>	Implantation d'un sphincter urinaire artificiel	2	2	2	2	2	2	2	2	3	3
	<b>URO1.1.8</b>	Néphrostomie percutanée avec fragmentation de calculs	15	15	15	15	15	15	15	16	16	17
<b>Pneumologie</b>	<b>PNE1</b>	Pneumologie	559	567	576	585	595	605	616	625	669	712
	<b>PNE1.1</b>	Pneumologie avec assistance ventilatoire spéciale	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	<b>PNE1.2</b>	Évaluation avant ou status après transplantation pulmonaire	14	15	15	15	15	15	15	16	17	17
	<b>PNE1.3</b>	Mucoviscidose	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	<b>PNE2</b>	Polysomnographie	11	11	11	11	11	11	11	11	12	12
<b>Chirurgie thoracique</b>	<b>THO1</b>	Chirurgie thoracique	12	12	13	13	13	13	13	13	14	14
	<b>THO1.1</b>	Cancers du système respiratoire résection curative par lobectomie / pneumonectomie)	49	50	50	51	51	52	53	54	57	60
	<b>THO1.2</b>	Opérations sur le médiastin	9	9	10	10	10	10	10	10	11	11
<b>Transplantations d'organes solides</b>	<b>TPL1</b>	Transplantation cardiaque (CIMHS)	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
	<b>TPL2</b>	Transplantation pulmonaire (CIMHS)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	<b>TPL3</b>	Transplantation hépatique (CIMHS)	6	6	6	6	6	6	6	6	7	7
	<b>TPL4</b>	Transplantation pancréatique (CIMHS)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	<b>TPL5</b>	Transplantation rénale (CIMHS)	10	10	10	10	10	10	10	10	11	11
	<b>TPL6</b>	Transplantation intestinale	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
	<b>TPL7</b>	Transplantation splénique	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
<b>Orthopédie</b>	<b>BEW1</b>	Chirurgie de l'appareil locomoteur	503	508	512	516	520	525	531	537	562	582

	<b>BEW2</b>	Orthopédie	227	229	230	232	233	235	237	239	248	255
	<b>BEW3</b>	Chirurgie de la main	67	68	68	69	70	71	71	72	76	79
	<b>BEW4</b>	Arthroscopie de l'épaule et du coude	8	8	8	9	9	9	9	9	9	9
	<b>BEW5</b>	Arthroscopie du genou	262	263	264	265	266	267	268	269	274	278
	<b>BEW6</b>	Reconstruction des membres supérieurs	229	231	234	235	238	240	243	246	259	269
	<b>BEW7</b>	Reconstruction des membres inférieurs	40	40	40	40	41	41	41	42	43	43
	<b>BEW7.1</b>	Prothèses de hanche de première intention	394	399	404	409	414	421	428	435	466	490
	<b>BEW7.2</b>	Prothèses du genou de première intention	439	444	450	455	461	467	475	483	518	543
	<b>BEW7.3</b>	Reprises de prothèses de hanche et de genou	106	107	109	110	112	114	116	118	127	134
	<b>BEW8</b>	Chirurgie du rachis	525	530	534	539	544	549	555	562	590	613
	<b>BEW8.1</b>	Chirurgie spécialisée du rachis	44	44	44	45	45	46	46	47	49	50
<b>BEW9</b>	Tumeurs osseuses	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
<b>BEW10</b>	Chirurgie du plexus	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	
<b>BEW11</b>	Réimplantations	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	
<b>Rhumatologie</b>	<b>RHE1</b>	Rhumatologie	83	84	85	86	87	88	89	90	95	99
	<b>RHE2</b>	Rhumatologie interdisciplinaire	16	16	16	17	17	17	18	18	19	20
<b>Gynécologie</b>	<b>GYN1</b>	Gynécologie	334	336	337	338	340	341	342	343	348	354
	<b>GYNT</b>	Tumeurs gynécologiques	51	51	52	52	53	53	54	55	58	60
	<b>GYN2</b>	Centre de sénologie certifié reconnu	137	138	140	141	142	144	145	147	154	161
	<b>PLC1</b>	Interventions liées à la transsexualité	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
<b>Obstétrique</b>	<b>GEBH</b>	Maisons de naissance (à partir de la 37 <sup>e</sup> semaine)	45	46	46	46	46	46	47	47	47	47
	<b>GEB1</b>	Soins de base en obstétrique (à partir de AG 35 0/7 SA et PN 2000g)	1'895	1'907	1'911	1'918	1'929	1'934	1'940	1'940	1'947	1'955
	<b>GEB1.1</b>	Obstétrique (à partir de AG 32 0/7 SA et PN 1250g)	32	33	33	33	33	33	33	33	33	33
	<b>GEB1.1.1</b>	Obstétrique spécialisée	11	11	11	11	11	11	11	11	11	12
<b>Nouveau-nés</b>	<b>NEOG</b>	Soins de base aux nouveau-nés maison de naissance (dès 37 SA et PN 2000g)	34	34	34	35	35	35	35	35	36	36

	<b>NEO1</b>	Soins de base aux nouveau-nés (dès AG 35 0/7 SA et PN 2000g)	1'717	1'726	1'734	1'740	1'747	1'753	1'759	1'765	1'788	1'802
	<b>NEO1.1</b>	Soins de base aux nouveau-nés (dès AG 32 0/7 SA et PN 1250g)	31	31	31	31	31	31	32	32	32	32
	<b>NEO1.1.1</b>	Néonatalogie (à partir d'AG 28 0/7 SA et PN 1000g)	19	20	20	20	20	20	20	20	20	20
	<b>NEO1.1.1.1</b>	Néonatalogie hautement spécialisée (AG < 28 0/7 SA et PN < 1000g)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
<b>(Radio-) oncologie</b>	<b>ONK1</b>	Oncologie	122	123	124	124	125	126	127	128	133	137
	<b>RAO1</b>	Radio-oncologie	89	90	91	93	94	95	97	98	104	110
	<b>NUK1</b>	Médecine nucléaire	38	39	39	39	39	40	40	41	42	44
<b>Traumatismes graves</b>	<b>UNF1</b>	Chirurgie d'urgence (polytraumatismes)	27	28	28	28	29	29	30	30	32	34
	<b>UNF1.1</b>	Chirurgie d'urgence spécialisée (traumatismes crano-cérébraux)	39	40	40	41	42	42	43	44	47	50
	<b>UNF2</b>	Brûlures étendues (CIMHS)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
<b>Soins palliatifs</b>	<b>PALL</b>	Soins palliatifs Chrysalide	172	175	178	180	183	186	189	193	208	220

Source : OBSAN

Note explicative en relation avec les GPPH GEBH et GEB1 du domaine Obstétrique :

Le groupeur GPPH attribuant les cas réalisés par les maisons de naissance au groupe GEB1, le nombre de cas projeté du groupe GEBH a été estimé en appliquant la part que les cas GEBH représentent par rapport à GEB1 en 2018 (en l'occurrence 2.3425%), aux projections de cas GEB1 en 2023 et les années suivantes.

Note explicative en relation avec les GPPH NEOG et NEO1 du domaine Nouveau-nés :

Le groupeur GPPH attribuant les cas réalisés par les maisons de naissance au groupe NEO1, le nombre de cas projeté du groupe NEOG a été estimé en appliquant la part que les cas NEOG représentent par rapport à NEO1 en 2018 (en l'occurrence 1.9505%), aux projections de cas NEO1 en 2023 et les années suivantes.

**Nombre d'hospitalisations en soins somatiques aigus (tous régimes assuranciers confondus) pour la population neuchâteloise, par domaine de prestations (DPPH), pour la période 2023 – 2040** *Source : OBSAN*

<b>DPPH</b>	<b>2023</b>	<b>2024</b>	<b>2025</b>	<b>2026</b>	<b>2027</b>	<b>2028</b>	<b>2029</b>	<b>2030</b>	<b>2035</b>	<b>2040</b>
<i>Total (avec soins palliatifs)</i>	<i>25'340</i>	<i>25'593</i>	<i>25'852</i>	<i>26'133</i>	<i>26'412</i>	<i>26'695</i>	<i>26'998</i>	<i>27'276</i>	<i>28'541</i>	<i>29'743</i>
<b>Total (sans soins palliatifs)</b>	<b>25'167</b>	<b>25'418</b>	<b>25'673</b>	<b>25'952</b>	<b>26'228</b>	<b>26'508</b>	<b>26'807</b>	<b>27'082</b>	<b>28'332</b>	<b>29'522</b>
Paquet de base	9'992	10'107	10'233	10'382	10'520	10'657	10'800	10'925	11'510	12'134
Dermatologie	79	80	80	81	81	82	83	83	86	89
Oto-rhino-laryngologie	536	539	542	545	548	551	555	558	575	589
Neurochirurgie	136	137	138	139	140	141	142	144	150	155
Neurologie	879	890	903	917	930	944	959	972	1032	1093
Ophtalmologie	95	96	97	98	99	101	102	104	110	115
Endocrinologie	80	82	83	84	86	87	88	90	95	101
Gastroentérologie	764	774	784	795	806	818	831	843	896	946
Chirurgie viscérale	397	400	404	406	410	413	417	421	438	452
Hématologie	245	248	251	255	258	262	266	271	289	304
Vaisseaux	361	365	370	374	379	384	391	398	426	447
Cœur	1'105	1'119	1'134	1'149	1'164	1'180	1'199	1'218	1'299	1'368
Néphrologie	110	111	113	114	115	117	119	121	129	135
Urologie	1'173	1'185	1'197	1'209	1'222	1'236	1'252	1'268	1'338	1'397
Pneumologie	600	609	618	628	637	648	659	669	715	759
Chirurgie thoracique	73	74	74	75	76	76	77	79	83	86
Transplantations d'organes solides	22	22	23	23	23	23	23	23	23	24
Orthopédie	3'625	3'654	3'683	3'710	3'739	3'771	3'807	3'844	4'010	4'143
Rhumatologie	106	107	108	110	111	112	114	115	121	126
Gynécologie	527	530	533	536	540	543	546	550	566	580
Obstétrique	1'995	2'008	2'012	2'020	2'030	2'036	2'042	2'043	2'050	2'058
Nouveau-nés	1'929	1'940	1'949	1'957	1'964	1'971	1'977	1'984	2'010	2'025
(Radio-)oncologie	250	253	255	257	259	262	265	268	281	291
Traumatismes graves	88	88	90	91	92	93	94	95	100	106
Soins palliatifs	173	176	179	181	184	187	191	194	209	221

**Nombre d'hospitalisations en soins somatiques aigus (tous régimes assuranciers confondus) pour la population neuchâteloise, par GPPH, pour la période 2023-2040**

Remarque : une case qui contient un point indique la valeur zéro (0), signifiant qu'aucun cas n'est recensé.

Domaine de prestations (DPPH)	GPPH	Description	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2035	2040	
<i>Total (avec soins palliatifs)</i>			25'340	25'593	25'852	26'133	26'412	26'695	26'998	27'276	28'541	29'743	
<b>Total (sans soins palliatifs)</b>			<b>25'167</b>	<b>25'418</b>	<b>25'673</b>	<b>25'952</b>	<b>26'228</b>	<b>26'508</b>	<b>26'807</b>	<b>27'082</b>	<b>28'332</b>	<b>29'522</b>	
<b>Paquet de base</b>	<b>BP</b>	Paquet de base chirurgie et médecine interne	9'992	10'107	10'233	10'382	10'520	10'657	10'800	10'925	11'510	12'134	
<b>Dermatologie</b>	<b>DER1</b>	Dermatologie (y c. vénéréologie)	49	49	49	49	50	50	50	50	51	52	
	<b>DER1.1</b>	Oncologie dermatologique	18	18	18	19	19	19	20	20	21	22	
	<b>DER1.2</b>	Affections cutanées graves	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	
	<b>DER2</b>	Traitement des plaies	13	13	13	13	13	13	13	13	14	14	
<b>Oto-rhino-laryngologie</b>	<b>HNO1</b>	Oto-rhino-laryngologie (chirurgie ORL)	186	187	188	189	190	191	192	194	199	204	
	<b>HNO1.1</b>	Chirurgie cervico-faciale	85	86	86	87	88	89	90	91	95	99	
	<b>HNO1.1.1</b>	Interventions ORL complexes interdisciplinaires (chirurgie tumorale)	9	9	9	9	10	10	10	10	10	11	
	<b>HNO1.2</b>	Chirurgie élargie du nez et des sinus	116	116	117	117	118	118	118	118	119	121	124
	<b>HNO1.2.1</b>	Chirurgie élargie du nez et des sinus avec ouverture de la dure-mère (chirurgie interdisciplinaire de la base du crâne)	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	
	<b>HNO1.3</b>	Chirurgie de l'oreille moyenne (tympoplastie, chirurgie mastoïdienne, ossiculoplastie y c. chirurgie stapédiennne)	27	27	27	27	27	27	27	27	27	28	28
	<b>HNO1.3.1</b>	Chirurgie élargie de l'oreille avec oreille interne et/ou ouverture de la dure-mère	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
	<b>HNO1.3.2</b>	Implants cochléaires (CIMHS)	5	5	5	6	6	6	6	6	6	6	7



	<b>AUG1.2</b>	Orbite, paupières, voies lacrymales	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
	<b>AUG1.3</b>	Chirurgie spécialisée du segment antérieur	8	8	9	9	9	9	9	9	10	10
	<b>AUG1.4</b>	Cataracte	24	24	24	25	25	25	26	26	29	30
	<b>AUG1.5</b>	Affections du corps vitré / de la rétine	43	43	44	44	45	45	46	46	49	51
<b>Endocrinologie</b>	<b>END1</b>	Endocrinologie	80	82	83	84	86	87	88	90	95	101
<b>Gastro-entérologie</b>	<b>GAE1</b>	Gastroentérologie	604	611	620	628	637	646	656	665	707	746
	<b>GAE1.1</b>	Gastroentérologie spécialisée	160	162	164	167	169	172	175	177	189	200
<b>Chirurgie viscérale</b>	<b>VIS1</b>	Chirurgie viscérale	244	246	249	251	254	256	260	263	277	288
	<b>VIS1.1</b>	Résection pancréatique (CIMHS)	19	19	19	19	19	19	20	20	21	22
	<b>VIS1.2</b>	Résection hépatique (CIMHS)	9	9	10	10	10	10	10	10	10	11
	<b>VIS1.3</b>	Résection œsophagienne (CIMHS)	10	11	11	11	11	11	11	11	12	12
	<b>VIS1.4</b>	Chirurgie bariatrique	97	97	97	97	97	97	97	97	97	98
	<b>VIS1.4.1</b>	Chirurgie bariatrique complexe (CIMHS)	10	10	10	10	10	10	10	10	11	11
	<b>VIS1.5</b>	Résection rectale profonde (CIMHS)	8	9	9	9	9	9	9	9	10	10
<b>Hématologie</b>	<b>HAE1</b>	Lymphomes agressifs et leucémies aiguës	28	28	29	29	29	29	30	30	32	33
	<b>HAE1.1</b>	Lymphomes très agressifs et leucémies aiguës avec chimiothérapie curative	25	26	26	26	26	26	26	26	27	27
	<b>HAE2</b>	Lymphomes indolents et leucémies chroniques	138	140	142	144	146	149	152	154	167	176
	<b>HAE3</b>	Affections myéloprolifératives et syndromes myélodysplasiques	42	42	43	44	45	46	47	47	51	55
	<b>HAE4</b>	Transplantation de cellules souches hématopoïétiques autologues	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
	<b>HAE5</b>	Transplantation de cellules souches hématopoïétiques allogéniques (CIMHS)	6	6	6	6	6	6	6	6	7	7
<b>Vaisseaux</b>	<b>GEF1</b>	Chirurgie vasculaire périphérique (artérielle)	64	65	66	67	68	69	70	72	77	81

	<b>ANG1</b>	Interventions sur les vaisseaux périphériques (artériels)	93	94	96	97	98	100	102	104	112	119	
	<b>GEFA</b>	Interventions et chirurgie vasculaire sur les vaisseaux intra-abdominaux	109	110	111	113	114	116	117	119	127	133	
	<b>GEF3</b>	Chirurgie carotidienne	42	43	43	44	45	45	46	47	51	53	
	<b>ANG3</b>	Interventions sur la carotide et les vaisseaux extracrâniens	13	13	13	13	13	13	14	14	15	15	
	<b>RAD1</b>	Radiologie interventionnelle (ou seulement diagnostique pour les vaisseaux)	40	40	41	41	41	41	42	42	44	45	
<b>Cœur</b>	<b>HER1</b>	Chirurgie cardiaque simple	3	3	3	3	3	3	3	3	4	4	
	<b>HER1.1</b>	Chirurgie cardiaque et chirurgie vasculaire avec machine cœur-poumons (sans chirurgie coronarienne)	14	15	15	15	15	15	15	15	15	16	
	<b>HER1.1.1</b>	Chirurgie coronarienne (PAC)	49	49	49	50	50	50	51	52	55	57	
	<b>HER1.1.2</b>	Chirurgie cardiaque congénitale complexe	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	
	<b>HER1.1.3</b>	Chirurgie et interventions sur l'aorte thoracique	16	16	16	16	16	17	17	17	18	18	
	<b>HER1.1.4</b>	Interventions ouvertes sur la valve aortique	58	59	60	60	60	61	62	63	67	69	
	<b>HER1.1.5</b>	Interventions ouvertes sur la valve mitrale	23	23	24	24	24	24	24	24	24	26	26
	<b>KAR1</b>	Cardiologie (y c. stimulateur cardiaque)	67	69	70	72	74	75	77	78	84	92	
	<b>KAR1.1</b>	Cardiologie interventionnelle (interventions coronariennes)	661	669	679	687	697	707	719	730	780	823	
	<b>KAR1.1.1</b>	Cardiologie interventionnelle (interventions spéciales)	121	123	125	127	129	131	134	136	145	155	
	<b>KAR1.2</b>	Electrophysiologie (ablations)	44	45	45	46	46	46	47	48	50	52	
	<b>KAR1.3</b>	Défibrillateur implantable (ICD) / Pacemaker biventriculaire (CRT)	45	46	46	46	47	47	48	48	51	53	

<b>Néphrologie</b>	<b>NEP1</b>	Néphrologie (défaillance rénale aiguë et insuffisance rénale chronique terminale)	110	111	113	114	115	117	119	121	129	135
<b>Urologie</b>	<b>URO1</b>	Urologie sans titre de formation approfondie 'Urologie opératoire'	902	911	921	931	941	952	964	976	1030	1077
	<b>URO1.1</b>	Urologie avec titre de formation approfondie 'Urologie opératoire'	136	137	139	140	142	143	145	147	155	162
	<b>URO1.1.1</b>	Prostatectomie radicale	69	69	70	70	70	71	71	72	76	78
	<b>URO1.1.2</b>	Cystectomie radicale	17	17	17	18	18	18	19	19	20	21
	<b>URO1.1.3</b>	Chirurgie complexe des reins (néphrectomie pour tumeur et résection partielle du rein)	30	31	31	31	31	32	32	33	35	36
	<b>URO1.1.4</b>	Surrénalectomie isolée	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
	<b>URO1.1.7</b>	Implantation d'un sphincter urinaire artificiel	2	2	2	2	2	2	2	2	3	3
	<b>URO1.1.8</b>	Néphrostomie percutanée avec fragmentation de calculs	15	15	15	15	15	15	15	15	16	16
<b>Pneumologie</b>	<b>PNE1</b>	Pneumologie	569	577	586	596	605	615	626	636	680	723
	<b>PNE1.1</b>	Pneumologie avec assistance ventilatoire spéciale	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	<b>PNE1.2</b>	Évaluation avant ou status après transplantation pulmonaire	14	15	15	15	15	15	15	15	16	17
	<b>PNE1.3</b>	Mucoviscidose	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
	<b>PNE2</b>	Polysomnographie	12	13	13	13	13	13	13	13	13	14
<b>Chirurgie thoracique</b>	<b>THO1</b>	Chirurgie thoracique	15	15	15	15	15	15	15	15	16	16
	<b>THO1.1</b>	Cancers du système respiratoire résection curative par lobectomie / pneumonectomie)	49	50	50	51	51	52	53	54	57	60
	<b>THO1.2</b>	Opérations sur le médiastin	9	9	10	10	10	10	10	10	11	11
<b>Transplantations d'organes solides</b>	<b>TPL1</b>	Transplantation cardiaque (CIMHS)	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
	<b>TPL2</b>	Transplantation pulmonaire (CIMHS)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	<b>TPL3</b>	Transplantation hépatique (CIMHS)	6	6	6	6	6	6	6	6	7	7

	<b>TPL4</b>	Transplantation pancréatique (CIMHS)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	<b>TPL5</b>	Transplantation rénale (CIMHS)	10	10	10	10	10	10	10	10	11	11
	<b>TPL6</b>	Transplantation intestinale	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
	<b>TPL7</b>	Transplantation splénique	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
<b>Orthopédie</b>	<b>BEW1</b>	Chirurgie de l'appareil locomoteur	717	722	727	731	736	741	747	752	778	800
	<b>BEW2</b>	Orthopédie	248	249	251	252	254	255	257	259	268	275
	<b>BEW3</b>	Chirurgie de la main	111	111	112	113	113	114	115	116	120	123
	<b>BEW4</b>	Arthroscopie de l'épaule et du coude	14	14	15	15	15	15	15	15	15	16
	<b>BEW5</b>	Arthroscopie du genou	593	595	597	598	600	602	603	604	610	617
	<b>BEW6</b>	Reconstruction des membres supérieurs	336	339	341	343	345	347	350	353	366	377
	<b>BEW7</b>	Reconstruction des membres inférieurs	47	47	47	48	48	48	48	49	50	51
	<b>BEW7.1</b>	Prothèses de hanche de première intention	400	405	411	415	421	427	434	441	473	497
	<b>BEW7.2</b>	Prothèses du genou de première intention	456	462	467	472	478	484	492	500	535	561
	<b>BEW7.3</b>	Reprises de prothèses de hanche et de genou	112	113	115	116	118	120	122	124	133	140
	<b>BEW8</b>	Chirurgie du rachis	539	544	549	553	558	563	570	576	605	627
	<b>BEW8.1</b>	Chirurgie spécialisée du rachis	52	52	52	53	53	54	54	55	57	59
	<b>BEW9</b>	Tumeurs osseuses	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
<b>BEW10</b>	Chirurgie du plexus	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	
<b>BEW11</b>	Réimplantations	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	
<b>Rhumatologie</b>	<b>RHE1</b>	Rhumatologie	90	91	92	93	94	95	96	97	102	106
	<b>RHE2</b>	Rhumatologie interdisciplinaire	16	16	16	17	17	17	18	18	19	20
<b>Gynécologie</b>	<b>GYN1</b>	Gynécologie	335	337	338	339	341	342	343	344	349	355
	<b>GYNT</b>	Tumeurs gynécologiques	51	51	52	52	53	53	54	55	58	60
	<b>GYN2</b>	Centre de sénologie certifié reconnu	137	138	140	141	142	144	145	147	154	161
	<b>PLC1</b>	Interventions liées à la transsexualité	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
<b>Obstétrique</b>	<b>GEBH</b>	Maisons de naissance (à partir de la 37 <sup>e</sup> semaine)	46	47	47	47	47	47	48	48	48	48

	<b>GEB1</b>	Soins de base en obstétrique (à partir de AG 35 0/7 SA et PN 2000g)	1'906	1'917	1'921	1'929	1'939	1'945	1'950	1'951	1'957	1'965
	<b>GEB1.1</b>	Obstétrique (à partir de AG 32 0/7 SA et PN 1250g)	32	33	33	33	33	33	33	33	33	33
	<b>GEB1.1.1</b>	Obstétrique spécialisée	11	11	11	11	11	11	11	11	11	12
<b>Nouveau-nés</b>	<b>NEOG</b>	Soins de base aux nouveau-nés maison de naissance (dès 37 SA et PN 2000g)	35	35	36	36	36	36	36	36	37	37
	<b>NEO1</b>	Soins de base aux nouveau-nés (dès AG 35 0/7 SA et PN 2000g)	1'751	1'761	1'768	1'775	1'782	1'788	1'794	1'800	1'824	1'838
	<b>NEO1.1</b>	Soins de base aux nouveau-nés (dès AG 32 0/7 SA et PN 1250g)	81	81	82	82	82	83	83	83	84	85
	<b>NEO1.1.1</b>	Néonatalogie (à partir d'AG 28 0/7 SA et PN 1000g)	51	52	52	52	52	52	53	53	53	54
	<b>NEO1.1.1.1</b>	Néonatalogie hautement spécialisée (AG < 28 0/7 SA et PN < 1000g)	11	11	12	12	12	12	12	12	12	12
	<b>(Radio-) oncologie</b>	<b>ONK1</b>	Oncologie	122	123	124	124	125	126	127	128	133
<b>RAO1</b>		Radio-oncologie	90	91	93	94	95	96	98	99	106	111
<b>NUK1</b>		Médecine nucléaire	38	39	39	39	39	40	40	41	42	44
<b>Traumatismes graves</b>	<b>UNF1</b>	Chirurgie d'urgence (polytraumatismes)	38	39	39	40	40	41	41	42	43	46
	<b>UNF1.1</b>	Chirurgie d'urgence spécialisée (traumatismes cranio-cérébraux)	48	49	49	50	51	52	52	53	56	59
	<b>UNF2</b>	Brûlures étendues (CIMHS)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
<b>Soins palliatifs</b>	<b>PALL</b>	Soins palliatifs Chrysalide	173	176	179	181	184	187	191	194	209	221

Source : OBSAN

Note explicative en relation avec les GPPH GEBH et GEB1 du domaine Obstétrique :

Le groupeur GPPH attribuant les cas réalisés par les maisons de naissance au groupe GEB1, le nombre de cas projeté du groupe GEBH a été estimé en appliquant la part que les cas GEBH représentent par rapport à GEB1 en 2018 (en l'occurrence 2.3425%), aux projections de cas GEB1 en 2023 et les années suivantes.

Note explicative en relation avec les GPPH NEOG et NEO1 du domaine Nouveau-nés :

Le groupeur GPPH attribuant les cas réalisés par les maisons de naissance au groupe NEO1, le nombre de cas projeté du groupe NEOG a été estimé en appliquant la part que les cas NEOG représentent par rapport à NEO1 en 2018 (en l'occurrence 1.9505%), aux projections de cas NEO1 en 2023 et les années suivantes.

## TABLE DES MATIÈRES

Pages

<b>RÉSUMÉ</b> .....	1
<b>1. INTRODUCTION</b> .....	2
1.1. Base théorique .....	3
1.2. Contexte .....	4
<b>2. PLANIFICATION HOSPITALIÈRE NEUCHÂTELOISE 2023</b> .....	13
2.1. Objectifs .....	13
2.2. Principe fondamental .....	13
2.3. Horizon-temps .....	15
2.4. Étendue géographique .....	16
2.5. Portée .....	16
2.6. Démarche .....	18
<b>3. MÉTHODOLOGIE</b> .....	20
3.1. Processus .....	20
3.2. Organisation du projet .....	21
3.3. Base de données statistique .....	21
3.4. Regroupement des prestations .....	24
3.5. Détermination des besoins de la population .....	26
<b>4. ANALYSE DES HOSPITALISATIONS STATIONNAIRES RÉALISÉES POUR LES ANNÉES 2016 À 2018 b</b> .....	34
4.1. Généralités .....	34
4.2. Recours aux soins .....	35
4.3. Offre de soins .....	40
4.4. Flux de patient-e-s .....	42
<b>5. DÉTERMINATION DES BESOINS DE LA POPULATION DANS LE DOMAINE DES SOINS SOMATIQUES AIGUS</b> .....	46
5.1. Description de la situation actuelle .....	46
5.2. Estimation des besoins futurs .....	48
<b>6. CONSÉQUENCES FINANCIÈRES ET EN MATIÈRE DE PERSONNEL</b> .....	51
<b>7. INCIDENCES SUR LES COMMUNES</b> .....	51
<b>8. SUITE DES TRAVAUX</b> .....	51
<b>9. CONSULTATION</b> .....	52
<b>10. CONFORMITÉ AU DROIT SUPÉRIEUR</b> .....	54
<b>11. VOTE DU GRAND CONSEIL</b> .....	54
<b>12. CONCLUSIONS</b> .....	54
<b>Décret portant approbation de l'évaluation des besoins en soin hospitaliers stationnaires dans le cadre de la planification hospitalière 2023</b> .....	56

## ANNEXES

Annexe 1 : Validité des données.....	58
Annexe 2 : Définition du cas et délimitation des domaines des soins.....	59
Annexe 3 : Domaines de prestations (DPPH) et Groupes de prestations (GPPH), v2018.1 .....	60
Annexe 4 : Projection du nombre de cas d'hospitalisations relevant des réglementations cantonales et fédérales « AvoS » justifiés d'être fourni en mode stationnaire, par domaine, pour l'année 2023.....	64
Annexe 5 : Nombre de cas d'hospitalisations en soins somatiques aigus (uniquement AOS), selon les groupes de prestations, 2016 – 2018.....	65
Annexe 6 : Nombre de cas d'hospitalisations en soins somatiques aigus (tous régimes assuranciers confondus), selon les domaines de prestations, 2016 – 2018.....	73
Annexe 7 : Nombre de cas d'hospitalisations en soins somatiques aigus (tous régimes assuranciers confondus), selon les groupes de prestations, 2016 – 2018.....	74
Annexe 8 : Nombre de journées d'hospitalisations en soins somatiques aigus (uniquement AOS), selon les groupes de prestations, 2016 – 2018.....	81
Annexe 9 : Nombre de journées d'hospitalisations en soins somatiques aigus (tous régimes assuranciers confondus), selon les domaines de prestations, 2016 – 2018.....	88
Annexe 10 : Nombre de journées d'hospitalisations en soins somatiques aigus (tous régimes assuranciers confondus), selon les groupes de prestations, 2016 – 2018.....	89
Annexe 11 : Définitions Indicateurs des flux de patient-e-s .....	96
Annexe 12 : Nombre d'hospitalisations en soins aigus projetées (AOS) pour la population neuchâteloise par GPPH pour la période 2023 – 2040 .....	97
Annexe 13 : Nombre d'hospitalisations en soins aigus projetées (tous régimes assuranciers confondus) pour la population neuchâteloise par DPPH pour la période 2023 – 2040 .....	104
Annexe 14 : Nombre d'hospitalisations en soins aigus projetées (tous régimes assuranciers confondus) pour la population neuchâteloise par GPPH pour la période 2023- 2040 .....	105