



curafutura

Die innovativen Krankenversicherer
Les assureurs-maladie innovants
Gli assicuratori-malattia innovativi

10 ANS
JAHRE
ANNI



Faits

Planification hospitalière

CONTEXTE

Avec 277 hôpitaux sur 581 sites ([OFS 2021](#)), la Suisse a l'une des densités hospitalières les plus élevées au monde. Plus d'un tiers des coûts de l'assurance obligatoire des soins sont occasionnés dans des hôpitaux. Souvent, plusieurs hôpitaux proposant la même offre se trouvent dans un même canton. Conformément à la Constitution fédérale, la compétence en matière de planification hospitalière incombe aux cantons. La LAMal précise que, dans le cadre de cette planification, les cantons contrôlent l'admission des hôpitaux dans l'assurance obligatoire des soins au moyen de listes d'hôpitaux (mandats de prestations) en tenant compte des critères de planification selon l'ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal, art. 58a à 58e). Avec l'entrée en vigueur du volet de mesures 1b au 1^{er} janvier 2024, un droit de recours des assureurs à l'encontre des listes d'hôpitaux cantonales sera en outre introduit (art. 53, al. 1^{bis}, LAMal). L'objectif de la planification hospitalière est de garantir que les besoins de la population en soins hospitaliers sont couverts de façon économique et avec un niveau de qualité élevé.

FAITS

(1) Planification hospitalière régionale

Chaque canton fait figurer sur sa [liste hospitalière](#) les établissements hospitaliers qui doivent assurer la prise en charge stationnaire de la population du canton. Les mandats de prestations définissent ainsi les prestations médicales qu'un hôpital peut fournir à la charge de l'AOS. Dans le domaine de la [médecine hautement spécialisée](#), les mandats de prestations ne sont pas répartis au niveau cantonal, mais à l'échelle nationale, entre des hôpitaux spécialisés, dans le cadre d'une procédure de candidature.

Selon le législateur, les cantons sont tenus de coordonner leurs planifications entre eux. L'objectif est clairement d'éviter la surabondance de soins, de limiter les coûts et de garantir la qualité nécessaire. Hormis quelques coopérations limitées géographiquement (p. ex. planification hospitalière commune des deux Bâle ou diverses coopérations en Suisse centrale), cette coordination intercantonale de la planification hospitalière fait pour l'heure généralement défaut. La planification reste largement limitée à l'intérieur des frontières cantonales et les structures sont maintenues, sous l'impulsion d'intérêts principalement liés à la politique économique et régionale. Le [rapport du groupe d'experts de 2017](#) confirme que par rapport à d'autres pays, la planification hospitalière en Suisse se fait pour un espace géographique relativement restreint. Une planification hospitalière régionale avec des listes hospitalières régionales allant au-delà des frontières cantonales garantirait en revanche une meilleure coordination entre les cantons. Selon ce même rapport, des économies annuelles de plusieurs centaines de millions de francs pourraient être réalisées à moyen terme (p. 60).

Selon curafutura, il est donc urgent de résoudre les conflits d'intérêts existants pour mettre en place une planification hospitalière judicieuse, coordonnée et adaptée aux besoins réels au niveau supracantonal en tenant compte de la sécurité de l'approvisionnement. En effet, une planification hospitalière adaptée aux besoins a des effets positifs: la création de centres de compétences permet, entre autres, d'améliorer la qualité. Une gestion plus efficace des hôpitaux, la suppression des capacités excédentaires et un niveau qualitatif plus élevé entraînent la baisse des coûts des soins. Les exigences relatives à l'admission sur la liste des hôpitaux constituent un exemple d'amélioration possible en vue d'une planification hospitalière coordonnée. En 2012, le canton de Zurich a été le premier à assortir l'admission sur la liste des hôpitaux de certaines exigences (p. ex. qualité, économicité et disponibilité médicale). À l'avenir, tous les cantons ou plusieurs cantons réunis devraient toutefois définir des exigences claires, de sorte que les mêmes conditions s'appliquent à l'admission dans chaque hôpital.

(2) Nombre minimal de cas

Le nombre minimal de cas est un instrument important pour garantir la qualité, notamment dans le domaine des prestations de santé (hautement) spécialisées. C'est pourquoi curafutura s'engage pour que les interventions coûteuses et complexes ne soient financées par l'AOS qu'à la condition qu'un nombre minimal de cas donné soit atteint. Certains cantons comme Bâle-Campagne et Bâle-Ville ainsi que Zurich ont intégré depuis bien longtemps le nombre de cas minimal dans leurs planifications hospitalières. Selon curafutura, il convient de définir à l'échelle de la Suisse quelles normes doivent être prises en compte pour la détermination du nombre minimal de cas. Il est important que les bases et les objectifs relatifs à la fixation du nombre minimal de cas soient publiés. Les impacts du nombre minimal de cas sur la qualité, l'économicité, l'accès aux prestations et la structure des soins doivent être constamment évalués. curafutura s'engage pour que les résultats soient impérativement pris en considération dans les mandats de prestations. De plus, si le nombre minimal de cas n'est pas atteint, des mandats de prestations provisoires ne doivent être octroyés qu'en cas de menace de sous-approvisionnement en soins, et tout au plus pour une durée d'un an.

(3) Droit de recours des assureurs-maladie contre les planifications hospitalières

curafutura salue l'introduction d'un droit de recours des assureurs contre les listes cantonales hospitalières selon l'art. 53, al. 1^{bis}, LAMal, qui entrera en vigueur le 1^{er} janvier 2024. Il s'agit de donner aux assureurs-maladie, en tant que cofinanceurs et représentants des assurés, un droit de regard dans un domaine dont ils supportent largement l'évolution financière. Cette mesure sera d'autant plus importante après la mise en œuvre du projet EFAS, car la part de financement des coûts hospitaliers par les assureurs sera alors plus élevée que celle des cantons. Pour les assureurs, le droit de recours est un instrument permettant de donner lieu à des corrections en cas d'erreurs de planification. Il convient toutefois de souligner que la tâche de planification et de surveillance proprement dite en matière de planification des hôpitaux et des EMS continuera d'incomber aux cantons, et non aux assureurs-maladie.

Berne, le 29 août 2023