



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Département fédéral de l'intérieur DFI
Office fédéral de la santé publique OFSP

Ordonnance du DFI sur la fixation des taux régionaux de couverture des besoins en prestations médicales ambulatoires par domaine de spécialisation

(Mise en œuvre de la modification du 19 juin 2020 de la loi fédérale sur l'assurance-maladie concernant l'admission des fournisseurs de prestations et de l'ordonnance du 23 juin 2021 sur la fixation de nombres maximaux de médecins qui fournissent des prestations ambulatoires)

Entrée en vigueur : 1^{er} janvier 2023

Teneur et commentaire

Berne, le 28 novembre 2022

I. Partie générale

1. Contexte

Avec la révision de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal ; RS 832.10) portant sur l'admission des fournisseurs de prestations adoptée par le Parlement le 19 juin 2020 (18.047), les cantons ont obtenu la compétence de limiter le nombre de médecins autorisés à fournir des prestations ambulatoires à la charge de l'assurance obligatoire des soins (AOS), dans un ou plusieurs domaines de spécialisation médicale ou dans certaines régions (fixation de nombres maximaux de médecins). Le Parlement a chargé le Conseil fédéral de fixer les critères et principes méthodologiques visant à définir ces nombres maximaux de médecins. La compétence octroyée au Conseil fédéral vise à assurer une homogénéité méthodologique dans toute la Suisse afin de créer la transparence et un cadre légal identique aussi bien pour le secteur ambulatoire des hôpitaux que pour les médecins exerçant en pratique privée ; tout en laissant aux cantons une certaine marge de manœuvre permettant de tenir compte des spécificités régionales. L'homogénéité méthodologique vise aussi à faciliter la coordination intercantonale et l'approche en termes de régions dans le contexte de la limitation des admissions.

Le 23 juin 2021, le Conseil fédéral a adopté l'ordonnance sur la fixation de nombres maximaux de médecins qui fournissent des prestations ambulatoires (RS 832.107, ci-après : ordonnance sur les nombres maximaux). Cette ordonnance prévoit que, pour fixer le nombre maximal de médecins, les cantons s'appuient principalement sur :

- l'offre effective de médecins en activité dans un domaine et une région, évaluée par les cantons et exprimée en équivalents plein temps (EPT).
- les taux de couverture des besoins en prestations médicales (ci-après : taux de couverture) par domaine et région estimés par le Département fédéral de l'intérieur (DFI), sur la base d'un modèle national de régression de l'offre en soins et tenant compte des flux de patients.
- les facteurs de pondération par domaine et par région définis par les cantons en vue de compenser des éléments influençant le besoin objectif en soins qui n'auront pas pu être suffisamment pris en compte dans le cadre du calcul des taux de couverture.

Le DFI est chargé d'inscrire ces taux de couverture dans une ordonnance (art. 3, al. 4, de l'ordonnance sur les nombres maximaux).

2. Cadre légal pour la fixation des nombres maximaux

L'art. 55a LAMal adopté par le Parlement le 19 juin 2020 munit les cantons d'une nouvelle solution, non limitée dans le temps, pour restreindre le nombre d'admissions de nouveaux médecins. Les cantons devront ainsi limiter, dans un ou plusieurs domaines de spécialisation médicale ou dans certaines régions, le nombre des médecins autorisés à fournir des prestations ambulatoires à la charge de l'AOS. Conformément à la volonté exprimée par le Parlement, les cantons n'ont pas l'obligation de définir un nombre maximal de médecins pour l'ensemble des domaines et des régions, mais peuvent aussi le faire uniquement pour un ou plusieurs domaines de spécialisation médicale ou dans certaines régions. A minima, les cantons doivent prévoir des nombres maximaux pour un domaine dans une certaine région. La méthode de sélection des domaines où s'appliquent les nombres maximaux est laissée à l'appréciation des cantons. Les médecins qui exercent dans le domaine ambulatoire d'un hôpital ou dans une institution de soins ambulatoires dispensés par des médecins au sens de l'art. 35, al. 2, let. n, LAMal sont aussi soumis à la limitation (art. 55a, al. 1, let. b, LAMal). Ainsi, il n'est pas prévu que les cantons puissent prévoir des nombres maximaux distincts pour les cabinets et le domaine ambulatoire hospitalier ; les nombres maximaux fixés pour un domaine et une région s'appliquent à tous les médecins, qu'ils exercent en cabinet, dans le domaine ambulatoire hospitalier ou au sein d'une institution de soins ambulatoires dispensés par des médecins.¹

L'art. 55a, al. 5, LAMal spécifie quels médecins peuvent continuer à pratiquer dans un canton, en cas de limitation des admissions. L'art. 55a, al. 3, LAMal prévoit qu'avant de fixer les nombres maximaux de médecins, les cantons devront entendre les milieux intéressés, soit les fédérations des fournisseurs de prestations, des assureurs et des assurés, et coordonner la fixation des nombres maximaux avec les autres cantons, afin notamment de garantir la qualité et l'efficacité des services et des soins. Les

¹ Voir à ce sujet la FAQ du 21 juin 2022 sur l'admission des fournisseurs de prestations, point 2.2 h), pp. 18 et 19, publiée sur le site de l'OFSP www.bag.admin.ch → Assurances → Assurance-maladie → Fournisseurs de prestations

données nécessaires pour fixer les nombres maximaux de médecins sont communiquées gratuitement par les fournisseurs de prestations, les assureurs et leurs fédérations respectives aux autorités cantonales compétentes qui en font la demande, en plus des données collectées en vertu de l'art. 59a (art. 55a, al. 4, LAMal).

Selon l'art. 55a, al. 2, LAMal, le Conseil fédéral doit définir les critères et les principes méthodologiques applicables à la fixation des nombres maximaux, en tenant compte en particulier :

- des flux de patients entre les cantons ;
- des régions responsables de la fourniture des soins ;
- ainsi que de l'évolution générale du taux d'activité des médecins.

La mise en œuvre de l'art. 55a, al. 2 LAMal est concrétisée par l'ordonnance sur les nombres maximaux. Celle-ci ainsi que son commentaire précisent les critères et principes méthodologiques sur lesquels les cantons devront s'appuyer pour définir les nombres maximaux de médecins par domaine de spécialisation et par région. Selon l'art. 1 de cette ordonnance, les nombres maximaux de médecins par domaine de spécialisation et par région sont définis par les cantons avec la fonction suivante :

$$(F1) \text{ Nombre maximal} = \frac{EPT_{\text{effectifs}}}{\text{Taux de couverture}} * \text{Facteur de pondération}$$

Dans cette fonction, les EPT effectifs représentent l'offre de médecins actifs par domaine de spécialisation et par région. Ils doivent être évalués en équivalents plein temps (EPT), par les cantons (voir art. 2 de l'ordonnance sur les nombres maximaux). Le taux de couverture correspond au rapport entre le volume de prestations fourni par les médecins et l'estimation du volume de prestations nécessaire pour couvrir les besoins dans un domaine et une région. Cette méthode pour l'estimation des taux de couverture est définie à l'art. 3 de l'ordonnance sur les nombres maximaux. En particulier, l'estimation du volume couvrant le besoin se fonde sur un modèle national de régression de l'offre en soins élaboré par le DFI (art. 3, al. 1, de l'ordonnance sur les nombres maximaux) et tient compte des flux de patients entre les régions (art. 3, al. 3, de l'ordonnance sur les nombres maximaux). Le DFI est chargé de publier les taux de couverture dans une ordonnance. Le troisième facteur de la fonction *F1* indique que les cantons ont la possibilité d'appliquer un facteur de pondération visant à tenir compte des spécificités régionales ou liées au domaine, et qui n'auraient pas pu être pris en compte dans l'estimation des taux de couverture. Les cantons doivent pouvoir justifier leurs choix, à l'aide notamment d'enquêtes auprès de spécialistes, de systèmes d'indicateurs ou de valeurs de référence (art. 5, al. 2, de l'ordonnance sur les nombres maximaux). Pour chaque région, les cantons peuvent prévoir des facteurs de pondération différents selon les domaines.

L'art. 4, al. 1, de l'ordonnance sur les nombres maximaux définit les domaines de spécialisation sur la base des titres postgrades fédéraux énumérés à l'art. 2, al. 1, let. a et b, de l'ordonnance sur les professions médicales (OPMéd ; RS 811.112.0) et laisse la possibilité au DFI de regrouper plusieurs titres postgrades en un domaine. Ces regroupements seront ensuite repris par les cantons pour fixer les nombres maximaux. Ainsi, le calcul du taux de couverture par le DFI et les nombres maximaux fixés par les cantons reposent sur une définition identique des domaines de spécialisation médicale.

Les régions utilisées par le DFI dans le modèle national de régression de l'offre en soins et pour la publication des taux de couverture doivent être définies après avoir consulté les cantons (art. 3, al. 2, de l'ordonnance sur les nombres maximaux). Les cantons sont toutefois libres de choisir les régions pour lesquelles ils souhaitent fixer des nombres maximaux. Ils peuvent également choisir de n'appliquer les nombres maximaux qu'à une partie de leur territoire (art. 6, al. 1, de l'ordonnance sur les nombres maximaux), d'agréger les nombres maximaux de plusieurs régions à l'intérieur du canton, ou sur un territoire intercantonal, après coordination avec les cantons concernés (art. 6, al. 2, de l'ordonnance sur les nombres maximaux).

Enfin, les taux de couverture publiés par le DFI devront être régulièrement réexaminés et adaptés lorsque cela est jugé nécessaire (art. 3, al. 5, de l'ordonnance sur les nombres maximaux). Il en va dès lors également pour les nombres maximaux de médecins définis par les cantons (art. 5, al. 3, de l'ordonnance sur les nombres maximaux).

Les dispositions transitoires prévoient un délai de deux ans à compter de l'entrée en vigueur de l'art. 55a LAMal pour l'adaptation des réglementations cantonales en matière de limitation des admissions à pratiquer à la charge de l'AOS, soit jusqu'au 30 juin 2023. A partir de cette date, les cantons ne pourront plus baser leur réglementation en matière de limitation des admissions sur l'ancien art. 55a LAMal, respectivement l'ordonnance sur la limitation de l'admission des fournisseurs de prestations à pratiquer à la charge de l'assurance-maladie obligatoire (OLAF ; RS 832.103). L'ordonnance sur les nombres

maximaux est entrée en vigueur le 1^{er} juillet 2021 et prévoit un délai transitoire supplémentaire : les cantons ont la possibilité de disposer que l'offre de médecins qu'ils ont calculée correspond à une couverture économique répondant aux besoins jusqu'au 30 juin 2025. Passé cette date, ils n'auront plus d'autre choix que de déterminer les nombres maximaux de fournisseurs de prestations sur la base de la méthodologie présentée dans l'ordonnance sur les nombres maximaux et en se référant aux dispositions de la présente ordonnance du DFI.

3. Commentaire sur le contenu de l'ordonnance

Par la présente ordonnance, le DFI publie les taux de couverture par domaine et par région, conformément à l'art. 3, al. 4, de l'ordonnance sur les nombres maximaux.

3.1. Méthode pour le calcul des taux de couverture

Les taux de couverture reposent sur une analyse effectuée par l'Observatoire suisse de la santé (Obsan) en collaboration avec l'institut BSS.² Les travaux ont été supervisés par un groupe d'accompagnement, formé – en sus d'Obsan et BSS – de représentants de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), de l'Office fédéral de la statistique (OFS), de la Conférence suisse des directeurs de la santé (CDS) et de représentants de quatre directions cantonales de la santé, à savoir BL, GE, SG, ZH. Parallèlement, les représentants de toutes les directions cantonales de la santé et de la CDS, les fédérations d'assureurs santésuisse et curafutura ainsi que les fédérations de fournisseurs de prestations que sont la Fédération des médecins suisses (FMH), H+ Les Hôpitaux de Suisse et l'association suisse des médecins-assistants et chefs de clinique (ASMAC) ont été informés à la fin de chaque étape-clé des travaux, dans le cadre de conférences. Ils ont par ailleurs eu la possibilité de prendre position sur la méthode, respectivement sur les taux de couverture publiés et contribuer ainsi à l'amélioration de la méthode. De surcroît, les sociétés de discipline médicales ont été impliquées dans les travaux visant à l'élaborer la méthode, par le biais d'entretiens conduits par l'Obsan avec les délégués tarifaires. Ils ont ainsi aidé à affiner la méthode qui permet d'identifier les domaines auxquels peuvent être attribués les prestations facturées par le biais de TARMED lorsque le titre de spécialisation du médecin qui a fourni la prestation n'est pas clairement indiqué dans les données. Ils ont également contribué à identifier les variables explicatives pertinentes pour chaque domaine, qui ont été utilisées dans le modèle national de régression de l'offre en soins.

Le calcul des taux de couverture effectué par Obsan et BSS met en rapport le volume de prestations observé avec le volume de prestations ajusté au besoin, pour un domaine de spécialisation et dans une région. Le volume observé est déduit de la statistique de facturation établie par SASIS SA, tandis que le volume de prestations ajusté au besoin doit être estimé au moyen d'une évaluation statistique. Pour ce faire, un modèle de régression national a été développé, au sein duquel la quantité de prestations consommée par les assurés au niveau national est prédite en fonction de divers facteurs démographiques : âge (20 classes d'âge), sexe (homme / femme), nationalité (CH, EU, pays tiers), état-civil (mariage ou partenariat enregistré : oui / non), taille du ménage (1, 2, 3, 4 et plus), type de ménage (collectif : oui / non), ainsi qu'en fonction de divers facteurs liés à la morbidité : montant de la franchise annuelle (basse <500 CHF / élevée >500 CHF), séjour hospitalier durant l'année précédente (oui / non, défini selon la compensation des risques), frais élevés en médicaments durant l'année précédente (oui / non, défini selon la compensation des risques).

Différentes sources de données sont utilisées dans le calcul des taux de couverture, avec au centre le pool de données SASIS SA (Datenpool) qui recense les prestations AOS facturées pour chaque fournisseur de prestations en fonction de leur numéro RCC, différenciées selon certaines caractéristiques des patients et regroupées par type de prestations. Le pool tarifaire SASIS SA (Tarifpool), qui contient moins de données relatives aux patients mais fournit un plus grand détail quant aux positions tarifaires facturées, est utilisé en complément au pool de données afin de permettre de répartir au mieux les prestations facturées sur les différents domaines de spécialisation. Cette répartition est développée ci-dessous. D'autres sources de données sont utilisées, tel que le registre MedReg de l'OFSP, qui renseigne, pour chaque numéro GLN de médecin, le dernier titre obtenu de formation postgrade, la statis-

² Cet institut était déjà impliqué dans le cadre de la préparation de l'ordonnance sur les nombres maximaux, pour laquelle il a réalisé une étude. Voir Kaiser, B. (2020). *Kriterien und methodische Grundsätze für die Festlegung der Höchstzahlen von Ärztinnen und Ärzten*. BSS, accessible sous le lien : www.bag.admin.ch > L'OFSP > Publications > Rapports de recherche > Assurance-maladie et accidents.

tique de la population et des ménages (STATPOP) de l'OFS, qui renseigne certaines variables démographiques, ainsi que le registre des codes-crédanciers SASIS SA qui contient notamment diverses informations au sujet des médecins installés en cabinet et en hôpital.

Comme mentionné au chapitre 2, les domaines de spécialisation sont définis sur la base des titres postgrades fédéraux. La présente ordonnance ne définit qu'un seul regroupement de titres postgrades fédéraux et celui-ci concerne la médecine interne générale. La répartition des prestations facturées sur les différents domaines de spécialisation s'effectue à l'aide du numéro RCC ou GLN du médecin, lorsque le domaine de spécialisation est explicitement saisi. Cette saisie n'est toutefois pas systématique, car l'attribution aux domaines au sein des données SASIS se fait avant tout au niveau des fournisseurs de prestations, identifiés par leur numéro RCC. Dans le cas des cabinets individuels, ce niveau est en principe identique à celui du numéro GLN. Toutefois, ce n'est pas toujours le cas pour les grands fournisseurs de prestations tels que les hôpitaux ou les cabinets de groupe. Il a été néanmoins possible d'identifier le numéro GLN du médecin pour 59% des prestations fournies par les cabinets de groupe et 50% des prestations fournies par les hôpitaux. Afin de connaître la répartition du reste des prestations, des éventails de prestations TARMED ont été définis, en collaboration avec les experts tarifaires des sociétés médicales. Chaque éventail constitue un « panier-type » de prestations qui sont habituellement et essentiellement facturées par un certain domaine de spécialisation. Le processus d'attribution aux domaines repose ensuite sur une approche probabiliste (selon le théorème de Bayes).

Une fois le modèle établi et calibré sur la population au niveau national, on peut l'appliquer à la structure de la population d'une région, et ainsi obtenir le volume *a* de prestations ajusté au besoin (art. 3, al. 1, de l'ordonnance sur les nombres maximaux), qui indique le volume qu'aurait consommé la population d'une région, si elle possédait les mêmes habitudes de consommation que l'ensemble de la population suisse, compte tenu de ses caractéristiques démographiques et de morbidité. Par la suite, un transfert de ce volume *a* de la région de domicile vers la région d'implantation est effectué, afin de tenir compte des flux de patients. A noter que cette distribution se fait au niveau des communes, puis est agrégée. Ainsi la présente ordonnance définit que les taux de couverture des domaines de spécialisation médicales sont en principe agrégés par canton. Pour quatre grands domaines, ils sont également agrégés par district.

Au terme des étapes de calcul précédentes, on obtient le volume *b* de prestations ajusté au besoin (art. 3, al. 3, de l'ordonnance sur les nombres maximaux) par région. Le volume de prestations observé est finalement divisé par ce volume *b* pour obtenir le taux de couverture de la région :

$$(F2) \text{ Taux de couverture} = \frac{\text{Volume de prestations observé}}{\text{Volume}_b \text{ de prestations ajusté au besoin}}$$

De plus amples informations concernant le modèle de régression de l'offre en soins et le calcul des taux de couverture se trouvent dans le rapport d'Obsan et BSS qui est publié sur le site internet de l'OFSP et de l'Obsan.³

3.2. Interprétation et utilisation des taux de couverture

Les taux de couverture permettent une comparaison interrégionale de la consommation de prestations médicales, qui tient compte de caractéristiques de la population ainsi que des flux de patients. Bien que les variables explicatives retenues dans le modèle de régression de l'offre en soins permettent une estimation de la variabilité du besoin en soins, les taux de couverture publiés ne devraient toutefois pas être considérés comme une cartographie de l'état d'approvisionnement. De même, un taux de couverture inférieur ou supérieur à 100% n'indique pas expressément que la couverture des besoins en prestations médicales est insuffisante ou au contraire trop importante, mais seulement que le volume de prestations fournies dans la région concernée est inférieur ou supérieur à la consommation d'une structure de population sur le plan national qui partagerait les mêmes caractéristiques.

Pour l'interprétation des taux de couverture, il convient de tenir compte des limites de la méthode présentées dans le rapport d'Obsan et BSS.⁴ En particulier, comme les besoins objectifs en matière de soins au niveau national ne sont pas directement mesurables, le modèle doit prendre comme référence la fourniture moyenne en Suisse de prestations médicales ambulatoires, c'est-à-dire partir implicitement

³ Jörg, R., Kaiser, B., Burla, L., Haldimann, L. et Widmer, M. (2022). *Taux de couverture régionaux par domaine de spécialisation pour servir de base aux nombres maximaux dans les soins médicaux ambulatoires. Rapport final de l'Observatoire suisse de la santé (Obsan) et de BSS Volkswirtschaftliche Beratung sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP)*. (Obsan Rapport 05/2022). Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé. Accessible sous les liens www.obsan.ch > Publications et www.bag.admin.ch > Assurances > Assurance-maladie > Fournisseurs de prestations > Nombres maximaux de médecins.

⁴ Jörg R., Kaiser, B. et al. (2022). Chapitre 6.1.

de l'hypothèse que les prestations fournies couvrent les besoins de la population au niveau national. Il existe par ailleurs d'autres causes aux limites de la méthode, comme la non-prise en compte de certaines caractéristiques liées à l'organisation de l'offre en soins (par exemple : les interfaces entre les domaines de spécialisation ou les différences régionales dans « l'ambulantisation » des prestations médicales) ainsi que des limites liées aux données de base qui ont été utilisées dans le cadre du modèle. Pour toutes ces raisons, on ne peut pas considérer le taux de couverture comme une mesure directe du niveau d'approvisionnement. Autrement dit, un taux de couverture inférieur ou supérieur à 100% ne permet pas à lui seul de conclure à une insuffisance ou une surabondance de l'offre. De la même façon, les taux de couverture ne définissent pas à eux seuls les nombres maximaux de médecins qui seront autorisés à pratiquer dans une région ou dans un domaine. Ce n'est qu'après avoir évalué le nombre d'EPT effectifs et défini le facteur de pondération visant à tenir compte des limites du calcul des taux de couverture en soins (voir fonction $F1$) que les cantons seront en mesure de déterminer s'il y a un surapprovisionnement ou un sous-approvisionnement et de fixer ainsi les nombres maximaux de médecins autorisés à pratiquer à la charge de l'AOS dans un domaine ou dans une région. Les nombres maximaux peuvent ainsi être considérés comme un plafond à ne pas dépasser. Le rapport d'Obsan et BSS contient des recommandations à l'attention des cantons concernant l'utilisation des facteurs de pondération⁵ ainsi que des indications concernant les bases de données pouvant être utilisées pour évaluer l'offre effective de médecins (EPT)⁶. Avant de fixer les nombres maximaux de médecins, le canton entend les fédérations des fournisseurs de prestations, des assureurs et des assurés et se coordonne avec les autres cantons pour les fixer (art. 55a, al. 3, LAMal).

Comme déjà mentionné au chapitre 2, les taux de couverture publiés par le DFI devront être régulièrement réexaminés et adaptés lorsque cela est jugé nécessaire (art. 3, al. 5, de l'ordonnance sur les nombres maximaux). À ce sujet, le rapport d'Obsan et BSS recommande au DFI d'actualiser les taux de couvertures en soins tous les deux ans et de réexaminer le modèle de calcul de manière continue et si possible tous les quatre ans à six ans.⁷ Il recommande que la première réévaluation du modèle soit faite si possible en 2024, avant l'échéance des délais transitoires prévus au niveau de la loi et de l'ordonnance du Conseil fédéral. Le DFI entend suivre ces recommandations dans la mesure du possible. Toutefois, il a été jugé contre-productif d'ancrer une norme rigide à ce sujet dans l'ordonnance du DFI, car le rythme d'actualisation est aussi assujéti à des développements difficiles à prévoir, tels que l'évolution dans la tarification des prestations médicales ambulatoire.

II. Partie détaillée

Art. 1 Regroupement de titres postgrades en un domaine de spécialisation médicale

Les domaines sont en principe définis en suivant les titres fédéraux de formation postgrade selon l'art. 2, al. 1, let. a et b, OPMéd. L'art. 1 de l'ordonnance du DFI définit que les titres fédéraux de formation postgrade suivants sont regroupés au sein du domaine de spécialisation « médecine interne générale » : médecine interne générale, médecin praticien ainsi que médecine tropicale et médecine des voyages. Ce regroupement a été décidé suite aux entretiens menés par Obsan avec les experts tarifaires des spécialités concernées et en s'appuyant aussi sur des analyses des prestations facturées. Les spécifications du modèle diffèrent pour chaque domaine de spécialisation, ainsi, il est indispensable que les domaines considérés par les cantons dans la fixation de nombres maximaux soient identiques à ceux de la présente ordonnance.

Art. 2 Définition des régions

L'art. 2 définit les régions utilisées pour la publication des taux de couverture. La catégorie 1 correspond aux frontières cantonales (al. 1) tandis que la catégorie 2 correspond aux districts (al. 2). Les cantons d'Appenzell Rhodes-Extérieures, de Schaffhouse, de Soleure et de Lucerne conservent leurs anciens districts uniquement à des fins statistiques. Pour les cantons concernés, les districts sont pris en compte dans le calcul des taux de couverture. Pour le canton de Neuchâtel qui n'est pas divisé en districts, le territoire cantonal a aussi été réparti en quatre grandes régions correspondant aux régions électorales. Ces régions sont intégrées dans la catégorie 2 (al. 3). Il reste alors huit cantons, pour lesquels les taux de couverture sont uniquement publiés au niveau du canton car ils ne comptent aucun district.

⁵ Jörg R., Kaiser, B. et al. (2022). Chapitres 2.3.3 et 2.3.4.

⁶ Jörg R., Kaiser, B. et al. (2022). Chapitre 2.1.

⁷ Jörg R., Kaiser, B. et al. (2022). Chapitres 6.2.2 et 6.2.3.

L'attribution des communes aux cantons et aux districts repose sur le répertoire officiel des communes de Suisse du 1^{er} janvier 2019, accessible sur le site de l'OFS.⁸ Le registre de l'année 2019 a été choisi car il correspond aussi à l'année des données de facturation qui ont servi à évaluer les taux de couverture des besoins en prestations médicales. Bien que les territoires d'une poignée de communes aient changé de district et celui d'une commune ait changé de canton suite à des fusions communales intervenues depuis 2019, la population concernée par ces changements reste modérée pour les districts et les cantons en question. On peut donc partir de l'idée que les taux de couverture des besoins en prestations médicales des cantons et des districts concernés n'en sont pas significativement impactés. Les cantons concernés gardent par ailleurs la possibilité d'intégrer cet aspect dans la définition des facteurs de pondération prévus à l'art. 5, al. 2, de l'ordonnance sur les nombres maximaux.

Il est à noter que tous les cantons ont la possibilité de définir des champs d'application régionaux pour les nombres maximaux, différents de ceux choisis pour la publication des taux de couverture (art. 6 de l'ordonnance sur les nombres maximaux). Les taux de couverture qui sont publiés dans la présente ordonnance du DFI doivent toutefois être respectés. Si les champs d'application locaux correspondent à une agrégation de territoires cantonaux (ou bien une agrégation de districts pour les quatre domaines pour lesquels les taux de couverture sont publiés au niveau du district), les cantons doivent additionner les nombres maximaux. Dans le cas où le champ d'application regroupe des régions de plusieurs cantons, une coordination intercantonale est toutefois nécessaire (art. 6, al. 2, de l'ordonnance sur les nombres maximaux). Pour les situations où le territoire n'est pas une agrégation de cantons ou de districts, les cantons peuvent demander à l'Obsan de leur fournir les taux de couverture correspondant aux régions souhaitées. Il faut toutefois tenir compte du fait que certaines régionalisations ne sont pas réalisables (par exemple, si les régions souhaitées ne se basent pas sur les frontières communales) et que d'autres ne sont pas recommandables (par exemple lorsque les régions souhaitées sont trop petites).

Art. 3 Taux de couverture des besoins en prestations médicales

L'art. 3 renvoie aux annexes 1 et 2, qui publient les taux de couverture par domaine en fonction de la catégorie de région. Pour les régions de la catégorie 1 (c'est-à-dire les cantons), les taux de couverture figurent à l'annexe 1 (al. 1). Pour quatre domaines qui présentent un volume de prestations important – médecine interne générale (regroupement de plusieurs titres), pédiatrie, gynécologie et obstétrique, psychiatrie et psychothérapie, les taux de couverture sont également publiés à l'échelle des régions de la catégorie 2 ; c'est-à-dire les districts ou les régions électorales pour le canton de Neuchâtel (al. 2). Ces taux de couverture figurent à l'annexe 2 (al. 3).

Annexes 1 et 2 Taux de couverture par domaine

L'ensemble des domaines pour lesquels un calcul a pu être effectué voient leur taux de couverture publiés à l'échelle des cantons, à l'annexe 1. L'annexe 2 contient quant-à-elle les taux de couverture des 4 domaines énoncés à l'art. 2, al. 2, au niveau des districts ou des régions électorales pour le canton de Neuchâtel. Le contenu des deux annexes est publié dans le RO et le RS uniquement sous forme de renvoi.

Pour les onze domaines suivants, le volume de prestations médicales ambulatoire est très faible et n'a pas permis d'estimer les taux de couverture des besoins en prestations médicales à l'aide du modèle national de régression de l'offre en soins et en tenant compte des flux de patients : médecine du travail, chirurgie vasculaire, médecine intensive, pharmacologie et toxicologie cliniques, génétique médicale, chirurgie orale et maxillo-faciale, médecine pharmaceutique, prévention et santé publique, médecine légale, chirurgie thoracique, chirurgie cardiaque et vasculaire thoracique. Pour ces domaines, l'annexe 1 de l'ordonnance définit que les taux de couverture sont équivalents à 100% pour tous les cantons. Les cantons qui souhaitent fixer des nombres maximaux pour ces domaines peuvent évidemment tenir compte d'une éventuelle offre insuffisante ou excédentaire au moyen du facteur de pondération prévu à l'art. 5, al. 2, de l'ordonnance sur les nombres maximaux.

En ce qui concerne les domaines de spécialisation avec un volume global de prestations médicales ambulatoires suffisamment élevé pour l'évaluation des taux de couverture des besoins en prestations médicales, il arrive qu'aucun médecin de la spécialité concernée ne soit actif dans un canton ou un district donné. Dans ce cas-là, aucun taux de couverture ne peut être calculé et aucune valeur de taux de couverture n'a été fixée. Si le canton concerné souhaite tout de même définir un nombre maximal

⁸ Répertoire officiel des communes de Suisse de l'OFS, accessible sous le lien : www.bfs.admin.ch > Bases statistiques et enquêtes > Répertoire officiel des communes de Suisse > Liste historisée des communes

pour ce domaine, il lui est recommandé de le faire en tenant compte de la situation dans les régions d'approvisionnement, soit les régions où les patients se rendent pour consulter un médecin actif dans le domaine considéré. Lorsque la région d'approvisionnement se trouve en dehors du canton souhaitant exercer une limitation, la coordination avec le canton d'approvisionnement est nécessaire puisque chaque canton ne peut fixer des nombres maximaux que sur son propre territoire. Les cantons d'approvisionnement sont identifiables à l'aide des données sur les flux des patients publiées dans l'annexe au rapport d'Obsan et BSS.⁹

III. Entrée en vigueur

L'ordonnance entre en vigueur le 1^{er} janvier 2023.

⁹ Jörg R., Kaiser, B. et al. (2022). Annexe Excel