

Bases de la planification hospitalière et pistes de développement

**Rapport du Conseil fédéral
du 18 décembre 2013**

en réponse aux postulats

09.4239 « Réduction du nombre d'hôpitaux en Suisse » du 11 décembre 2009, et

10.3753 « Listes hospitalières des cantons. Fixer des critères clairs pour prévenir l'arbitraire »
du 29 septembre 2010

Résumé

Le postulat 09.4239 « Réduction du nombre d'hôpitaux en Suisse » charge le Conseil fédéral d'élaborer un rapport sur la réduction potentielle du nombre d'hôpitaux en Suisse, en particulier pour ce qui est des soins aigus ; enfin, le postulat 10.3753 « Listes hospitalières des cantons. Fixer des critères clairs pour prévenir l'arbitraire » charge le Conseil fédéral de présenter un rapport sur l'état d'avancement de la mise en place des listes hospitalières cantonales, et de proposer en même temps des mesures propres à garantir une application homogène de l'art. 39 de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal; RS 832.10) dans l'ensemble de la Suisse. Le présent rapport répond à ces demandes.

L'obligation pour les cantons d'établir une planification hospitalière est inscrite dans la loi depuis l'entrée en vigueur de la LAMal le 1^{er} janvier 1996. Les dispositions transitoires relatives à l'introduction de la LAMal donnaient aux cantons jusqu'au 1^{er} janvier 1997 pour établir une planification hospitalière au sens de l'art. 39 LAMal. Cet instrument devait représenter à l'échelle suisse un pas en direction de la coordination des fournisseurs de prestations, d'une utilisation optimale des ressources et de la maîtrise des coûts. Huit ans après l'entrée en vigueur de la LAMal, l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) a commandé, dans le cadre du programme de recherche LAMal II, une analyse des effets des planifications hospitalières cantonales. Les experts mandatés ont conclu que la plupart des changements structurels intervenus dans le secteur hospitalier étaient directement liés à des trains de mesures d'assainissement budgétaire, ou à des conceptions de politique hospitalière inspirées par ces mesures, qui avaient tous été adoptés avant l'entrée en vigueur de la LAMal. Le changement structurel n'avait pas été déclenché par les listes cantonales des hôpitaux, mais celles-ci l'avaient accéléré le cas échéant.

Les Chambres fédérales ont adopté le 21 décembre 2007 la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier, dont les principaux éléments sont la mise en place de conditions-cadre homogènes pour tous les hôpitaux, qu'ils soient privés, publics ou subventionnés par les pouvoirs publics, aussi bien en ce qui concerne le financement des prestations que touchant la planification hospitalière. La révision faisait obligation au Conseil fédéral d'édicter, après consultation des cantons, des fournisseurs de prestations et des assureurs, des critères uniformes de planification hospitalière basés sur la qualité et l'économicité. Avec l'édiction des art. 58a et 58e de l'ordonnance sur l'assurance-maladie du 27 juin 1995 (OAMal; RS 832.102), le Conseil fédéral a rempli cette obligation. Les cantons, pour leur part, étaient tenus de revoir leurs planifications d'ici fin 2014 et d'établir conjointement une planification pour l'ensemble de la Suisse dans le domaine de la médecine hautement spécialisée.

La Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS) a publié en 1997 ses premières recommandations en matière de planification hospitalière. Celles-ci ont été révisées en 2002, et le guide à ce sujet a été adapté en 2009 au nouveau cadre juridique. En vue d'une meilleure coordination des planifications, les cantons ont mis au point un concept de groupes de prestations. Ils l'utilisent pour la planification liée aux prestations.

Dans le but d'établir les effets du nouveau régime de financement hospitalier, le Conseil fédéral a approuvé, le 25 mai 2011, la réalisation d'une analyse de ces effets. Les résultats d'une étude des effets produits sur le paysage hospitalier par la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier devraient être disponibles en 2017. Le 28 octobre 2009, le Conseil fédéral a en outre approuvé le rapport « Stratégie fédérale en matière de qualité dans le système suisse de santé » et a donné différents mandats à l'OFSP dans le cadre du rapport sur la concrétisation de la stratégie qualité du 25 mai 2011 pour mettre en œuvre cette stratégie. Dans le programme « Santé 2020 » fixant ses priorités dans le domaine de la politique de la santé, qu'il a adopté le 23 janvier 2013, le Conseil fédéral relève que les structures de soins actuelles sont fortement axées sur les soins aigus et le domaine hospitalier. Les structures, les processus et les offres des systèmes ambulatoire et hospitalier doivent être adaptés et modernisés de manière à répondre aux exigences démographiques et épi-

démiologiques, notamment pour ce qui concerne les maladies chroniques et psychiques, ainsi qu'à l'évolution médicale et technique. Les éventuelles prescriptions supplémentaires que le Conseil fédéral pourrait donner en ce qui concerne la planification hospitalière devront s'inscrire dans ce contexte.

Table des matières

Résumé	1
1 Introduction	5
1.1 Mandat	5
1.2 Complexité du système hospitalier	5
1.3 Compétence des cantons pour l'approvisionnement en soins	6
1.4 Structure du rapport	7
2 Rapports sur la planification hospitalière	7
2.1 Rapport de la Commission de gestion du Conseil des Etats (2002)	7
2.2 Analyse des effets des planifications hospitalières cantonales (2005).....	7
2.3 Rapports OCDE/OMS sur le système suisse de santé (2006 et 2011).....	8
3 Vue d'ensemble du paysage hospitalier jusqu'en 2011	9
3.1 Adaptation de l'offre après l'entrée en vigueur de la LAMal	9
3.2 Données statistiques.....	10
3.2.1 Nombre de lits d'hospitalisation (stationnaires) 1998-2011.....	10
3.2.2 Nombre d'hôpitaux pour 100'000 habitants	11
3.2.3 Nombre de sites par établissement	12
4 Nouvelles bases de planification hospitalière	13
4.1 Bases légales fédérales.....	13
4.1.1 Nouveau régime de financement hospitalier (2007).....	13
4.1.2 Critères de planification édictés par le Conseil fédéral	13
4.2 Bases cantonales.....	15
4.2.1 Recommandations de la CDS (1997, révisées en 2002 et en 2009)	15
4.2.2 Guide de la CDS pour une planification hospitalière liée aux prestations (2005)	15
4.2.3 Guide de la CDS « Planification de la psychiatrie » (2008).....	16
4.2.4 Convention intercantonale sur la médecine hautement spécialisée (CIMHS)	16
4.2.5 Concepts cantonaux de groupes de prestations (2011).....	17
4.3 Degré de précision des bases	17
5 Premiers effets du nouveau régime de financement hospitalier	18
5.1 Planification nationale dans le domaine de la MHS.....	18
5.2 Planifications et listes cantonales	19
5.2.1 Elaboration de nouvelles planifications et listes des hôpitaux	19
5.2.2 Exemples de critères appliqués à la planification hospitalière	19
5.2.3 Exigences posées aux hôpitaux	20
6 Assurance qualité	21
6.1 Assurance qualité dans la cadre de la compétence des cantons en matière de planification 21	
6.2 Rôle de la Confédération dans la promotion de l'assurance qualité	22
7 Evaluation de la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier	24
7.1 Objectifs de la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier.....	24
7.2 Mise en œuvre de la planification hospitalière.....	24

7.3	<i>Analyse des effets</i>	24
8	Conclusions et perspectives	24
8.1	<i>Conclusions sur les postulats « Modélisation de la planification hospitalière », « Réduction du nombre d'hôpitaux en Suisse » et « Listes hospitalières des cantons. Fixer des critères clairs pour prévenir l'arbitraire »</i>	24
8.2	<i>Perspectives</i>	25

1 Introduction

1.1 Mandat

Le postulat 02.3750 « Modélisation de la planification hospitalière », depuis longtemps classé, demandait au Conseil fédéral de se charger de l'élaboration de critères sur la base desquels la taille optimale des établissements hospitaliers de soins aigus et, à partir de cette démarche, de procéder à des modélisations approfondies, fondées notamment sur les données Geostat (Office fédéral de la statistique, OFS), pour entreprendre une véritable planification hospitalière concertée entre la Confédération et les cantons. Le postulat 09.4239 « Réduction du nombre d'hôpitaux en Suisse » charge le Conseil fédéral d'élaborer un rapport sur la réduction potentielle du nombre d'hôpitaux en Suisse, notamment pour ce qui est des soins aigus. Ce rapport consistera en une approche globale de la planification hospitalière à l'échelle nationale, analysera les besoins effectifs en matière de soins aigus dans notre pays et indiquera le potentiel d'économies réalisable et la faisabilité politique d'un tel projet. Ce postulat a été adopté le 19 mars 2010.

Le postulat 10.3753 « Listes hospitalières des cantons. Fixer des critères clairs pour prévenir l'arbitraire » charge le Conseil fédéral de présenter un rapport sur l'état d'avancement de la mise en place des listes hospitalières cantonales, et de proposer en même temps des mesures propres à garantir une application homogène de l'art. 39 de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal) dans l'ensemble de la Suisse ; il pourra par exemple définir les nombres minimaux de cas par médecin d'hôpital, prévoir l'obligation de présenter un rapport sur la qualité des prestations et imposer des exigences en termes de places de formation et de formation continue. Au besoin, il proposera une modification de la loi. Ce postulat a été adopté le 18 mars 2011.

Deux motions également en rapport avec l'organisation du paysage hospitalier suisse ont été classées parce qu'elles étaient en suspens depuis plus de deux ans : la motion 10.3449 « Création de régions pour optimiser la fourniture des prestations de santé », de la conseillère nationale Thérèse Meyer, et la motion 09.3801 « Pour une stratégie suisse de la santé », du groupe PDC/PEV/PVL, dont la mise en œuvre aurait été liée à un processus de formation de l'opinion sur les formes de coopération et la répartition des tâches dans le domaine de la santé à l'avenir.

1.2 Complexité du système hospitalier

Les postulats 02.3750 et 09.4239 se réfèrent au modèle mathématique Geostat, qui met en relation le nombre d'habitants avec les structures routières. Dans une étude basée sur ce modèle et publiée en 2002, son auteur François B. de Wolff, se référant à la hausse des coûts de la santé et à l'absence encore fréquente à l'époque de systématique pour la planification, décrit une approche permettant de réduire drastiquement le nombre de lits de soins aigus dans le secteur hospitalier.¹ A l'aide de Geostat, l'auteur montre que ces lits pourraient être répartis entre une quarantaine d'hôpitaux dont aucun ne nécessiterait un temps de parcours supérieur à 60 minutes pour s'y rendre. A l'aide d'un calcul estimatif, il tente d'en évaluer le potentiel d'économies. Tout en relevant les difficultés pratiques d'une réforme aussi radicale du secteur hospitalier, l'auteur conclut au terme de son analyse qu'une approche stratégique s'appuyant sur des techniques de modélisation recèle un grand potentiel encore très peu exploité en Suisse, en particulier comme aide à la décision pour la planification hospitalière.

L'approche géographique à laquelle se réfère le postulat 09.4239 esquisse une structure d'approvisionnement en soins centrée sur l'accès des assurés aux soins. L'accès des pa-

¹ De Wolff, François B. 2002. Planification hospitalière, essais de modélisation pour la Suisse (prof. Domenighetti Gianfranco / expert politique : Stähelin Philipp / expert technique : Crivelli Luca), <http://www.chuv.ch/bdfm/cdsp/MemoireDeWolff.pdf>.

tients au traitement dans un délai approprié est certes un des critères à prendre en considération dans l'organisation du paysage hospitalier, cependant de loin pas le seul. Il faut aussi et surtout tenir compte de l'économicité et de la qualité des prestations que les hôpitaux fournissent. Les effets d'une concentration de l'offre sur la qualité et l'économicité de la fourniture des prestations dépendent notamment de l'éventail de prestations concerné, de la signification différente du nombre minimum de cas suivant l'éventail de prestations et des synergies entre les domaines de prestations de l'établissement. En outre, une institution peut augmenter l'économicité et la qualité de ses prestations par une optimisation de l'offre, mais aussi par sa propre dynamique d'amélioration des structures de gestion, d'optimisation des processus ainsi que de la motivation et de la qualification du personnel. En ce sens, il convient de tenir compte de la nouvelle approche de la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier, du 23 décembre 2007 (RO 2008 2049), qui fait de la concurrence un facteur essentiel d'économicité et de qualité, et qui implique que la planification doit laisser une marge de manœuvre suffisante à cette concurrence. Cela peut être en contradiction avec une centralisation géographique. Les aspects d'assurance qualité et de nombre minimum de cas mentionnés dans le postulat 10.3753 sont également liés à l'amélioration de l'économicité et de la qualité des institutions attendue de la révision du financement hospitalier.

1.3 Compétence des cantons pour l'approvisionnement en soins

En raison de la répartition des compétences inscrite à l'art. 3 de la Constitution fédérale (Cst. ; RS 101), l'approvisionnement en soins constitue une tâche des cantons. Il incombe à ces derniers de garantir les soins publics de santé ainsi que le domaine de la police sanitaire. Ils veillent par exemple, de concert avec les communes, à un approvisionnement suffisant et économiquement supportable en soins médicaux et infirmiers, ce qui implique aussi la mise à disposition des institutions et de l'infrastructure nécessaires. Ils délivrent notamment l'autorisation de police sanitaire qui constitue une condition à l'admission à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins (AOS). La Confédération a la responsabilité de veiller à ce que la population puisse s'assurer à des conditions supportables contre les risques maladie et accidents (art. 117 Cst. ; cf. JAAC 48, 1984, pp. 492 ss). En ce sens, la planification hospitalière et l'établissement d'une liste des hôpitaux que celle-ci implique sont inscrits dans la LAMal en tant que tâches des cantons (art. 39 LAMal). Ces derniers peuvent donc aussi exercer une influence sur l'organisation de l'approvisionnement en soins. Par voie de conséquence, la décision de procéder à cette planification isolément ou de concert avec d'autres cantons appartient aux cantons. Selon l'art. 39, al. 2, LAMal, les cantons ont l'obligation de coordonner dans tous les cas leurs planifications. Avec la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier, les cantons sont tenus de planifier conjointement le domaine de la médecine hautement spécialisée (MHS). Pour mettre en œuvre ce mandat légal, les cantons ont signé le 1^{er} janvier 2009 la Convention intercantonale relative à la médecine hautement spécialisée (CIMHS), s'engageant à planifier et à attribuer en commun les prestations de médecine hautement spécialisée. Aux termes de l'art. 48 Cst., les cantons peuvent conclure des conventions entre eux et créer des organisations et des institutions communes. Une planification hospitalière commune ou la constitution de régions de soins pourraient aussi s'inscrire dans ce cadre. En vertu de l'art. 48a, al. 1, let. h, Cst., la Confédération pourrait, à la demande des cantons intéressés, donner force obligatoire générale à des conventions intercantionales ou obliger certains cantons à adhérer à des conventions intercantionales dans ce domaine.

En raison du fait que les cantons déterminent par le biais de leur planification quelle infrastructure est mise à disposition pour l'approvisionnement en soins hospitalier de leur population et provoquent ainsi des coûts, ils doivent participer aux coûts selon leur part respective (art. 49, al. 1, LAMal). Les cantons peuvent fixer en tant qu'instrument de gestion des finances selon l'art. 51 LAMal un budget global pour les hôpitaux et les établissements médico-sociaux.

1.4 Structure du rapport

Le présent rapport décrit l'état d'avancement de la mise en œuvre des planifications hospitalières comme le demande le postulat 10.3753. Il fournit ainsi des éléments de réponse à la question d'une application homogène en Suisse de la planification hospitalière au sens de ce postulat ainsi qu'à celle de la concentration de l'offre visée par le postulat 09.4239. Après un rappel des divers rapports sur la planification hospitalière établis entre 2002 et 2006 pour des motifs et dans des cadres différents (chap. 2), il propose une vue d'ensemble du paysage hospitalier jusqu'en 2011 (chap. 3), qui correspond à la situation après l'instauration de la LAMal et avant la mise en place du nouveau régime de financement hospitalier.

La révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier a modifié et étendu les dispositions relatives à la planification hospitalière. Le chapitre 4 décrit les nouvelles bases de planification et le chapitre 5 aborde les premiers effets de ces nouvelles dispositions.

Le chapitre 6 s'intéresse à la stratégie de la Confédération en matière de qualité. Cet aspect est lié au développement des soins hospitaliers, mais aussi à l'approvisionnement en soins en général. Face aux défis futurs et dans la perspective de la mise en œuvre de l'agenda « Santé 2020 », il importe que la Confédération et les cantons coordonnent entre eux les tâches et les réglementations qui s'y rapportent.

Le chapitre 7 trace les grandes lignes de l'évaluation de la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier. Le chapitre 8, enfin, propose conclusions et perspectives.

2 Rapports sur la planification hospitalière

2.1 Rapport de la Commission de gestion du Conseil des Etats (2002)

Au vu de l'évolution des coûts dans le domaine de la santé, la Commission de gestion du Conseil des Etats (CdG-E) a décidé, dans le cadre de son programme annuel 2000, d'examiner l'influence de la Confédération sur la maîtrise des coûts dans le domaine de la LAMal. La planification hospitalière était l'un des éléments considérés dans ce cadre. Se fondant sur un rapport du Contrôle parlementaire de l'administration (CPA) du 30 novembre 2001, le CdG-E est parvenue dans son rapport du 5 avril 2002 à la conclusion que, dans la grande majorité des cas, la LAMal n'offrait aux organes responsables de la Confédération que des possibilités indirectes de contribuer à la maîtrise des coûts.

Pour le reste, les experts mandatés par le CPA étaient d'avis que la planification des capacités appliquée par les cantons n'était pas un instrument adéquat pour arriver à maîtriser les coûts. Les véritables facteurs de coûts n'étaient pas les lits disponibles, mais les prestations fournies. Ils relevaient en outre des effets problématiques de transferts : les réductions de capacités produites par la planification hospitalière dans les divisions communes étaient compensées par des offres privées et semi-privées qui fournissaient aussi, dans le cadre des assurances complémentaires, des prestations à la charge de l'assurance obligatoire des soins, provoquant une hausse des primes de cette dernière. De plus, des prestations étaient transférées du secteur hospitalier au secteur ambulatoire, qui est entièrement financé par l'assurance-maladie sociale.

2.2 Analyse des effets des planifications hospitalières cantonales (2005)

Huit ans après l'entrée en vigueur de la LAMal, l'OFSP a commandé dans le cadre du programme de recherche LAMal II une analyse des effets des planifications hospitalières canto-

nales.² L'extrait qui suit, tiré de la synthèse de cette publication, résume l'appréciation faite par les auteurs de l'analyse des tendances les plus frappantes :

« Selon la statistique des hôpitaux de l'OFS, le nombre d'établissements hospitaliers, de 1997 à 2003, est passé de 406 à 354 suite à des fusions, des fermetures et des changements de mission. [...] Dans le même laps de temps, le nombre de lits a été réduit de 10,5 %. La dynamique diffère passablement d'un canton à l'autre : 99 % des suppressions de lits ont eu lieu dans 13 cantons, et près de la moitié dans les cantons de Berne et de Zurich. [...] Ce changement structurel correspond à une tendance observable depuis 1985 et n'a donc pas été provoqué, mais tout au plus un peu accéléré par les listes cantonales des hôpitaux. Comme le montrent les études de cas, ce n'est en général pas l'obligation faite par l'art. 39 LAMal d'établir une planification hospitalière qui a déclenché les réformes de politique hospitalière, mais bien plutôt la pression exercée sur les cantons pour qu'ils fassent des économies. [...]

Par ailleurs, le changement structurel survenu n'est pas uniquement la conséquence de mesures de planification hospitalière. La réduction du nombre de lits résulte aussi du raccourcissement de la durée des hospitalisations grâce aux progrès de la médecine et aux nouvelles formes de traitement. Les fusions d'établissements surtout, et une partie des fermetures ou des changements de mission, de cliniques privées en particulier, répondaient à des motifs de gestion d'entreprise. [...]

On observe, en relation avec les listes des hôpitaux, une politisation des questions de planification hospitalière : d'un côté, les assureurs-maladie ont exercé une pression plus forte sur les autorités cantonales en recourant devant le Conseil fédéral, de l'autre, dans de nombreux cantons, les projets de redimensionnement formés par l'exécutif se sont heurtés à la résistance des hôpitaux concernés et à la population des régions touchées. »

Les auteurs font en conclusion le constat suivant : « Ce changement structurel correspond à une tendance observable depuis 1985 et n'a donc pas été provoqué, mais tout au plus un peu accéléré par les listes cantonales des hôpitaux. La réduction du nombre de lits résulte aussi du raccourcissement de la durée des hospitalisations grâce aux progrès de la médecine et aux nouvelles formes de traitement. Les fusions d'établissements surtout, et une partie des fermetures ou des changements de mission, de cliniques privées en particulier, répondaient à des motifs de gestion d'entreprise. De ce fait, il n'est pas possible de chiffrer clairement l'influence exercée par la planification hospitalière sur la dynamique de transformation des paysages hospitaliers cantonaux. La plupart des changements structurels sont directement liés à des trains de mesures d'assainissement budgétaire ou à des conceptions de politique hospitalière inspirées par ces mesures et adoptées avant l'entrée en vigueur de la LAMal. »

2.3 Rapports OCDE/OMS sur le système suisse de santé (2006 et 2011)

Le rapport de l'Organisation pour la coopération et le développement économiques (OCDE) et de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) de 2006 sur le système de santé suisse³ s'intéressait notamment aux soins ambulatoires et hospitaliers et à la politique en matière de médicaments, dont il évaluait l'efficacité (chap. 4.2, pp. 129 ss). S'agissant de l'activité hospitalière, les auteurs constatent que la plupart des indicateurs se situent autour de la moyenne de l'OCDE et que, pour la plupart des groupes de diagnostics, les taux d'hospitalisation sont faibles selon les standards de l'OCDE. De l'avis des experts, des réductions de la capacité hospitalière et de la durée moyenne du séjour pour toutes les procédures pourraient encourager de nouvelles améliorations de la productivité. Ils relèvent en outre une grande

² Cf. Rüefli, Christian ; Boggio, Yvan ; Anderegg, Céline (2005) : Wirkungsanalyse der kantonalen Spitalplanungen. Berne, <http://www.bag.admin.ch/themen/krankensversicherung/06392/06517/index.html?lang=fr>.

³ OCDE ; OMS (2006). Examens de l'OCDE des systèmes de santé : Suisse 2006.

disparité d'utilisation des services de santé entre des cantons ayant des niveaux d'offre similaires. Constatant une grande variabilité du niveau d'efficacité et de productivité par type d'hôpital et de complexité de la lourdeur des cas (ou *case-mix*), ils concluaient que l'utilisation des ressources n'était pas optimale. Se fondant sur les valeurs statistiques concernant l'utilisation des ressources sanitaires dans les autres pays de l'OCDE, les auteurs soupçonnent en outre que la combinaison entre traitements hospitaliers et ambulatoires en hôpital pourrait ne pas être optimale. Ils attribuent cette insuffisance à l'incitation résultant de la différence de financement entre prestations hospitalières et prestations ambulatoires. Les auteurs voient en outre dans la décentralisation de la compétence de réglementation et dans la planification par les cantons des facteurs qui constituent un frein au libre jeu de la concurrence sur le marché, aussi bien dans le domaine hospitalier qu'entre les assureurs. En outre, l'étroitesse des zones de planification conduit à une duplication des offres de soins, ce qui a eu pour résultat une organisation inefficace de l'offre hospitalière qui n'optimise pas l'utilisation des moyens humains et financiers disponibles. Le fait que l'approvisionnement en soins demeure une compétence cantonale et l'absence de l'obligation d'une planification intercantonale relèvent d'un choix politique. Mais dans le domaine de la MHS, une planification au niveau national est nécessaire pour assurer l'efficacité, la qualité et une couverture effective des besoins sanitaires de la population (ch. 4.2.6, pp. 139 ss).

Le second rapport OCDE/OMS sur le système de santé suisse⁴, publié en 2011, relève à nouveau que les particularités structurelles du système de santé suisse compromettent l'efficacité et que les conséquences à attendre d'une modification du système de financement pourraient donc être limitées (chap. 4.3, pp. 138 ss).

3 Vue d'ensemble du paysage hospitalier jusqu'en 2011

3.1 Adaptation de l'offre après l'entrée en vigueur de la LAMal

L'obligation pour les cantons d'établir une planification hospitalière a été inscrite dans la loi à l'occasion de la révision de l'assurance-maladie. Les dispositions transitoires relatives à l'introduction de la LAMal du 18 mars 1994 donnaient aux cantons jusqu'au 1^{er} janvier 1997 pour établir une planification hospitalière au sens de l'art. 39 LAMal. Cet instrument devait représenter à l'échelle suisse un premier pas en direction de la coordination des fournisseurs de prestations, d'une utilisation optimale des ressources et de la maîtrise des coûts. Dans de nombreux cantons, cependant, une planification conforme à la LAMal n'a été introduite que plusieurs années plus tard, après que le Conseil fédéral, dans le rôle qu'il avait alors d'autorité compétente en cas de recours, a posé dans ses décisions des exigences spécifiques aux différents cantons. Comme indiqué plus haut (ch. 2.2), le changement structurel dans le secteur hospitalier est dû avant tout à la pression financière subie dans les cantons. L'obligation de procéder à la planification hospitalière et la LAMal ont tout au plus accéléré ce processus, et ce à deux égards : d'une part, l'obligation de planification a justifié pour les cantons la prise en compte non seulement de l'offre des hôpitaux publics, mais aussi de celle des prestataires privés. D'autre part, la LAMal a offert aux assureurs la possibilité de faire pression sur les cantons par le biais de recours devant le Conseil fédéral afin de favoriser la réduction des surcapacités. De son côté, le Conseil fédéral, dans le cadre de sa jurisprudence en matière de planification hospitalière, a soutenu la réduction de l'offre de lits, mais aussi celle du nombre d'hôpitaux, avec pour objectif d'augmenter l'efficacité d'échelle. Dans une décision non publiée du 22 août 2007 sur la liste des hôpitaux du canton du Tessin, le Conseil fédéral a retenu que la décision de planification du canton du Tessin, reposant sur le principe de l'efficacité d'échelle avait l'approbation de la jurisprudence quant au principe.

Le processus de réduction de l'offre de lits, fermeture d'hôpitaux incluse, n'a pas été provoqué par l'entrée en vigueur de la LAMal en 1996, mais tout au plus accéléré. C'est ainsi que

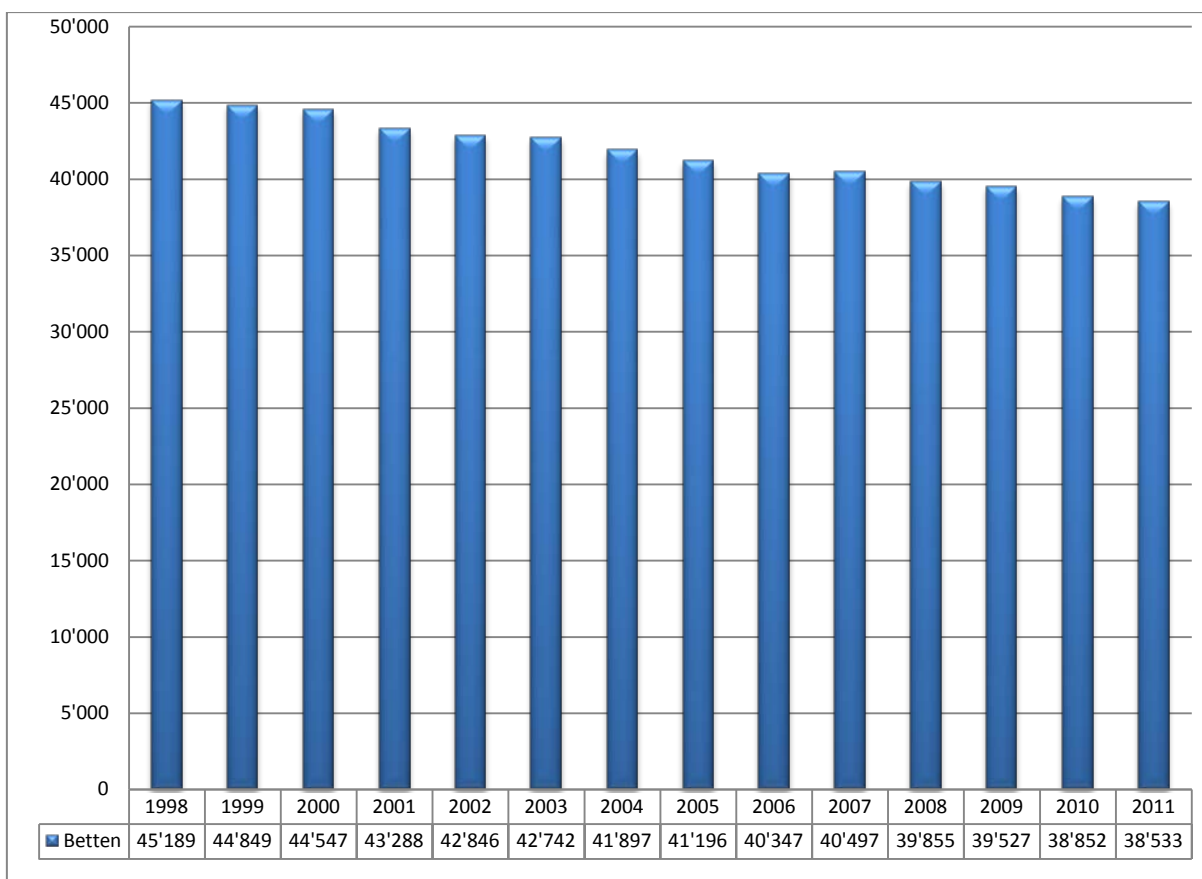
⁴ OCDE ; OMS (2011). Examens de l'OCDE des systèmes de santé : Suisse 2011.

plusieurs cantons ont dû réduire considérablement l'offre de lits sous la pression exercée par les recours des assureurs et en raison des prescriptions faites dans les décisions du Conseil fédéral. Il n'était plus non plus possible de compenser la réduction de l'offre dans les hôpitaux publics par une augmentation de l'offre des prestataires privés. Le nouveau cadre légal devrait aussi avoir favorisé la transformation d'hôpitaux en établissements médico-sociaux, qui répondait elle aussi aux besoins.

3.2 Données statistiques

3.2.1 Nombre de lits d'hospitalisation (stationnaires) 1998-2011

Graphique 1 : Nombre de lits d'hospitalisation (stationnaires) 1998-2011

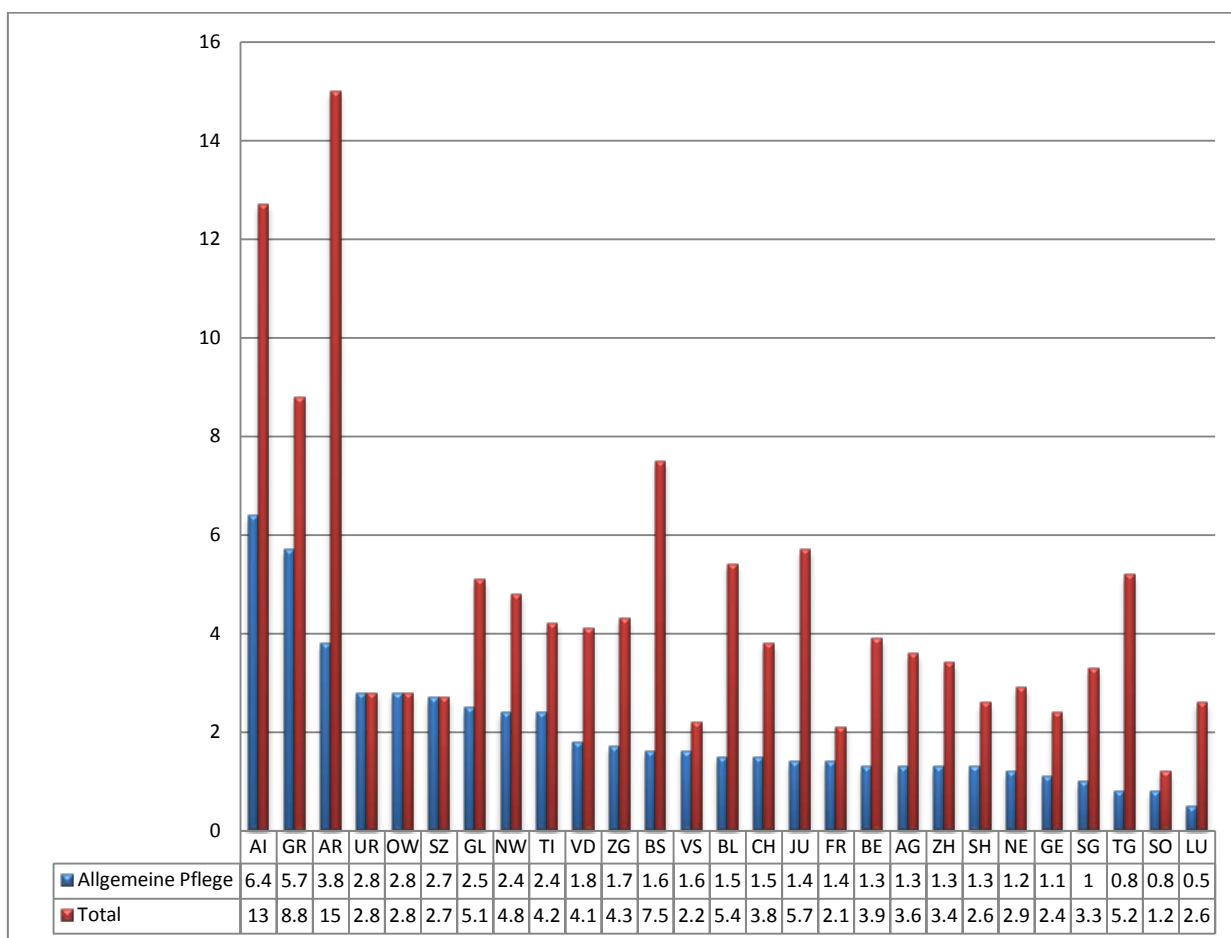


Source : Graphique OFSP d'après les données de la Statistique des hôpitaux de l'OFS, tabl. D.1., 1998-2008, <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/14/03/01/data/04.htm> et tabl. 14.3.2.2, 2009-2011, <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/14/03/01/key/01.html>.

L'évolution du nombre de lits d'hospitalisation (stationnaires) montre qu'au cours de la période de 1998 à 2011, ce nombre est passé, pour l'ensemble des hôpitaux, de 45'189 à 38'533 (-15 %). Comme on l'a dit, cette réduction devrait avoir été accélérée par l'entrée en vigueur de la LAMal, car le Conseil fédéral s'était fondé, dans ses décisions sur recours, sur la comparaison de la densité en lits (nombre de lits pas habitant) entre les cantons et avait renvoyé plusieurs planifications aux cantons concernés pour qu'ils les revoient. Il s'agissait alors d'adapter l'offre dans le sens d'une réduction des surcapacités. La maîtrise des coûts ainsi visée devait alors être obtenue au moyen de la planification des capacités, sur la base de la jurisprudence du Conseil fédéral, applicable avant l'entrée en vigueur de la révision de la LAMal.

3.2.2 Nombre d'hôpitaux pour 100'000 habitants

Graphique 2 : Nombre d'hôpitaux (établissements) pour 100'000 habitants, 2011



Source : Graphique OFSP d'après les données de la Statistique des hôpitaux 2011 de l'OFS, tableaux standards, résultats définitifs, mars 2013, tableau A3, <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/news/publikationen.html?publicationID=5104>

Dans les cantons à faible population (Uri, Obwald, Nidwald, Glaris, Appenzell AI et AR, Jura), la présence d'un seul hôpital de soins généraux – autrement dit avec offre de soins de base et prise en charge centrale – aboutit déjà à un nombre élevé d'établissements pour 100'000 habitants. La structure fédéraliste de la Suisse a fait que des petits cantons disposent de leur propre hôpital de soins généraux même dans des situations où des institutions suprarégionales paraîtraient plus susceptibles de permettre des synergies touchant l'infrastructure et la qualité. Le fait que le canton des Grisons compte un nombre élevé d'hôpitaux pour 100'000 habitants s'explique au moins en partie par sa spécificité géographique, avec ses nombreuses vallées et les longues distances de transport qui en résultent. Comme il est vraisemblable que la population des cantons en question est aussi traitée dans des hôpitaux universitaires ou de grands hôpitaux cantonaux d'autres cantons, l'offre à leur disposition est probablement sous-évaluée dans la représentation faite ci-dessus de la densité hospitalière.

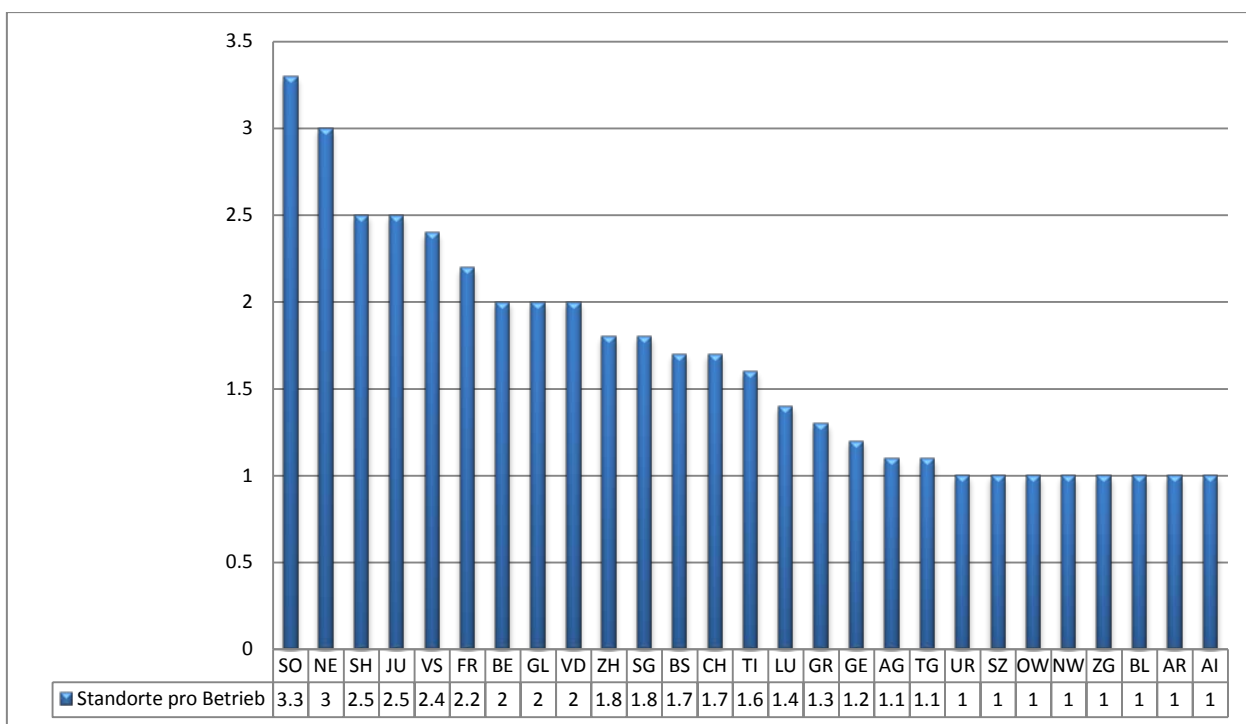
Le graphique 2 montre que les hôpitaux de soins généraux sont répartis de manière plus homogène entre les cantons que l'ensemble de tous les hôpitaux, lequel comprend aussi les cliniques spécialisées (cliniques psychiatriques, cliniques de réadaptation et autres). Le canton d'Appenzell Rhodes-Extérieures, par exemple, dispose de trois cliniques de réadapta-

tion, ce qui ne peut s'expliquer que par l'importation de patients. L'afflux de patients se constate du reste également en ce qui concerne les hôpitaux universitaires et les grands hôpitaux cantonaux.

Pour l'interprétation du graphique 2, il faut tenir compte du fait que les établissements comptent parfois plusieurs sites, selon une distribution qui diffère beaucoup d'un canton à l'autre. C'est pourquoi la variable « Nombre d'établissements » n'a pas la même importance suivant les cantons (cf. 3.2.3).

3.2.3 Nombre de sites par établissement

Graphique 3 : Nombre de sites par établissement, 2011



Source : Graphique OFSP d'après les données de la Statistique des hôpitaux 2011 de l'OFS, tableaux standards, résultats définitifs, mars 2013, tableau A2, <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/news/publikationen.html?publicationID=5104>

Beaucoup d'hôpitaux, surtout dans les années qui ont suivi l'entrée en vigueur de la LAMal, ont fusionné, dans le sens d'une coordination, pour former des unités juridiques, mais les sites initiaux ont été conservés dans de nombreux cantons. Une fusion de ce type peut présenter des avantages sous l'angle qualitatif ou économique, si les tâches sont mieux réparties et les synergies exploitées. Mais un établissement réparti sur plusieurs sites ne peut être mis sur un pied d'égalité, en termes d'efficacité, d'économie et de qualité, avec une unité de même taille qui est concentrée sur un seul site. Pour cette raison, on ne peut déduire de la statistique des hôpitaux de l'OFS qu'un petit nombre d'établissements se traduit par une amélioration correspondante de l'économie et de la qualité de la fourniture des prestations.

Les données statistiques sur le nombre d'établissements doivent être interprétées avec prudence. Par exemple, la statistique des hôpitaux indique pour les cantons de Neuchâtel et de Soleure un petit nombre d'établissements (cf. graphique 2). La raison devrait en être que c'est dans ces cantons que l'on compte le plus d'établissements répartis sur plusieurs sites (cf. graphique 3). Une discussion sur la concentration de l'offre doit donc se mener de façon différenciée, en se référant à la situation spécifique de chaque canton.

4 Nouvelles bases de planification hospitalière

4.1 Bases légales fédérales

4.1.1 Nouveau régime de financement hospitalier (2007)

Les Chambres fédérales ont adopté la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier (RO 2008 2049) le 21 décembre 2007. Ses éléments principaux sont le passage au financement des prestations – avec l'introduction de forfaits liés aux prestations, basés sur des structures tarifaires uniformes – et l'extension de la liberté de choix des assurés. Les nouveaux instruments devaient favoriser l'économicité de la fourniture des prestations ainsi que la concurrence en matière de qualité. La nouvelle réglementation prévoit que l'assurance obligatoire des soins et le canton de résidence versent leur contribution aux séjours en hôpital ou en maison de naissance même si ces établissements ne figurent pas sur la liste du canton de résidence de l'assuré : celui-ci peut choisir librement, à côté des hôpitaux répertoriés de son canton de domicile, également parmi la liste des hôpitaux d'un autre canton sans que la participation du canton au financement soit supprimée (art. 41 LAMal). De plus, les assureurs peuvent conclure avec des hôpitaux et des maisons de naissance qui ne figurent pas sur une liste cantonale des contrats relatifs au remboursement de prestations à la charge de l'assurance obligatoire des soins. La planification d'un canton ou de plusieurs doit tenir compte de cette nouvelle possibilité, toujours dans le but de garantir la prise en charge de la population cantonale.

L'art. 39, al. 2^{bis}, LAMal adopté dans le cadre de la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier oblige les cantons à établir conjointement une planification pour l'ensemble de la Suisse en ce qui concerne la médecine hautement spécialisée (MHS). Pour le cas où les cantons n'effectuent pas cette tâche à temps, la loi prévoit que le Conseil fédéral effectue lui-même cette planification. L'art. 39, al. 2^{ter}, LAMal fait obligation au Conseil fédéral d'édicter des critères de planification uniformes en prenant en considération la qualité et le caractère économique.

4.1.2 Critères de planification édictés par le Conseil fédéral

Le Conseil fédéral a adopté le 22 octobre 2008 les dispositions d'application du nouveau régime de financement hospitalier sous la forme de modifications de l'OAMal et de l'ordonnance du 3 juillet 2002 sur le calcul des coûts et le classement des prestations par les hôpitaux, les maisons de naissance et les établissements médico-sociaux dans l'assurance-maladie (OCP ; RS 832.104). Il a édicté des critères de planification aux art. 58a à 58e OAMal. Il a également apporté des adaptations en matière de facturation (art. 59 à 59a^{ter} OAMal) et édicté, sur la base de l'al. 2 des dispositions transitoires de la modification de la LAMal du 21 décembre 2007, les dispositions finales de l'OAMal et de l'OCP. Ces dispositions sont entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2009 et le 1^{er} janvier 2013.

La prescription de critères de planification doit réduire les différences entre les concepts de planification cantonaux, et aussi favoriser une utilisation efficace des ressources. La planification doit être liée aux prestations, tout comme la rémunération de ces dernières, afin que planification et financement soient compatibles entre eux. Les cantons sont tenus de respecter les critères de planification édictés par le Conseil fédéral, qui s'appliquent aux hôpitaux, aux maisons de naissance et aux EMS pris dans leur ensemble, mais aussi à chacune de leurs divisions. Ces critères doivent être respectés aussi bien pour une planification cantonale que pour la planification commune de plusieurs cantons. Planifier conjointement signifie que, pour le domaine de prestations concerné, les cantons déterminent la demande de l'ensemble de leur population résidente et tiennent compte des institutions de l'ensemble de leur territoire commun dans l'évaluation et la sélection de l'offre de fournisseurs de prestations tenue pour nécessaire.

Les critères de planification définissent le système de planification hospitalière au sens de la LAMal. Il s'agit ici de prescriptions abstraites pour la mise en oeuvre desquelles les cantons disposent d'une grande marge de manœuvre. La planification doit tenir compte des critères de qualité et d'économicité et a pour but de garantir l'accès des habitants du canton aux traitements hospitaliers. Il faut pour cela déterminer le besoin en soins de la population cantonale et le comparer à l'offre existante. Pour établir l'offre qui doit figurer sur la liste d'un canton et être garantie, il faut aussi tenir compte de la possibilité qu'ont les assurés de recourir à des prestations hospitalières dans des hôpitaux figurant sur la liste d'un autre canton que leur canton de résidence, ou dans des hôpitaux et des maisons de naissance ne figurant pas sur la liste, mais ayant passé un contrat avec les assureurs. Pour la sélection des établissements qui figureront sur la liste du canton, il faut, comme auparavant, tenir compte des critères d'économicité et de qualité de la fourniture des prestations en tant que condition d'une fourniture avantageuse de prestations de haute qualité. « Economicité » ne signifie pas qu'il faudra dans tous les cas choisir le prestataire le plus avantageux ; il faut toujours tenir compte aussi des aspects de l'efficacité et de la qualité. De plus, le libre choix de l'hôpital pour l'assuré implique une étroite collaboration entre les cantons ainsi que la coordination des planifications. Les cantons doivent ainsi fournir les informations sur les flux de patients et coordonner les mesures prévues.

La révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier représente un véritable changement de paradigmes. Les cantons ne sont plus tenus de piloter, dans leur planification, les quantités. Sur la base de la nouvelle réglementation, il s'agit pour les autorités d'établir une planification hospitalière accordant suffisamment de place à une planification de l'offre en fonction des facteurs économicité et qualité. Contrairement à la réglementation en vigueur avant la révision de la LAMal, le canton ne peut influencer qu'indirectement sur les capacités. A cette fin, les cantons disposent comme auparavant d'un instrument, à savoir la fixation d'un budget global (art. 51, al. 1, LAMal). Le fait que les assurés puissent choisir parmi tous les hôpitaux répertoriés et que les assureurs puissent conclure des contrats pour la prise en charge de leurs propres assurés (hôpitaux conventionnés) rend plus difficile pour les cantons la tâche de déterminer l'offre hospitalière nécessaire à la prise en charge de leur population. Le pourcentage de patients qui, grâce au libre choix de l'hôpital, recourent à une prestation à l'extérieur de leur canton de résidence dépend en effet de la situation géographique de ce canton et de l'offre des cantons voisins, et la proportion de prestations consommées dans des hôpitaux conventionnés dépend du comportement des assureurs et de la demande des assurés au bénéfice d'une assurance complémentaire. Plus la proportion d'hôpitaux conventionnés dans l'offre hospitalière est grande, plus faible est la part de financement du canton, car les cantons ne doivent verser aucune contribution pour les traitements dans les hôpitaux conventionnés. Dans cette situation, les cantons ne sont pas tenus de piloter la quantité au moyen de la planification.

Aux termes de l'art. 49, al. 8, LAMal, le Conseil fédéral doit faire procéder à l'échelle nationale, en collaboration avec les cantons, à des comparaisons entre hôpitaux en ce qui concerne notamment les coûts et la qualité des résultats médicaux. Il est tenu de publier ensuite des comparaisons. Une première étude conceptuelle et de faisabilité est disponible⁵. Les travaux se poursuivent. En vertu de l'art. 50 LAMal, cette disposition est applicable par analogie aux établissements médico-sociaux. Les comparaisons entre hôpitaux sont un instrument d'amélioration de la transparence. D'une part, elles servent à informer les patients, pour qui la qualité des hôpitaux dans le domaine de prestations qui les intéresse est déterminante pour le choix de l'hôpital. D'autre part, elles fournissent aux cantons des indications comparables sur les hôpitaux et les établissements médico-sociaux dans le canton et dans les autres cantons. Ils peuvent ensuite se servir de ces informations, recueillies de manière uni-

⁵ Ernst&Young, ZHAW (2012): Konzept und Machbarkeitsstudie „Veröffentlichung von Betriebsvergleichen durch den Bunderat“, Schlussbericht, <http://www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung/00305/04216/index.html?lang=fr>

forme dans toute la Suisse, pour la planification des hôpitaux et des établissements médico-sociaux.

4.2 Bases cantonales

4.2.1 Recommandations de la CDS (1997, révisées en 2002 et en 2009)

Les critères de planification édictés par le Conseil fédéral dans l'OAMal constituent les prescriptions permettant d'établir la planification et la liste des hôpitaux, sur la base de l'économicité et de la qualité, de façon uniforme et conforme à la loi. Le 14 mai 2009, le comité directeur de la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS) a adopté des recommandations sur la planification hospitalière.⁶ Celles-ci devaient favoriser une vision commune de la tâche cantonale de planification hospitalière et s'entendent donc aussi comme une contribution à la coordination intercantonale de cette dernière. La CDS avait déjà formulé des recommandations lors de l'instauration de la LAMal. Révisées une première fois en 2002, elles l'ont été une nouvelle fois en 2009, en tenant compte de la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier, et cela aussi bien pour ce qui est de la planification liée aux prestations – avec référence au « Guide pour une planification hospitalière liée aux prestations » de juillet 2005, élaboré sous la responsabilité de la CDS, et au guide « Planification de la psychiatrie », de novembre 2006, en tant que méthodes possibles pour déterminer les besoins sous l'angle des prestations – qu'en ce qui concerne l'éventail des prestations, le nombre minimum de cas, la gestion des quantités, l'obligation d'admission, l'admission en urgence, l'économicité, la qualité, la livraison des données, les investissements, les conditions de travail, les prestations de formation, l'accessibilité et les flux intercantonaux de patients. Ces recommandations, qui s'adressent aux cantons, ont été publiées en vue d'adapter la planification hospitalière – dans le cadre de la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier – aux critères de planification édictés par le Conseil fédéral. Elles n'ont pas un caractère contraignant, et elles ont suscité des discussions sur leur compatibilité avec les objectifs de la révision de la LAMal. A ce propos, le Conseil fédéral a relevé, dans sa réponse du 7 décembre 2012 à l'interpellation 12.3865 « Incohérences dans la mise en œuvre du financement des hôpitaux », qu'en cas de limitation des quantités, éventuellement définie dans le cadre d'un budget global selon l'art. 51 LAMal, la question se pose de la relation avec la concurrence basée sur la qualité et de la limitation du choix de l'hôpital. Dans la même réponse, le Conseil fédéral a toutefois rappelé que le Tribunal fédéral, dans son arrêt du 10 juillet 2012 en la cause loi cantonale tessinoise d'application de la loi fédérale sur l'assurance-maladie⁷, a déclaré que les cantons sont autorisés à introduire un contrôle des quantités.

4.2.2 Guide de la CDS pour une planification hospitalière liée aux prestations (2005)

Dans la perspective de l'introduction de la rémunération des hôpitaux liée aux prestations, il a fallu, pour garantir une prise en charge conforme aux besoins, adapter les planifications hospitalières au nouveau régime de financement qui allait être mis en vigueur. Le Guide pour une planification hospitalière liée aux prestations publié en 2005 par la CDS a développé la méthode d'une telle planification et définit quelques notions essentielles concernant la planification liée aux prestations pour le secteur des soins hospitaliers aigus. Il expose les idées centrales des étapes de planification présentées ainsi que certaines généralités concernant

⁶ Recommandations de la CDS sur la planification hospitalière, 27 avril 2009, sous <http://www.gdk-cds.ch/index.php?id=624&L=1>

⁷ Tribunal fédéral, arrêt du 10 juillet 2012 en la cause « ricorso in materia di diritto pubblico contro la modifica della legge di applicazione della legge federale sull'assicurazione malattie del 26 giugno 1997 (LCAMal) decretata il 17 marzo 2011 dal Gran Consiglio della Repubblica e Cantone Ticino » (2C 796/2011), consid. 3 sous http://entscheide.weblaw.ch/cache/f.php?url=links.weblaw.ch%2F10.07.2012_2C_796-2011&ul=de&l=it.

la planification liée aux prestations, définit la planification hospitalière liée aux prestations et présente une synthèse des modifications intervenues dans le secteur hospitalier qui rendent nécessaire une adaptation des instruments de planification. Le guide énumère également les conditions nécessaires à l'exécution de la planification hospitalière liée aux prestations et comprend des indications sur la manière de concevoir le rôle des cantons dans le cadre d'une telle planification.⁸

4.2.3 Guide de la CDS « Planification de la psychiatrie » (2008)

Le guide « Planification de la psychiatrie » publié en juillet 2008 par la CDS s'inscrit en complément des recommandations de la CDS concernant la planification hospitalière et du guide sur la planification hospitalière liée aux prestations. Il se propose d'offrir un soutien aux cantons pour une planification des soins psychiatriques répondant aux exigences de la LAMal, avec une prise en compte plus adéquate de la fourniture des prestations ambulatoires et la réalisation de programmes-modèles. D'après ce guide, une réduction de l'offre de lits dans la psychiatrie d'adultes semble possible à moyen et à long termes. Cela présuppose une structuration minutieuse du domaine semi-hospitalier et ambulatoire. En outre, il s'agit de renforcer les liens institutionnels avec la réadaptation et la réinsertion, et de vouer une attention accrue à l'obtention systématique de l'information, à l'examen de l'occupation des lits, à l'analyse des liaisons entre prestations hospitalières, semi-hospitalières et ambulatoires, de même qu'à leur évaluation.⁹

4.2.4 Convention intercantonale sur la médecine hautement spécialisée (CIMHS)

L'élément déclencheur d'une planification nationale de la médecine hautement spécialisée (MHS) a été le constat que les nouvelles technologies médicales constituaient des facteurs de coûts de plus en plus importants. De plus, on attendait d'une concentration de l'offre un meilleur taux d'utilisation des établissements hautement spécialisés et une meilleure qualité. Dans le cadre de leur projet commun « Réforme de la péréquation financière et de la répartition des tâches entre la Confédération et des cantons » (RPT), la Confédération et les cantons ont identifié la MHS comme un des domaines pour lesquels une organisation s'impose au niveau intercantonal afin d'accroître l'efficacité et l'efficacité de l'accomplissement des tâches et qui est nommée dans l'art. 48a, al. 1, let. h, Cst. Cet aspect a également été traité par les Chambres fédérales dans le cadre de la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier. L'art. 39 LAMal prévoit que seuls les hôpitaux qui correspondent à la planification établie par un canton ou, conjointement, par plusieurs cantons afin de couvrir les besoins en soins hospitaliers peuvent être admis en tant que fournisseurs de prestations. Dans le domaine de la MHS, les cantons sont désormais tenus, en vertu de l'art. 39, al. 2^{bis}, LAMal, d'établir conjointement une planification pour l'ensemble de la Suisse.

La CIMHS a été adoptée à l'unanimité par la CDS le 14 mars 2008, puis ratifiée par tous les cantons.¹⁰ Elle est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2009. Par cette convention, les cantons ont délégué à l'organe de décision MHS la compétence de définir et de planifier le domaine de la MHS. Cet organe a été institué le 30 janvier 2009 par l'assemblée des cantons contractants. La planification intercantonale commune de la MHS s'est concrétisée par un certain nombre de décisions d'attribution de prestations à des centres (cf. tableau 1, annexe 1).

⁸ Cf. CDS : Guide pour une planification hospitalière liée aux prestations, juillet 2005, sous <http://www.gdk-cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/Themen/Spitalplanung/Archiv/Bericht-Leitfaden-def-f.pdf>.

⁹ Cf. CDS : Guide « Planification de la psychiatrie », juillet 2008, sous <http://www.gdk-cds.ch/index.php?id=615&L=1>.

¹⁰ Les documents relatifs à la CIMHS sont publiés à la page <http://www.gdk-cds.ch/index.php?id=822&L=1>.

4.2.5 Concepts cantonaux de groupes de prestations (2011)

Avec le passage à la planification hospitalière liée aux prestations, les mandats de prestations deviennent plus détaillés et portent davantage sur des prestations spécifiques. Afin que ces mandats visant des prestations spécifiques soient définis de manière univoque, ils doivent autant que possible se baser sur des systèmes de classification médicale communément reconnus. Comme les systèmes utilisés aujourd'hui distinguent entre un très grand nombre de prestations médicales, ils sont trop détaillés et complexes pour servir de base à des mandats de prestations. Afin de faciliter l'attribution de mandats portant sur des prestations spécifiques, la Direction de la santé du canton de Zurich a élaboré, en collaboration avec la Direction de la santé publique et de la prévoyance sociale du canton de Berne, un concept de groupes de prestations pour les soins somatiques aigus.¹¹

Le comité directeur de la CDS a recommandé aux départements cantonaux de la santé d'appliquer ce système de classification dans le cadre de la planification liée aux prestations. Celui-ci regroupe les *diagnosis related groups* (DRG), les codes des diagnostics (CIM) et les codes des opérations (CHOP) dans des groupes de prestations médicalement et économiquement pertinents, et permet de soumettre ces derniers à des conditions médicalement fondées. Dans sa recommandation aux cantons du 15 avril 2010, le comité directeur de la CDS a souligné les avantages présentés par cet instrument et exprimé le souhait que tous les cantons l'utilisent comme schéma de classification unique. Le concept de groupes de prestations comprend également des soins de base étendus (paquet de base), des domaines possibles de prestations programmées et des exigences spécifiques par groupe de prestations qui ne faisaient cependant pas encore l'objet de la recommandation du comité directeur de la CDS.

La CDS voyait dans le concept de groupes de prestations les avantages suivants :

- Il permet de regrouper des prestations médicales à l'aide des DRG, des codes des diagnostics (CIM) et des codes des opérations (CHOP) dans des groupes de prestations médicalement pertinents.
- Avec quelque 125 groupes de prestations, il offre d'une part un niveau d'agrégation approprié et permet d'autre part une définition des mandats de prestations uniforme, contraignante et applicable dans le quotidien hospitalier.
- Il offre des exigences médicalement fondées portant sur des prestations spécifiques et des combinaisons de groupes de prestations qui peuvent être incluses directement dans le mandat de prestations.
- La définition univoque des groupes de prestations permet un contrôle systématique des mandats de prestations avec la statistique médicale de l'OFS .

Du point de vue de la CDS, les avantages complémentaires suivants résulteraient d'une application par tous les cantons :

- une coordination simplifiée des planifications hospitalières entre les cantons ;
- pour les hôpitaux, possibilité de combiner des mandats de prestations uniformément formulés de différents cantons.

4.3 Degré de précision des bases

Comme les dispositions de la LAMal et les dispositions d'ordonnance édictées sur la base de la LAMal sont contraignantes, le Conseil fédéral a veillé, en édictant les critères de planification, à les formuler de telle manière qu'ils puissent être appliqués par tous les cantons dans toutes les situations, et que ceux-ci puissent remplir l'obligation de planification hospitalière

¹¹ Cf. <http://www.gdk-cds.ch/index.php?id=623&L=1>.

que leur assigne la loi. Les cantons doivent pouvoir établir leur planification hospitalière en tenant compte des particularités cantonales et développer leurs instruments de planification en se fondant sur les connaissances de leur domaine hospitalier particulier.

La Confédération n'estime pas adéquat, en l'état, d'élaborer et de prescrire des critères d'évaluation détaillés pour la planification hospitalière ou de définir des exigences à respecter dans des situations particulières. Par ses critères de planification (art. 58a à 58e LAMal), la Confédération a défini le cadre que les cantons doivent respecter lors de l'établissement de leur planification détaillée se référant à leur situation spécifique. En ce sens, le législateur a exigé du Conseil fédéral qu'il édicte des critères de planification en tenant compte du caractère économique et de la qualité (art. 39, al. 2^{ter}, LAMal), mais non qu'il édicte des critères d'économicité et de qualité formant la base de la planification. Cela signifie qu'avec les critères de planification, le Conseil fédéral devait poser le cadre général permettant de développer un système de planification garantissant une fourniture économique de prestations de haute qualité. Ceux-ci ne font par ailleurs pas obligation aux cantons de lier la planification hospitalière à une gestion des quantités, car le nouveau régime de financement des hôpitaux doit laisser la concurrence en matière de prix et de qualité jouer un rôle déterminant pour la constitution de l'offre de soins. Les éléments correspondants sont également contenus dans les critères de planification, qui prescrivent par exemple que l'offre à garantir sur la liste des hôpitaux doit être sélectionnée en prenant notamment en considération le caractère économique et la qualité de la fourniture des prestations. On exclut ainsi que des mandats de prestations puissent être attribués sans comparaison préalable des coûts et de la qualité des fournisseurs de prestations entrant en ligne de compte.

Les cantons, autorités responsables de la planification, ainsi que les hôpitaux sont les spécialistes à même de définir des paramètres en matière de qualité et d'économicité à la fois détaillés, proches de la pratique et adaptés à la situation. En ce sens, les cantons ont déjà formulé les recommandations correspondantes. Celles-ci ne sont pas contraignantes, et peuvent être adaptées au fil du temps. C'est pourquoi elles peuvent être plus détaillées que les critères de planification du Conseil fédéral (cf. ch. 4.1.2). Il ne serait pas adéquat que la Confédération fixe des exigences telles qu'un nombre minimum de cas par médecin d'hôpital ou des nombres fixes de places de formation, comme le demande le postulat 10.3753.

Les critères de planification édictés par le Conseil fédéral ne sont pas un manuel de planification hospitalière. L'uniformité ne peut être exigée que sur un plan abstrait. Mais ils garantissent que la planification suive partout les mêmes étapes. Par ailleurs, ils ne fixent délibérément pas les valeurs à appliquer, car celles-ci doivent correspondre aux diverses situations et se développer en fonction de l'évolution de la technique et de la médecine.

Les critères de planification du Conseil fédéral constituent le cadre dans lequel les cantons établissent une planification conforme au nouveau régime de financement hospitalier, à un niveau obligatoire valable pour tous les cantons et toutes les situations. Dans ce cadre, les cantons ont développé des instruments qui ont le caractère de recommandations et qui se situent sur un plan différencié, opérationnel et évolutif. Le Conseil fédéral ne voit donc pas la nécessité d'intervenir actuellement sur ce plan.

5 Premiers effets du nouveau régime de financement hospitalier

5.1 Planification nationale dans le domaine de la MHS

Les cantons ont déjà adopté des décisions d'attribution de prestations dans divers secteurs spécifiques de la MHS dans le cadre de la mise en œuvre de la CIMHS (cf. ch. 4.2.4). Ces attributions sont limitées dans le temps. La surveillance et le contrôle de l'application des décisions d'attribution et des conditions liées à la fourniture des prestations sont du ressort du canton où se trouve l'établissement. Avec la planification commune de la MHS par les cantons, la fourniture des prestations est concentrée dans les centres désignés dans les décisions. La liste des décisions d'attribution se trouve à l'annexe 1.

Le processus souhaité par les Chambres fédérales avec l'édiction de l'art. 39, al. 2^{bis}, LAMal est donc engagé. Les décisions prises par l'organe de décision sont limitées jusqu'à fin 2013, 2014 ou 2015. Il est vraisemblable que la situation dans les différents secteurs spécialisés sera réévaluée après un certain temps et que la planification commune de la MHS continuera de se développer.

Les cantons s'étant déjà mis d'accord en 2008, avec la CIMHS, sur l'organisation nécessaire pour la planification de la MHS (cf. ch. 4.2.4), cette planification a pu commencer à temps. Elle se fait progressivement selon les secteurs spécifiques choisis et se concrétise par les décisions de l'organe scientifique MHS. Les travaux se poursuivent. Différentes décisions ont été prises le 19 septembre 2013 notamment concernant les transplantations d'organes¹².

5.2 Planifications et listes cantonales

5.2.1 Elaboration de nouvelles planifications et listes des hôpitaux

Les dispositions transitoires de la modification de la LAMal du 21 décembre 2007 donnent aux cantons jusqu'à fin 2014 pour adapter leur planification hospitalière aux nouvelles exigences. Si, durant la période transitoire, ils élaborent une nouvelle planification hospitalière et publient une nouvelle liste des hôpitaux, la planification et la liste doivent, comme en a jugé le Tribunal administratif fédéral, respecter en tous points les nouveaux critères de planification édictés par le Conseil fédéral (art. 58a à 58e OAMal).¹³

Certains cantons ont déjà remanié leur planification hospitalière dans l'esprit des dispositions modifiées et édicté les listes correspondantes.¹⁴ Celles-ci diffèrent entre elles aussi bien en ce qui concerne les prescriptions du canton que leur degré de précision. Mais, pour l'essentiel, elles s'en tiennent au concept de groupes de prestations recommandé par le comité directeur de la CDS.

La planification hospitalière est un processus continu ; les cantons doivent revoir périodiquement leur planification et l'adapter en se fondant à la fois sur les expériences faites avec la planification remaniée et sur les résultats des nouveaux travaux scientifiques.

5.2.2 Exemples de critères appliqués à la planification hospitalière

Les critères qui doivent fonder la planification hospitalière découlent du texte de la loi et des dispositions de l'ordonnance. Les principaux sont l'économicité et la qualité. Parmi les autres critères à respecter, on citera l'accès aux traitements, la disponibilité pour la prise en charge et les flux intercantonaux de patients prévisibles. Les cantons peuvent encore en fixer d'autres pour leur planification, nécessaires pour assurer la garantie de la couverture en soins, par exemple l'obligation d'avoir un service des urgences ou de former du personnel spécialisé.

Les exemples qui suivent montrent comment les critères ont été concrétisés. Divers cantons s'inspirent en la matière de la planification zurichoise.

¹² http://www.gdk-cds.ch/index.php?id=402&no_cache=1&no_cache=1&tx_ttnews%5Btt_news%5D=304&cHash=5d9c957c937305bf5566dd3b430ea3af&L=1

¹³ Arrêt du Tribunal administratif fédéral du 7 juin 2012 (C-325/2010), consid. 4.6., publié sous forme électronique.

¹⁴ La CDS en publie une vue d'ensemble, avec accès à toutes les listes hospitalières cantonales, sous : <http://www.gdk-cds.ch/index.php?id=624&L=1>.

5.2.3 Exigences posées aux hôpitaux¹⁵

a. Exigences générales

Les exigences en matière de qualité et d'économicité doivent être remplies par tous les établissements figurant sur une liste des hôpitaux.

a.a Exigences générales en matière de qualité

Tous les hôpitaux répertoriés, quel que soit l'éventail de leurs prestations, doivent remplir certaines exigences en matière de qualité de la fourniture des prestations et d'assurance qualité, par exemple :

- concept d'assurance qualité ;
- participation à des mesures de la qualité déjà mis en place;
- gestion d'un système de déclaration d'incidents critiques (CIRS) à l'échelle de l'hôpital ;
- protocoles de sortie multiprofessionnels ;
- questionnaires aux patients et aux médecins référents ;
- exécution d'exercices de réanimation ;
- mesures en matière d'infectiologie et d'hygiène hospitalière.

Il est de la compétence des cantons de prendre en compte d'autres éléments, par exemple des indicateurs de la qualité des résultats.

a.b Exigences en matière d'économicité

Ce sont avant tout les données relatives aux coûts qui permettent de juger de l'économicité. Pour qu'une comparaison soit possible, il faut que les données se réfèrent à un schéma uniforme. La comptabilité analytique de l'hôpital en fonction des cas sera donc particulièrement intéressante à cet égard. Pour les nouveaux candidats qui n'ont pas traité jusqu'ici de patients hospitalisés, ou quelques-uns seulement, on ne peut procéder à une comparaison des coûts par cas. En pareil cas, l'économicité peut être évaluée par exemple sur la base d'un plan d'affaires.

b. Exigences liées à des prestations spécifiques

Suivant l'éventail de prestations ou les groupes de prestations pour lesquels un hôpital obtient un mandat, le canton peut fixer des exigences liées à des prestations spécifiques, par exemple pour les aspects suivants :

b.a Médecin spécialiste et disponibilité

Suivant le groupe de prestations et en fonction de la nécessité médicale, le canton peut prescrire la composition de l'équipe de médecins et de spécialistes et définir des exigences en ce qui concerne la disponibilité de ces derniers.

b.b Service des urgences

Pour les groupes de prestations où les patients en urgence sont nombreux, le canton peut prescrire la gestion d'un service d'urgence adéquat et définir des exigences par groupe de prestations suivant le degré d'urgence des traitements, par exemple en ce qui concerne les soins médicaux et le recours à des spécialistes.

b.c Unité de soins intensifs

La gestion d'une unité de soins intensifs peut être exigée pour les groupes de prestations qui nécessitent souvent le transfert des patients aux soins intensifs. Des exigences en matière de personnel spécialisé et d'infrastructures peuvent aussi être définies pour ces unités.

¹⁵ Cf. Zürcher Spitalplanung 2012, Strukturbericht, septembre 2011, pp. 71-84, sous: http://www.gd.zh.ch/internet/gesundheitsdirektion/de/themen/behoerden/spitalplanung_spitallisten/akutsomatik.html

b.d Traitements interdisciplinaires

Pour les patients dont le traitement requiert des connaissances médicales interdisciplinaires, les cantons peuvent prescrire un cadre adéquat, par exemple que toutes les prestations soient fournies au même site.

b.e Tumorboard

Pour l'attribution de mandats de prestations pour le traitement de patients cancéreux, un forum interdisciplinaire d'experts (tumorboard) ainsi que sa composition peuvent être prescrits.

b.f Nombre minimum de cas

Aux termes de l'art. 58b, al. 5, let. c, OAMal, les cantons doivent notamment prendre en compte dans le domaine hospitalier, lors de l'examen du caractère économique et de la qualité, le nombre minimum de cas. Pour certains traitements complexes, en particulier, le lien entre nombre de cas et qualité des résultats est attesté scientifiquement.¹⁶ Cependant, les bases scientifiques qui permettraient de fixer de façon générale les nombres minimaux de cas font encore défaut. Dans divers domaines de prestations, il n'existe encore que très peu d'études ou pas de données empiriques. Une comparaison entre les nombres minimaux de cas fixés dans différents pays montre en outre que ceux-ci varient considérablement pour les mêmes prestations. Une démarche prudente et pragmatique est donc indiquée tant que les bases scientifiques pour la fixation de nombres minimaux de cas manquent encore dans de nombreux domaines.

b.g Autres exigences liées à des prestations spécifiques

D'autres exigences liées à des prestations spécifiques sont possibles pour des traitements donnés.

b.h Exigences relatives à des groupes de prestations transversales

Différentes prestations médicales sont communes aux traitements des différents organes. Il est possible de former dans ce cas des groupes de prestations transversales et de définir des exigences particulières qui s'y rapportent.

6 Assurance qualité

6.1 Assurance qualité dans le cadre de la compétence des cantons en matière de planification

Les recommandations sur la planification hospitalière adoptées le 14 mai 2009 par le comité directeur de la CDS prévoient ce qui suit en matière de qualité (recommandation 8)¹⁷ :

« a) Dans le cadre de l'octroi de mandats de prestations, le canton examine les exigences spécifiques en matière d'infrastructure et de dotation en personnel pour la fourniture de prestations déterminées. Il peut faire dépendre l'octroi du mandat du respect de ces exigences.

b) Les conditions requises pour l'assurance qualité et l'attestation de la qualité sont formulées dans le mandat de prestations cantonal.

¹⁶ Frick, Ulrich ; Krischker Stefan ; Gmel, Gerhard (2013) : Evaluation des Einflusses der KVG-Revision Spitalfinanzierung auf die Qualität der Spitalleistungen (stationär) : Vorstudie zum Einbezug von Struktur- und Prozessqualität. Rapport de recherche n° 330 du Schweizer Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung (ISGF) de l'Université de Zurich.

¹⁷ Recommandations de la CDS sur la planification hospitalière, 27 avril 2009, p. 12, sous : <http://www.gdk-cds.ch/index.php?id=624&L=1>

c) Les cantons obligent dans le mandat de prestations cantonal les hôpitaux à adhérer à l'Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques¹⁸ et à participer aux mesures nationales de la qualité qui y sont coordonnées. D'éventuelles exigences allant au-delà en matière de mesures et de livraison des données doivent être formulées séparément ou sont fixées par les organes compétents. Cela s'applique en particulier à l'accord sur le traitement des données et leur publication.

d) Les cantons s'efforcent de coordonner les dispositions au sens de l'art. 77 OAMal dans le cadre de l'Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques. »

Dans le cadre de leur compétence de planification, les cantons ont déjà formulé des recommandations en matière de qualité ou, comme le canton de Zurich, défini des exigences spécifiques en matière de qualité (cf. ch. 5.2.3 a.a). Les exigences citées dans le postulat 10.3753 représentent une première étape dans l'application de prescriptions en la matière. Celles-ci doivent cependant être étendues progressivement. La recommandation de la CDS en matière de qualité montre en fait que les cantons font plus que prescrire la réalisation de mesures de la qualité et la rédaction de rapports. La Confédération assume en revanche un rôle actif à un autre niveau : celui de la promotion de la qualité et de l'assurance qualité (cf. ch. 6.2).

6.2 Rôle de la Confédération dans la promotion de l'assurance qualité

Aux termes de l'art. 58, al. 1 et 2, LAMal, le Conseil fédéral peut prévoir des contrôles scientifiques et systématiques pour garantir la qualité ou l'adéquation des prestations et en confier l'exécution aux associations professionnelles ou à d'autres institutions.

Conformément à l'art. 58, al. 3, LAMal, le Conseil fédéral a pour tâche de déterminer les mesures servant à garantir ou à rétablir la qualité ou l'adéquation des prestations. Cette tâche est en outre liée à l'art. 32 LAMal, qui prévoit que les prestations remboursées par l'assurance-maladie doivent être efficaces, appropriées et économiques (EAE). Le Conseil fédéral a délégué au DFI la compétence de désigner les prestations (art. 33, al. 5, OAMal) et de déterminer les mesures prévues à l'art. 58, al. 3, LAMal (art. 77, al. 4, OAMal). Certaines conditions peuvent être fixées pour que soient atteints les critères EAE déterminant l'obligation de prise en charge. Sont notamment citées comme mesures spécifiques l'accord du médecin-conseil avant l'exécution de certaines mesures diagnostiques ou thérapeutiques, et la désignation des fournisseurs de prestations autorisés. Mais le Conseil fédéral peut encore prévoir d'autres mesures appropriées pour garantir la qualité.

Se fondant sur l'art. 58 LAMal, le Conseil fédéral a chargé par l'art. 77, al. 1 à 3, OAMal les fournisseurs de prestations et les assureurs d'élaborer et de mettre en œuvre des concepts et des programmes en matière d'exigences touchant la qualité des prestations et la promotion de la qualité, en se référant aussi à l'art. 59 LAMal, dans lequel les instruments de mise en œuvre sont attribués aux assureurs. L'Office fédéral de la santé publique (OFSP) est impliqué en ce sens que les parties à la convention doivent l'informer sur les clauses en vigueur et que l'OFSP peut demander un rapport sur l'application des règles d'assurance qualité. Pour les domaines où les parties à la convention n'ont pas conclu d'accord conforme, l'art. 77, al. 3, OAMal prévoit que le Conseil fédéral dispose de la compétence subsidiaire d'édicter les dispositions nécessaires.

L'art. 22a LAMal, en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2009, fait obligation aux fournisseurs de prestations de communiquer aux autorités fédérales compétentes les indicateurs de qualité médicaux permettant de surveiller l'application des dispositions de la LAMal relatives à la

¹⁸ ANQ, <http://www.anq.ch/index.php?id=2&L=1>.

qualité et à l'économicité des prestations. La Confédération a pour tâche de prescrire des conceptions en matière de récolte de données et d'indicateurs.

Le Parlement a constaté des lacunes dans la mise en œuvre de l'assurance qualité et a exigé à diverses occasions du Conseil fédéral qu'il intervienne plus activement sur cette question. La CdG-E a aussi rédigé en 2007 un rapport intitulé « Evaluation du rôle de la Confédération dans la garantie de la qualité selon la LAMal », qu'il a soumis pour avis au Conseil fédéral avec des recommandations concrètes. Le Conseil fédéral a présenté par la suite, à l'automne 2009, sa stratégie en matière de qualité dans le système suisse de santé. Au printemps 2011, il a approuvé le rapport sur la concrétisation de cette stratégie et décidé la réalisation, de 2012 à 2014, d'un premier programme national en matière de qualité. Il a donné en outre le mandat de préparer les bases légales pour la création d'une structure nationale et pour le financement durable de la mise en œuvre de la stratégie sous la forme d'une contribution par personne assurée.

Actuellement, la mise en œuvre de la stratégie en matière de qualité se concentre sur les deux activités suivantes : la réalisation de programmes pilotes nationaux d'amélioration de la sécurité des patients et l'élaboration de bases légales permettant de garantir la mise en œuvre de la stratégie sur le plan du financement et des structures.

Les programmes pilotes nationaux sont financés par la Confédération et réalisés par la Fondation pour la sécurité des patients. Leur objectif premier est de mettre les hôpitaux en réseau et d'obtenir, par un processus d'optimisation commun, une amélioration notable de la sécurité des patients et de la qualité. Ces programmes s'appuient aussi sur l'expérience d'autres pays. Des programmes similaires ont en effet déjà été réalisés en Grande-Bretagne, au Danemark, en Suède, aux Pays-Bas, en Ecosse, aux Etats-Unis et au Canada. Les programmes pilotes sont réalisés dans deux domaines (appelés « hotspots ») : la sécurité de la chirurgie, où il s'agit de généraliser l'utilisation de listes de contrôle dans les salles d'opération, et la sécurité de la médication aux interfaces, en particulier la problématique des listes de médicaments non mises à jour et non fiables lors de l'entrée à l'hôpital et de la sortie de l'hôpital.

En ce qui concerne la création de bases légales pour la mise en œuvre de la stratégie en matière de qualité, il s'agit d'une part de créer une base de financement dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins pour la mise en œuvre des mesures prévues par cette stratégie et, d'autre part, de créer une structure nationale. Par rapport à la situation actuelle, une structure nationale indépendante pourrait créer une plus-value importante dans différents domaines. En tant que plateforme nationale, elle permettrait de mieux mettre en réseau les activités – aujourd'hui en général isolées – des différents acteurs en matière d'assurance qualité, de tirer parti des synergies, de favoriser et d'accélérer l'apprentissage réciproque. Cette structure nationale élaborerait notamment des bases et des mesures en matière d'assurance qualité, également pour combler les lacunes actuelles dans le domaine des indicateurs de qualité, dans le secteur ambulatoire en particulier, dans une perspective intégrée englobant l'ensemble des fournisseurs de prestations. Elle élaborerait et réaliserait en outre des programmes nationaux en matière de qualité. Elle pourrait simultanément remédier aux déficits dans le domaine de l'évaluation des technologies médicales et de l'adéquation des prestations diagnostiques et thérapeutiques. Elle créerait des synergies en regroupant des experts en matière d'assurance qualité et d'évaluation des technologies médicales. Il en résulterait une organisation forte et compétente.

Naturellement, une nouvelle structure nationale ne doit ni faire concurrence aux organisations existantes ni faire double emploi. Il faut tenir compte ici, par exemple, de l'Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques (ANQ), qui remplit une mission importante et complémentaire sur mandat des partenaires tarifaires et des cantons. Les activités de l'ANQ et de la structure nationale se complètent et s'appuient sur des bases légales distinctes.

7 Evaluation de la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier

7.1 Objectifs de la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier

La révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier est placée sous le signe du renforcement de la concurrence. L'extension des possibilités de choix des assurés doit favoriser la concurrence entre hôpitaux en matière de qualité. L'introduction du financement lié aux prestations, qui doit reposer sur des structures uniformes, améliorera la transparence et, avec le passage de la couverture des coûts au financement des prestations, augmentera l'efficacité de la fourniture des prestations. Les éléments propres au système se déploieront dans le cadre prescrit par l'Etat. La loi révisée prescrit notamment aux cantons de coordonner leurs planifications. Ils doivent tenir compte en outre des critères de planification édictés par le Conseil fédéral sur la base de la qualité et de l'économicité.

7.2 Mise en œuvre de la planification hospitalière

Le Conseil fédéral part du principe qu'avec les informations à disposition, les cantons sont en mesure d'établir leur planification hospitalière sur la base de la qualité et de l'économicité. Ils ont encore jusqu'à fin 2014 pour le faire. Le présent rapport offre un instantané de l'état d'avancement de la mise en œuvre de la planification hospitalière conformément au nouveau régime de financement des hôpitaux. Il est trop tôt pour se prononcer de façon définitive sur cette mise en œuvre. De plus, il est prévu d'en soumettre les résultats à évaluation une fois terminée la mise en œuvre des prescriptions légales modifiées avec la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier.

7.3 Analyse des effets

Dans le but d'établir les effets de la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier, le Conseil fédéral a approuvé, le 25 mai 2011, la réalisation d'une analyse des effets. De 2012 à 2018, des études scientifiques seront menées dans six domaines thématiques. En ce qui concerne le financement hospitalier et son développement ultérieur, c'est surtout l'étude « Effets de la révision de la LAMal sur le paysage hospitalier et la garantie de l'approvisionnement en soins » qui s'annonce intéressante. Elle devrait être achevée en 2017. Il est à prévoir que l'évolution des planifications hospitalières cantonales et les modifications de l'éventail des prestations des hôpitaux devraient aussi être mises en lumière à cet égard, de même probablement que des processus de concentration. Les points intéressants, de manière générale, sont ceux de savoir si la qualité des prestations et l'économicité de la fourniture des prestations sont assurées et si l'accès de l'ensemble de la population à des soins de haute qualité reste garanti.

8 Conclusions et perspectives

8.1 Conclusions sur les postulats « Modélisation de la planification hospitalière », « Réduction du nombre d'hôpitaux en Suisse » et « Listes hospitalières des cantons. Fixer des critères clairs pour prévenir l'arbitraire »

Le présent rapport a pour point de départ un postulat qui se réfère à un modèle mathématique de l'OFS et à un travail scientifique de 2002. Au moment de sa publication, ce travail scientifique apportait une contribution au débat sur la planification hospitalière et sur les critères qui devaient la fonder. Depuis lors, les cantons ont poursuivi le développement de leurs planifications hospitalières. De plus, les prescriptions légales en la matière ont été modifiées dans le cadre de la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier. Il importe que la planification s'appuie sur les critères d'économicité et de qualité pour qu'une offre optimale se constitue. L'unification des règles de financement pour les hôpitaux publics

et les cliniques privées qui sont prises en compte dans la planification hospitalière, ainsi que l'extension des possibilités de choix des assurés, qui ont droit à une contribution du canton en cas de séjour dans un hôpital répertorié d'un autre canton, ont créé les conditions de base favorables pour la concurrence en matière de qualité. De plus, se fondant sur l'art. 39, al. 2^{er}, LAMal, le Conseil fédéral a édicté des critères uniformes pour la planification hospitalière, notamment pour réduire les différences entre les conceptions cantonales en matière de planification.

Les cantons sont responsables de la garantie de l'approvisionnement en soins. Lorsqu'ils comparent les besoins en soins de la population cantonale et l'offre disponible, ils doivent tenir compte des flux intercantonaux de patients. Les bases de décision pour l'attribution d'un mandat de prestations à un hôpital sont les critères de qualité et d'économicité. Les cantons décident au moyen de quels indicateurs ils évaluent la qualité et l'économicité des hôpitaux. Une optimisation ou une concentration et rationalisation de l'offre hospitalière doit s'inscrire dans ce cadre. Des prescriptions du Conseil fédéral sur la taille optimale des hôpitaux de soins aigus, comme le souhaite le postulat classé 02.3750, n'y ont pas leur place. Certains cantons ont adapté leur planification hospitalière en se référant aux exigences légales en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2009. Les principaux éléments déterminants pour la prise en compte d'un hôpital dans la planification sont les critères de qualité et d'économicité. L'approche présentée dans l'étude "de Wolff", une méthode mathématique de planification des soins hospitaliers, est un élément qui peut être pris en compte dans la planification, mais qui n'est pas prioritaire. Le Conseil fédéral présume que la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier aboutira à un assainissement du paysage hospitalier. Une intervention directe de la Confédération pour réduire le nombre d'hôpitaux ne correspond pas à la répartition constitutionnelle des compétences et ne s'inscrit pas non plus dans le cadre tracé par le législateur avec le nouveau régime de financement des hôpitaux.

La formation et la formation continue des personnels de santé est une tâche des cantons et un élément qui doit être pris en compte dans les planifications hospitalières et sanitaires cantonales. Le Conseil fédéral n'a pas la compétence de donner des prescriptions concernant le nombre de places de formation et de formation continue, en particulier pour les médecins-assistants, comme le demande le postulat 10.3753 « Listes hospitalières des cantons. Fixer des critères clairs pour prévenir l'arbitraire ». La garantie de places de formation et de formation continue ne fait pas partie de la planification hospitalière au sens de la LAMal. Conformément à l'art. 49, al. 3, LAMal, l'AOS ne prend pas en charge le coût des prestations destinées à la recherche et à la formation universitaire. Les autres exigences du postulat 10.3753 sont elles aussi, du moins dans la première phase de mise en œuvre de la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier, du ressort des cantons. Ainsi, le Conseil fédéral laisse aux cantons, par l'art. 58b, al. 5, let. c, OAMal, la tâche de prendre en considération des nombres minimaux de cas dans le domaine hospitalier. Il faudra examiner dans une phase ultérieure si des nombres minimaux de cas ou d'autres exigences en matière de qualité et d'économicité de la fourniture des prestations devraient être obligatoires à l'échelle nationale. Le Conseil fédéral pourrait alors, sur la base de l'art. 39, al. 2^{er}, LAMal, inscrire ces exigences au niveau de l'ordonnance en tant que condition pour l'attribution d'un contrat de prestations pour certains domaines de prestations.

8.2 Perspectives

La révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier a déjà produit des effets sur la planification des soins. Tant la planification nationale dans le domaine de la MHS (ch. 5.1) que le remaniement des planifications hospitalières cantonales (ch. 5.2.2) ont commencé. Dans le cadre légal en vigueur, les cantons ont planifié au fil du temps leur offre hospitalière et développé les instruments correspondants. Leurs connaissances en la matière n'ont cessé de se perfectionner, si bien qu'aujourd'hui de nombreux instruments sont disponibles, en particulier sous forme de recommandations, et concrétisés dans les planifica-

tions. Il est à présumer que les cantons auront mis en œuvre dans les délais les prescriptions décidées dans le cadre de la révision de la LAMal, aussi bien dans le contexte de la MHS que des planifications hospitalières cantonales. Ceux qui n'ont pas encore établi leur planification conformément aux nouvelles prescriptions ont jusqu'à fin 2014 pour le faire. Après le premier remaniement, les structures devront encore être optimisées. Il s'agira en particulier d'améliorer en permanence l'économicité et la qualité de la fourniture des prestations en attribuant certaines prestations à des sites donnés. On ne pourra pas procéder à une évaluation de l'évolution qu'a connue le secteur hospitalier avant l'échéance des dispositions transitoires des cantons, fin 2014. L'évaluation de la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier inclura les résultats détaillés de cette évolution.

Dans sa réponse du 17 décembre 2010 au postulat 10.3753 « Listes hospitalières des cantons. Fixer des critères clairs pour prévenir l'arbitraire », le Conseil fédéral a observé qu'en l'absence de résultats consolidés, il n'était pas opportun d'édicter de nouvelles prescriptions en matière de planification hospitalière. En attendant ces conclusions, il faut favoriser les améliorations en matière de qualité et d'économicité des prestations non par des prescriptions supplémentaires pour la planification hospitalière, mais par d'autres approches. Le 28 octobre 2009, le Conseil fédéral a adopté le rapport « Stratégie fédérale en matière de qualité dans le système suisse de santé » et attribué divers mandats dans le cadre de ses décisions concernant le rapport sur la concrétisation de la stratégie qualité du 25 mai 2011. Cette stratégie met principalement l'accent sur le processus de fourniture des prestations. La Confédération entend, par sa stratégie, garantir des soins de haute qualité dans les secteurs ambulatoire et hospitalier, à un prix approprié et supportable pour l'ensemble de la population. Elle assume certes un rôle de pilote dans le domaine de l'assurance qualité, mais les tâches et les compétences sont réparties entre divers acteurs. La stratégie ne pourra être appliquée au sens d'un concept intégré que si tous les acteurs (Confédération, cantons, assureurs, fournisseurs de prestations, patients et autres) jouent leur rôle et assument leurs tâches respectives, et si la coordination fonctionne bien.

Dans le programme « Santé 2020 » fixant ses priorités dans le domaine de la politique de la santé, qu'il a adopté le 23 janvier 2013, le Conseil fédéral relève que les structures de soins actuelles sont fortement axées sur les soins aigus et le secteur hospitalier. Les structures, les processus et les offres des systèmes ambulatoire et hospitalier doivent être adaptés et modernisés de manière à répondre aux exigences démographiques et épidémiologiques, notamment pour ce qui concerne les maladies chroniques et psychiques, ainsi qu'à l'évolution médicale et technique. La constitution de modèles de soins intégrés doit être encouragée dans tous les domaines, des soins aigus aux soins palliatifs en passant par les soins de longue durée. De l'avis du Conseil fédéral, une meilleure implantation des modèles de soins intégrés passe non seulement par une adaptation des mécanismes de financement des soins via la LAMal, mais aussi par une amélioration générale des possibilités de piloter le système de soins. On pense notamment, pour les soins ambulatoires par exemple (y compris en milieu hospitalier), à l'introduction de possibilités de pilotage permettant aux cantons d'éviter par leur planification une pléthore ou au contraire une pénurie de l'offre. Dans son message du 21 novembre 2012 concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (exigences démographiques et épidémiologiques, FF 2012 8709), le Conseil fédéral a relevé que dans le domaine ambulatoire aussi, il importait de créer des possibilités de piloter la croissance non maîtrisée des coûts. En conséquence, il convient d'harmoniser le pilotage du secteur hospitalier et celui du secteur ambulatoire et de le diriger sur les mécanismes de financement, si l'on veut que les structures de soins se développent dans le sens prévu par le Conseil fédéral dans ses priorités de politique de la santé. Les éventuelles prescriptions supplémentaires que le Conseil fédéral pourrait donner en ce qui concerne la planification hospitalière devront s'inscrire dans ce contexte.

Liste des décisions concernant la planification du domaine de la MSH
(<http://www.gdk-cds.ch/index.php?id=903>)



IVHSM-CIMHS

BW / 94.66

Actualisé: 19.9.2013

Liste des décisions concernant la planification du domaine de médecine hautement spécialisée

2010

No.	Décision	Date	Feuille féd. No./pg.	Décision d'attribution	Limitée jusqu'à
2010-01	Implants cochléaires (IC)	22.06.2010	24/4193	<ul style="list-style-type: none">- Centre clinique IC, Clinique universitaire ORL, Hôpital universitaire de Bâle- Service IC Berne, Clinique universitaire ORL, Hôpital de l'Île de Berne- Centre Romand d'Implants Cochléaires (CRIC), Hôpitaux universitaires de Genève (chirurgie et suivi), Centre hospitalier universitaire vaudois (suivi)- Clinique ORL, Hôpital cantonal de Lucerne- Centre IC Zurich, Laboratoire d'audiologie expérimentale, Clinique ORL, Hôpital universitaire de Zurich	31.12.2013
2010-02	Protonthérapie	22.06.2010	24/4196	<ul style="list-style-type: none">- Institut Paul Scherrer (PSI), Villigen	31.12.2013
2010-03	Transplantations de cellules souches hématopoïétiques allogéniques (TCSH)	22.06.2010	24/4202	<ul style="list-style-type: none">- Hôpital universitaire de Bâle- Hôpital universitaire de Zurich- Hôpitaux universitaires de Genève	31.12.2013
2010-04	Transplantations d'organes solides	22.06.2010 06.07.2010*	24/4199 26/4445*	<ul style="list-style-type: none">- Les transplantations de rein sont attribuées aux hôpitaux universitaires de Berne, Bâle, Zurich, Lausanne et Genève ainsi qu'à	31.12.2013

No.	Décision	Date	Feuille féd. No./pg.	Décision d'attribution	Limitée jusqu'à
				<p>l'Hôpital cantonal de Saint-Gall.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les transplantations de foie sont attribuées aux hôpitaux universitaires de Berne, Zurich et Genève. - Les transplantations de poumon sont attribuées aux hôpitaux universitaires de Lausanne et Zurich. - Les transplantations de pancréas, qui comprennent la transplantation simultanée de rein et de pancréas, la transplantation de pancréas après transplantation rénale, les transplantations d'îlots pancréatiques (îlots de Langerhans), sont attribuées aux hôpitaux universitaires de Genève et de Zurich. - Les transplantations de cœur sont attribuées aux hôpitaux universitaires de Berne, Lausanne et Zurich. 	
2010-05	Brûlures graves	22.06.2010 06.07.2010*	24/4190 26/4448*	<ul style="list-style-type: none"> - Centre pour grands brûlés de l'Hôpital universitaire de Zurich - (Centre des brûlés (CURB) du Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV) à Lausanne. 	31.12.2013

2011

No.	Décision	Date	Feuille féd. No./pg.	Décision d'attribution	Limitée jusqu'à
2011-01	Neurochirurgie Traitement chirurgical de l'épilepsie réfractaire chez l'adulte	21.06.2011	25/4671	- Universitätsspital Zürich - Hôpitaux universitaires de Genève - Universitätsspital Basel	31.12.2014
2011-02	Neurochirurgie Chirurgie stéréotaxique des mouvements anormaux involontaires et stimulation cérébrale profonde (Deep Brain Stimulation ou DBS) chez l'adulte	21.06.2011	25/4675	- Centre Hospitalier Universitaire Vaudois - Inselspital Bern - Kantonsspital St. Gallen - Universitätsspital Zürich	31.12.2014
2011-03	Neurochirurgie Traitement neurochirurgical des pathologies vasculaires du système nerveux central (SNC) sans les anomalies vasculaires complexes	21.06.2011	25/4679	- Universitätsspital Zürich - Universitätsspital Basel - Inselspital Bern - Centre hospitalier universitaire vaudois - Hôpitaux universitaires de Genève - Kantonsspital Aarau - Kantonsspital St. Gallen - Ente Ospedaliero Cantonale, Site Ospedale Regionale di Lugano	31.12.2014
2011-04	Neurochirurgie Traitement neurochirurgical des anomalies vasculaires complexes du système nerveux central (SNC)	21.06.2011	25/4684	- Universitätsspital Zürich - Hôpitaux universitaires de Genève - Inselspital Bern	31.12.2014
2011-05	Neurochirurgie Tumeurs rares de la moelle épinière	21.06.2011	25/4688	- Universitätsspital Zürich	31.12.2014

No.	Décision	Date	Feuille féd. No./pg.	Décision d'attribution	Limitée jusqu'à
				<ul style="list-style-type: none"> - Kantonsspital St. Gallen - Universitätsspital Basel - Inselspital Bern - Kantonsspital Luzern - Centre Hospitalier Universitaire Vaudois - Hôpitaux universitaires de Genève 	
2011-06	Traitement des accidents vasculaires cérébraux	21.06.2011	25/4692	<ul style="list-style-type: none"> - Hôpitaux universitaires de Genève - Centre Hospitalier Universitaire Vaudois - Inselspital Bern - Universitätsspital Basel - Universitätsspital Zürich - Kantonsspital St.Gallen - Kantonsspital Aarau - Ente Ospedaliero Cantonale, Site Ospedale regionale di Lugano 	31.12.2014
2011-07	Prise en charge des blessés graves	21.06.2011	25/4699	<ul style="list-style-type: none"> - Hôpitaux universitaires de Genève - Centre Hospitalier Universitaire Vaudois - Inselspital Bern - Universitätsspital Basel - Universitätsspital Zürich - Kantonsspital St.Gallen - Luzerner Kantonsspital - Kantonsspital Aarau - Kantonsspital Graubünden 	31.12.2014

No.	Décision	Date	Feuille féd. No./pg.	Décision d'attribution	Limitée jusqu'à
				<ul style="list-style-type: none"> - Kantonsspital Winterthur - Ente Ospedaliero Cantonale, Site Ospedale Regionale di Lugano - Réseau Santé Valais, Site de Sion 	
2011-08	Examens spécifiques pour les immunodéficiences primitives (génétiques) chez les enfants	01.11.2011	44/8075	<ul style="list-style-type: none"> - Hôpital pédiatrique de Zurich 	31.12.2015
2011-09	Traitement des brûlures graves chez les enfants	01.11.2011	44/8078	<ul style="list-style-type: none"> - Centre Universitaire Romand des Brûlés (CURB) au Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV) à Lausanne - Verbrennungszentrum des Universitäts-Kinderspitals Zürich 	31.12.2015
2011-10	Chirurgie trachéale complexe élective chez les enfants	01.11.2011	44/8084	<ul style="list-style-type: none"> - Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV), Lausanne 	31.12.2015
2011-11	Chirurgie complexe élective du foie et des voies biliaires chez les enfants	01.11.2011	44/8087	<ul style="list-style-type: none"> - Hôpitaux universitaires de Genève 	31.12.2015
2011-12	Transplantations d'organe (poumons, foie, reins) chez les enfants	01.11.2011	44/8090	<ul style="list-style-type: none"> - Les transplantations pulmonaires chez les enfants sont attribuées à l'hôpital universitaire de Zurich. - Les transplantations hépatiques chez les enfants sont attribuées à l'hôpital universitaire de Genève. - Les transplantations rénales chez les enfants sont attribuées à l'hôpital universitaire de Zurich (conjointement avec l'hôpital pédiatrique de Zurich), à l'hôpital de l'île de Berne et à l'hôpital universitaire de Lausanne. - Vu l'extrême rareté des reins de donneurs vivants, les enfants plus âgés peuvent, en accord avec l'hôpital de l'île de Berne, aussi 	31.12.2015

No.	Décision	Date	Feuille féd. No./pg.	Décision d'attribution	Limitée jusqu'à
				être transplantés à Bâle. Les transplantations combinées de plusieurs organes (notamment cœur-poumon, foie-rein) sont exclues de cette décision d'attribution.	
2011-13	Traitement des rétinoblastomes chez les enfants	01.11.2011	44/8095	- Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV) (Hôpital ophtalmique Jules-Gonin)	31.12.2015
2011-14	Soins intensifs pour les nouveau-nés	01.11.2011	44/8099	- Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) - Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV) - Inselspital Bern - Universitäts-Kinderspital beider Basel - Universitätsspital Zürich (USZ) (conjointement avec Kinderspital Zürich) - Ostschweizer Kinderspital St.Gallen (conjointement avec Kantonsspital St. Gallen) - Luzerner Kantonsspital (LUKS) - Kantonsspital Aarau (KSA) - Kantonsspital Graubünden (KSGR)	31.12.2015
2011-15	Traitement des blessés graves et des polytraumatismes, y compris les traumatismes crânio-cérébraux chez l'enfant	20.12.2011	51/9276	- Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) - Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV) - Hôpital universitaire de Berne (Inselspital) - Hôpital pédiatrique universitaire des deux Bâle (UKBB) - Hôpital pédiatrique de Zurich - Hôpital pédiatrique de Suisse orientale (conjointement avec l'Hôpital cantonal de Saint-Gall)	31.12.2015

No.	Décision	Date	Feuille féd. No./pg.	Décision d'attribution	Limitée jusqu'à
				<ul style="list-style-type: none"> - Hôpital cantonal de Lucerne (LUKS) - Hôpital cantonal des Grisons (KSGR) avec restrictions 	
2011-16	Troubles congénitaux spéciaux du métabolisme chez l'enfant	20.12.2011	51/9282	<ul style="list-style-type: none"> - Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV) - Hôpital universitaire de Berne (Inselspital) - Hôpital pédiatrique de Zurich 	31.12.2015
2011-17	Bilan préopératoire spécifique pour le traitement neurochirurgical de l'épilepsie chez l'enfant	20.12.2011	51/9285	<ul style="list-style-type: none"> - Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG) - Centre suisse de l'épilepsie (conjointement avec l'Hôpital pédiatrique de Zurich) 	31.12.2015

2013

No.	Décision	Date	Feuille féd. No./pg.	Décision d'attribution	Limitée jusqu'à
2013-01	Oncologie pédiatrique Traitement en milieu hospitalier des enfants et adolescents cancéreux	10.09.2013	35/6051	<ul style="list-style-type: none"> - Kantonsspital Aarau (service de pédiatrie) - Inselspital Bern (Hôpital des Enfants) - Universitäts-Kinderspital beider Basel (UKBB) - Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG) (Hôpital des Enfants) - Luzerner Kantonsspital (service de pédiatrie) - Ostschweizer Kinderspital - Ospedale Regionale di Bellinzona (service de pédiatrie) - Centre hospitalier universitaire vaudois CHUV (Hôpital des Enfants) - Kinderspital Zürich 	31.12.2015
2013-02	Oncologie pédiatrique Application des transplantations de cellules souches hématopoïétiques (autologues et allogéniques)	10.09.2013	35/6059	<ul style="list-style-type: none"> - <u>Transplantation de cellules souches autologues</u> Inselspital Bern, Kinderspital Zürich - <u>Transplantation de cellules souches allogéniques</u> Universitäts-Kinderspital beider Basel (UKBB), Hôpitaux universitaires de Genève (HUG), Kinderspital Zürich 	31.12.2016
2013-03	Oncologie pédiatrique Traitement des neuroblastomes	10.09.2013	35/6062	<ul style="list-style-type: none"> - Inselspital Bern (Hôpital des Enfants) - Hôpital universitaire de Lausanne (CHUV) (Hôpital des Enfants) - Kinderspital Zürich 	31.12.15
2013-04	Oncologie pédiatrique Traitement des sarcomes des tissus mous et des tumeurs osseuses malignes	10.09.2013	35/6065	<ul style="list-style-type: none"> - <u>Membres (bras, jambes)</u> Universitäts-Kinderspital beider Basel (UKBB), Hôpital universitaire de Lausanne (CHUV) (Hôpital des Enfants), Kinderspital Zürich (en collaboration avec la clinique universitaire Balgrist) 	31.12.2015

No.	Décision	Date	Feuille féd. No./pg.	Décision d'attribution	Limitée jusqu'à
				<ul style="list-style-type: none"> - <u>Tronc (bassin, abdomen et thorax)</u> <p>Inselspital (Kinderspital), Hôpital universitaire de Lausanne (CHUV) (Hôpital des Enfants), Kinderspital Zürich (en collaboration avec la clinique universitaire Balgrist)</p>	
2013-05	Oncologie pédiatrique Traitement des tumeurs du système nerveux central	10.09.2013	35/6068	<ul style="list-style-type: none"> - Inselspital Bern (Hôpital des Enfants) - Universitäts-Kinderspital beider Basel (UKBB) - HUG Genève (Hôpital des Enfants) - Hôpital universitaire de Lausanne (CHUV) (Hôpital des Enfants) - Kinderspital Zürich 	31.12.2015
2013-06	Chirurgie viscérale MHS Résection œsophagienne	10.09.2013	35/6071	<p><i>Mandat de prestations définitif (4 ans)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - BE: Inselspital Bern/Spitalnetz Bern (site de l'Inselspital) - BS: St. Claraspital Basel - FR: Hôpital fribourgeois (site de Fribourg) - GE: Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG) - SG: Kantonsspital St. Gallen (site de St.-Gall) - VD: Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV) - ZH: Universitätsspital Zürich, Kantonsspital Winterthur <p><i>Mandat de prestations provisoire (2 ans)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - AG: Kantonsspital Baden - BE: Klinik Beau-Site (Hirslanden Bern AG) - BL: Kantonsspital Baselland (site de Liestal) - BS: Universitätsspital Basel 	<p><u>Définitif:</u> 31.12.2017</p> <p><u>Provisoire:</u> 31.12.2015</p>

No.	Décision	Date	Feuille féd. No./pg.	Décision d'attribution	Limitée jusqu'à
				<ul style="list-style-type: none"> - LU: Luzerner Kantonsspital (site de Lucerne) - VS: Hôpital cantonal du Valais (RSV) (site de l'Hôpital de Sion) - ZH: Stadtspital Triemli, Klinik Hirslanden Zürich AG 	
2013-07	Chirurgie viscérale MHS Résection hépatique	10.09.2013	35/6080	<p><i>Mandat de prestations définitif (4 ans)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - BE: Inselspital Bern/Spitalnetz Bern (site de l'Inselspital) - BL: Kantonsspital Baselland (site de Liestal) - BS: Universitätsspital Basel - GE: Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG) - SG: Kantonsspital St. Gallen - VD: Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV) - ZH: Universitätsspital Zürich, Stadtspital Triemli <p><i>Mandat de prestations provisoire (2 ans)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - AG: Kantonsspital Baden, Kantonsspital Aarau - BE: Lindenhofspital, Klinik Beau-Site (Hirslanden Bern AG) - BS: St. Claraspital Basel - GR: Kantonsspital Graubünden (site de Coire) - LU: Luzerner Kantonsspital (site de Lucerne) - TG: Spital Thurgau AG (site du Kantonsspital Münsterlingen) - TI: Ente Ospedaliero Cantonale (site de l'Ospedale Regionale di Bellinzona) - VS: Hôpital du Valais (RSV) (site de l'Hôpital de Sion) - ZH: Kantonsspital Winterthur, Klinik Hirslanden Zürich AG 	<p><u>Définitif:</u> 31.12.2017</p> <p><u>Provisoire:</u> 31.12.2015</p>
2013-08	Chirurgie viscérale MHS	10.09.2013	35/6088	<i>Mandat de prestations définitif (4 ans)</i>	<u>Définitif:</u>

No.	Décision	Date	Feuille féd. No./pg.	Décision d'attribution	Limitée jusqu'à
	Résection pancréatique			<ul style="list-style-type: none"> - BE: Inselspital Bern/Spitalnetz Bern (site de l'Inselspital) - BS: St. Claraspital Basel - GE: Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG) - LU: Luzerner Kantonsspital (site de Lucerne) - SG: Kantonsspital St. Gallen (site de St.-Gall) - TG: Spital Thurgau AG (site du Kantonsspital Münsterlingen) - VD: Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV) - ZH: Universitätsspital Zürich, Kantonsspital Winterthur, Stadtspital Triemli <p><i>Mandat de prestations provisoire (2 ans)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - AG: Kantonsspital Baden, Kantonsspital Aarau - BE: Spitalzentrum Biel-Bienne, Spitalnetz Bern/Inselspital (site du Tiefenauspital), Klinik Beau-Site (Hirslanden Bern AG), Lindenhofspital - BL: Kantonsspital Baselland (site de Liestal) - BS: Universitätsspital Basel - GR: Kantonsspital Graubünden (site de Coire) - SO: Solothurner Spitäler AG (site du Bürgerspital Solothurn) - TI: Ente Ospedaliero Cantonale (site de l'Ospedale Regionale di Bellinzona) - VS: Hôpital du Valais (RSV) (site de l'Hôpital de Sion) - ZH: Klinik Hirslanden Zürich AG 	31.12.2017 <u>Provisoire:</u> 31.12.2015
2013-09	Chirurgie viscérale MHS Résection rectale profonde	10.09.2013	35/6097	<p><i>Mandat de prestations provisoire (2 ans)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - AG: Kantonsspital Aarau, Kantonsspital Baden - BE: Inselspital/Spitalnetz Bern (site de l'Inselspital), Spitalnetz 	31.12.2015

No.	Décision	Date	Feuille féd. No./pg.	Décision d'attribution	Limitée jusqu'à
				<p>Bern/Inselsspital (site du Tiefenauspital), Lindenhofspital, Klinik Beau-Site (Hirslanden Bern AG), Spitalregion Oberaargau SRO (site du Spital Langenthal), Spital STS AG (site du Spital Thun)</p> <ul style="list-style-type: none"> - BL: Kantonsspital Baselland (site de Liestal) - BS: Universitätsspital Basel, St. Claraspital Basel - FR: Hôpital fribourgeois (site de Fribourg) - GE: Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG) - GR: Kantonsspital Graubünden (site de Coire), - LU: Luzerner Kantonsspital (sites de Lucerne/de Sursee), Hirslanden Klinik St. Anna AG - NE: Hôpital Neuchâtelois (site de Neuchâtel) - SG: Kantonsspital St. Gallen (site de St.-Gall) - SH: Spitäler Schaffhausen (site de Schaffhausen) - SO: Solothurner Spitäler AG (sites de Bürgerspital Solothurn/Kantonsspital Olten) - TG: Spital Thurgau AG (site du Kantonsspital Münsterlingen) - TI: Ente Ospedaliero Cantonale (site de l'Ospedale Regionale di Lugano) - VD: Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV), Etablissements Hospitaliers du Nord Vaudois (site d'Yverdon-les-Bains), Ensemble Hospitalier de La Côte (site de Morges), Groupement hospitalier de l'Ouest lémanique (site d'Hôpital de Nyon) - VS: Hôpital du Valais (RSV) (site de l'Hôpital de Sion) - ZG: Zuger Kantonsspital Baar - ZH: Kantonsspital Winterthur, Spital Limmattal, Universitätsspital Zürich, Stadtspital Triemli, Klinik Hirslanden Zürich AG, Spital Uster, Stadtspital Waid 	

No.	Décision	Date	Feuille féd. No./pg.	Décision d'attribution	Limitée jusqu'à
2013-10	Chirurgie viscérale MHS Chirurgie bariatrique complexe	10.09.2013	35/6106	<i>Mandat de prestations provisoire (2 ans)</i> <ul style="list-style-type: none"> - AG: Kantonsspital Aarau, Kantonsspital Baden - BE: Inselspital/Spitalnetz Bern (site de l'Inselspital), Spitalnetz Bern/Inselspital (site du Tiefenauspital), Spitalzentrum Biel-Bienne, Lindenhofspital, Klinik Beau-Site (Hirslanden Bern AG) - BS: St. Claraspital Basel, Universitätsspital Basel - FR: Hôpital fribourgeois (site de Fribourg) - GE: Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG) - GR: Kantonsspital Graubünden (site de Coire) - LU: Luzerner Kantonsspital (site de Lucerne) - SG: Kantonsspital St. Gallen (site de St.-Gall) - SH: Spitäler Schaffhausen (site de Schaffhouse) - SO: Solothurner Spitäler AG (site du Kantonsspital Olten) - SZ: Spital Lachen - TG: Spital Thurgau AG (site du Kantonsspital Frauenfeld) - TI: Ente Ospedaliero Cantonale (site de l'Ospedale Regionale di Bellinzona) - VD: Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV), Groupement hospitalier de l'Ouest lémanique (site de l'Hôpital de Nyon) - VD/VS: Hôpital du Chablais - ZH: Universitätsspital Zürich, Stadtspital Triemli, Spital Limmattal, Klinik Hirslanden Zürich AG, GZO Spital Wetzikon 	31.12.2015