

# Rapport des régions 2020



**Helsana**

Engagée pour la vie.

# Sommaire

## 4 Avant-propos

## 6 Objectifs

## 8 Données structurelles au sein des statistiques publiques

## 12 Explications d'ordre méthodologique

12 Analyse de clusters

13 Définitions

14 Sources des données

## 16 Régions de soins

### 16 Vue d'ensemble de la Suisse

### 18 Perspective de soins cantonale : 26 cantons

18 Prestations d'assurance brutes et morbidité

20 Prestations d'assurance brutes et densité de l'offre

24 Quantités de prestations et densité de l'offre

28 Quantités de prestations et morbidités

34 Prestations et contacts extracantonaux

38 Conclusion

## Impressum

**Auteur :** Pius Gyger, économiste de la santé

**Avec la collaboration de :** Eva Blozik,  
Manuel Elmiger (Gestion de projet), Mathias Früh,  
Dragana Glavic-Johansen, Andri Signorell

**Mise en page :** Eigelb – Atelier für Gestaltung

**Photo :** iStock (AscentXmedia)

**Impression :** Stämpfli AG

Août 2020

## **40 Régions de soins**

- 40 Contacts entre les assurés et les fournisseurs de prestations par canton
- 44 Caractéristiques et mouvements des patients
- 48 Comparaison ville-campagne
- 54 Contacts extracantonaux

## **58 Comparaison cantons – variantes régionales**

- 58 Variantes
- 62 Quantités de prestations, morbidité et densité de l'offre
- 70 Contacts extracantonaux
- 72 Cas stationnaires par région

## **75 Discussion**

- 76 Responsabilités dans les soins de santé
- 78 Eléments de pilotage par domaine thématique
- 80 Eléments de pilotage par domaines de fournisseurs de prestations
- 82 Interventions politiques pour la création de régions de soins au niveau fédéral
- 83 Possibilités et limites au niveau du pilotage via les régions de soins
- 85 Définition de régions de soins imposée par l'Etat ?

## **88 Conclusion**

## **90 Annexe**

- 90 Annexe 1 : Méthodologie de l'analyse de clusters
- 92 Annexe 2 : Détails concernant les régions de soins
- 95 Annexe 3 : Interventions politiques au niveau fédéral concernant les régions de soins
- 97 Annexe 4 : Indicateurs cantonaux

# Avant-propos

Dans le monde, la Suisse a la réputation d'être un pays extraordinairement bien organisé, la condition sine qua non du fonctionnement harmonieux d'un Etat fédéral. Dans la mesure du possible, les règles sont négociées au niveau local au lieu d'être édictées de manière centralisée. Le secteur de la santé ne fait pas exception. Bien que les règles de base soient fixées de manière centralisée dans la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) en tant que cadre national, de nombreuses missions sont déléguées aux cantons et à des acteurs privés, et l'échelon local bénéficie d'une grande marge de manœuvre.

Un virus inédit et l'incertitude qu'il a engendrée ont mis sous pression les structures historiques du système et ses évidentes faiblesses. Des décisions de dernière minute concernant le scénario le plus pessimiste ont été nécessaires pour maintenir les soins. Simultanément, l'opportunité s'est présentée de réfléchir hors des cadres habituels.

Des inefficacités dues à des redondances ou à des intérêts particuliers dans les cantons agacent doublement les cotisants et les contribuables. Il en résulte non seulement des surcoûts, mais la qualité est également souvent insuffisante. Il semblerait qu'une coordination centralisée des systèmes de santé cantonaux dans des régions de soins soit la solution putative.

Il existe d'ores et déjà implicitement des régions de soins dans la pratique. Cette publication présente deux propositions d'organisation alternative du paysage suisse de la santé. Les auteurs se demandent si des régions de soins seraient éventuellement intéres-

santes. Dans l'affirmative, ils tentent de déterminer où et sous quelle forme elles devraient être mises en place. Pour dépasser la vision de l'exploitation ou la conception cantonale, les analyses se fondent en grande partie sur des données d'assurés Helsana rendues anonymes. Les détails de la fourniture de soins peuvent être ventilés jusqu'au niveau de groupes de fournisseurs de prestations individuels et de communes et peuvent être étudiés sous divers angles.

Le débat sur les régions de soins et de santé qui fait rage depuis de nombreuses années est l'occasion de remettre en question les pratiques actuelles et de développer des idées de réformes au moment même où les cantons font cavalier seul et la Confédération décrète l'état d'urgence. Le présent rapport sur les régions d'Helsana fait toute la lumière sur les flux de patients. Il soutient des décisions entrepreneuriales et politiques individuelles et permet de développer la fourniture de soins à long terme. Toutes les parties prenantes en profiteront. L'activisme politique et les prescriptions officielles ne correspondent néanmoins pas à la réalité et donc aux préférences des assurés.

Nous vous souhaitons une agréable lecture de ce rapport et nous réjouissons d'un débat pertinent.



Daniel H. Schmutz  
CEO



Wolfram Strüwe  
Responsable Politique de santé

# Objectifs

Depuis de nombreuses années, la constitution de régions de soins est un thème récurrent de la politique. Des conditions-cadres ont ainsi été instaurées, promouvant l'optimisation des structures existantes du secteur de la santé.

« Promouvoir la coordination et réduire les capacités excédentaires en définissant un maximum de six régions de santé. » C'était également l'intitulé de la motion soumise en 2018 par la conseillère nationale Kathrin Bertschy. La justification est la suivante : « En organisant le système de santé suisse en un maximum de six régions de soins, on réaliserait des économies annuelles se chiffrant en centaines de millions de francs. La population attend du Conseil fédéral qu'il prenne des mesures efficaces pour que les coûts de la santé restent abordables. »

Les différentes propositions politiques prévoient de cinq à sept régions de soins. Cela dit, il n'est généralement pas possible de comprendre la façon dont le nombre de régions est déterminé, quelles sont les défaillances concrètes de la planification ou du marché à éliminer, ou selon quels critères la procédure doit être suivie.

L'objectif du présent rapport sur les régions consiste à délivrer des enseignements quant aux avantages d'une perspective de soin régionale pour la politique et la planification de la fourniture de soins par l'administration. En parallèle, ces enseignements serviront également aux décisions d'entreprises privées.

Une analyse de clusters est utilisée pour comparer deux autres variantes de régions de soins en plus de l'approche cantonale. Les auteurs décrivent et comparent ces trois variantes à l'aide de divers indicateurs. Les questions intéressantes sont les suivantes : Quelles sont les caractéristiques de la perspective de soins cantonale ? Quelles sont les régions de soins centrées sur les patients observées dans la réalité ? En quoi sont-elles différentes les unes des autres ?

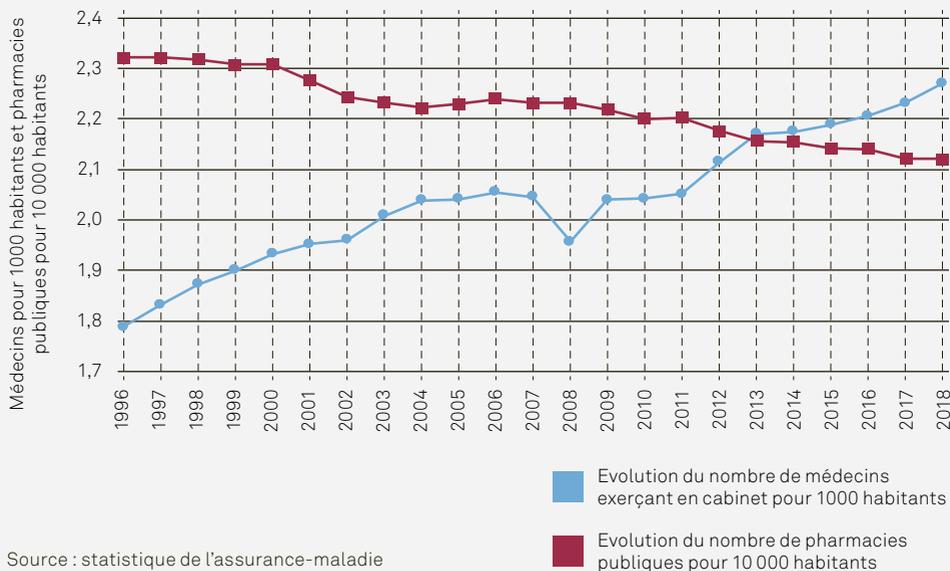
Des possibilités et limites des régions de soins dans un contexte de pragmatisme politique seront abordées sur la base de ces conclusions. Cette discussion, qui repose sur des faits, devrait générer des impulsions pour le programme suisse de réforme de la politique de la santé.

# Données structurelles au sein des statistiques publiques

En Suisse, il existe de nombreuses données concernant le secteur de la santé. Par exemple, l'OFSP publie régulièrement dans la statistique de l'assurance-maladie le nombre de pharmacies publiques et le nombre de médecins pratiquant en cabinet. La statistique permet d'observer l'évolution des offres correspondantes dans le temps. La tendance montre que les médecins et les pharmacies évoluent dans des directions opposées. Les pharmacies concentrent leur gamme de produits et de services, tandis que de plus en plus de médecins y exercent en raison de l'augmentation du travail à temps partiel.

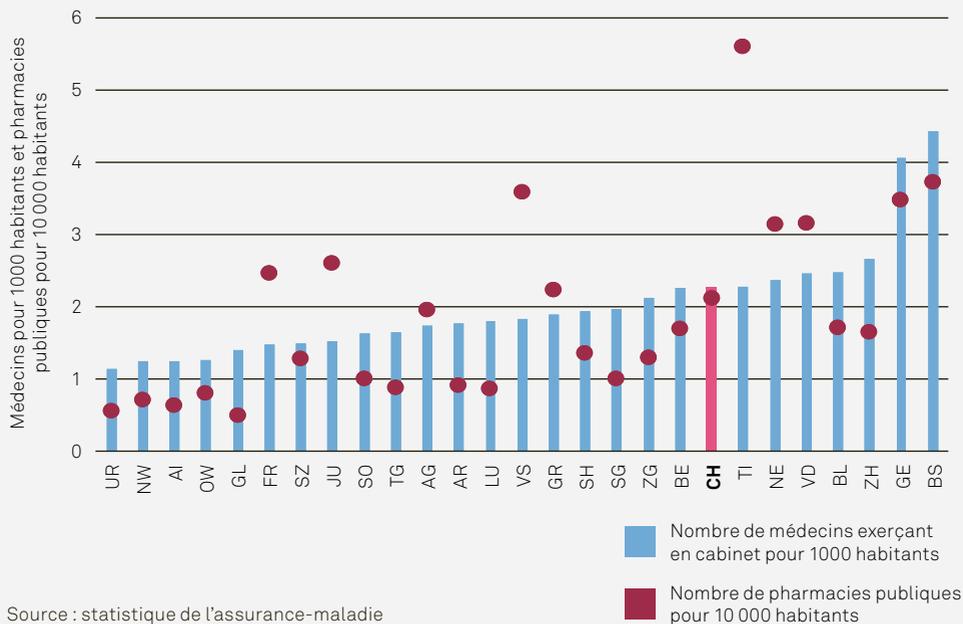
Sur la base de la même source, on peut également représenter les différences entre les cantons dans l'offre de soins.

# 1 Evolution de la densité des pharmacies et médecins



Source : statistique de l'assurance-maladie

# 2 Densité de pharmacies et de médecins 2018



Source : statistique de l'assurance-maladie

Des statistiques d'exploitation détaillées les plus diverses telles que la statistique des hôpitaux et la statistique médicale sont également accessibles en milieu hospitalier.

Sur cette base, il est possible de constater que le nombre d'établissements tend à diminuer, mais que de plus en plus de ressources en personnel sont utilisées.

Dans le domaine des soins, ce genre d'informations est également disponible dans la statistique de l'aide et des soins à domicile ou des statistiques des institutions médicosociales qui confirment la tendance de l'utilisation croissante des ressources.

Ces statistiques publiquement accessibles et d'autres font généralement état des caractéristiques suivantes :

- Enquêtes sectorielles dont la focalisation est limitée ;
- Interruptions dans la représentation d'évolutions dans le temps ;
- Focalisation sur des aspects relevant de l'exploitation ;
- Observation à l'échelle de toute la Suisse et/ou des cantons.

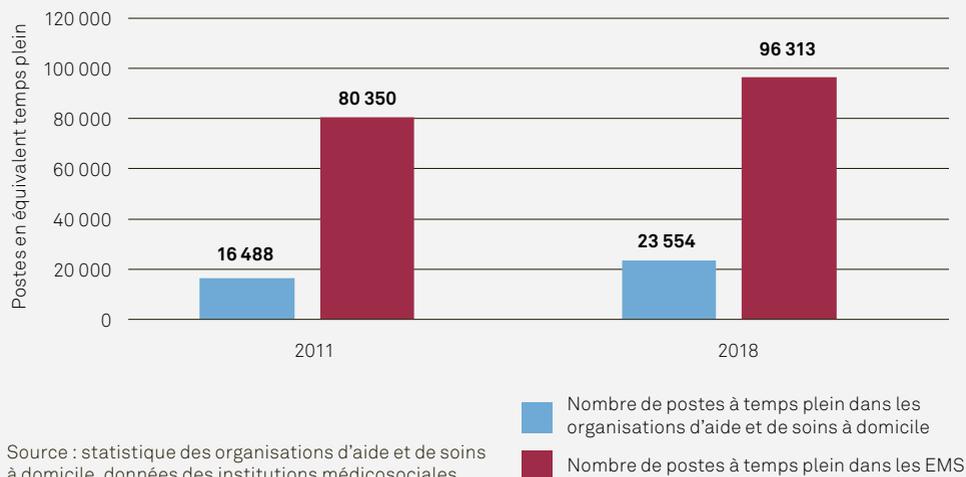
Compte tenu de ces limitations, il est difficile de se faire une idée de la réalité à l'échelle de l'ensemble des institutions et des régions. Les statistiques ne reflètent par ailleurs pas les flux de patients effectifs. C'est pourquoi cette base de données ne permet pas d'étudier la situation des soins à l'échelle régionale.

Des régions de soins sont donc formées et analysées à l'échelon de la région sur la base des flux de patients fondés sur des données de décomptes extrapolées du groupe Helsana.

### 3 Nombre d'hôpitaux et d'employés dans les hôpitaux



### 4 Nombre de postes à temps plein dans les EMS et dans les organisations d'aide et de soins à domicile



# Explications d'ordre méthodologique

Le présent rapport commence, pour ainsi dire, par la perspective cantonale sur les soins. Deux variantes suprarégionales sont ensuite examinées plus en détail. Des analyses de clusters ont permis de calculer 2 à 25 variantes géographiques alternatives et de constituer des régions supracantoniales pour comparer entre elles diverses répartitions géographiques des soins médicaux en Suisse. L'attribution des communes aux régions répond à une approche séquentielle et strictement basée sur les données. Par souci de simplicité des analyses à comparer, les variantes à 12 et à 7 régions sont sélectionnées et approfondies pour le présent rapport. Le nombre de régions choisi (7, 12 et 26) permet de garantir une bonne fourchette d'analyses.

## Analyse de clusters

Plus simplement, la formation des régions est effectuée de sorte que les communes où se produisent des contacts fréquents entre les patients et les fournisseurs de prestations se retrouvent dans la même région de soins.

Si une personne assurée de la commune A a interagi avec un fournisseur de prestations de la commune B, cela est évalué comme un contact entre la commune A et la commune B. Si une personne se rend à plusieurs reprises chez le fournisseur de prestations, il s'agit d'un contact unique. Les détails quant à la méthodologie d'analyse de clusters agglomérative figurent à l'annexe 1. Du fait de la densification par la formation de régions, les interactions entre les assurés et les fournisseurs de prestations qui intervenaient auparavant hors du canton ou entre les régions se produisent maintenant au sein de la même unité régionale. La réduction du nombre de clusters entraîne tendanciellement

## Définitions

### Consultations

Concernant les consultations, il s'agit de celles décomptées au tarif Tarmed. Les prestations en l'absence du patient ne sont pas comprises.

### Cas

Le terme de « cas » est utilisé dans le domaine des soins hospitaliers stationnaires. Tous les séjours stationnaires des assurés sont comptés.

### Prestations

Les prestations sont définies comme le recours à des prestations d'AOS au choix par assuré et par fournisseur de prestations (toutes les consultations, l'achat de médicaments ou de vaccins, les séjours hospitaliers, les tests en laboratoire, etc.). Chaque interaction correspond à un achat. Par contre, si un assuré achète par exemple plusieurs médicaments lors d'une visite en pharmacie, ou si plusieurs tests en laboratoire sont lancés et réalisés en même temps, cela est considéré comme une prestation unique.

### Contacts

Si un assuré interagit avec un fournisseur de prestations, il s'agit d'un contact. Les interactions répétées (p. ex. les consultations multiples) n'ont pas d'impact sur l'ampleur et il ne s'agit encore que d'un seul contact. Il est ainsi possible de mettre en évidence l'étendue des « relations d'affaires » entre les assurés et les fournisseurs de prestations. Cette approche paraît judicieuse si on considère que la structure des soins de santé, et non les soins, est au centre de l'analyse.

### Prévalence

La prévalence sur un an indique la fréquence des personnes qui souffrent d'une maladie donnée en pourcentage des assurés pendant une année.

### PCG

Les groupes de coûts pharmaceutiques (PCG) sont des groupes de coûts de tableaux cliniques qui peuvent être déduits des achats de médicaments. Il y a donc par exemple un groupe de coûts pour le diabète, un pour l'asthme ou encore un pour la maladie d'Alzheimer.

### Volumes (de prestation)

Les volumes sont des quantités observées de divers indicateurs tels que le nombre de contacts, de cas ou de consultations.

## Définitions

### Densité

Par densité, on entend les structures d'offres existantes par assuré. Il s'agit, p. ex., du nombre de lits pour les soins aigus pour 100 000 assurés ou du nombre de prestataires de soins de base en équivalents temps plein par assuré.

### Prestations d'assurance brutes

Les prestations d'assurance brutes désignent les montants de facturation des fournisseurs de prestations qui parviennent à l'assurance pour traitement du paiement. Une partie est payée par la participation aux coûts de l'assuré, l'autre partie par l'assurance-maladie (prestations d'assurance nettes).

une convergence des différents indicateurs. Au niveau cantonal, la dispersion a été ainsi lissée selon la méthode utilisée. Il est intéressant de noter la différence relative entre les trois clusters et la mesure dans laquelle la dispersion des indicateurs pris en compte recule en fonction de l'indicateur.

## Sources des données

Les analyses se fondent principalement sur des données de prestations en fonction de la date du traitement d'assurés du groupe Helsana en 2018 (source : Helsana). Les données ont été extrapolées aux valeurs de l'ensemble de la Suisse. Les extrapolations présentent une légère surestimation des prestations par rapport à la statistique de l'assurance-maladie de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP). Cela s'explique par le fait que, contrairement à la statistique de l'OFSP, les données sont utilisées en fonction de la date du traitement et non en fonction de la date de décompte. Les assureurs ont également une approche différente de l'enregistrement des prestations. Certains les enregistrent une fois la franchise atteinte, alors que d'autres le font à chaque facture reçue. De plus, les extrapolations dans les petits cantons doivent être utilisées avec prudence en raison de la faible part d'assurés.

Les groupes de coûts pharmaceutiques (PCG) ont notamment été utilisés pour les déclarations liées à la morbidité. Comme ils sont plus accessibles et plus simples à appliquer, ce qui facilite la consolidation des différentes données, des PCG spécifiques développés par Helsana sont utilisés.<sup>1</sup> Ils ne correspondent pas à ceux utilisés dans la compensation des risques.

Les analyses se fondent en outre sur les équivalents temps plein (ETP) des prestataires de soins de base et des spécialistes agrégés par région. Les données ont été fournies par la FMH (source : FMH).<sup>2</sup>

Les sources des chiffres des communes et des informations géographiques sont « OFSP – Niveaux géographiques de la Suisse » et « OFSP – STAT-TAB ». Elles ne seront plus citées par la suite.

Enfin, les analyses s'appuient sur des statistiques officielles issues de sources fédérales de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) et de l'Office fédéral de la statistique (OFS) :

- Statistique de l'assurance-maladie (citation : statistique de l'assurance-maladie)
- « Chiffres-clés des hôpitaux suisses » (citation : chiffres-clés des hôpitaux suisses)
- Statistique hospitalière et statistique médicale des hôpitaux (citation : statistique hospitalière)
- Statistique de l'aide et des soins à domicile (citation : statistique de l'aide et des soins)
- Statistique des institutions médicosociales (citation : statistique des institutions médicosociales).

---

<sup>1</sup> Improved prediction of medical expenditures and health care utilization using an updated chronic disease score and claims data ; Huber CA, Schneeweiss S, Signorell A, Reich OJ Clin Epidemiol. 2013 Oct ; 66(10) : 1118-27. doi : 10.1016/j.jclinepi.2013.04.011. Epub 2013 Jul 8.

<sup>2</sup> Les équivalents temps plein (ETP) sont issus d'une enquête menée par la FMH caractérisée par une couverture d'environ 50 % et une extrapolation aux zones géographiques correspondantes. Les taux d'occupation des médecins ont été enregistrés en demi-journées.

# Régions de soins

## Vue d'ensemble de la Suisse

Les zones d'approvisionnement, qu'elles couvrent l'ensemble de la Suisse, des cantons ou d'autres divisions géographiques, doivent être décrites. Pour ce faire, on utilise des chiffres clés sélectionnés. Dans la mesure où dans la suite du présent rapport, les régions de soins suivantes sont considérées, outre divers chiffres-clés communs, nous présentons ici une sélection de paramètres géographiques et relatifs aux soins.

Les indicateurs ci-dessus montrent la composition de la population suisse depuis différentes perspectives et dans quelle mesure elle est liée aux différents fournisseurs de prestations. De plus, une sélection d'indicateurs est utilisée pour fournir une vue d'ensemble de la charge de maladie, la fréquence à laquelle certaines prestations sont sollicitées et les ressources utilisées pour effectuer les soins. Cette sélection d'indicateurs est représentée par la suite sous forme de différentes combinaisons. Cependant, d'autres indicateurs ne sont plus utilisés et ont une valeur purement informative.

En commençant par les 26 cantons, les caractéristiques à l'échelle de la Suisse sont présentées dans des variantes de régions de soins de structure différente, permettant ainsi de tirer des conclusions.

## Tableau 1 : Aperçu chiffres-clés 2018

Population totale	8 502 982
Femmes	4 286 422
Hommes	4 216 560
Age moyen au décès	81,8
Age moyen	41,8
Proportion de la population dans une zone densément peuplée	29,7 %
Proportion de la population dans une zone moyennement peuplée	51,9 %
Proportion de la population dans une zone faiblement peuplée	18,5 %
Surface totale des communes en km <sup>2</sup>	39 828
Zone de végétation (surface habitée) des communes en km <sup>2</sup>	25 726
Nombre total de lits pour soins aigus	23 037
Nombre de lits pour soins aigus pour 100 000 habitants	271
Nombre extrapolé d'ETP des prestataires de soins de base FMH	6678
Nombre extrapolé d'ETP des spécialistes FMH	9056
Nombre total de contacts avec les fournisseurs de prestations	39 415 376
Nombre moyen de contacts avec les fournisseurs de prestations	4,64
Nombre moyen de contacts avec les prestataires de soins de base	0,88
Nombre moyen de contacts avec les spécialistes	1,29
Nombre moyen de contacts avec les hôpitaux (soins ambulatoires)	0,55
Proportion de bénéficiaires	84,9 %
Nombre moyen de PCG	1,09
Prévalence de diabète (fréquence relative en 2018)	4,78 %
Prévalence de cancer (fréquence relative en 2018)	0,95 %

## Perspective de soins cantonale : 26 cantons

### Prestations d'assurance brutes et morbidité

Les groupes de coûts pharmaceutiques (PCG) peuvent être utilisés pour illustrer la charge de maladie – la morbidité – d'un groupe avec un diagnostic spécifique et la prise en charge médicale. L'illustration suivante présente la morbidité en fonction du nombre moyen de PCG par assuré et des prestations d'assurance brutes moyennes par assuré selon le canton.

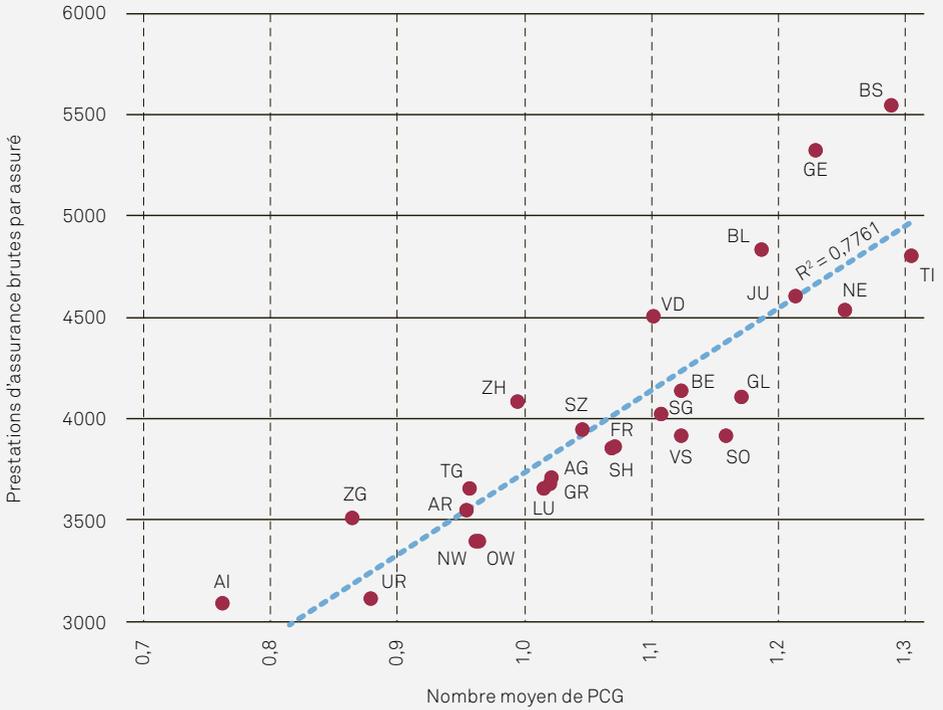
Les PCG expliquent bien les différences sur les prestations brutes entre les cantons.<sup>3</sup> Elles sont cependant importantes : dans les cantons de Bâle-Ville et du Tessin, ces PCG sont près de 50 % plus élevés que dans les cantons d'Appenzell Rhodes-Intérieures, de Zoug ou d'Uri. Ces différences s'expliquent parfaitement par des diagnostics plus fréquents dus aux différences de comportement des patients ou aux variations dans l'activité médicale. Elles peuvent également s'expliquer par les différences de groupes d'âge. La dispersion est toutefois trop grande pour que ces facteurs expliquent entièrement de telles différences.

Dans certains cantons, on observe des valeurs aberrantes dans les prestations brutes, difficilement explicables par la morbidité observée. Par exemple, les prestations brutes dans le canton de Bâle-Ville sont supérieures d'environ 600 francs à celles du canton du Tessin, bien que ce dernier affiche une morbidité légèrement plus élevée. Genève, Vaud,

---

<sup>3</sup> Les PCG sont des groupes de coûts qui sont formés par des achats de médicaments ambulatoires. C'est pourquoi les coûts des prestations de l'ill. 5 s'expliquent au moins pour partie par les coûts des prestations. Ainsi, la valeur explicative relativement élevée n'est pas tellement surprenante. Ce sont plutôt les fortes différences cantonales qui sont remarquables.

## 5 Prestations d'assurance brutes et nombre moyen de PCG



Zurich et Bâle-Campagne présentent également une différence vers le haut. Ici, un fait reste flou : la morbidité plus élevée est-elle imputable à une charge de maladie effective plus importante ou à un traitement plus intensif avec plus de médicaments pour la même maladie ?

### **Prestations d'assurance brutes et densité de l'offre**

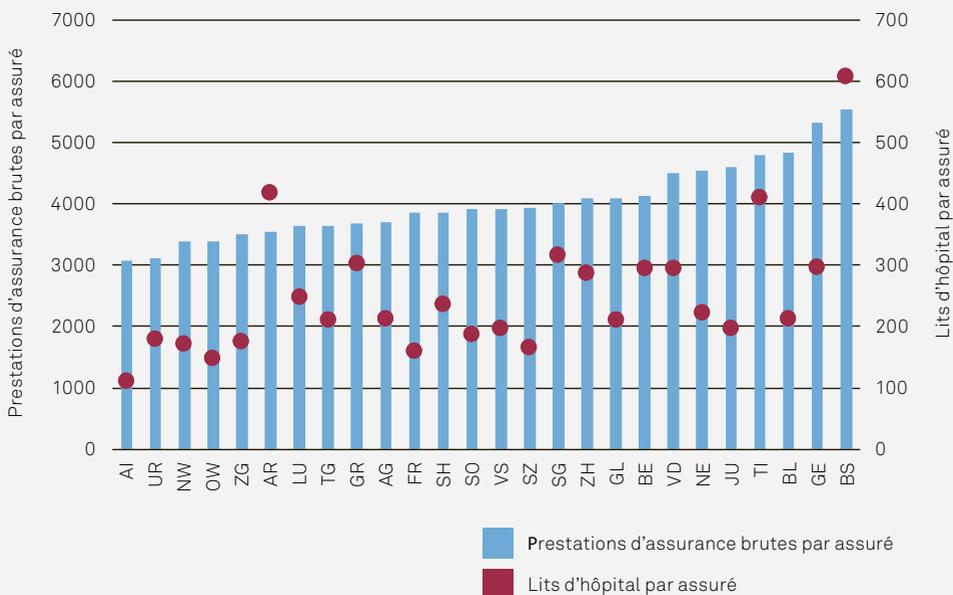
Dans les cercles spécialisés, les experts sont souvent d'avis que les coûts sont notamment induits par l'offre. C'est pourquoi le nombre de lits par assuré et les densités de médecins sont comparés ci-après aux prestations brutes par assuré.

Les deux valeurs aberrantes les plus frappantes en matière de densité de lits se trouvent dans les deux demi-cantons d'Appenzell Rhodes-Extérieures et de Bâle-Campagne, tandis que les deux demi-cantons associés d'Appenzell Rhodes-Intérieures et Bâle-Campagne affichent une densité de lits plus faible.

De toute évidence, il n'existe aucun lien entre les densités de lits cantonales et les prestations d'assurance brutes. La corrélation manquante ne signifie pas pour autant que le principe de la demande induite par l'offre ne s'applique pas. Toutefois, l'illustration indique que de nombreux hôpitaux – notamment les institutions hautement spécialisées et universitaires – présentent naturellement des rayons d'activité inter-cantonaux en raison de leur offre spécifique et spécialisée.

La fréquence des maladies de la population varie très fortement d'un canton à l'autre. La seule structure de la population ne permet pas de l'expliquer.

## 6 Prestations d'assurances brutes moyennes et lits d'hôpital par assuré et par canton

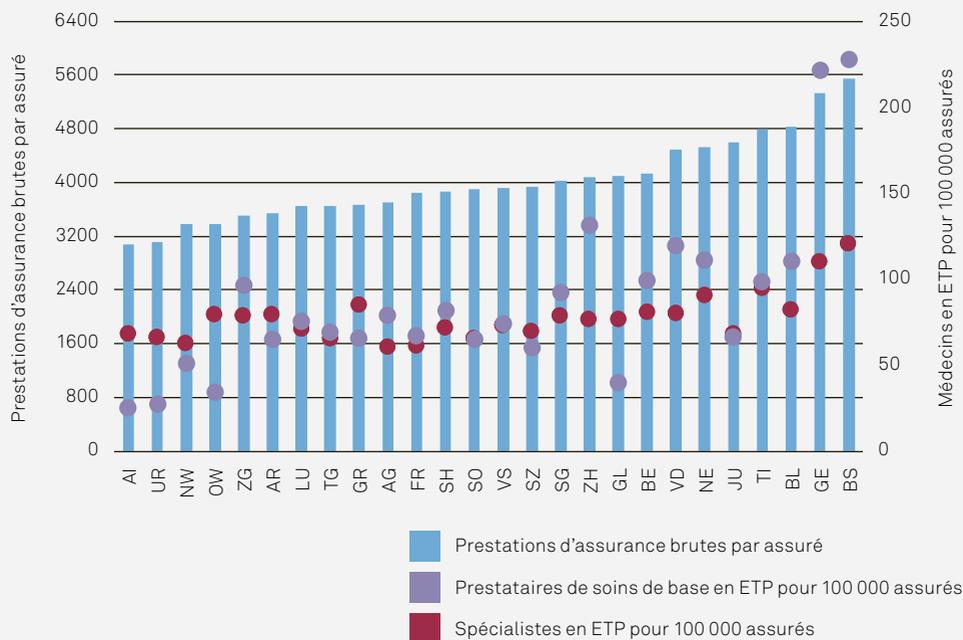


Un tableau différent se dessine concernant la densité de médecins dans le domaine ambulatoire et les prestations d'assurance brutes.

Dans les cantons de Bâle-Ville et de Genève, il y a une très forte densité de spécialistes et prestataires de soins de base. Elle est la plus faible dans les cantons ruraux d'Appenzell Rhodes-Intérieures, d'Uri et de Nidwald. Malgré l'existence de fluctuations cantonales, on constate une faible tendance à l'augmentation des coûts lorsque les densités de médecins sont plus élevées. Cependant, même avec cette approche, il n'est pas possible de déterminer dans quelle mesure cela peut être imputable à des chiffres d'affaires des médecins induits par l'offre ou à une demande plus élevée du fait que les résidents de ces cantons sont davantage malades. On peut au moins supposer qu'à l'instar des hôpitaux, les soins spécialisés tendent à être dispensés sur une base intercantonale davantage que les soins médicaux de base. Par conséquent, la densité de médecins chez les spécialistes fluctue plus fortement que parmi les prestataires de soins de base, et le rapport de cause à effet pour les prestations d'assurance brutes cantonales est moins déterminant.

Tant les décisions entrepreneuriales des hôpitaux que celles des cantons qui planifient doivent se fonder sur les réalités intercantionales.

## 7 Prestations d'assurance brutes moyennes et densité de médecins



### **Quantités de prestations et densité de l'offre**

Les assurés jouissent d'une assez grande liberté dans le choix du fournisseur de prestations et ne doivent pas se limiter aux frontières du canton. C'est pourquoi les offres cantonales sont à peine déterminantes pour les coûts cantonaux. Les offres cantonales peuvent plutôt avoir une influence sur les volumes de prestations fournies à cet échelon.

L'illustration suivante indique donc le nombre de lits pour les soins aigus pour 100 000 assurés et le nombre moyen de séjours hospitaliers par assuré et par canton.

Dans le canton de Bâle-Ville, le nombre de lits et le nombre de séjours hospitaliers des habitants sont particulièrement élevés. Dans les cantons ruraux comme Lucerne, Nidwald et Obwald, le nombre de lits et celui de séjours sont relativement faibles. La dispersion entre les cantons est toutefois importante. Il n'y a probablement pas de corrélation entre le nombre de lits et le nombre de séjours des habitants du canton. Ici également, l'explication est que de nombreux hôpitaux – notamment les institutions hautement spécialisées et universitaires – ont naturellement des rayons d'activité intercantonaux en raison de leur offre spécifique.

Les soins spéciaux ont un rayon d'activité plus important que les soins de base. C'est pourquoi les densités cantonales de l'offre de soins spécialisés n'expliquent que partiellement les coûts au niveau cantonal.

## 8 Nombre moyen de séjours hospitaliers par assuré et nombre de lits pour les soins aigus pour 100 000 assurés



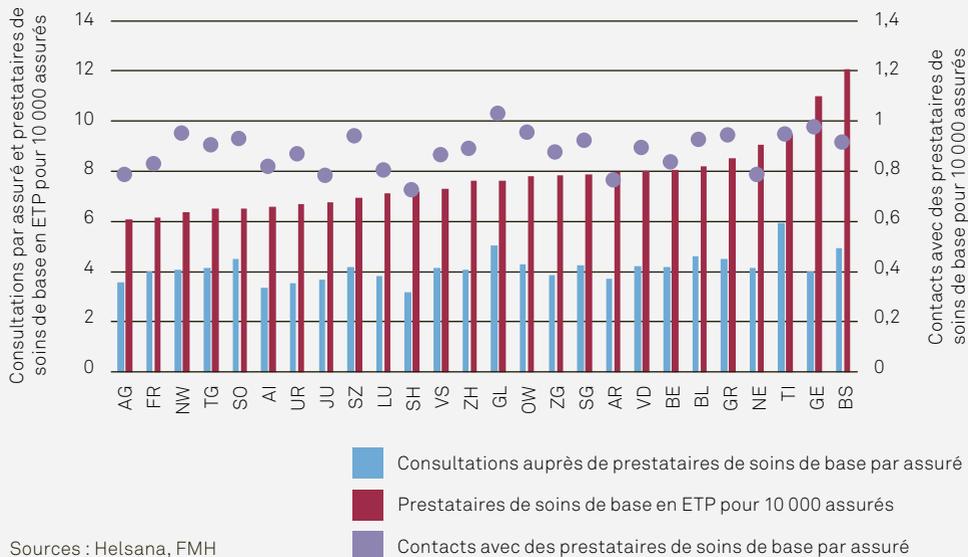
On observe également de grandes dispersions en matière de soins médicaux de base et le nombre de consultations, ainsi que dans le nombre de contacts entre les cantons.

Dans le canton de Bâle-Ville, la densité de prestataires de soins de base est deux fois plus importante que dans le canton d'Argovie, le nombre de contacts et le nombre de consultations par assuré sont en revanche similaires. Dans cette illustration, les prestations hospitalières ambulatoires ne sont certes pas prises en compte. Mais expliquer ces nettes différences par le besoin différencié en conseil médical paraît peu plausible.

Dans le cas des soins prodigués par des médecins spécialistes, le nombre de contacts augmente avec la densité cantonale de spécialistes, contrairement aux soins de base. Le fait que les patients se trouvant à proximité immédiate aient plus de chances d'être orientés vers un spécialiste, car ce dernier est justement à proximité, pourrait l'expliquer de manière simple. La relation entre la densité d'offre de spécialistes et de prestataires de soins de base tend à confirmer cette corrélation. Plus la densité de spécialistes est élevée, plus celle des prestataires de soins de base l'est également (cf. illustration 31).

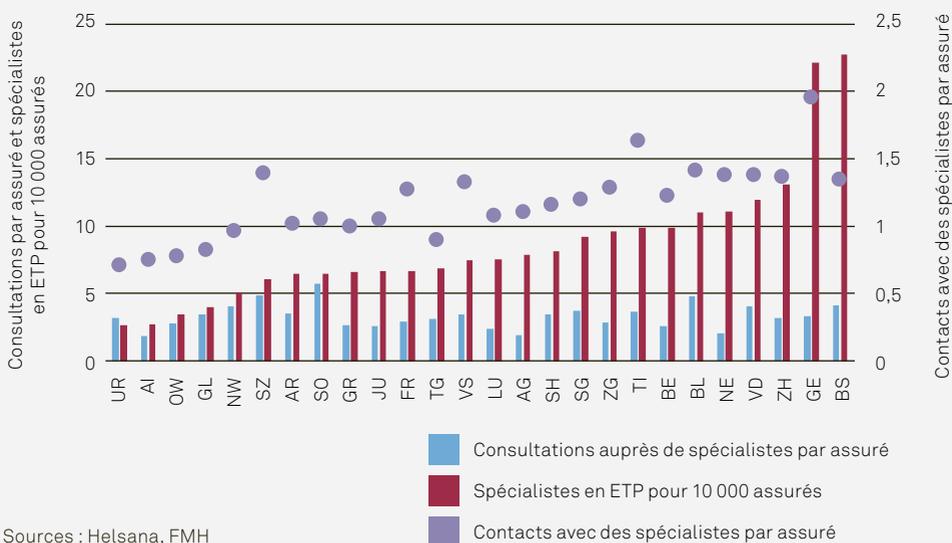
Les soins spéciaux ont un rayon d'activité plus important que les soins de base, mais une corrélation entre le nombre de contacts des assurés avec le nombre de spécialistes, plutôt qu'avec celui des prestataires de soins de base, peut néanmoins être identifiée au niveau cantonal.

## 9 Nombre moyen de consultations et contacts par assuré auprès de prestataires de soins de base et densité des prestataires de soins de base



Sources : Helsana, FMH

## 10 Nombre moyen de consultations et de contacts par assuré auprès des spécialistes et densité de spécialistes



Sources : Helsana, FMH

## Quantités de prestations et morbidités

A bien des égards, la morbidité constitue un important indicateur dans le secteur de la santé. Les données suivantes cherchent à analyser si la morbidité est corrélée au nombre de séjours hospitaliers et aux consultations auprès de prestataires de base et de spécialistes (quantité de prestations).

### Hôpital

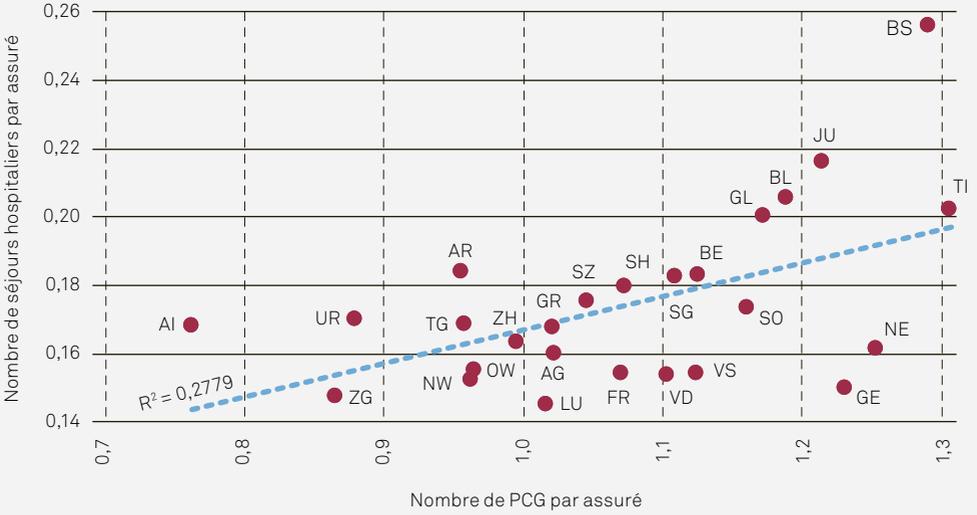
La comparaison ci-dessus de PCG cantonaux avec le nombre moyen de séjours hospitaliers montre qu'il n'existe pratiquement pas de lien entre le nombre de séjours hospitaliers et la morbidité ( $R^2 = 0,2779$ ).

Dans cet ensemble d'indicateurs, le canton de Bâle-Ville présente également une différence vers le haut. Les assurés de Bâle-Ville présentent un nombre de séjours hospitaliers d'une fréquence disproportionnée par rapport aux autres cantons. En revanche, les cantons de Lucerne et de Zoug présentent des valeurs aberrantes au bas de l'échelle. Ils font état de relativement peu de séjours hospitaliers.

Il est difficile d'expliquer les différences notoires dans le nombre moyen de séjours hospitaliers dans les cantons ayant des PCG quasi identiques tels que Bâle-Ville et le Tessin. Dans les cantons de Genève et du Jura, les différences dans les structures de soins ambulatoires sont probablement dues au fait que le canton de Genève propose une offre très dense de spécialistes ambulatoires et que les soins ambulatoires y sont très développés.

Le nombre moyen de séjours hospitaliers par assuré ne peut pas s'expliquer par les morbidités.

# 11 Nombre moyen de séjours hospitaliers et PCG par assuré



### **Hôpitaux de soins de base**

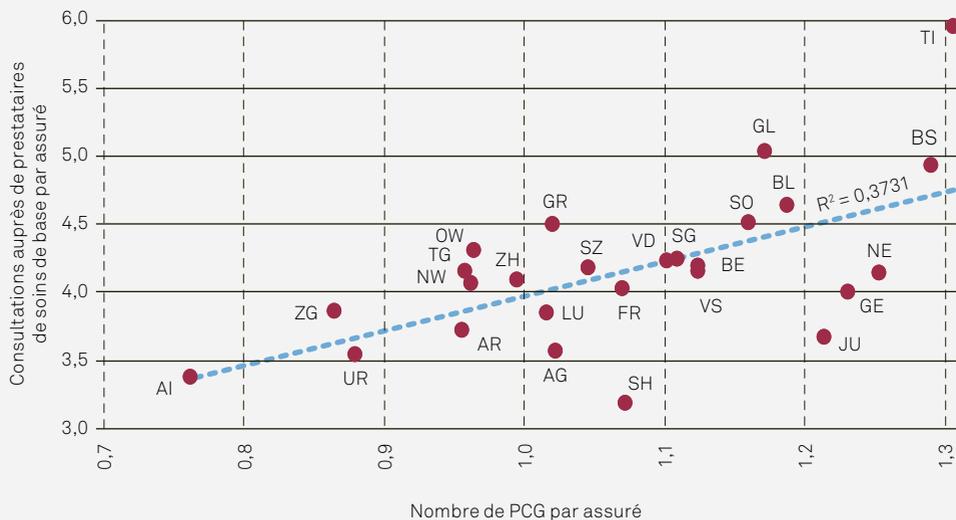
Le nombre de consultations auprès de prestataires de soins de base et le nombre moyen de PCG varient énormément d'un canton à l'autre.

Même si la corrélation statistique est relativement faible ( $R^2 = 0,3731$ ), le nombre de consultations a tendance à croître avec la morbidité. Les personnes malades ont plutôt tendance à consulter un médecin. Malgré de faibles écarts, on remarque que les cantons sont ici dans un ordre similaire à celui des séjours hospitaliers. Les valeurs aberrantes dans les petits cantons du Jura et de Schaffhouse pourraient être liées à une extrapolation relativement imprécise due à leur faible nombre d'assurés.

Dans le canton d'Argovie, le nombre moyen de PCG par assuré est par exemple environ 25 % plus bas qu'au Tessin. Si l'on considère d'autre part les deux cantons ayant le plus grand nombre de PCG, on remarque que les cantons de Bâle-Ville et du Tessin présentent une morbidité similaire. Au Tessin, il y a en revanche bien plus de consultations auprès des prestataires de soins de base par assuré, ce qui remet en question le lien entre la morbidité et le nombre de consultations.

Le nombre moyen de consultations auprès des prestataires de soins de base par assuré ne peut pas s'expliquer par les morbidités dans les cantons.

## 12 Nombre moyen de consultations auprès de prestataires de soins de base et PCG par assuré



### **Spécialistes**

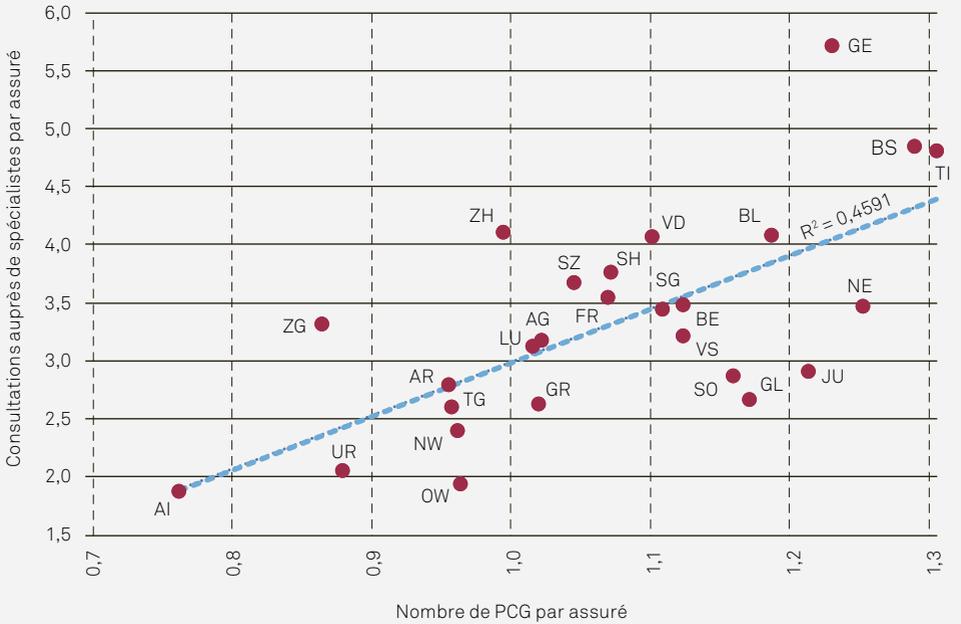
Le rapport entre les PCG et le nombre de consultations auprès des spécialistes se présente comme suit :

Les PCG n'expliquent que de manière limitée le nombre moyen de consultations auprès de spécialistes ( $R^2 = 0,4591$ ). De plus, l'écart est plus important par rapport à celui des prestataires de soins de base. Les assurés des cantons de Bâle-Ville, du Tessin et de Genève consultent bien plus souvent des spécialistes dans leurs cantons que ceux des cantons d'Uri ou d'Appenzell Rhodes-Intérieures. La morbidité mesurée par les PCG est environ 50 % plus élevée dans ces cantons. On remarque notamment que les cantons comprenant de grandes agglomérations, comme Genève, Bâle-Ville et Zurich, se situent systématiquement dans la fourchette supérieure du nombre de consultations auprès de spécialistes par assuré. C'est également dans ces cantons que la densité de spécialistes est la plus élevée. Dans les cantons d'Argovie, de Lucerne et de Thurgovie, les valeurs correspondantes se trouvent dans la fourchette inférieure.

Les observations menées sur les prestations d'assurance brutes et sur les quantités de prestations en fonction des densités d'offres et des morbidités ne représentent pas les flux de patients extracantonaux (prestations, contacts). Ils sont donc définis ci-après.

Les soins médicaux spécialisés  
sont tournés vers les villes.

### 13 Nombre moyen de consultations auprès de spécialistes et PCG par assuré



## **Prestations et contacts extracantonaux**

Le tableau ci-après présente la part de la demande extracantonale dans le contexte stationnaire, ambulatoire hospitalier et ambulatoire.

Le nombre de contacts extracantonaux comprend tous les contacts entre une personne assurée et un fournisseur de prestations, par exemple avec des médecins ambulatoires, des hôpitaux, des laboratoires ou pour l'achat de médicaments. Les différents contacts avec des fournisseurs de prestations individuels ne sont comptés qu'une seule fois et incluent éventuellement plusieurs prestations extracantonales ou des cas stationnaires. En fonction de la manière dont les interactions sont réparties entre les différents groupes de fournisseurs de prestations, il est possible que les contacts extracantonaux soient plus nombreux que les prestations extracantonales ou que les cas (p. ex. au Tessin) ou vice-versa (p. ex. dans le canton d'Appenzell Rhodes-Intérieures).

Seuls 7 % des contacts des assurés tessinois avec des fournisseurs de prestations ont lieu hors canton. En revanche, ce chiffre est de 55 % dans le canton d'Appenzell Rhodes-Intérieures. La part de prestations ambulatoires extracantonales auprès d'un médecin est généralement plus faible que pour les autres catégories. Cela est dû au fait que les soins médicaux sont moins importants que les soins hospitaliers. A l'inverse, les parts des cas stationnaires extracantonaux sont plus élevées que dans le cas des perceptions de prestations auprès de médecins, ce qui confirme le caractère extracantonale des soins hospitaliers.

## Tableau 2 :

### Cas extracantonaux, prestations et contacts par canton

	Part de contacts extracantonaux	Part des cas stationnaires extracantonaux	Part des prestations ambulatoires extracantonales à l'hôpital	Part des prestations ambulatoires extracantonales auprès d'un médecin
TI	7 %	5 %	4 %	2 %
GE	8 %	3 %	3 %	2 %
ZH	9 %	5 %	4 %	3 %
VD	10 %	7 %	7 %	6 %
BE	10 %	4 %	5 %	4 %
NE	15 %	23 %	16 %	6 %
VS	17 %	19 %	18 %	10 %
<b>CH</b>	<b>18 %</b>	<b>16 %</b>	<b>15 %</b>	<b>9 %</b>
SG	18 %	21 %	16 %	10 %
LU	19 %	15 %	12 %	8 %
BS	22 %	10 %	8 %	17 %
SH	26 %	29 %	25 %	14 %
AG	27 %	20 %	20 %	17 %
GR	28 %	19 %	15 %	13 %
JU	29 %	39 %	36 %	17 %
ZG	31 %	33 %	30 %	14 %
FR	31 %	34 %	35 %	20 %
TG	32 %	29 %	28 %	17 %
UR	32 %	29 %	22 %	11 %
BL	35 %	52 %	53 %	21 %
SO	35 %	36 %	29 %	19 %
GL	37 %	33 %	26 %	13 %
SZ	42 %	42 %	36 %	21 %
NW	43 %	39 %	46 %	19 %
OW	45 %	41 %	39 %	18 %
AR	52 %	45 %	54 %	32 %
AI	55 %	63 %	65 %	25 %

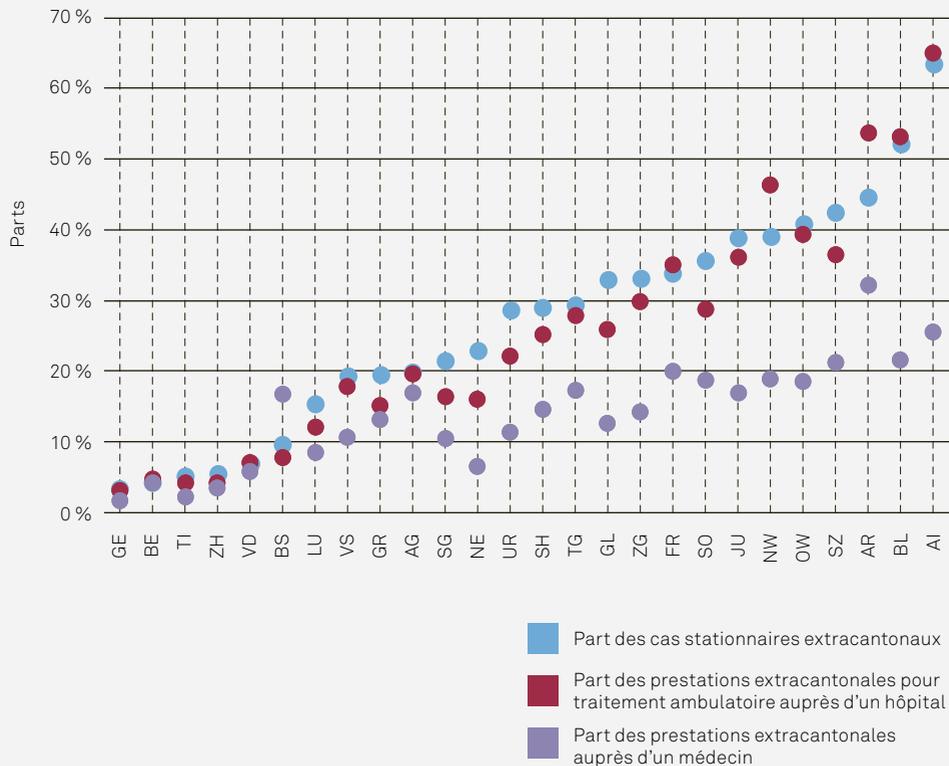
En général, les parts extracantonales dans les cantons sont faibles dans les cantons proposant une vaste palette de prestations médicales. A l'inverse, les parts dans les cantons ruraux tels qu'Appenzell Rhodes-Intérieures, Appenzell Rhodes-Extérieures ou Obwald sont naturellement particulièrement élevées. Cette affirmation est confirmée en représentant séparément les parts des prestations et des cas extracantonaux.

Dans le canton de Bâle-Ville, les prestations extracantonales sont faibles dans toutes les catégories, mais très élevées dans le canton de Bâle-Campagne. Le canton de Bâle-Ville fournit des soins stationnaires à une grande partie des assurés du canton voisin de Bâle-Campagne. Les données confirment que les soins sont extracantonaux dans les cantons dont l'offre médicale est plutôt restreinte. Rien de surprenant donc à ce que les habitants des villages préfèrent se faire soigner en ville. Les mouvements pendulaires de la population active peuvent également contribuer à ce résultat.

L'illustration 14 montre aussi que les parts de prestations hospitalières ambulatoires extracantonales se comportent de manière similaire aux parts des séjours stationnaires extracantonaux. Le fait que les prestations ambulatoires hospitalières « suivent » les cas stationnaires suggère qu'une bonne partie des soins de base fournis par ces cantons est dispensée dans les villes.

Les flux de patients sont moins fonction des frontières cantonales que de l'offre de soins existante dans le rayon d'activité de la population.

## 14 Part des cas extracantonaux et des prestations par canton



Outre les prestations et les cas, la perspective des soins permet également d'illustrer le nombre total de contacts et leurs parts extracantonales.

Le tableau est similaire à celui des prestations ambulatoires et des cas stationnaires extracantonaux. Dans les cantons de Zurich, de Genève, du Tessin, de Vaud et de Berne, les valeurs des contacts extracantonaux sont très faibles. Le taux d'autosuffisance dans ces cantons est particulièrement élevé.

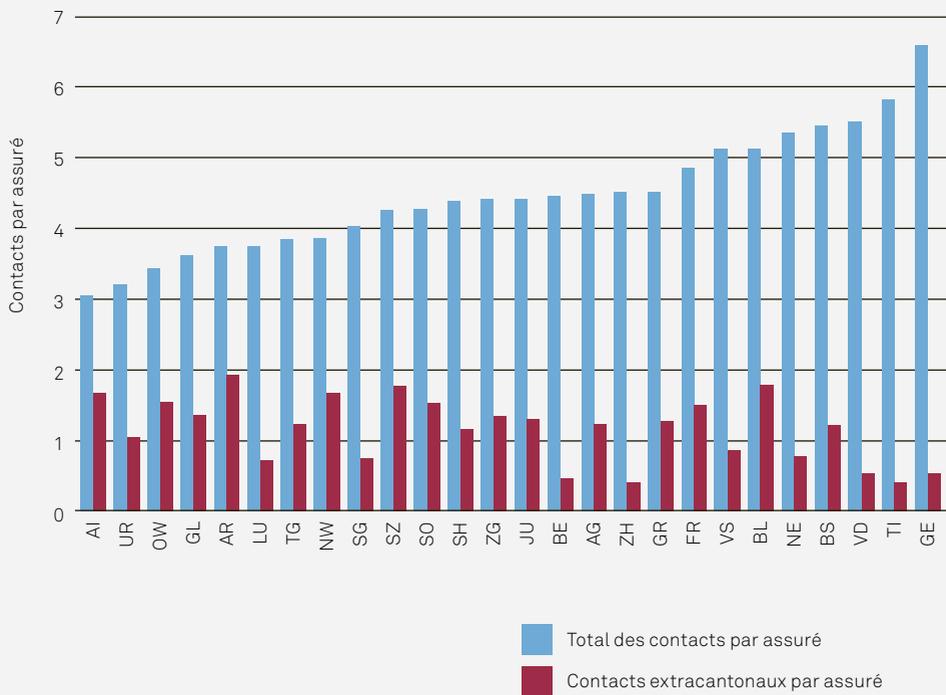
Les différences entre les cantons concernant le nombre absolu de contacts par assuré sont étonnamment importantes. Tandis qu'il n'y en a que trois dans les cantons ruraux comme Appenzell Rhodes-Intérieures, Appenzell Rhodes-Intérieures, Uri et Obwald, ce chiffre est presque deux fois plus élevé parmi les cantons de tête que sont Bâle-Ville, le Tessin, Genève et Vaud. La population de ces cantons recherche donc plus de fournisseurs de prestations différents. Les patients des cantons de Vaud, du Tessin et de Genève sont traités par de nombreux fournisseurs de prestations différents mais, manifestement, plutôt sur le plan intercantonal.

### **Conclusion**

Mesuré à l'aune de la demande médicale, le comportement de la population dans les cantons (contacts des patients avec les fournisseurs de prestations) est différent selon le domaine de fournisseur de prestations. Les soins hospitaliers et les soins spécialisés sont plutôt dispensés sur le plan intercantonal par rapport aux soins médicaux de base.

Dans l'optique cantonale, on peut difficilement expliquer les quantités de prestations et les coûts occasionnés dans le domaine ambulatoire comme stationnaire par des paramètres cantonaux comme la densité de l'offre ou les morbidités.

## 15 Total des contacts avec les fournisseurs de prestations et contacts extracantonaux par assuré



La conclusion est donc la suivante : healthcare is a regional business (la santé est une affaire régionale). Les flux de patients ne sont pas fonction des frontières des cantons. Les structures d'offre sont fonction des flux de patients et vice-versa. L'analyse cantonale des différents indicateurs ne donne donc que très peu d'informations utiles du point de vue des soins.

C'est également la raison pour laquelle les parts des contacts extracantonaux ont des valeurs variables très élevées selon le caractère et les structures de l'offre dans les cantons. Une analyse appropriée de la prise en charge médicale nécessite donc une perspective interrégionale.

## Régions de soins

### **Contacts entre les assurés et les fournisseurs de prestations par canton**

Une perspective interrégionale des structures de fourniture de soins permet de se faire une idée des préférences réelles des assurés et de reproduire les flux de patients dans tout le système de santé. Le chapitre suivant établit empiriquement le recours à des prestations médicales entre différents cantons.

Les illustrations suivantes présentent les interactions entre les patients et les fournisseurs de prestations entre les cantons et au sein des cantons. Sur le côté gauche de l'axe vertical du graphique, on retrouve le canton du fournisseur de prestations alors que le canton de domicile de l'assuré lui fait face à droite. On obtient donc un type de diagramme de flux entre l'offre et la demande. Les cantons fournisseurs de prestations et les cantons assurés non mentionnés (cantons FPREST) sont réunis sous « OTH ».

Par exemple, la population du canton de Fribourg établit près de 70 % de tous ses contacts dans son canton. Environ 15 % des contacts s'effectuent auprès de fournisseurs de prestations installés dans les cantons de Vaud et de Berne. Une toute petite partie des contacts a lieu dans d'autres cantons.

Le tableau 3 montre que les cantons de Zurich, de Berne et de Saint-Gall sont les plus grands importateurs nets de contacts. L'Argovie, Fribourg et le Valais sont à l'inverse les plus grands exportateurs nets.

**Tableau 3 : Différences nettes de l'importation et de l'exportation cantonales des contacts**

<b>ZH</b> 649 715	<b>BE</b> 438 673	<b>SG</b> 434 120	<b>VD</b> 257 305	<b>BS</b> 233 091	<b>BL</b> 194 091	<b>LU</b> 27 466	<b>AI</b> -3872	<b>GE</b> -16 304
<b>ZG</b> -19 561	<b>SH</b> -32 900	<b>NW</b> -35 297	<b>UR</b> -36 734	<b>GL</b> -40 509	<b>OW</b> -47 692	<b>TI</b> -57 272	<b>AR</b> -61 265	<b>JU</b> -69 787
<b>NE</b> -84 449	<b>TG</b> -127 664	<b>GR</b> -159 697	<b>SO</b> -163 180	<b>SZ</b> -174 350	<b>VS</b> -189 265	<b>FR</b> -377 082	<b>AG</b> -537 579	

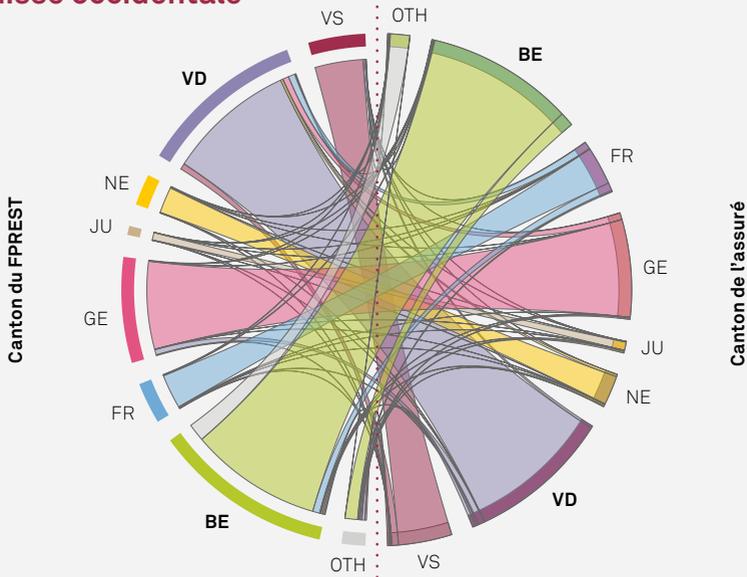
Source : Helsana

La répartition du recours à des prestations médicales dans le canton même et dans le reste de la Suisse varie en fonction de l'aménagement de l'offre cantonale de soins et du comportement de la population du canton. Certains cantons sont largement autonomes (p. ex. Neuchâtel et le Tessin), d'autres ont fortement recours à des prestations extra-cantonales (p. ex. la Thurgovie et Soleure) ou fournissent des capacités tant à leur propre population qu'au reste de la Suisse (p. ex. Bâle-Ville et Zurich).

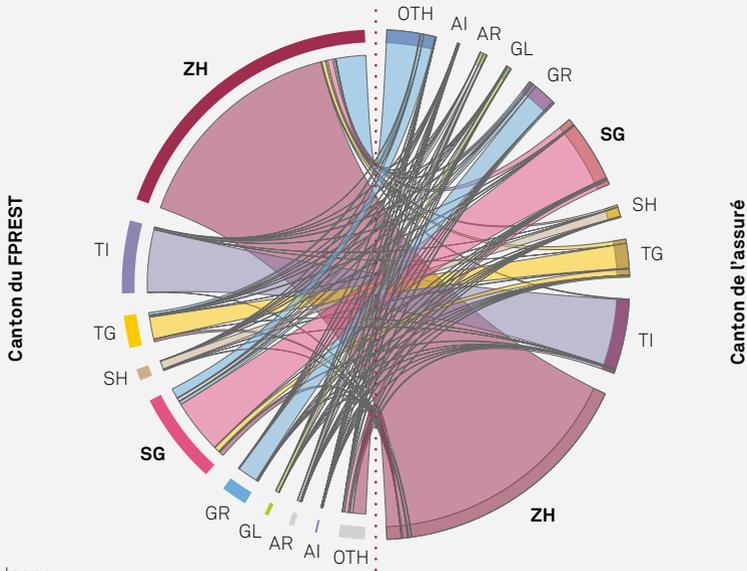
Les statistiques classiques ventilées par canton ne font pas de distinction sur la base de la taille de la population de ces cantons. C'est par exemple le cas dans les illustrations de densité médicale cantonale ou des consultations par assuré.

Dans l'exemple du canton de Berne, on constate que la majorité des assurés bernois rendent majoritairement visite à des fournisseurs de prestations dans leur propre canton et que seule une faible part des contacts a lieu dans d'autres cantons du fait de la vaste offre disponible dans les soins de base et les soins spécialisés (voir les explications du chapitre précédent concernant les contacts extracantonaux).

## 16 Contacts entre les patients et les fournisseurs de prestations Suisse occidentale

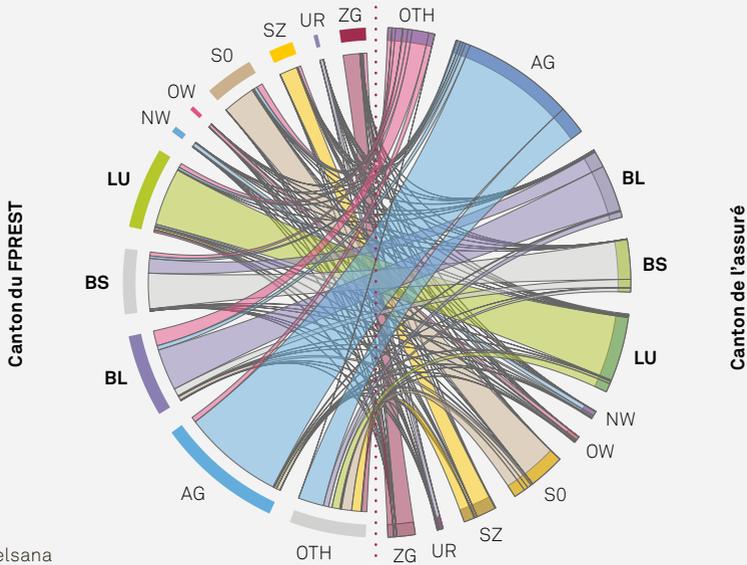


## 17 Contacts entre les patients et les fournisseurs de prestations Suisse orientale et méridionale



Source : Helsana

## 18 Contacts entre les patients et les fournisseurs de prestations Suisse centrale



Source : Helsana

Les cantons en gras sont des importateurs nets de contacts. Cf. tableau 3.

Les trois graphiques précédents montrent d'une part l'interconnexion réelle dans le secteur de la santé et illustrent clairement que chaque canton ne dispose pas de son propre système de santé, qu'il soit petit ou grand. Il est donc essentiel de ne pas perdre de vue les interdépendances des cantons entre eux.

D'autre part, ces graphiques révèlent le faible poids des petits cantons en termes de contacts entre patients et fournisseurs de prestations par rapport aux grands cantons.

### **Caractéristiques et mouvements des patients**

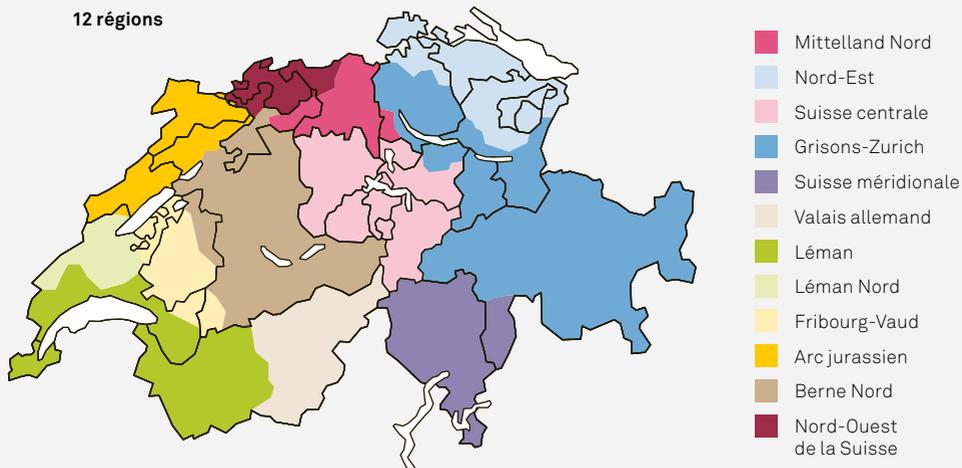
Les nombreux contacts extracantonaux font état d'une perspective régionale. Les régions de soins représentées ci-dessous se fondent sur l'analyse des flux de patients qui ont été constitués à l'aide d'une procédure d'analyse de clusters (voir le chapitre 4 pour des explications sur la méthodologie).

Sur le plan cartographique, la variante à douze régions et la variante à sept régions donnent lieu à la répartition géographique suivante.

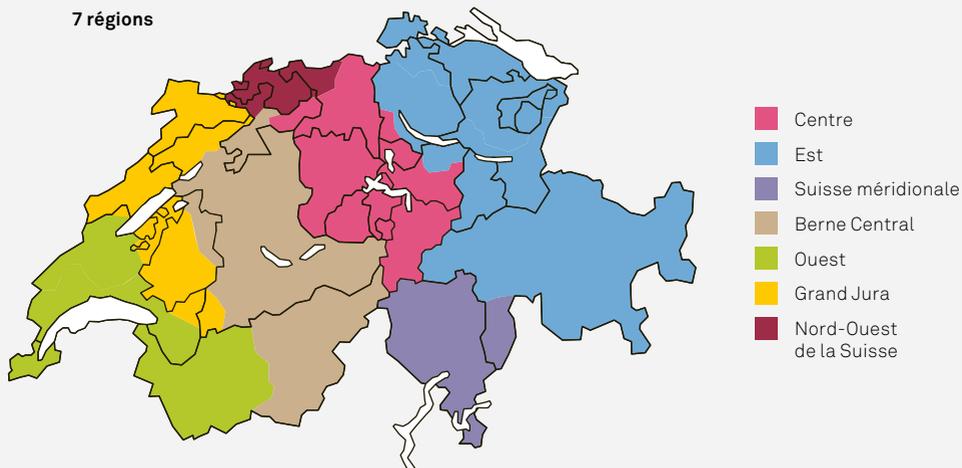
Les flux de patients intercantonaux et la mise en réseau des systèmes de santé remettent fondamentalement en cause l'organisation cantonale des soins.

## 19 Aperçu des régions de soins

12 régions



7 régions



Les flux de patients ne suivent que partiellement les frontières des cantons. Les frontières des régions de soins correspondent aux frontières des cantons si ces dernières suivent par exemple les limites topographiques (p. ex. les Alpes) ou linguistiques. Les régions constituées se détachent des frontières cantonales où la vie est empreinte des frontières historiques et culturelles. Des exemples clairs de cette réalité sont le canton du Valais, le val Mesolcina, sur la crête sud des Alpes (Grisons), ou la frontière linguistique entre les cantons germanophones de Berne et Fribourg et la Suisse romande.

Pour la variante à douze régions, les flux de patients dérivés de la méthodologie décrite ici produisent les données de base suivantes :

C'est dans les régions Suisse centrale, Nord-Est et Grisons-Zurich que le plus de cantons participent. En revanche, la région du Tessin est composée uniquement du canton du Tessin et d'une partie de celui des Grisons (val Mesolcina). A première vue, il peut paraître étonnant que le reste du canton des Grisons et toute la Suisse orientale ainsi qu'une grande partie du canton de Zurich forment une région Grisons-Zurich. C'est la plus grande en termes de superficie, avec des distances relativement grandes. Les contacts extracantonaux des habitants des Grisons sont supérieurs à 30 %. Visiblement, les régions montagneuses se tournent vers Zurich.

Dans la variante à sept régions, la région Est est la plus grande quand on la rapporte au nombre d'assurés et la Suisse du Nord-Ouest, le Grand Jura et la Suisse méridionale sont les plus petites en termes de population.

## Tableau 4 : Données de base 12 régions

12 régions	Cantons participants	Assurés en milliers
Valais allemand	VS	82
Mittelland Nord	ZH, BE, LU, SO, AG	770
Suisse centrale	BE, LU, UR, SZ, OW, NW, ZG, AG	727
Fribourg-Vaud	BE, FR, VD	294
Nord-Est	ZH, SH, AR, AI, SG, TG	867
Grisons-Zurich	ZH, SZ, GL, SG, GR, AG	1820
Léman	VD, VS, GE	1345
Nord-Ouest de la Suisse	SO, BS, BL, AG	598
Berne Nord	BE, FR, SO	1162
Léman Nord	FR, VD	181
Suisse méridionale	GR, TI	358
Arc jurassien	BE, BL, VD, NE, JU	302

## Tableau 5 : Données de base des 7 régions

7 régions	Cantons participants	Assurés en milliers
Centre	ZH, BE, LU, UR, SZ, OW, NW, ZG, SO, AG	1496
Est	ZH, SZ, GL, SH, AR, AI, SG, GR, AG, TG	2687
Ouest	FR, VD, VS, GE	1525
Nord-Ouest de la Suisse	SO, BS, BL, AG	598
Grand Jura	BE, FR, BL, VD, NE, JU	595
Berne Central	BE, FR, SO, VS	1243
Suisse méridionale	GR, TI	358

Le nombre d'assurés et le nombre de cantons participants dans les régions de soins sont très différents. Ces paramètres ne jouent toutefois aucun rôle dans la formation des régions. Seuls les flux de patients sont déterminants pour l'appartenance à une région de soins.

### **Comparaison ville-campagne**

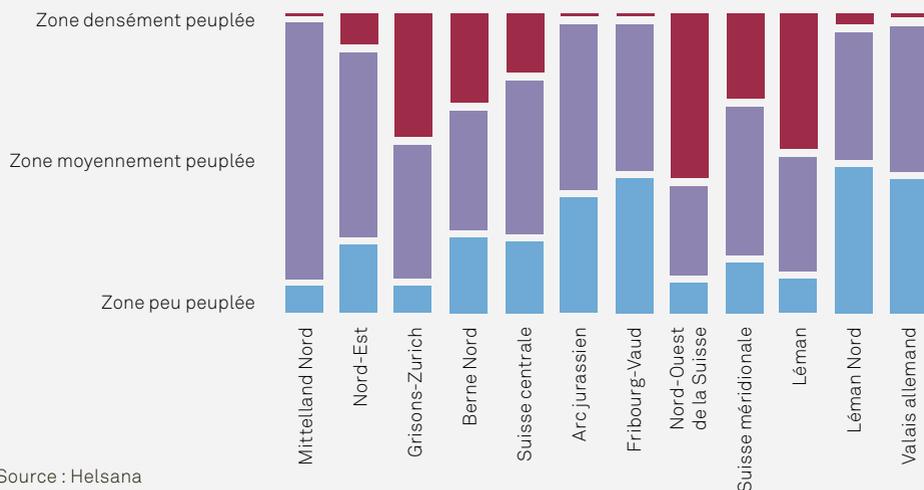
Les différentes régions peuvent également être caractérisées à l'aide de la densité démographique.

Les régions ayant la part de population urbaine la plus élevée dans le modèle à douze régions sont Grisons-Zurich, le Nord-Ouest de la Suisse et la région Léman. Dans le modèle à sept régions, l'Ouest, la Suisse méridionale et le Nord-Ouest de la Suisse sont les plus urbanisés. Dans la région du Jura, la part des zones les moins peuplées ou rurales dans les deux variantes est la plus importante.

Si les activités de planification cantonales devaient être développées sur la base des régions de soins, cela nécessiterait un effort de coordination considérable entre les cantons. Notamment du fait qu'en réalité, les flux de patients de nombreux cantons alimentent plusieurs régions de soins.

## 20 Proportion de la population dans les zones de peuplement pour 12 régions

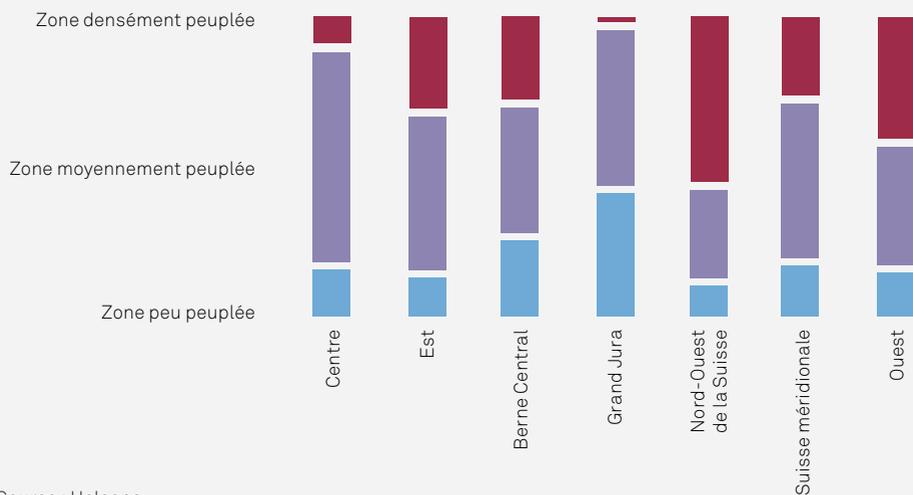
Proportion de la population dans les zones de peuplement



Source : Helsana

## 21 Proportion de la population dans les zones de peuplement pour 7 régions

Proportion de la population dans les zones de peuplement



Source : Helsana

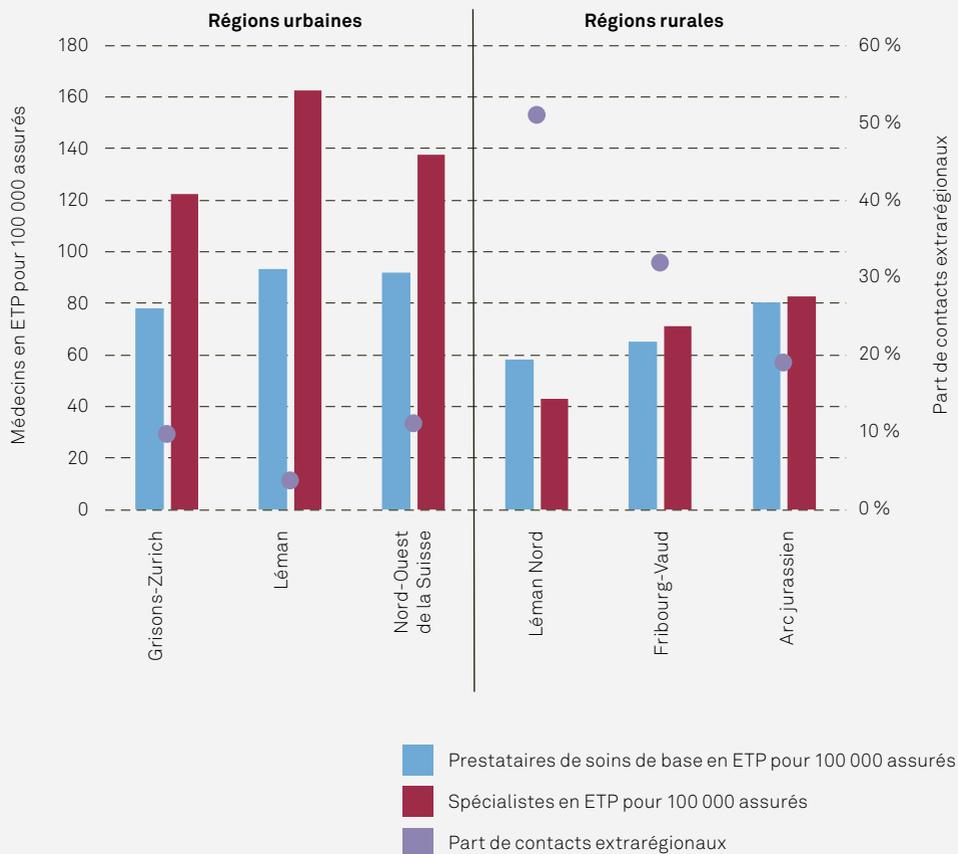
Comparer les trois zones les plus urbanisées avec les trois zones les plus rurales dans le modèle des douze régions révèle de grandes disparités dans la densité de médecins.

Dans les régions rurales, la densité de médecins est inférieure à celles des zones urbaines, comme on pouvait s'y attendre. Les parts des contacts extrarégionaux sont donc bien plus faibles dans les régions urbaines. La part de contacts extrarégionaux est particulièrement élevée dans la région Léman Nord, une région très rurale de Suisse romande. La population est relativement jeune, et la densité démographique de la région est faible (181 000 habitants). La région est frontalière du Jura et de la France. Elle se distingue par une part élevée de prestations ambulatoires hospitalières extrarégionales. Il est également remarquable que le nombre de cas stationnaires par assuré y était généralement très faible en 2018.

Les différences entre les régions rurales et urbaines sont particulièrement prononcées pour les spécialistes. Alors que la région Léman Nord compte plus de 40 spécialistes pour 100 000 assurés, ce chiffre est de 160, soit plus du quadruple, dans le Léman voisin. Il s'agit donc surtout des spécialistes qui proposent leurs prestations principalement dans les régions urbaines.

Le fait que dans les régions Grisons-Zurich et Léman, la part des contacts extrarégionaux soit relativement faible n'est pas étonnant au regard de l'offre structurelle complète.

## 22 Densité de médecins et part des contacts extrarégionaux dans les zones urbaines et rurales pour 12 régions



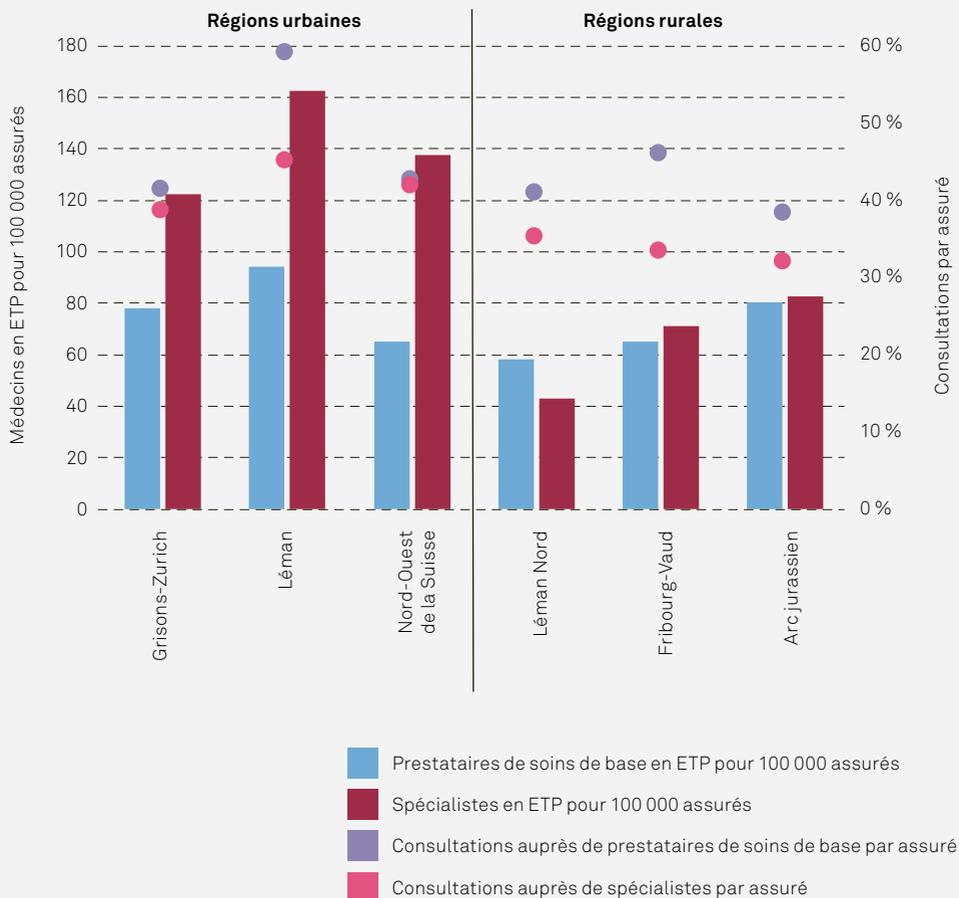
La comparaison entre ville et campagne est également possible sur le plan du nombre de consultations en soins médicaux de base. L'illustration suivante présente la comparaison des prestataires de soins de base et des spécialistes disponibles pour 100 000 assurés et le nombre moyen de consultations, ventilé par région de soins urbaines et rurales.

Le nombre moyen de consultations auprès des prestataires de soins de base est, à l'exception de la région du Léman, plus ou moins égal dans les zones urbaines et rurales. La densité de prestataires de soins de base dans les régions urbaines est en revanche légèrement plus élevée que dans les zones rurales. Pour le même nombre de consultations, il faut un nombre plus élevé de médecins. Visiblement, les soins médicaux de base fonctionnent différemment dans les régions rurales. Il est possible qu'il existe des différences concernant l'organisation des cabinets et leurs processus, le rôle de l'assistant au cabinet médical ou également les temps de travail.

De plus, la comparaison montre clairement l'ampleur des différences de densité de spécialistes entre la ville et la campagne. Cela s'accompagne d'un nombre de consultations auprès de spécialistes par assuré plus élevé.

Dans les régions rurales, la densité des prestataires de soins de base est plus faible. Ils fournissent toutefois à peu près le même nombre de consultations par assuré. Dans les régions urbaines, les assurés consultent plus souvent le réseau dense de spécialistes.

## 23 Densité de médecins et nombre moyen de consultations auprès de spécialistes et prestataires de soins de base dans les zones urbaines et rurales pour 12 régions



### **Contactes extracantonaux**

Les densités de médecins et le nombre de consultations analysés dans les paragraphes précédents ne font état que d'un lien restreint avec les flux de patients régionaux et interrégionaux. Ces indicateurs ne permettent pas de se prononcer de manière claire quant à la pertinence des soins d'une région pour la population cantonale et extracantonale.

Les tableaux suivants fournissent une vue d'ensemble des parts de la demande extrarégionale par région de soins.

Il ressort de l'analyse des contacts extracantonaux entre les douze régions que l'amplitude n'a que légèrement diminué par rapport à la répartition cantonale (cf. tableau 2). Si la région Léman enregistre la valeur la plus faible avec 4 % et la région Léman Nord la plus forte avec 51 %, au niveau cantonal, ces valeurs sont respectivement de 7 % (Tessin) et 55 % (Appenzell Rhodes-Intérieures). La moyenne pour l'ensemble du pays a baissé de 18 % à 13 %. La part d'assurés allant se faire soigner hors de leur région continue cependant de diminuer sensiblement, ce qui s'explique sans doute par l'offre structurelle des régions.

En constituant sept régions contre douze, le nombre moyen de contacts ne s'ajuste que légèrement. La dispersion entre les régions reste ainsi quasiment au même niveau.

## Tableau 6 :

### Contactes extrarégionaux dans les 12 régions

12 régions	Part de contacts extrarégionaux
Léman	4 %
Suisse méridionale	7 %
Berne Nord	10 %
Grisons-Zurich	10 %
Nord-Ouest de la Suisse	11 %
<b>CH</b>	<b>13 %</b>
Nord-Est	17 %
Suisse centrale	18 %
Arc jurassien	19 %
Mittelland Nord	29 %
Valais allemand	29 %
Fribourg-Vaud	31 %
Léman Nord	51 %

## Tableau 7 :

### Contactes extrarégionaux dans les 7 régions

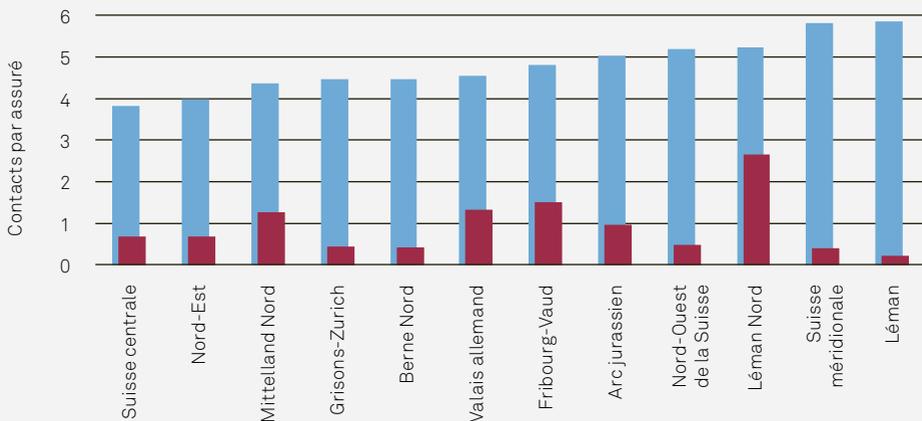
7 régions	Part de contacts extrarégionaux
Ouest	3 %
Est	5 %
Suisse méridionale	7 %
Berne Central	10 %
<b>CH</b>	<b>10 %</b>
Nord-Ouest de la Suisse	11 %
Centre	21 %
Grand Jura	25 %

Avec la réduction du nombre de régions, les différences de contacts entre les régions sont en revanche plus faibles et baissent généralement.

Dans les régions disposant d'une vaste offre thérapeutique, la part de contacts extrarégionaux est relativement faible. C'est pourquoi des contacts interrégionaux sont moins nécessaires dans ce cas. Mesuré en part des contacts, le degré d'autosuffisance est supérieur à 80 % dans toutes les régions à l'exception du Grand Jura. Pour sept régions, le nombre de contacts extrarégionaux correspond à environ 10 % de tous les contacts. Les soins interrégionaux restent donc importants également dans le cadre de la formation de régions.

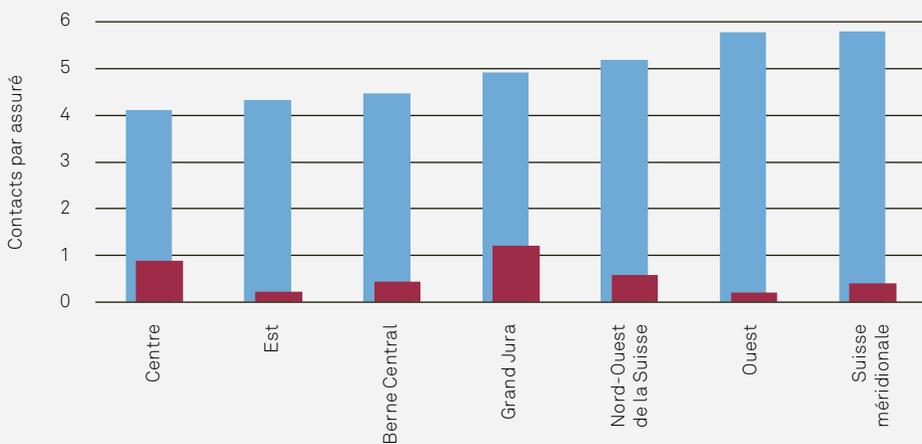
Le degré d'autosuffisance régionale augmente avec la formation de régions de soins. Les soins extrarégionaux restent toutefois significatifs.

## 24 Total des contacts avec les fournisseurs de prestations et contacts extrarégionaux par assuré pour 12 régions



Source : Helsana

## 25 Total des contacts avec les fournisseurs de prestations et contacts extrarégionaux par assuré pour 7 régions



Source : Helsana

■ Total des contacts par assuré  
■ Contacts extracantonaux par assuré

## Comparaison cantons – variantes régionales

Les propriétés de la perspective cantonale et celles des deux variantes de régions de soins ont été décrites dans les chapitres précédents. Ces trois variantes sont comparées ci-dessous.

### Variantes

L'écart standard permet de se rendre compte si la valeur moyenne d'un enregistrement constitue une valeur attendue représentative. On ne peut cependant pas comparer les écarts standard sur différentes échelles, car des nombres absolus plus grands dans une suite de nombres donnent automatiquement des écarts standard plus élevés que dans une suite de nombres plus petits présentant la même répartition. En revanche, le coefficient de variation est une valeur de mesure adaptée permettant de décrire indépendamment la dispersion d'une caractéristique. Le coefficient de variation (écart standard / valeur moyenne) en tant que mesure de dispersion relative permet de comparer les différences des régions de soins formées différemment.

La représentation des parts régionales des diabétiques et des personnes souffrant d'un cancer ainsi que le nombre de PCG se trouvent dans l'annexe 4.

Au niveau du nombre de lits d'hôpital et de la densité de spécialistes, la dispersion est particulièrement élevée. Elle baisse le plus lorsque le nombre de régions diminue. L'orientation extracantonale est également particulièrement élevée, et la représentation des régions sur la base des flux de patients est beaucoup plus homogène. Les capacités hos-

Pour les décisions concernant les offres de capacités hospitalières et les spécialistes (ouverture de cabinets, etc.), la perspective régionale est particulièrement utile.

## Tableau 8 : Coefficients de variation<sup>4</sup>

	Coefficients de variation		
	7 régions	12 régions	26 cantons
Nombre de lits pour soins aigus pour 100 000 assurés	0,228	0,274	0,413
Nombre d'équivalents temps plein de prestataires de soins de base pour 100 000 assurés	0,123	0,156	0,180
Nombre d'équivalents temps plein pour 100 000 assurés	0,254	0,387	0,522
Prestations brutes par assuré	0,104	0,117	0,152
Prestations brutes de soins stationnaires par assuré	0,124	0,120	0,158
Prestations brutes de soins ambulatoires par assuré	0,108	0,126	0,168
Nombre moyen de PCG	0,087	0,088	0,124
Proportion de diabétiques par assuré	0,077	0,097	0,157
Proportion de personnes atteintes de cancer par assuré	0,164	0,166	0,185
Nombre de contacts avec des FPREST par assuré	0,128	0,129	0,185
Nombre de contacts extra-cantonaux/extrarégionaux	0,609	0,706	0,369

Source : Helsana

<sup>4</sup> Les coefficients de variation de certains chiffres-clés du tableau 1 ne sont pas listés ici, car leur comparaison ne serait ni utile ni pertinente (p. ex. âge moyen).

pitalières cantonales ayant une fonction centrale pour toute une région jouent un rôle important à cet effet.

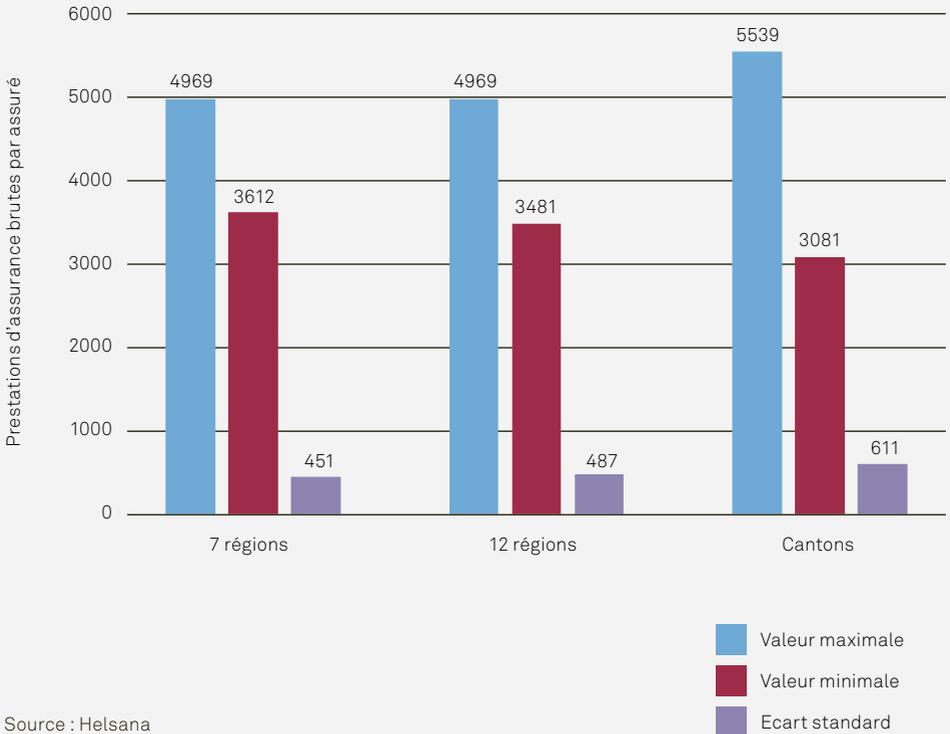
Indépendamment du nombre de régions, la variation est plutôt faible pour le nombre moyen de PCG et pour la part de diabétiques. La variation des PCG est toutefois plus importante pour la représentation cantonale. Dans la mesure où les PCG constituent une mesure pour la morbidité, ils sont répartis de façon beaucoup plus homogène à l'intérieur des variantes régionales. La variation est pratiquement constante pour toutes les observations régionales dans le cas de l'indicateur Part de malades cancéreux.

Si l'on observe le paysage des soins sur la base des flux de patients, la morbidité est répartie de façon beaucoup plus homogène dans les régions formées que dans la perspective cantonale. Les structures de soins orientées selon la morbidité ne peuvent donc pas suivre les frontières des cantons.

Les différences relatives au niveau des prestations d'assurance brutes sont également réduites dans la perspective régionale.

Les prestations d'assurance brutes des régions les plus chères des variantes régionales sont donc au même niveau, car elles se composent des mêmes communes, si bien qu'elles sont identiques (voir l'annexe 4 pour les détails). Il s'agit de la région du Nord-Ouest de la Suisse, où les différences demeurent frappantes : avec sept régions de soins, les prestations d'assurance brutes restent en effet environ 50 % plus élevées dans la région la plus chère que dans la région la moins chère. De toute évidence, les facteurs induisant des coûts tels que les structures, le niveau général de coûts, les loyers, les salaires, les inefficacités, etc. ont un effet presque inchangé au niveau régional sur les prestations d'assurance brutes.

## 26 Prestations d'assurance brutes par assuré maximales et minimales et écart standard



Source : Helsana

Malgré les tendances au rapprochement en raison de la perspective régionale, des différences de coûts considérables persistent entre les régions de soins.

## Quantités de prestations, morbidité et densité de l'offre

### Nombre de consultations chez les prestataires de soins de base et morbidités

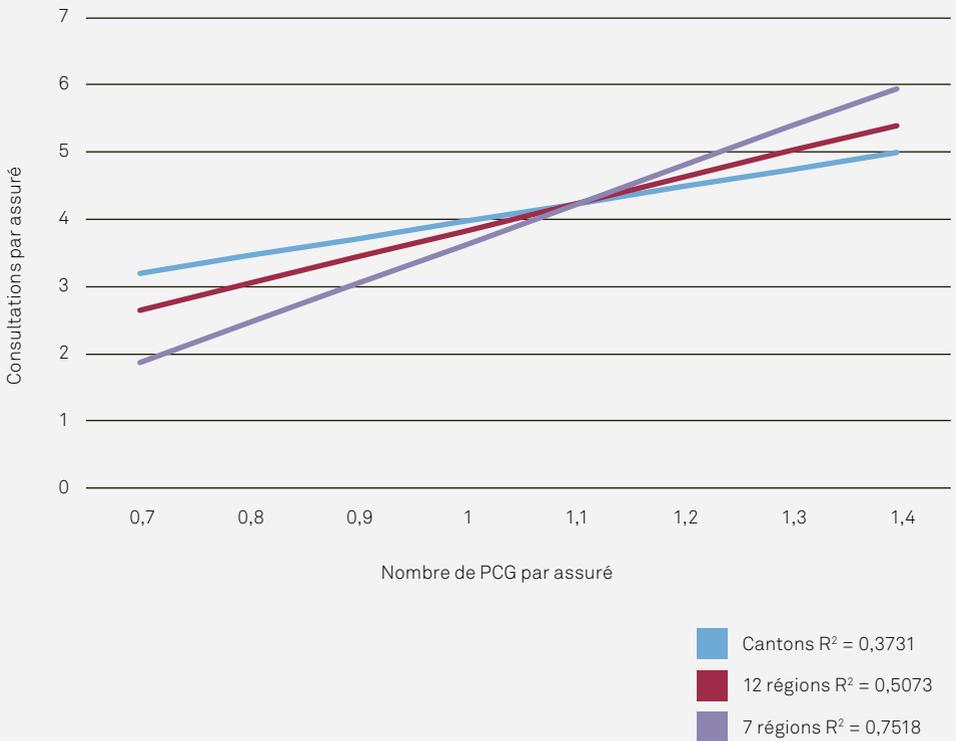
L'illustration suivante présente les résultats de trois régressions linéaires avec les variables Nombre moyen de consultations chez les prestataires de soins de base et Nombre moyen de PCG.

Dans la perspective cantonale, le coefficient de détermination  $R^2$  est relativement faible (0,3731). Le nombre moyen de PCG dans les cantons ne convient donc pas pour expliquer le nombre de consultations.  $R^2$  est plus élevé dans les deux perspectives régionales. En d'autres termes, la qualité de la régression est meilleure et le lien entre les PCG et les consultations est plus distinct ( $R^2$  augmente à 0,5073 s'il y a douze régions et à 0,7518 s'il y a sept régions).

Dans une perspective régionale, l'illustration montre un lien plus fort entre les PCG et les consultations auprès de prestataires de soins de base. Il s'agit là d'une propriété centrale de l'analyse de clusters. La perspective régionale reproduit mieux le comportement des patients que la perspective cantonale.

Le recours à des prestations de prestataires de soins de base s'explique mieux par la morbidité dans la vue régionale. La vue cantonale occulte et fausse ce rapport logique.

## 27 Nombre de consultations auprès de prestataires de soins de base et PCG par assuré



On peut se demander si ce lien s'applique également pour d'autres comparaisons, par exemple pour la relation entre la densité des prestataires de soins de base et le nombre moyen de consultations chez ces derniers.

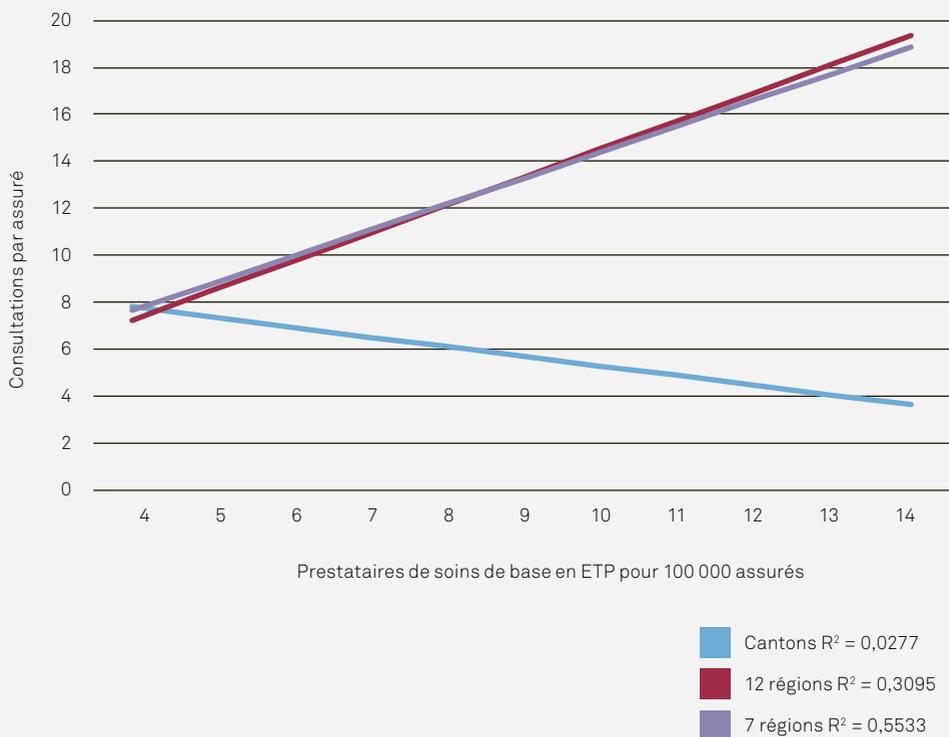
### **Densité des prestataires de base et nombre de consultations**

Sur la base des données cantonales, on constate une légère corrélation négative entre le nombre de prestataires de soins de base et le nombre de consultations. Cela signifierait que le nombre de consultations baisse lorsque la densité des prestataires de soins de base augmente. Le coefficient  $R^2$  est toutefois presque nul. La corrélation n'est donc pas fiable et il n'est pas possible de tirer une telle conclusion.

Dans une perspective régionale, on relève toutefois un lien plus fort et plus positif entre le nombre moyen de consultations chez les prestataires de soins de base et le nombre de prestataires de soins de base. C'est tout à fait plausible, car les structures d'offres régionales s'adaptent plutôt à la demande régionale et ne suivent pas les frontières cantonales. Il est donc largement plus aisé de prévoir le nombre de consultations sur la base de la vue régionale.

Il convient également de se demander si la densité de médecins s'explique mieux par les morbidités dans la perspective régionale.

## 28 Consultations par assuré et densité de prestataires de soins de base



### **Densité des médecins et morbidité**

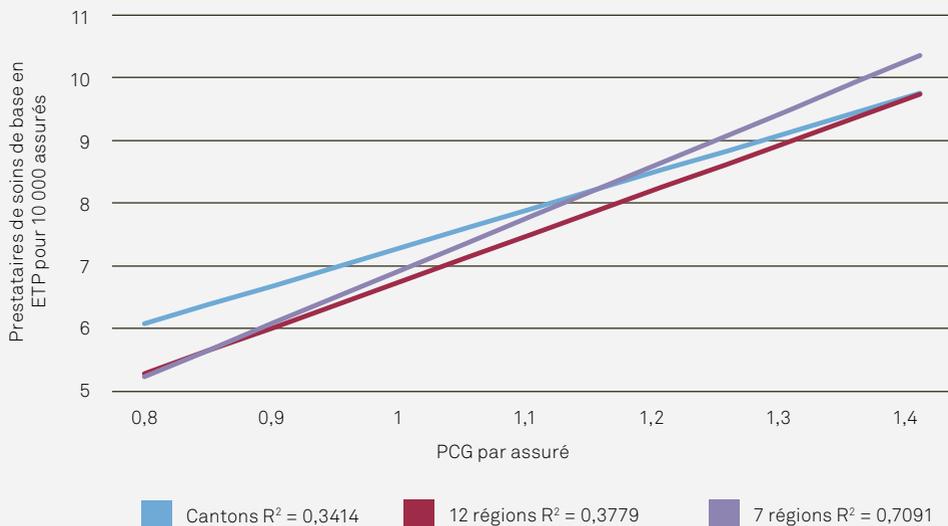
Une régression linéaire avec les variables Nombre moyen de PCG et Nombre moyen de prestataires de soins de base pour 10 000 assurés permet de représenter la relation correspondante.

Si les trois variantes sont comparées à l'aune de la morbidité et de la densité de prestataires de soins de base, la variante à sept régions fait état d'une corrélation légèrement plus positive et plus stable ( $R^2 = 0,7091$ ) que celle à douze régions et que la perspective cantonale. La densité de prestataires de soins de base s'explique donc mieux par la morbidité dans une vue interrégionale que cantonale. La morbidité est manifestement un facteur explicatif important pour l'offre de soins de base.

La même comparaison appliquée aux spécialistes ne fournit pas de résultat clair.

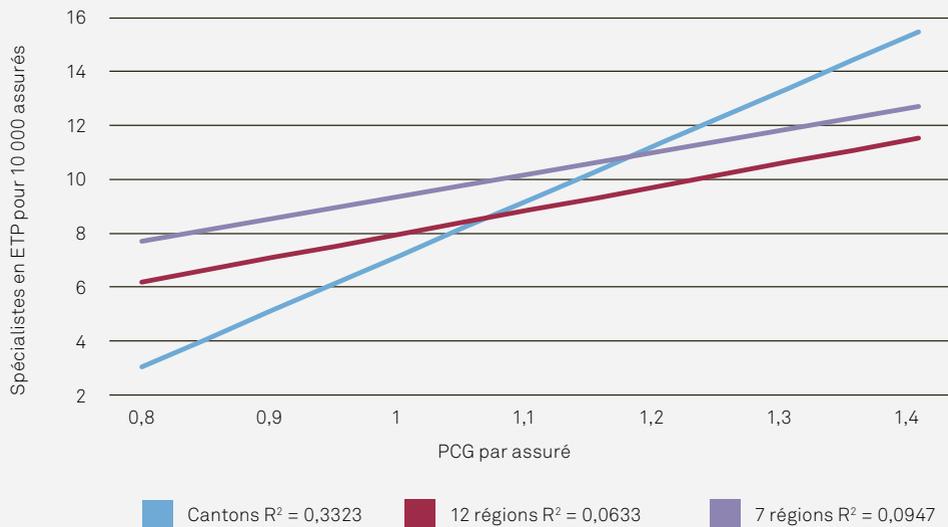
Les trois relations présentent des coefficients de détermination bas. Contrairement à ce qu'on observe dans les soins de base, le nombre de spécialistes s'explique difficilement par les PCG, ce qui est en partie dû au spectre d'indication bien plus étroit des spécialistes, spectre qui ne peut être illustré avec les PCG. Les prestataires de soins de base traitent en effet bien plus de maladies différentes et sont donc plus largement représentés dans les PCG.

## 29 Densité des prestataires de soins de base et morbidité



Sources : Helsana, FMH

## 30 Densité des spécialistes et morbidité



Sources : Helsana, FMH

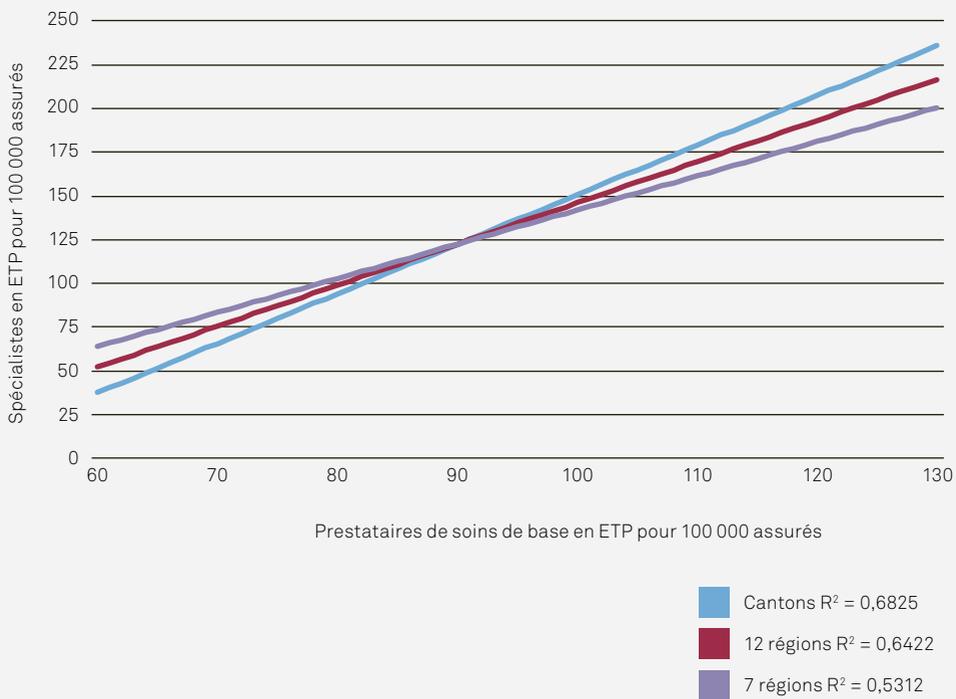
### **Densité des prestataires de soins de base et spécialistes**

Dans la vue cantonale comme dans la vue régionale, la densité des spécialistes augmente avec la densité des prestataires de soins de base. La valeur explicative mesurée au facteur de qualité  $R^2$  diminue toutefois légèrement si le nombre de régions baisse.

D'une part, cette corrélation positive indique que les densités de spécialistes et de prestataires de soins de base dépendent au moins partiellement l'une de l'autre. Cela peut être dû à de multiples rapports de causes à effets difficiles à identifier, comme l'attrait du site, les flux de patients, le comportement d'attribution, les offres hospitalières existantes ou manquantes, etc.

Plus la densité de prestataires de soins de base est élevée, plus la densité de spécialistes est élevée. On constate en outre que la perspective cantonale des soins présente l'inconvénient majeur de ne pas refléter de façon adaptée le comportement des patients.

## 31 Densité des médecins prestataires de soins de base et spécialistes



### **Contact**s extracantonaux

En 2018, la proportion de contacts extracantonaux des patients était de 17,6 % dans toute la Suisse. Il convient de se demander à combien s'élèvent ces proportions dans une perspective régionale.

Cette part baisse à 13,3 % avec douze régions, et pour sept régions, elle est de 9,8 %. Un certain socle de contacts extrarégionaux est donc maintenu. Enfin, il est inévitable qu'on recourt à certaines prestations médicales sur un plan extrarégional, car il est plus judicieux que des soins très spécialisés soient proposés de manière concentrée à l'échelle de toute la Suisse.

Les analyses permettent de conclure qu'une perspective régionale donne lieu à des structures de soins bien plus performantes. Des structures de soins basées sur les flux de patients permettent de consentir des investissements ciblés. Il faut adopter une vision régionale à cet effet.

Les structures de soins correspondent plutôt aux besoins des patients si elles sont conçues en fonction des flux de patients intercantonaux.

## Tableau 9 :

### Contacts extracantonaux et extrarégionaux

26 cantons	17,6 %
12 régions	13,3 %
7 régions	9,8 %

### **Cas stationnaires par région**

Une planification cantonale des quantités au sens de la mise à disposition de structures ou de valeurs théoriques imparties est surtout effectuée dans la planification hospitalière. Une telle approche serait relativement simple si le canton ne soignait que ses propres habitants mais, étant donné que dans cette vue cantonale autonome les cantons devraient tous disposer d'offres très spécifiques, les conséquences seraient des structures de soins hautement inefficaces.

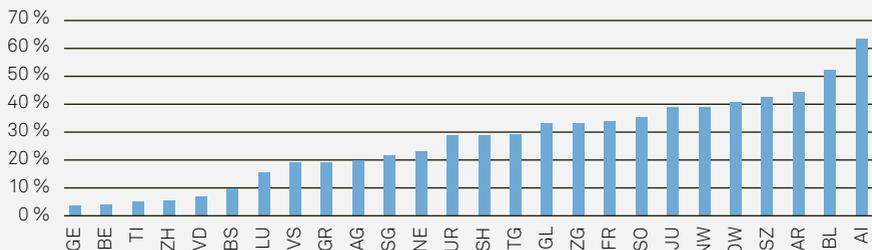
Les graphiques ci-après montrent les traitements stationnaires extracantonaux et extrarégionaux en fonction de la formation des régions.

Sans surprise, on constate que les proportions de cas stationnaires extrarégionaux baissent avec la formation de grandes régions. De nombreux hôpitaux ont des rayons d'activité interrégionaux marqués. Il apparaît en outre clairement dans quelle mesure le degré de prise en charge des soins de ses propres résidents par la zone concernée en matière de traitements stationnaires augmente selon la région. Cet effet se manifeste le plus clairement dans les cantons et les régions présentant de fortes proportions de séjours extracantonaux.

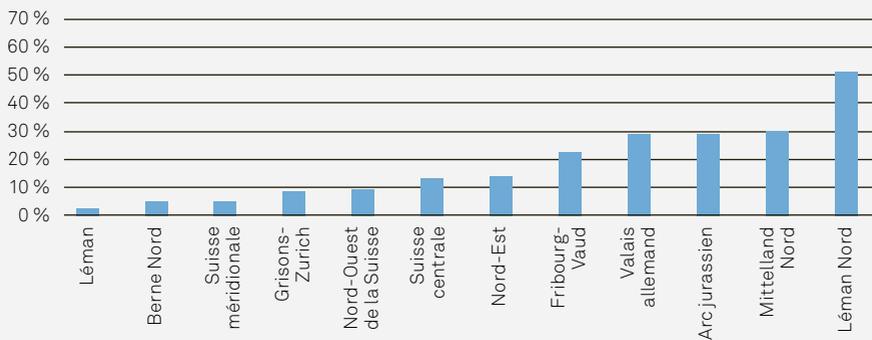
Dans le domaine stationnaire, on constate justement que l'approche cantonale ne correspond pas à la réalité des soins.

## 32 Cas stationnaires extrarégionaux par cantons, 12 régions et 7 régions

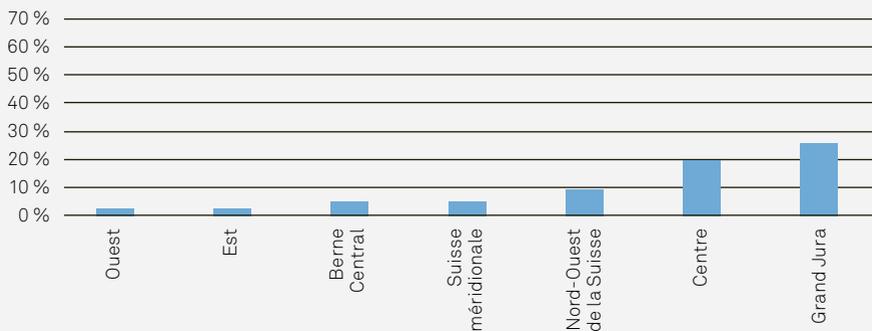
Part des cas stationnaires extracantonaux



Part des cas stationnaires extrarégionaux pour 12 régions



Part des cas stationnaires extrarégionaux pour 7 régions





# Discussion

Le comportement des patients est très fortement influencé par des facteurs topographiques, linguistiques et culturels. Les flux de patients ne s'orientent que de façon très limitée suivant les frontières cantonales. Les structures des régions de soins qui se fondent sur le comportement et les décisions de patients sont plus homogènes. Les analyses montrent que les valeurs de différents indicateurs, tout particulièrement les quantités et les densités, semblent être plus faciles à expliquer et à comprendre dans une perspective régionale.

Les structures d'offres régionales se basent sur les besoins des patients régionaux, même sans l'intervention de planifications (p. ex. listes d'hôpitaux). Sur ce point, un pilotage visant à réguler les capacités d'offres n'est donc pas forcément nécessaire ou, d'une manière générale, ne doit pas forcément être remis en question.

Malgré cela, l'idée de former des régions de soins afin de permettre une intervention à des fins de régulation est régulièrement remise sur le tapis. Dans ce contexte, plusieurs questions se posent :

- Quels éléments de pilotage sont disponibles dans notre système de santé et comment interagissent-ils entre eux ?
- Quelle pertinence ont des régions de soins pour des activités politiques et des mesures de réglementation dans le domaine du pilotage des capacités et de la planification de l'offre ?
- Faut-il absolument créer des régions de soins et, si oui, à l'aide de quels instruments politiques ?

Dans la réalité, des régions de soins existent déjà aujourd'hui.

## **Responsabilités dans les soins de santé**

Dans le système de santé suisse, les responsabilités se fondent sur différentes bases. « Les cantons sont souverains, pour autant que leur souveraineté ne soit pas restreinte par la Constitution fédérale. » Tel est le fondement constitutionnel de la responsabilité des cantons en matière de soins de santé. Celle-ci comprend la planification, le pilotage et le cofinancement des prestations des hôpitaux, des cliniques et des institutions de soins de longue durée.

La responsabilité effective des soins de santé n'incombe cependant pas uniquement aux cantons. La Constitution fédérale stipule également que « La Confédération et les cantons s'engagent, en complément de la responsabilité individuelle et de l'initiative privée, à ce que toute personne bénéficie des soins nécessaires à sa santé. » De plus, la Confédération et les cantons assurent, dans les limites de leurs compétences respectives, des soins médicaux de base suffisants, accessibles à tous et de qualité. Ils reconnaissent et encouragent la médecine de famille comme une composante essentielle des soins médicaux de base.

La Constitution prévoit également que la Confédération légifère sur l'assurance-maladie et sur l'assurance-accidents. La loi sur l'assurance-maladie (LAMal) repose sur ce fondement. Sur la base de celle-ci, les assureurs-maladie et les fournisseurs de prestations négocient des tarifs (le « partenariat tarifaire ») qui garantissent des soins de qualité. Une responsabilité en matière de soins de base est donc également attribuée aux fournisseurs de prestations et aux assureurs.

Par conséquent, les cantons ne portent pas seuls la responsabilité des soins de santé. Tous les acteurs du secteur de la santé s'en acquittent, ce qui peut entraîner des chevauchements.

Si, par exemple, les cantons procédaient à l'autorisation de médecins spécialistes en fonction de leur densité cantonale, alors que les médecins et les patients font leur choix en fonction des particularités régionales, il pourrait en résulter des erreurs de planification et une offre de soins excessive ou insuffisante. Autre exemple : il pourrait être contre-productif que certains cantons prennent des mesures pour promouvoir les soins de base et que, simultanément, la Confédération édicte un tarif ou prescrive des critères de qualité qui grèvent la médecine de famille.

Aucun des acteurs ne porte seul l'entière responsabilité des soins de santé. S'ils n'agissent pas de concert, des décisions au niveau de l'offre ou de la demande peuvent se contredire ou se neutraliser. C'est pourquoi l'offre et la demande ne coïncident que très rarement.

Les soins de santé fonctionnent de façon régionale et non cantonale. Malgré cela, les cantons ont la compétence déterminante en matière de soins, et non les régions.

### **Éléments de pilotage par domaine thématique**

Un « pilotage par le haut de la santé » est régulièrement réclamé dans le secteur. En réalité, les acteurs les plus divers se livrent d'ores et déjà à un « pilotage par le bas » aussi bien du côté de l'offre que de celui de la demande, directement ou indirectement. Le résumé ci-après indique différentes responsabilités dans le secteur de la santé :

Le tableau indique d'une part la diversité des facteurs qui influencent aussi bien le comportement de la demande et les flux de patients que l'évolution de l'offre. D'autre part, cela met également en évidence qu'il est quasiment impossible de prévoir quelle structure se mettra en place sur la base des différentes activités des acteurs.

La liberté de décision des acteurs empêche la mise en œuvre par le haut d'un pilotage interrégional efficace des structures par l'Etat.

## Tableau 10 :

### Éléments de pilotage par domaine thématique

<b>Quoi</b>	<b>Qui</b>	<b>Comment</b>
Formation et perfectionnement	Confédération/ cantons	Exigences techniques / financement
Gel des autorisations	Confédération/ cantons	Contingentement, exigences techniques
Planification hospitalière	Cantons	Exigences techniques, quantités, qualité
Modèles d'assurance alternatifs / produits basés sur des listes	Assureurs	Restriction de la liberté de choix, pilotage des patients
Organisations Managed Care	Médecins / autres fournisseurs de prestations	Mises en réseau, pilotage des patients
Case Management	Assureurs, autres organisations	Pilotage des patients
Conventions tarifaires	Assureurs / fournis- seurs de prestations	Indemnités/exigences à l'égard du fournisseur de prestations

### **Éléments de pilotage par domaines de fournisseurs de prestations**

Les forces qui influent sur l'évolution de l'offre sont également différentes selon le secteur des fournisseurs de prestations. Le résumé suivant le montre de manière exemplaire :

La situation de départ est clairement différente d'un domaine à l'autre. Les différents fournisseurs de prestations ont beaucoup d'influence les uns sur les autres. Par exemple, la planification cantonale des capacités stationnaires est liée aux règles de transfert déjà mises en œuvre dans le secteur ambulatoire et à l'offre existante chez les médecins généralistes et spécialistes. La répartition régionale des pharmacies est également liée à l'aménagement cantonal, et non régional, du dispensaire des médecins. La planification des établissements médicosociaux doit elle aussi être rapprochée des offres de soins à domicile.

Les dépendances intersectorielles relativisent l'efficacité du pilotage isolé d'un seul domaine de fournisseurs de prestations.

## Tableau 11 : Eléments de pilotage par domaine de fournisseurs de prestations

<b>Fournisseur de prestations</b>	<b>Qui</b>	<b>Comment</b>
Médecins	Cantons/ assureurs	Gel des autorisations / modèles d'assurance alternatifs
Hôpital stationnaire	Cantons/ assureurs	Planification hospitalière / hôpitaux conventionnés
Hôpital ambulatoire	Cantons/ assureurs	Listes des interventions ambulatoires / rémunération
Centres de remise de médicaments	Cantons/ assureurs	Modèles d'assurance alternatifs propharmacie / non propharmacie
Etablissements médicosociaux	Cantons/ communes	Listes/rémunération
Aide et soins à domicile	Communes	Financement
Autres fournisseurs de prestations	Assureurs	Rémunération

### **Interventions politiques pour la création de régions de soins au niveau fédéral**

Au niveau de la discussion politique concernant la création de régions de soins, des questions centrales se posent dans ce contexte :

- Quels seraient les objectifs de cette démarche ? Influence sur les coûts ? Eviter les capacités excédentaires ? Garantir des soins d'un haut niveau de qualité ?
- Quelles mesures concrètes pour la création de régions de soins permettraient d'atteindre ces objectifs ?
- Quelles responsabilités existantes de quels acteurs seraient affectées par ces mesures et de quelle manière ?

L'évaluation de différentes interventions politiques (cf. annexe 3) montre différents axes tant au niveau de la définition d'objectifs que de la répartition des compétences. Les objectifs en matière de baisse des coûts, d'augmentation de l'efficacité et de qualité optimale des soins coïncident. Cependant, ils visent différents spectres de prestations, à savoir la planification hospitalière, la planification du nombre de médecins, ou l'ensemble de l'offre. Les interventions diffèrent également au niveau des mesures proposées. En fin de compte, aucune des propositions ne clarifie la manière dont la création de régions de soins permettrait réellement d'atteindre les différents objectifs formulés.

Aucune des interventions politiques au niveau fédéral ne tient compte du fait que les autres parties prenantes sont également décisionnaires. Leur influence sur les structures de soins dans la discussion politique reste largement ignorée.

## Possibilités et limites au niveau du pilotage via les régions de soins

Au premier abord, les avantages de la création de régions de soins semblent évidents :

- Des soins mieux adaptés aux besoins
- Prévention des capacités excédentaires
- Accroissement de l'efficacité
- Simplification des mesures de pilotage

En Suisse, le secteur de la santé est marqué par un grand nombre de décisions privées et d'ordre entrepreneurial, où les patients choisissent le fournisseur de prestations. Les fournisseurs de prestations privés et publics prennent en toute indépendance des décisions d'investissement dans le cadre des dispositions légales et politiques. Les assureurs influent sur ces décisions au moyen de produits d'assurance et d'autres mesures. Cette coexistence des activités privées et publiques montre que les actions fédérales et cantonales visant un pilotage par le biais des régions de soins sont confrontées à des limites.

Le jeu politique autour de la répartition des compétences entre la Confédération et les cantons et l'esprit cantonal rendent la tâche d'autant plus ardue. Si le compromis est un atout, des interventions par le haut ne mènent à rien sans interventions massives dans la répartition des compétences existante.

La concurrence dans le secteur de la santé est certes imparfaite, mais les forces du marché agissent tout de même. Elles empêchent un aménagement efficace des soins par l'Etat.

La prise en compte des flux de patients régionaux s'accompagne justement de nombreux avantages dans un système de santé à orientation principalement privée et entrepreneuriale et à unités de décision décentralisées. Elle peut constituer un soutien pour de nombreuses fonctions :

- Décisions d'investissement des fournisseurs de prestations
- Mesures de pilotage des différentes parties prenantes
- Coordination de la planification hospitalière des cantons
- Décisions locales d'établissements de soins
- Décisions d'organisations Managed Care
- Aménagement de modèles d'assurance alternatifs

Les flux de patients et les régions de soins correspondantes sont pertinents et avantageux pour les analyses du marché et les pronostics.

La perspective des régions de soins est utile en premier lieu dans le contexte de la répartition actuelle des compétences comme aide à la décision entrepreneuriale. Un pilotage des soins politique souverain et complet n'est pas réalisable dans le contexte de la réalité politique.

## Définition de régions de soins imposée par l'Etat ?

Au vu du caractère régional des soins, il est permis de douter de l'efficacité des tâches des 26 administrations cantonales telles que les procédures d'admission, les travaux de contrôle par les médecins cantonaux, les pharmaciens cantonaux, etc., car lesdites tâches sont réalisées sur la base de 26 décisions légales différentes. C'est pourquoi il convient de se demander dans quelle mesure l'organisation cantonale du système de santé est véritablement judicieuse du point de vue des soins.

Il n'en reste pas moins que la création de régions axées sur les patients aurait un impact sur un nombre de cantons relativement élevé, sauf dans le sud de la Suisse. La coordination cantonale de mesures sanitaires deviendrait donc relativement complexe si la répartition actuelle des compétences reste telle quelle est. Les cantons devraient renoncer à certains domaines de compétences, mais cette approche présenterait d'une part, des avantages économiques et administratifs et, d'autre part, des règles uniformes dans toute la Suisse permettraient de tirer des avantages économiques au niveau des soins en raison de l'effet de marché intérieur.

Le Parlement a attribué des compétences de pilotage aux cantons en matière d'admissions dans le secteur ambulatoire. Sur la base des résultats du présent rapport, il convient toutefois de remettre en question

La multiplication par 26 des tâches administratives incombant aux pouvoirs publics entraîne des coûts qui pourraient être réduits si les cantons mettaient ces tâches en commun, ne serait-ce que partiellement. Cela devient particulièrement évident quand on observe la portée réduite du nombre de contacts dans les petits cantons.

le sens d'une telle mesure. Les flux de patients ne tiennent pas compte des frontières cantonales, et l'offre répond à une demande intercantonale. Une intervention de l'Etat visant à piloter les soins médicaux présente le risque que les besoins des patients ne soient pas définis correctement, ce qui conduirait à une inefficacité des soins. Les expériences antérieures dans la planification hospitalière cantonale ont en outre démontré que, même lorsqu'ils sont légalement tenus de mettre en œuvre une coordination intercantonale, les cantons peinent à agir en ce sens.

Comme diverses parties prenantes disposent de différentes compétences de pilotage selon le domaine de fournisseurs de prestations, il est également permis de douter d'un pilotage cantonal coordonné. En effet, une planification des capacités pour un seul domaine de fournisseurs de prestations ne peut présenter qu'une efficacité limitée.

L'analyse des flux de patients permet de conclure qu'il est préférable de planifier les capacités hospitalières en fonction des informations intercantionales. Néanmoins, la coordination entraîne également des frais administratifs considérables dans la planification hospitalière, notamment du fait que, dans la réalité, les flux de patients de nombreux cantons se dirigent vers plusieurs régions de soins. Et la planification hospitalière basée sur les flux de patients est inefficace si d'autres parties prenantes (p. ex. des organisations Managed Care ou des assureurs) acheminent des flux de patients en sens opposé. Les conséquences financières d'une planification interrégionale sur les finances cantonales empêchent la mise en œuvre efficace de ce concept.

Dans l'ensemble, on constate qu'établir une planification complète orientée vers les besoins des patients est une tâche éminemment complexe :

- Le comportement de décision des patients ne peut pas être prévu avec certitude.

- En ce moment, le secteur de la santé se trouve dans une phase de transfert des prestations hospitalières vers le domaine ambulatoire. A l'avenir, des prestations stationnaires seront de plus en plus souvent délivrées dans un environnement ambulatoire.
- Les autres acteurs du secteur de la santé continuent d'influencer les flux de patients. La Confédération et les cantons ne peuvent l'empêcher.

Les interventions politiques pour la création de régions de soins visent toutes un pilotage ou une baisse des coûts. L'institut de la planification hospitalière avait également pour objectif de gérer les coûts depuis l'introduction de la LAMal. Il n'y est manifestement pas parvenu. C'est pourquoi il convient de rejeter une planification intégrale par les pouvoirs publics. Elle porterait préjudice aux soins prodigués à la population plus qu'elle ne les optimiserait.

Le présent rapport révèle désormais que certaines corrélations apparaissent bien plus clairement au niveau des régions de soins que dans le cadre d'une perspective cantonale. La teneur explicative supplémentaire relative à la formation de régions est toutefois limitée. En fin de compte, ces corrélations sont si complexes que des relations entre les variables ne permettent pas de les expliquer facilement. Elles s'appliquent d'ailleurs également aux coûts de la santé.

Compte tenu des innombrables dépendances mutuelles et d'une situation aussi complexe, il est impossible de gérer les coûts au niveau régional avec des approches de planification.

# Conclusions

Des régions de soins existent déjà. A de nombreux niveaux, elles sont plus homogènes que les zones de soins cantonales. Les structures d'offres dans les régions s'adaptent aux comportements régionaux, qui sont très fortement influencés par des facteurs topographiques, linguistiques et culturels. Ils s'orientent cependant également en fonction de l'offre disponible dans la région concernée.

Dans le même temps, la répartition des capacités médicales se fonde en très grande partie sur la morbidité et les besoins des assurés dans la région. Dans les régions rurales, la densité des médecins est plus faible que dans les zones urbaines, cependant, le nombre de consultations par assuré y est à peu près similaire. Les hôpitaux orientent d'ores et déjà leur offre sur la base d'une zone plus vaste. Si une planification hospitalière est imposée politiquement, il convient qu'elle se base sur les régions de soins.

Dans les discussions politiques au niveau fédéral concernant la création de régions de soins, la définition d'objectifs, la marche à suivre et l'utilité des mesures sont quelque peu diffuses. En particulier, aucune des propositions ne tient compte du fait que les autres parties prenantes sont également décisionnaires et qu'elles influencent aussi les structures de soins. Leur rôle et leurs responsabilités ne sont cependant absolument pas pris en compte dans le débat politique.

Malgré une réglementation très dense, le système de santé suisse présente une orientation largement entrepreneuriale. Les nombreuses décisions autonomes des multiples acteurs sont telles que notre système de santé ne peut être piloté de façon complète et ciblée ni au niveau cantonal, ni au niveau régional, ni de manière centralisée à l'aide de mesures venues d'en haut. Compte tenu de l'alignement des flux de patients sur les structures de soins régionales, il faut renoncer à toute mesure parlementaire fédérale visant à former des régions de soins organisées arbitrairement ou à un pilotage cantonal des admissions dans le secteur ambulatoire.

Avec la répartition actuelle des compétences, la perspective des régions de soins est utile principalement comme aide à la décision sur les plans entrepreneurial et politique. Ainsi, des perspectives régionales sont imposées légalement et certainement utiles dans la planification hospitalière cantonale, mais elles ne sont que partiellement mises en œuvre par les cantons. Le concept des régions de soins est aussi particulièrement utile pour décider de l'implantation de fournisseurs de prestations dans le secteur privé.

# Annexe

## Annexe 1 : Méthodologie de l'analyse de clusters

L'objectif de l'analyse est d'établir sur un plan empirique l'intensité de contact entre les régions pour le recours à des prestations de santé. Comme base d'évaluation, une liste de toutes les paires de communes d'assurés (PA, personne assurée) et de fournisseurs de prestations (FPREST) a été établie à l'aide de données de prestations d'Helsana pour l'année 2018. Si une PA de la commune A consulte un fournisseur de prestations de la commune B, l'évaluation considère que la commune A a été en contact avec la commune B. Les consultations multiples du même fournisseur de prestations n'ont plus d'influence sur l'évaluation et sont considérées comme un contact unique. Si l'on considère que la structure des soins de santé, et non les soins, est au centre de l'analyse, cela paraît judicieux. Tous les contacts entre la personne assurée et la commune du fournisseur de prestations sont ensuite additionnés, et on obtient une matrice carrée comportant le nombre total de contacts observés :

Commune PA	Commune FPREST		
	A	B	C
A	5	2	0
B	3	4	1
C	0	0	0

Selon ce schéma, le chiffre 5 dans la cellule en haut à gauche signifie que 5 personnes de la commune A sont en contact avec un FPREST de la même commune (A). 2 personnes de la commune A ont un contact avec un FPREST de la commune B. Une personne peut avoir un contact avec plusieurs FPREST dans différentes communes.

A partir de cette matrice, la corrélation des rangs selon Spearman est définie pour chaque ligne. Dans ce cadre, les communes qui sont as-

sociées aux mêmes communes partenaires obtiennent une valeur plus élevée (coefficients de corrélation) que celles qui ont différentes communes partenaires.

Commune PA	Commune FPREST		
	A	B	C
A	1,000	0,658	-0,516
B	0,658	1,000	-0,860
C	-0,516	-0,860	1,000

La commune B est beaucoup plus semblable à la commune A que la commune C ( $r_{s\ B,A} = 0,658$  contre  $r_{s\ B,C} = 0,860$ ), c'est-à-dire que les assurés de la commune B ont des communes partenaires semblables à celles de la commune A et complètement différentes de celles de la commune C.

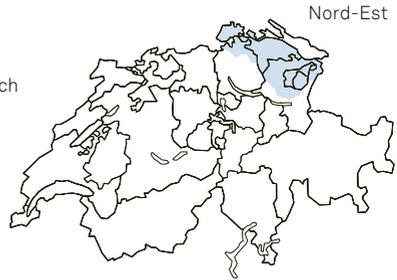
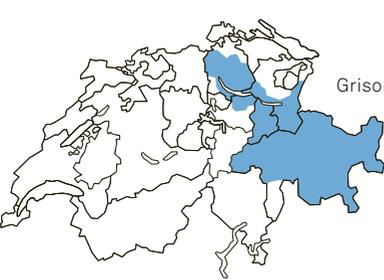
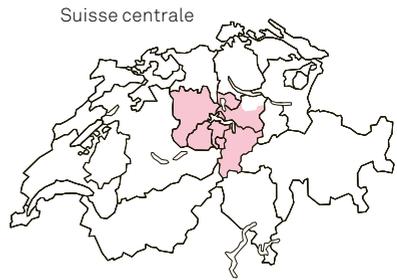
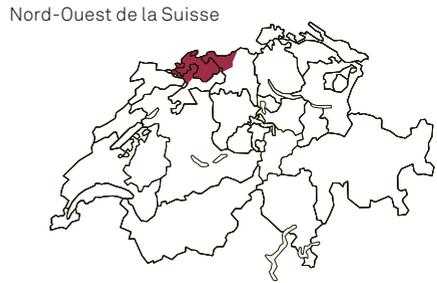
Cette matrice de corrélation est utilisée en tant que matrice de similitude pour appuyer une analyse de clusters agglomérative (métrique de distance euclidienne, méthode de clusters « Ward »).

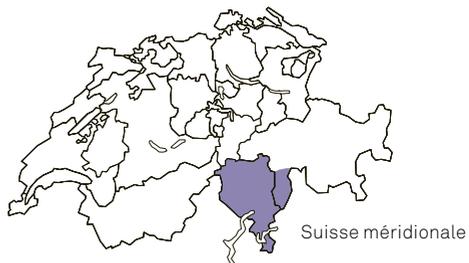
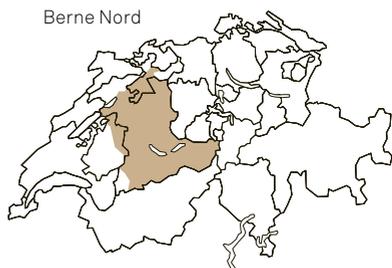
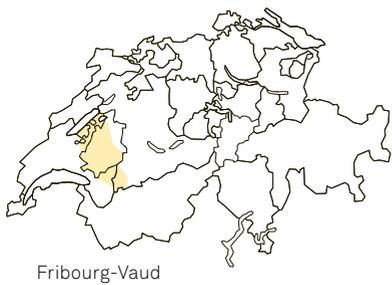
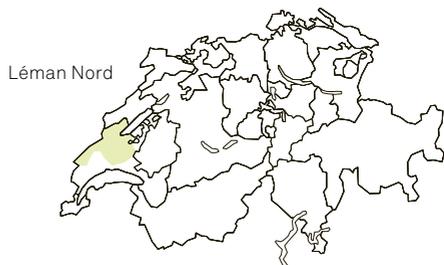
Pour des raisons numériques, les communes où moins de cinq contacts ont été observés sur une année entière ont été exclues de la matrice (98 sur un total de 2328).

Formulé plus simplement, les régions sont formées de telle manière que les communes où les patients et les fournisseurs de prestations sont souvent en contact sont prises en compte. Selon qu'on crée sept ou douze régions, une commune donnée n'est pas incluse dans la région voisine parce qu'elle présente davantage de contacts avec les communes de l'autre région.

## Annexe 2 : Détails concernant les régions de soins

### Détails pour 12 régions





Détails pour 7 régions

Nord-Ouest de la Suisse



Grand Jura



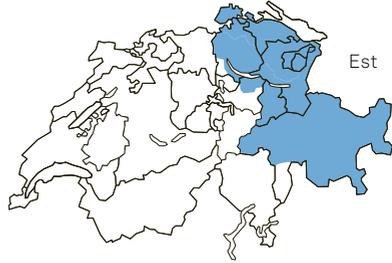
Centre



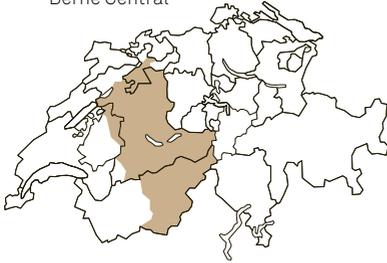
Ouest



Est



Berne Central



Suisse méridionale



## Annexe 3 : Interventions politiques au niveau fédéral concernant les régions de soins

### 03.3042 Motion du 11.3.2003

Création de régions destinées à couvrir les besoins en soins hospitaliers conformément à la LAMal. Examen effectué par le Conseil fédéral

Action	Objectifs	Mesures	Compétences
Régions de soins dans le domaine de la planification hospitalière	Meilleure exploitation des capacités	Améliorer la coordination des cantons	Cantons

### 10.3449 Motion du 16.6.2010

Création de régions pour optimiser la fourniture des prestations de santé

Action	Objectifs	Mesures	Compétences
Formation de 5 à 7 régions de soins	Fourniture de prestations efficace, charge, qualité, meilleur prix possible	Création de mécanismes pour la prise de décisions dans la planification des besoins	Cantons, Confédération, Confédération de façon subsidiaire

### 12.3564 Motion du 14.6.2012

Régions de santé. Economiser en définissant des régions de santé

Action	Objectifs	Mesures	Compétences
Répartition de la Suisse en régions de santé	Coûts, meilleurs soins possibles, solidarité des assurés, qualité	Orientation des soins de santé en fonction des centres hospitaliers des régions	?

**17.3380 Motion du 1.6.2017**

Avantages et inconvénients de la mise en place de régions de soins intercantionales à l'aune du pilotage du système de santé.

<b>Action</b>	<b>Objectifs</b>	<b>Mesures</b>	<b>Compétences</b>
Régions de soins par-delà les frontières cantonales	Qualité, économie, aptitude au pilotage	examiner	examiner

**18.3294 Motion du 15.3.2018**

Promouvoir la coordination et réduire les capacités excédentaires en définissant un maximum de six régions de santé

<b>Action</b>	<b>Objectifs</b>	<b>Mesures</b>	<b>Compétences</b>
Régions de soins par-delà les frontières cantonales	Qualité, économie, aptitude au pilotage	examiner	examiner

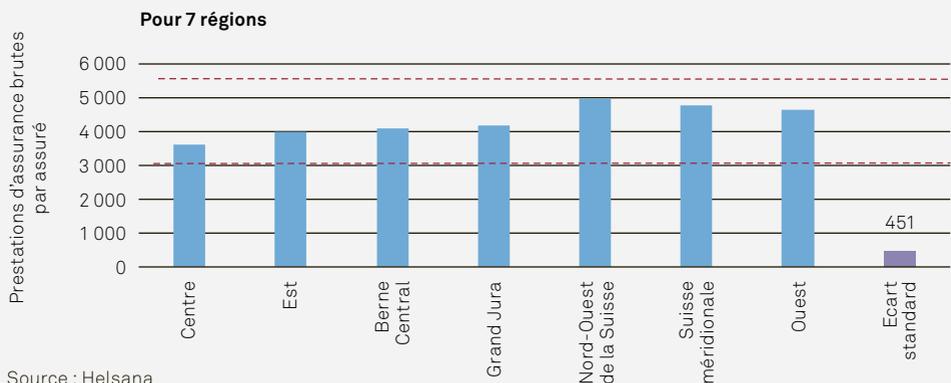
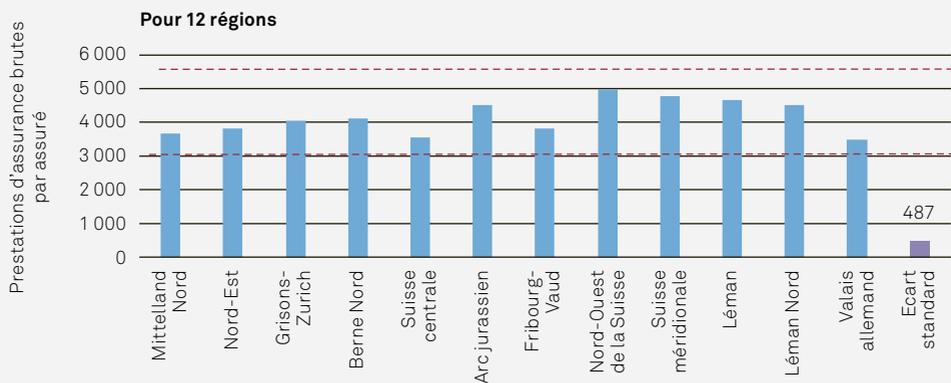
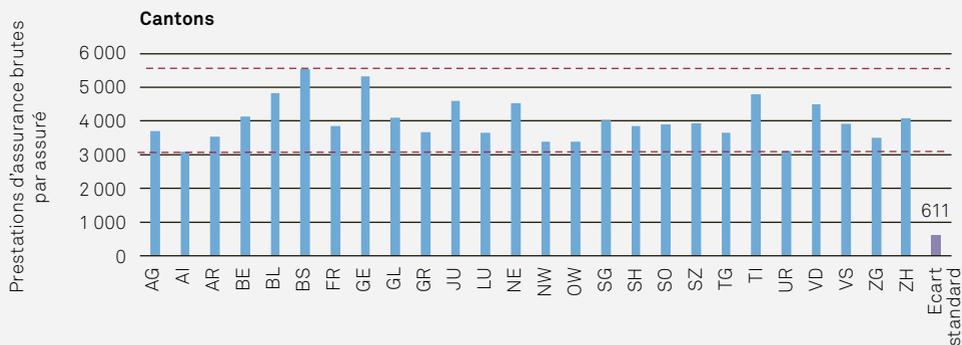
**19.3423 Motion du 3.5.2019**

Assurance-maladie abordable à long terme. Pour être efficaces, les mesures de baisse des coûts et d'amélioration de l'efficacité doivent se fonder sur des modèles et des scénarios fiables.

<b>Action</b>	<b>Objectifs</b>	<b>Mesures</b>	<b>Compétences</b>
Optimisation des soins stationnaires par la prise en compte des régions de soins	Réduction des coûts, augmentation de l'efficacité, soins optimaux	Prescriptions de planification aux cantons	Des cantons au Conseil fédéral

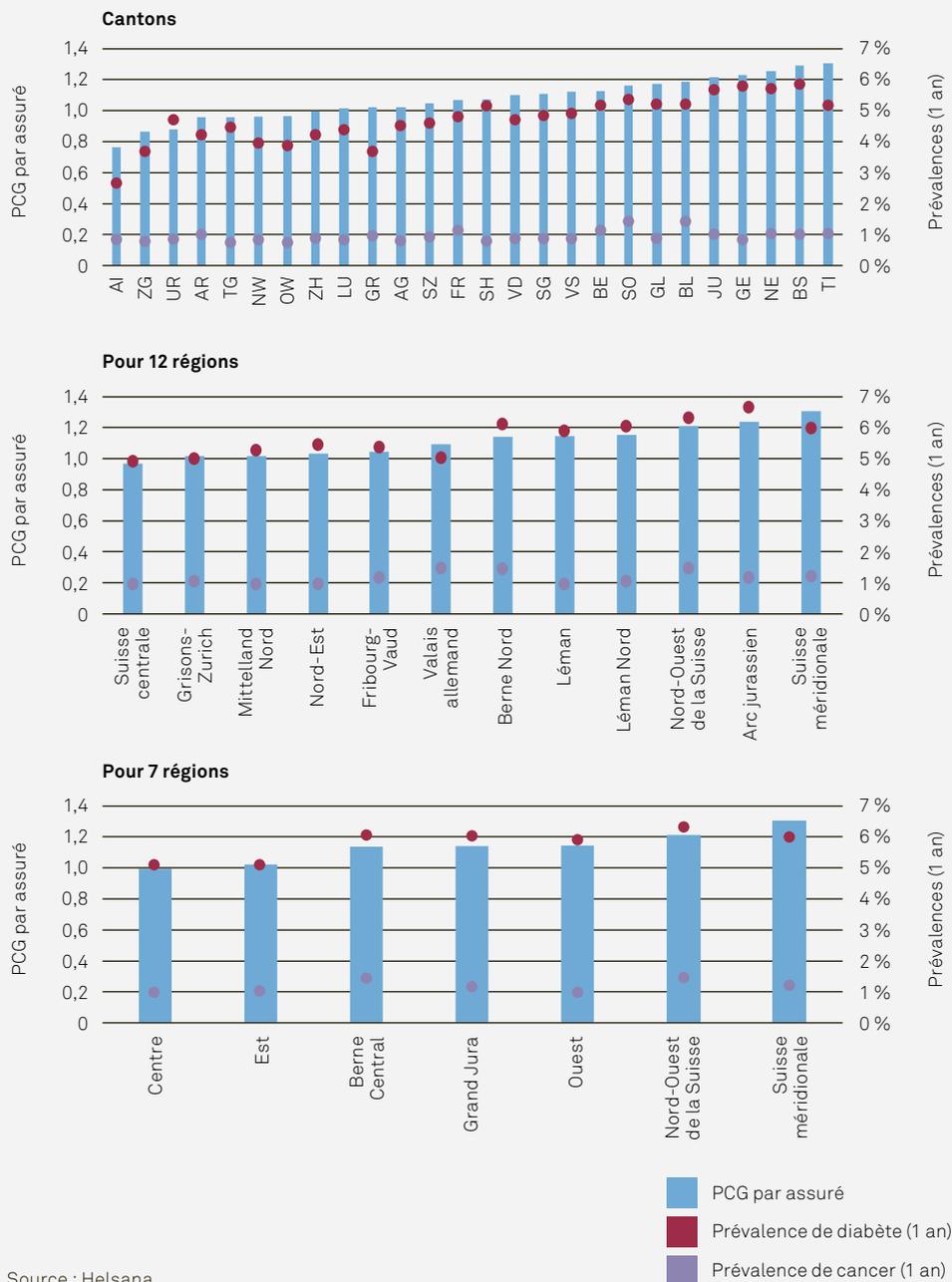
## Annexe 4 : Indicateurs cantonaux

### 33 Prestations d'assurance brutes moyennes par assuré dans les cantons et dans les régions

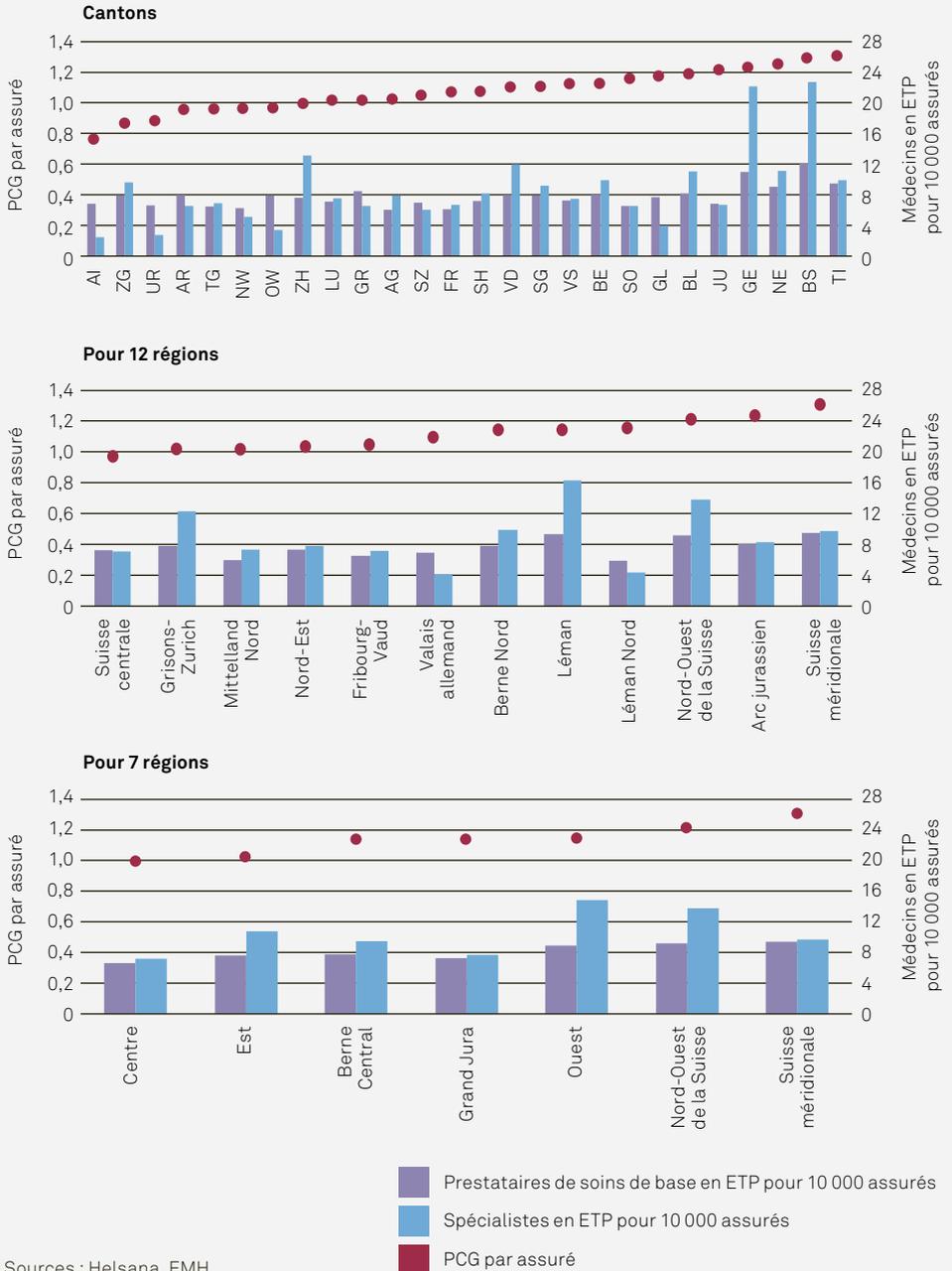


Source : Helsana

## 34 Morbidités et prévalences de diabète et de cancer par canton et par région



# 35 Densités des médecins et morbidités par canton et par région



**Nous nous engageons  
de manière durable  
pour la société.**

**Groupe Helsana**

Case postale  
8081 Zurich  
[helsana.ch](https://www.helsana.ch)

Le Groupe Helsana comprend Helsana Assurances SA,  
Helsana Assurances complémentaires SA, Helsana Accidents SA  
et Progrès Assurances SA.