e-parl 29.01.2026 09:22

Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Der Bundesrat

Berne, le 28 janvier 2026

Investissements des hôpitaux suisses et planification hospitalière cantonale

Rapport du Conseil fédéral

donnant suite aux postulats 15.3464 Cassis du 6 mai 2015, 17.4160 Carobbio Guscetti du 14 décembre 2017, 19.3423 CSSS-N du 3 mai 2019, 23.4275 de Montmollin du 29 septembre 2023 et 24.3029 Wyss du 26 février 2024

Table des matières

Liste des abréviations 2
Synthèse 4
1 Contexte 10
1.1 Interventions parlementaires 11
1.2 Répartition générale des compétences dans le domaine de la santé 14
1.3 Procédure et implication des acteurs 14
1.4 Contenu et structure du rapport 15
2 Investissements des hôpitaux suisses 16
2.1 Investissements passés des hôpitaux 16
2.2 Analyse des investissements futurs prévus par les hôpitaux 18
2.3 Perspective et possibilités d'action des cantons 21
2.4 Conclusions et mesures à prendre 23
3 Grandes lignes de la planification hospitalière cantonale 25
3.1 Directives et recommandations générales 25
3.2 Détermination des besoins 27
3.3 Attribution des mandats de prestations 35
3.4 Déroulement de la procédure 43
3.5 Offre de soins excédentaire et insuffisante 46
3.6 Conclusions et mesures à prendre 52
4 Rôle multiple des cantons 62
4.1 Autorités responsables de la planification 62
4.2 Détention d'établissements par des organismes publics 64
4.3 Autorités chargées de l'approbation et de la fixation des tarifs 65
4.4 Financeurs 66
4.5 Conclusions et mesures à prendre 67
5 Coordination intercantonale 69
5.1 Cadre juridique 69
5.2 Formes de la coordination 71
5.3 Médecine hautement spécialisée 76
5.4 Conclusions et mesures à prendre 77
6 Évaluation globale 87
Bibliographie 89

Liste des abréviations

ANQ	Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques
AOS	Assurance obligatoire des soins
ATF	Arrêt du Tribunal fédéral
AvS	*Ambulant vor stationär* (ambulatoire avant stationnaire)
CDS	Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé
CHOP	Classification suisse des interventions chirurgicales
CIM	Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes
CIMHS	Convention intercantonale relative à la médecine hautement spécialisée
CSSS-N	Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national
Cst.	Constitution fédérale de la Confédération suisse (RS *101*)
CT	*Computed tomography* (tomodensitométrie)
CUI	Coûts d'utilisation des immobilisations
DFI	Département fédéral de l'intérieur
DPPH	Domaines de prestations pour la planification hospitalière
DRG	*Diagnosis related group* (groupe de cas apparentés quant au diagnostic)
EBITDA	*Earning before interest, tax, depreciation and amortisation* (bénéfice avant intérêts, impôts, dépréciation et amortissements)
GDZH	*Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich* (Direction de la santé du canton de Zurich)
GPPH	Groupes de prestations pour la planification hospitalière
HRR	*Hospital Referral Regions* (régions de référence hospitalière)
HSA	*Hospital Service Areas* (zones de desserte hospitalière)
IE	Indice d'exportation
IL	Indice de localisation
IPM	Indice de part de marché
IRM	Imagerie par résonance magnétique
ITAR_K	Modèle tarifaire intégré sur la base de la comptabilité analytique par centre de charges
KS	Statistique des hôpitaux
LAMal	Loi fédérale sur l'assurance-maladie (RS *832.10*)
MHS	Médecine hautement spécialisée
minN	Nombre minimum de cas
MS	Statistique médicale des hôpitaux

Investissements des hôpitaux suisses et planification hospitalière cantonale

Obsan	Observatoire suisse de la santé
OCP	Ordonnance sur le calcul des coûts et le classement des prestations par les hôpitaux, les maisons de naissance et les établissements médico-sociaux dans l'assurance-maladie (RS *832.104*)
OFS	Office fédéral de la statistique
OFSP	Office fédéral de la santé publique
OPAS	Ordonnance du DFI sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie (ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins ; RS *832.112.31*)
PA	Loi fédérale sur la procédure administrative (RS *172.021*)
PIG	Prestations d'intérêt général
REKOLE	Révision de la comptabilité analytique et de la saisie des prestations
SPECT	*Single-photon emission computed tomography* (tomographie à émission monophotonique)
STATPOP	Statistique de la population et des ménages
TAF	Tribunal administratif fédéral
TEP	Tomographie par émission de positons
TF	Tribunal fédéral

Synthèse

La forte hausse des coûts du secteur de la santé pèse particulièrement sur les budgets privés et publics. Les postulats examinés dans le présent rapport partent du principe que cette hausse des coûts de la santé dans le domaine hospitalier est due à des inefficiences de la politique d'approvisionnement en soins (c.-à-d. en particulier à des surcapacités). Cette mauvaise allocation présumée des ressources aurait plusieurs causes : la problématique pluralité des rôles joués par les cantons dans le système de santé – tout à la fois régulateurs, fournisseurs de prestations et financeurs –, les surcapacités et les investissements superflus des hôpitaux dans les infrastructures et la technologie, l'absence de modèles et de scénarios fiables pour un approvisionnement en soins optimal dans le domaine stationnaire et, enfin, l'absence de coordination intercantonale des planifications hospitalières.

La planification hospitalière est une tâche extrêmement complexe à laquelle participent de nombreux acteurs (patients, hôpitaux, assureurs, cantons, Confédération) et elle est influencée par de nombreux facteurs, parfois interdépendants. Le Conseil fédéral considère par conséquent qu'un examen distinct de chacune des thématiques susmentionnées ne permettrait pas de fournir une vue d'ensemble des défis rencontrés et il juge donc opportun de traiter ces problématiques conjointement. Le présent rapport vise ainsi à approfondir ces différentes pistes et à identifier d'éventuelles mesures à prendre. À cette fin, l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) a fait réaliser deux études concernant les investissements des hôpitaux suisses. La première avait pour but d'analyser les investissements effectués jusqu'à présent et la seconde de fournir des informations sur les investissements futurs prévus. L'OFSP a parallèlement mené un vaste sondage auprès des cantons sur de nombreux aspects de la planification hospitalière. Le Conseil fédéral s'appuie sur ces travaux de base et sur l'analyse qui en découle pour formuler des recommandations à l'intention des cantons. Dans ce cadre, il doit être tenu compte des compétences définies par la Constitution fédérale (Cst.). Ainsi, la compétence de la Confédération se limite en principe à légiférer sur l'assurance-maladie et l'assurance-accidents. Les cantons, eux, sont chargés de garantir l'approvisionnement en soins de la population.

Pour ce qui est des investissements hospitaliers, les travaux de base ne mettent en évidence aucune course aux investissements entre les hôpitaux, qui serait susceptible de conduire à des surcapacités. L'analyse des investissements passés montre que les hôpitaux connaissent des cycles d'investissements. Il en ressort par ailleurs que la structure des investissements a évolué au cours des dernières décennies : la part des investissements médico-techniques et informatiques a ainsi fortement augmenté. Cette tendance générale se confirme également pour les investissements prévus. Malgré le caractère incomplet des données dans ce domaine, le Conseil fédéral ne voit pas de nécessité d'agir en ce qui concerne les investissements des hôpitaux. Il est cependant conscient qu'il existe en Suisse une offre importante d'appareils médico-techniques. Cette problématique doit toutefois être considérée d'un point de vue global, car bon nombre de ces appareils sont exploités par des cabinets médicaux et des centres ambulatoires, et pas uniquement par des hôpitaux. De façon générale, un hôpital ne peut couvrir ses coûts ou amortir ses investissements que s'il peut fournir de manière économique les prestations générées par ce biais. Dans le cadre de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal), les hôpitaux n'ont donc aucun intérêt à surinvestir.

Dans le domaine de la santé, le marché est marqué par une interaction entre planification étatique et éléments de concurrence. Ce marché est notamment caractérisé par le fait que l'offre détermine largement la demande et que les prix ne jouent pas de rôle direct pour le consommateur/assuré. Pour des raisons de politique sociale, le système doit en outre garantir à l'ensemble de la population l'accès

à une offre en soins de haut niveau. Dans l'optique d'une utilisation rationnelle des ressources, ces éléments plaident en faveur d'un rôle directeur de l'Etat en matière de planification des infrastructures, particulièrement dans le domaine stationnaire (FF *2004* 5207, p. 5244). De plus, dès lors que le canton cofinance une partie importante des coûts des prestations LAMal, il est légitime qu'il lui revienne de participer au pilotage des décisions concernant l'admission des fournisseurs de prestations, le type et l'organisation de l'approvisionnement en soins ainsi que le montant des coûts. Au cours des dernières années, différents facteurs ont contribué à désamorcer les possibles conflits d'intérêts découlant de la pluralité des rôles des cantons. Ainsi, en tant qu'autorité en charge de la planification, le canton doit respecter des directives claires, ancrées dans le droit fédéral, sachant que ses décisions peuvent faire l'objet d'un recours au Tribunal administratif fédéral (TAF) de la part des hôpitaux concernés et désormais aussi de la part des organisations d'assureurs. De plus, dans son rôle d'autorité chargée de l'approbation et de la fixation des tarifs, le canton doit veiller au respect des principes d'économie et d'équité. Les partenaires tarifaires et les cantons travaillent actuellement au développement d'une méthodologie uniforme à l'échelle nationale pour effectuer des comparaisons adéquates de l'efficience des hôpitaux. Avec la réforme du financement uniforme des prestations, le rôle de financeur du canton est dorénavant réglé de la même manière dans tous les domaines de l'approvisionnement en soins, ce qui permet d'éliminer les différences de financement en vigueur jusqu'ici et les mauvaises incitations qui en découlent. Les cantons ont ainsi un intérêt financier à établir une planification globale des soins de santé. Enfin, le rôle du canton en tant que propriétaire d'établissements hospitaliers a profondément changé avec la mise en place du nouveau financement hospitalier à partir de 2012, c'est-à-dire avec le système de rémunération par forfaits. Les cantons sont clairement incités à attribuer leurs mandats de prestations aux institutions qui remplissent les exigences de la manière la plus efficiente. Ces mesures ont déjà entraîné des changements majeurs dans le paysage hospitalier.

Les cantons conservent toutefois une grande marge de manœuvre dans l'accomplissement de ces tâches essentielles, par exemple en ce qui concerne les modalités précises des critères déterminants pour l'attribution des mandats de prestations, les contributions versées aux hôpitaux pour les prestations d'intérêt général (PIG) ou encore l'organisation de leur rôle de propriétaires d'établissements hospitaliers. Néanmoins, les cantons n'ont, sur le plan financier, aucun intérêt à maintenir des structures inappropriées ou superflues. Si cela se produit malgré tout, ce n'est pas dans l'intérêt de l'assurance obligatoire des soins (AOS), mais en raison d'un autre intérêt du canton, comme le précise le message de l'époque concernant la réforme du financement hospitalier. Cela montre bien qu'en matière de planification hospitalière, les cantons ne poursuivent pas que des objectifs purement économiques. Les décisions dans ce domaine sont des décisions politiques, qui résultent, comme telles, d'une pesée entre différents objectifs en partie contradictoires. Il faut en ce sens relativiser le reproche fait aux cantons, selon lequel la pluralité de leurs rôles conduirait obligatoirement à des conflits d'intérêts et des distorsions de la concurrence. Il est ainsi, jusqu'à un certain point, dans la nature des choses que les cantons, respectivement leurs instances exécutives, assument un rôle multiple et défendent différents intérêts dans le domaine de la planification hospitalière (c'est-à-dire pas uniquement des intérêts purement économiques). Les mesures décrites plus haut ont déjà permis d'atténuer à plusieurs niveaux la problématique posée par la multiplicité des rôles des cantons. C'est pourquoi le Conseil fédéral considère qu'aucune réglementation supplémentaire n'est nécessaire dans ce domaine.

Au cours des dernières années, des efforts considérables ont été déployés dans le but d'uniformiser les différentes pratiques cantonales en matière de planification hospitalière. Ce travail s'est traduit notamment, à l'échelle fédérale, par le développement des critères de planification en 2021, ainsi qu'à

Investissements des hôpitaux suisses et planification hospitalière cantonale

l'échelle intercantonale par l'actualisation des recommandations de la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS) en 2022 et 2025. Ces directives et recommandations permettent non seulement de faire avancer l'uniformisation grâce à la définition d'exigences minimales, mais aussi d'accroître la clarté et la transparence du processus de planification hospitalière. Une certaine harmonisation a ainsi eu lieu au niveau de la systématique de planification, même si le Conseil fédéral juge souhaitable d'aller encore plus loin dans cette voie. De plus, la grande majorité des cantons utilisent, afin de déterminer les besoins dans le cadre de leur planification hospitalière, le modèle de projection de l'Observatoire suisse de la santé (Obsan) ou celui du canton de Zurich, qui présentent une méthodologie similaire. Les deux modèles se fondent sur des données statistiquement justifiées et des comparaisons, et prennent en compte les facteurs d'influence pertinents pour la prévision des besoins (évolutions démographiques, épidémiologiques, médico-techniques et économiques, ainsi que correction d'une éventuelle inadéquation de l'offre de soins). Dans ce cadre, une analyse approfondie des flux de patients est également effectuée et, en particulier, des indicateurs permettant d'illustrer les interdépendances entre les systèmes de soins cantonaux sont calculés. Pour le Conseil fédéral, il convient de vérifier si l'instauration d'un modèle de projection uniforme à l'échelle de la Suisse permettrait d'harmoniser davantage les pratiques, mais aussi identifier quelles données ou bases de données supplémentaires, en particulier en ce qui concerne le secteur ambulatoire, pourraient améliorer la détermination des besoins en soins. Dans ce contexte, il faut également se demander s'il serait opportun de mieux prendre en compte l'évolution du secteur ambulatoire hospitalier et comment y parvenir, notamment dans l'optique d'une planification globale des soins de santé.

Après avoir déterminé les besoins de manière rigoureuse, le canton est tenu d'évaluer et de sélectionner les fournisseurs de prestations. Les critères d'attribution des mandats de prestations ont été précisés dans la jurisprudence comme dans le droit fédéral : les cantons doivent notamment prendre en compte, pour ce choix, le caractère économique et la qualité de la fourniture des prestations, ainsi que l'accès des patients au traitement dans un délai utile. Le Conseil fédéral estime que ce domaine présente également un potentiel d'amélioration et recommande aux cantons de vérifier si ces critères doivent être précisés, par exemple en définissant des valeurs de référence communes. Il s'agirait par là à la fois d'harmoniser davantage les pratiques des cantons, mais aussi d'apporter une clarification utile, notamment dans le contexte des recours au TAF. Ainsi, des valeurs de référence concernant l'accessibilité minimale pourraient éventuellement être fixées à l'échelle nationale. Concernant le caractère économique, les partenaires tarifaires et les cantons travaillent actuellement au développement d'une méthodologie uniforme pour effectuer des comparaisons adéquates de l'efficience des hôpitaux. Ces travaux sont encadrés par la Confédération et doivent aboutir à une réglementation fédérale applicable à l'ensemble de la Suisse. Pour finir, des améliorations doivent aussi être obtenues en matière de qualité : on pourrait ainsi examiner s'il serait opportun, d'une part, de définir de manière uniforme à l'échelle suisse des valeurs de référence (dont des nombres minimums de cas) pour l'évaluation de la qualité et, d'autre part, d'évaluer la qualité via des indicateurs de qualité des résultats médicaux. Il conviendrait également d'améliorer encore la comparabilité de la qualité des hôpitaux à l'aide d'indicateurs de qualité uniformes au niveau national.

Les cantons sont tenus de réexaminer périodiquement leur planification hospitalière. Mais les horizons de planification différents représentent un obstacle important pour une coordination intercantonale efficace. Le Conseil fédéral recommande donc aux cantons d'élaborer des approches possibles pour une meilleure coordination temporelle de leurs planifications hospitalières, par exemple au sein de grandes régions de soins.

Investissements des hôpitaux suisses et planification hospitalière cantonale

Le processus de planification hospitalière s'est fortement professionnalisé au cours des vingt dernières années. Les aspects relevant du droit procédural ont également gagné en importance. Ainsi, la procédure d'appel d'offres fait désormais partie intégrante du processus de planification et, dans ce cadre, le droit d'être entendus des fournisseurs de prestations qui se portent candidats doit être garanti. Les décisions relatives aux listes hospitalières peuvent faire l'objet d'un recours au TAF. D'une part, les conditions-cadres en vigueur doivent garantir la flexibilité requise pour pouvoir prendre en considération et pondérer les différents besoins, situations initiales et évolutions dans le domaine de la santé. D'autre part, la planification hospitalière doit être intelligible et efficace, ce qui implique de définir des critères objectifs, mais aussi de veiller à leur uniformisation et de contrôler leur respect. Le Conseil fédéral estime que les réglementations existantes sur la conduite de la procédure tiennent compte de manière satisfaisante de ce contexte difficile.

Du fait de son importance, la question de l'offre excédentaire de soins a été étudiée de manière approfondie. L'instrument principal et le plus efficace pour prévenir ou réduire une offre excédentaire est une planification hospitalière réalisée de manière rigoureuse. Les modèles de projection appliqués prévoient ainsi des corrections dans la phase de détermination des besoins, en particulier dans l'éventualité d'une offre excédentaire. Ensuite, lors de l'attribution des mandats de prestations, il doit être tenu compte du potentiel de concentration des prestations ; l'offre disponible est gérée au moyen du nombre de mandats octroyés. Les cantons peuvent en outre prendre des mesures spécifiques pour pallier une éventuelle offre excédentaire, en particulier des mesures de gestion des volumes de prestations. Dans la pratique, cependant, il est parfois difficile de déterminer dans quelle mesure l'offre de prestations est inadéquate. Afin de pouvoir engager les mesures appropriées, une évaluation (respectivement une analyse) rigoureuse et la plus précise possible de la situation en matière d'approvisionnement en soins est indispensable. Dans ce contexte, le Conseil fédéral recommande aux cantons de poursuivre le développement des instruments et des indicateurs permettant d'identifier une inadéquation de l'offre de soins. On peut envisager à cet effet, par exemple, la réalisation d'études sur les causes des différences régionales d'approvisionnement ou l'élaboration d'indicateurs visant à mesurer la qualité de l'indication.

En vertu de l'art. 39, al. 2, LAMal, les cantons coordonnent leurs planifications. Cette obligation légale de coordination a été précisée au niveau de l'ordonnance et le TAF a défini des directives claires quant à son contenu. Une partie habilitée à recourir peut faire valoir une violation de l'obligation de coordination devant le TAF. Les cantons sont donc fortement incités à coordonner leurs planifications hospitalières.

En conséquence, les efforts de coordination intercantonale se sont intensifiés dans tous les domaines de la planification hospitalière. Le présent rapport montre qu'après l'introduction de l'obligation de coordination, ces efforts se sont longtemps concentrés plutôt sur les méthodes et les procédures ainsi que sur l'échange de données relatives aux flux de patients, ce qui a considérablement contribué à l'harmonisation des planifications hospitalières cantonales. Des normes et concepts communs ont ainsi été élaborés au niveau intercantonal (recommandations de la CDS, concept de groupes de prestations pour la planification hospitalière [GPPH] du canton de Zurich, utilisation de modèles de projection identiques ou similaires, qualité des données, application d'exigences identiques ou similaires en matière de structure, de processus et de personnel). Cette uniformisation a également permis de créer les bases requises pour des projets plus ambitieux. Ces dernières années, les activités de coordination se sont intensifiées et surtout approfondies. Jusque-là, les projets de coordination les plus ambitieux portaient essentiellement sur les prestations fournies conjointement au sein de groupements

hospitaliers (Hôpital intercantonal de la Broye, Hôpital intercantonal Riviera-Chablais Vaud-Valais, et, plus récemment, groupement hospitalier Lucerne/Nidwald). Désormais, une planification hospitalière commune est elle aussi de plus en plus envisagée. Le concordat psychiatrique des cantons de Schwyz, Uri et Zoug ainsi que les planifications hospitalières communes dans les régions GGR (Bâle-Ville et Bâle-Campagne) et ARAISG (Appenzell Rhodes-Intérieures, Appenzell Rhodes-Extérieures et Saint-Gall) font figure de modèles à cet égard.

Une coordination intercantonale plus poussée, par exemple sous la forme de listes hospitalières communes, n'en est toutefois qu'à ses débuts. Les cantons interrogés dans le cadre du sondage de l'OFSP citent plusieurs obstacles à une telle coordination, dont des situations de départ différentes, la charge supplémentaire qu'elle entraîne, les conflits d'intérêts ou encore les intérêts de politique régionale. En effet, ces derniers ne sont pas toujours compatibles avec une concentration supracantonale de l'offre ou avec les fermetures d'hôpitaux qui en résultent, lesquelles suscitent polémiques et débats passionnés au sein de la population. Dans ce contexte, on peut se demander si et dans quelle mesure une concentration du paysage hospitalier imposée par la Confédération serait acceptée par la population. L'acceptation par la population – qui, à travers ses primes et ses impôts, finance les soins hospitaliers et en bénéficie – constitue à cet égard un facteur de réussite important. A l'inverse, une concentration du paysage hospitalier qui est perçue par la population comme imposée « d'en haut » suscite l'opposition. De plus, une planification opérée au niveau suisse par la Confédération serait en contradiction avec la répartition constitutionnelle des compétences entre la Confédération et les cantons. Le Conseil fédéral est donc d'avis que la planification hospitalière doit rester du ressort des cantons.

Toutefois, le Conseil fédéral considère qu'il existe un potentiel d'optimisation en matière de coordination de la planification hospitalière entre les cantons, potentiel qu'il convient d'exploiter. Compte tenu de la pression économique subie par de nombreux hôpitaux et de la hausse constante des primes, il sera encore plus compliqué de garantir des soins de santé qualitatifs à un coût acceptable en l'absence d'une collaboration plus poussée et approfondie au-delà des frontières cantonales. Dans ce contexte, le Conseil fédéral estime que les cantons doivent tout particulièrement développer l'approche des régions de soins. Il existe des méthodes statistiques pour définir des régions de soins pertinentes sur la base des flux concrets de patients. Ainsi, l'Atlas suisse des services de santé montre des régions d'analyse qui représentent les aires du recours aux soins de la population suisse sur la base des flux de patients existants. Le Conseil fédéral recommande par conséquent aux cantons d'examiner l'opportunité d'uniformiser certains aspects de la planification hospitalière cantonale (p. ex. la coordination temporelle) et/ou d'élaborer une planification hospitalière commune pour les prestations spécialisées sur le territoire de ces régions de soins.

Enfin, le présent rapport détaille la planification dans le domaine de la médecine hautement spécialisée (MHS) qui, en vertu de la LAMal, doit être établie conjointement par les cantons pour l'ensemble de la Suisse. Les cantons estiment que la planification commune de la MHS a fait ses preuves. En 2022, le Conseil fédéral est également parvenu à la conclusion que, au vu de l'évolution positive dans ce domaine, il n'avait pour l'instant aucune raison de faire usage de sa compétence subsidiaire. Il considère néanmoins qu'il subsiste, pour atteindre la concentration visée, un éventuel potentiel d'amélioration au niveau du rattachement à la MHS et en partie également au niveau de l'attribution des mandats de prestations, et recommande donc à l'assemblée plénière de la Convention intercantonale relative à la médecine hautement spécialisée (CIMHS) d'examiner avec soin le potentiel de concentration dans la MHS et de prendre les éventuelles mesures requises.

Investissements des hôpitaux suisses et planification hospitalière cantonale

Le présent état des lieux permet d'affirmer qu'il existe un potentiel d'amélioration en matière de maîtrise des coûts dans le secteur hospitalier également. Des travaux en ce sens, en particulier en vue de la mise en œuvre des recommandations de la CDS révisées le 27 novembre 2025, sont déjà en cours au sein des cantons et sont soutenus par le Conseil fédéral à travers ses recommandations. Le Conseil fédéral suivra les travaux concrets de mise en œuvre des cantons et décidera sur cette base s'il est pertinent de préciser davantage les conditions-cadres actuelles, respectivement de prévoir une planification hospitalière à l'échelle de la Suisse, comme cela est déjà le cas dans le domaine de la MHS.

1 Contexte

En vertu de la Constitution fédérale (Cst. ; RS *101*), il incombe à la Confédération de veiller à ce que la population puisse s'assurer à des conditions supportables contre les risques de maladie et d'accident (art. 117 Cst.). Cette tâche implique notamment la responsabilité d'édicter les dispositions relatives à l'assurance-maladie, comme la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal ; RS *832.10*). En revanche, conformément à la répartition des compétences entre la Confédération et les cantons, ces derniers ont pour responsabilité de garantir l'approvisionnement en soins. Cette tâche publique comprend, entre autres, la planification dans le domaine stationnaire.

Les coûts du système de santé ne cessent d'augmenter en raison de l'évolution démographique et des progrès médico-techniques, mais aussi à cause de facteurs non justifiables sur le plan médical, tels que des structures inefficaces ou des incitations inopportunes. Selon une étude réalisée pour le compte de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), le potentiel d'efficience des prestations relevant de la LAMal serait considérable : il oscillerait en effet entre 16 % et 19 %. Presque tous les domaines de prestations présenteraient un potentiel d'efficience. Celui-ci découlerait aussi bien de volumes que de prix trop élevés des prestations et des produits de santé (WIG / INFRAS, 2019, pp. 11-12).

Le Conseil fédéral a lancé une série de mesures pour contrer cette augmentation qui pèse sur les budgets privés et publics. Ainsi, il a adopté fin mars 2018 un programme de maîtrise des coûts : celui-ci en appelle à la responsabilité de tous les acteurs du système de santé et a pour objectif de veiller à ce que les coûts n'augmentent que dans la mesure où cela est justifié d'un point de vue médical. Les modifications de la LAMal des 18 juin 2021 (Mesures visant à freiner la hausse des coûts – volet 1a ; RO *2021 837*) et 30 septembre 2022 (Mesures visant à freiner la hausse des coûts – volet 1b ; RO *2023* 630), qui comportent au total dix mesures, sont déjà entrées en vigueur. La modification de la LAMal relative au deuxième volet de mesures visant à freiner la hausse des coûts (FF *2025* 1108) a été adoptée le 21 mars 2025 par le Parlement et contient seize mesures. Ses dispositions d'exécution sont actuellement en cours d'élaboration. Par ailleurs, le Parlement a adopté en septembre 2023 le contre-projet indirect à l'initiative populaire « Pour des primes plus basses. Frein aux coûts dans le système de santé (initiative pour un frein aux coûts) », qui prévoit d'instaurer des objectifs pour l'évolution des coûts dans l'assurance obligatoire des soins (AOS). Suite au rejet de l'initiative pour un frein aux coûts le 9 juin 2024, le Conseil fédéral doit mettre en œuvre le contre-projet indirect. L'OFSP a par conséquent entamé les travaux en vue de l'entrée en vigueur de la modification de la LAMal relative à la définition d'objectifs en matière de coûts et de qualité. Les objectifs sont fixés par le Conseil fédéral pour une période de quatre ans. Dans le cadre de sa stratégie « Santé2020 », celui-ci a également déjà lancé et mis en œuvre une série de mesures ayant permis de réduire les coûts de la santé de plusieurs centaines de millions de francs par an. La nouvelle stratégie « Santé2030 » reconduit ces mesures.

Les cinq postulats énumérés au chapitre 1.1 ci-dessous partent du principe que la hausse des coûts de la santé dans le domaine hospitalier est due à des inefficiences de la politique d'approvisionnement en soins, c'est-à-dire en particulier à des surcapacités. Selon les considérations exposées dans ces postulats, les causes de cette mauvaise allocation présumée des ressources pourraient se résumer de la manière suivante :

- le caractère problématique du rôle multiple des cantons dans le système de santé – tout à la fois régulateurs, fournisseurs de prestations et financeurs – qui entraînerait des conflits d'intérêts et des distorsions de concurrence, tout en diminuant les incitations à contrôler les coûts ;

- les surcapacités et les investissements surdimensionnés dans l'infrastructure et les technologies des hôpitaux, qui résulteraient d'une concurrence accrue et contribueraient à la hausse des coûts ;
- l'absence de modèles et de scénarios fiables pour une assurance-maladie abordable à long terme et une couverture optimale des besoins en soins hospitaliers ;
- l'absence de coordination intercantonale des planifications hospitalières, qui conduirait à une offre excédentaire ou insuffisante et rendrait nécessaire l'examen de modèles de planification alternatifs.

Le présent rapport a pour but d'approfondir ces différentes pistes et d'identifier d'éventuelles mesures à prendre. La planification hospitalière est une tâche extrêmement complexe à laquelle participent de nombreux acteurs (patients, hôpitaux, assureurs, cantons, Confédération). Elle est influencée par de nombreux facteurs, parfois interdépendants. Le Conseil fédéral considère qu'un examen distinct de chacune de ces thématiques ne permettrait pas de fournir une vue d'ensemble des défis et problèmes rencontrés. Il juge par conséquent opportun de traiter ces problématiques conjointement.

1.1 Interventions parlementaires

1.1.1 Postulat Cassis 15.3464

Le 6 mai 2015, le conseiller fédéral Ignazio Cassis a déposé le postulat 15.3464 « Loi sur l'assurance-maladie. Feuille de route pour désenchevêtrer les rôles que jouent les cantons ». Dans son développement, il expose que les cantons assumeraient un rôle multiple dans le système de santé, qui serait problématique– tour à tour régulateurs, fournisseurs de prestations et contributeurs financiers. Cette situation entraînerait inévitablement des conflits d'intérêts et des distorsions de concurrence (en particulier entre les domaines ambulatoire et stationnaire), tout en réduisant les incitations à contrôler les coûts. Le rôle historique des cantons en tant que contributeurs financiers directs et fournisseurs de prestations devrait par conséquent être remis en cause. Le financement du système de santé par l'impôt pourrait prendre d'autres formes et la solution au problème passerait par une responsabilité unique en matière de financement.

Texte déposé du postulat Cassis 15.3464

Le Conseil fédéral est chargé d'élaborer un rapport qui montre aux cantons, sous la forme d'une feuille de route, comment désenchevêtrer les différents rôles qu'ils jouent dans le système de santé, cette confusion étant souvent critiquée. Ce rapport montrera comment des structures de gouvernance claires permettent d'éviter d'importants conflits d'intérêts, tout en renforçant la concurrence et en rendant l'offre plus efficiente.

Dans son avis du 18 septembre 2015, le Conseil fédéral a proposé de rejeter le postulat, en renvoyant notamment à la répartition constitutionnelle de compétences entre la Confédération et les cantons et à la modification de la LAMal du 21 décembre 2007 concernant le financement hospitalier. Il a par ailleurs indiqué qu'il était en principe favorable à l'institution d'un financement identique des prestations hospitalières stationnaires et ambulatoires. Le postulat a été adopté par le Conseil national le 2 mai 2017. Suite aux modifications de la LAMal des 22 décembre 2023 (financement uniforme des prestations) et 30 septembre 2022 (Mesures visant à freiner la hausse des coûts – volet 1b ; Droit de recours des fédérations d'assureurs contre les décisions des gouvernements cantonaux concernant la planification des hôpitaux et d'autres institutions), le Conseil fédéral a considéré le 1er mars 2024 que

l'objectif du postulat était atteint et a proposé de classer ce dernier. Le 5 juin 2024, le Conseil national a refusé ce classement.

1.1.2 Postulat Carobbio Guscetti 17.4160

Le 14 décembre 2017, la conseillère nationale Marina Carobbio Guscetti a déposé le postulat 17.4160 « Hôpitaux. Surcapacités et investissements dans les infrastructures et la technologie ». Dans son développement, elle rappelle que la loi sur le financement hospitalier visait notamment à stimuler la concurrence afin de mieux distribuer les prestations hospitalières. Toutefois, le renforcement de la concurrence créerait une course aux investissements, parfois superflus, dans les infrastructures et la technologie, qui contribuerait à l'augmentation des coûts.

Texte déposé du postulat Carobbio Guscetti 17.4160

Le Conseil fédéral est chargé de présenter un rapport qui illustrera les investissements prévus par les hôpitaux suisses dans le domaine des infrastructures et de la technologie au cours des prochaines années et indiquera les mesures à prendre pour éviter une course aux investissements qui pourrait déboucher sur des surcapacités.

Dans son avis du 14 février 2018, le Conseil fédéral a proposé d'accepter le postulat, en indiquant qu'il faudrait collecter de nouvelles données sur les investissements prévus par les hôpitaux ces prochaines années afin de déterminer si des mesures sont nécessaires – et, le cas échéant, lesquelles – pour éviter les surcapacités et les augmentations de coûts qui en découlent. Le postulat a été adopté le 16 mars 2018 par le Conseil national.

1.1.3 Postulat CSSS-N 19.3423

Le 3 mai 2019, la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national (CSSS-N) a déposé le postulat 19.3423 « Assurance-maladie abordable à long terme. Pour être efficaces, les mesures de baisse des coûts et d'amélioration de l'efficacité doivent se fonder sur des modèles et des scénarios fiables ». Dans son développement, la CSSS-N indique que l'on peut se demander comment la Confédération entend assumer sa responsabilité en matière d'AOS, s'agissant notamment de l'évolution des coûts et du financement, et donner des directives spécifiques aux cantons si elle ne développe pas elle-même, dans un marché de la santé régi par l'offre, des modèles et des scénarios fiables sur la couverture optimale des soins dans l'ensemble de la Suisse.

Texte déposé du postulat CSSS-N 19.3423

Le Conseil fédéral est chargé d'examiner comment, sur la base de modèles et de scénarios à long terme développés périodiquement, la couverture des besoins en soins hospitaliers peut être garantie de manière optimale dans l'ensemble de la Suisse, et de présenter un rapport à ce sujet. Il convient à cet égard de tenir compte des flux réels de patients et des régions de soins.

Dans son avis du 29 mai 2019, le Conseil fédéral s'est déclaré disposé à rédiger un rapport en impliquant les cantons, sans que cela ne remette en question la responsabilité de ces derniers vis-à-vis de leur planification.

1.1.4 Postulat de Montmollin 23.4275

Le 29 septembre 2023, la conseillère fédérale Simone de Montmollin a déposé le postulat 23.4275 « Pour une région de santé romande ». Dans son développement, elle expose que la planification

cantonale constituerait un frein à une amélioration de la qualité des soins et à une rationalisation des coûts. Elle estime par exemple qu'en Suisse romande (avec deux hôpitaux universitaires et plusieurs établissements hospitaliers pour une population totale d'un peu plus de deux millions d'habitants), des économies d'échelle sont aussi souhaitables que possibles.

Texte déposé du postulat de Montmollin 23.4275

Dans un rapport, le Conseil fédéral est prié de présenter les contours et les avantages que pourrait revêtir la création d'une région de santé supracantonale, comme par exemple à l'échelle de la Suisse romande. Les contours de ce projet devront prévoir une planification intercantonale de l'offre stationnaire et ambulatoire. Par ailleurs, le projet devra examiner l'opportunité de créer une seule entité hospitalière universitaire commune à la Suisse romande, multisite, chargée également de la formation, en lieu et place des établissements existants. Le postulat devra enfin présenter les adaptations législatives nécessaires à la mise en œuvre de ces objectifs.

Dans son avis du 15 novembre 2023, le Conseil fédéral a proposé de rejeter le postulat, en renvoyant à la répartition constitutionnelle de compétences entre la Confédération et les cantons et à la modification du 23 juin 2021 de l'ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal ; RS *832.102*). Il a rappelé qu'avec cette modification, les critères pour la planification hospitalière ont continué à être harmonisés, et que cette modification oblige les cantons, lors de la sélection des hôpitaux qui doivent figurer sur la liste, à tenir compte du potentiel de concentration des prestations non seulement à l'échelon cantonal, mais aussi au-delà des frontières cantonales. Le postulat a été adopté par le Conseil national le 7 mai 2025.

1.1.5 Postulat Wyss 24.3029

Le 26 février 2024, la conseillère nationale Sarah Wyss a déposé le postulat 24.3029 « Renforcer la planification hospitalière intercantonale pour améliorer les soins et les rendre plus efficaces ». Elle expose dans son développement que, malgré la mobilité manifeste des patients, la planification hospitalière, fondée sur les besoins, se ferait encore et toujours en majorité au niveau cantonal pour les soins médicaux de base. Selon elle, une planification purement cantonale entraînerait à moyen terme une offre insuffisante dans certains domaines et une offre excédentaire dans d'autres. La qualité des soins en souffrirait et il en résulterait des coûts plus élevés, sans plus-value sous l'angle médical.

Texte déposé du postulat Wyss 24.3029

Le Conseil fédéral est chargé de soumettre des propositions sur la manière d'améliorer et de moderniser la planification hospitalière intercantonale. Il examinera en particulier les modèles suivants :

- planification intercantonale contraignante (art. 39) ;
- planification en fonction de régions de soins ;
- planification coordonnée au niveau national (comme pour la médecine hautement spécialisée).

Dans son avis du 24 avril 2024, le Conseil fédéral s'est dit favorable à une adoption du postulat et a souligné que la modification du 23 juin 2021 de l'OAMal (RO *2021* 439) lui avait permis de développer les critères de planification et d'inciter les cantons à coordonner davantage leur planification hospitalière. Il s'est déclaré disposé à traiter les questions du postulat lors d'une première évaluation de la mise en œuvre des nouveaux critères de planification hospitalière. Le postulat a été adopté par le Conseil national le 11 septembre 2024.

1.2 Répartition générale des compétences dans le domaine de la santé

Conformément à la délimitation des compétences inscrite à l'art. 3 Cst., la garantie de la fourniture des soins de santé est une tâche publique des cantons. Cette tâche implique notamment de planifier les soins hospitaliers du domaine stationnaire. De son côté, la Confédération a comme tâche de permettre à la population de s'assurer à des conditions supportables contre les risques de maladie et d'accident (art. 117 Cst.). Cela implique en particulier de légiférer sur l'assurance-maladie. La législation fédérale doit tenir compte de cette répartition de compétences.

Il incombe donc aux cantons de décider si la planification hospitalière doit être réalisée par un seul ou par plusieurs cantons. A cet égard, il convient de mentionner l'art. 46, al. 1, Cst., selon lequel les cantons doivent mettre en œuvre le droit fédéral conformément à la Constitution et à la loi. L'al. 2 dispose que la Confédération laisse aux cantons une marge de manœuvre aussi large que possible en tenant compte de leurs particularités. L'art. 47 Cst. stipule en outre que la Confédération respecte l'autonomie des cantons, et l'art. 48 octroie à ces derniers la possibilité de conclure des conventions entre eux et de créer des organisations et des institutions communes. Ils peuvent notamment réaliser ensemble des tâches d'intérêt régional.

Ni la Constitution, ni la loi ne confèrent à la Confédération la compétence d'imposer aux cantons une planification intercantonale. La LAMal prévoit uniquement une obligation pour les cantons de coordonner leurs planifications (art. 39, al. 2, LAMal). Ceux-ci conviennent déjà à l'heure actuelle d'une planification à l'échelle nationale dans le domaine de la médecine hautement spécialisée (MHS) (art. 39, al. 2bis, LAMal). Par ailleurs, dans le cadre de l'OAMal (art. 58*a* ss OAMal), le Conseil fédéral a défini des critères de planification uniformes. Il a donc déjà été actif dans son domaine de compétences.

Selon le sondage réalisé par l'OFSP (voir le chapitre 1.3 ci-après), presque tous les cantons saluent la répartition actuelle des compétences entre la Confédération et les cantons. Plusieurs d'entre eux invoquent le principe de l'équivalence fiscale, selon lequel la compétence pour une tâche donnée incombe à l'échelon de l'État qui détient la compétence de financement correspondante. Ils estiment de plus que la tâche de la planification hospitalière doit continuer à relever de la compétence des cantons car ces derniers disposent des connaissances sur les structures et l'offre de soins locales et régionales pour la pré-hospitalisation, l'hospitalisation et la post-hospitalisation, nécessaires à la garantie d'une planification appropriée des soins et de l'offre hospitalière. En ce sens, les cantons pensent qu'il convient de conserver la répartition actuelle des compétences entre la Confédération (définition des conditions cadres) et les cantons (élaboration de la planification hospitalière et élaboration des listes des hôpitaux).

1.3 Procédure et implication des acteurs

Afin de procéder aux clarifications demandées dans les postulats susmentionnés, l'OFSP a confié deux mandats pour examiner les investissements des hôpitaux suisses. D'une part, l'Observatoire suisse de la santé (Obsan) a examiné la statistique des hôpitaux (KS) de l'Office fédéral de la statistique (OFS) afin d'analyser rétrospectivement les investissements effectués jusqu'à présent (Roth/Pellegrini, 2024). D'autre part, INFRAS a mené un sondage auprès des hôpitaux suisses au moyen d'un questionnaire en ligne, d'entretiens avec des experts et d'analyses de documents, avec pour objectif de fournir des informations sur les investissements prévus (Vettori /Ramseier/Ehmann/von Stokar, 2025). Tous les hôpitaux ont été invités individuellement à participer au sondage afin qu'ils aient la possibilité d'indiquer de façon détaillée leurs projets d'investissements futurs. Dans le cadre des 14 entretiens réalisés, les

hôpitaux, les assureurs et les cantons ont été impliqués en partie par l'intermédiaire de leurs fédérations, en partie à titre individuel.

Par ailleurs, l'OFSP a réalisé début 2025 un sondage auprès des cantons (ci-après dénommé « sondage de l'OFSP »). Les principales questions portaient sur la planification hospitalière actuelle et future, en particulier sur la détermination des besoins, y compris les modèles et critères de planification, la couverture des besoins (en tenant compte du caractère économique, de la qualité et des investissements), la coordination intercantonale et les défis à relever dans les trois domaines stationnaires (soins somatiques aigus, réadaptation et psychiatrie). Ce sondage a été réalisé en concertation avec la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS). Quatre experts issus de différents cantons ont également pu s'exprimer sur son contenu et sa conception concrète dans le cadre d'un test préliminaire. À l'exception du canton de Thurgovie, tous les cantons ont participé au sondage.

La mise en œuvre des nouveaux critères de planification définis aux art. 58*a* ss OAMal a également été abordée dans le sondage auprès des cantons. En effet, dans le cadre de la modification du 23 juin 2021 de l'OAMal entrée en vigueur le 1er janvier 2022, le Conseil fédéral a développé ces critères. Les listes hospitalières dans le domaine des soins aigus et des maisons de naissance devaient se conformer à ces nouveaux critères d'ici au 1er janvier 2026. Pour les domaines de la psychiatrie et de la réadaptation, cette mise en conformité doit intervenir d'ici au 1er janvier 2028. En vue de l'élaboration du présent rapport, un premier bilan intermédiaire a ainsi été dressé de la mise en œuvre par les cantons des nouveaux critères de planification. L'évaluation en tant que telle de cette mise en œuvre ne pourra toutefois intervenir qu'à l'expiration du délai de mise en œuvre.

1.4 Contenu et structure du rapport

Le chapitre 2 analyse les investissements des hôpitaux suisses, aussi bien passés que futurs, ainsi que la perspective et les possibilités d'action des cantons en la matière. Les instruments et critères utilisés pour établir les planifications hospitalières cantonales sont détaillés au chapitre 3, tandis que le chapitre 4 se penche sur le rôle multiple des cantons en la matière. Le chapitre 5 traite de la coopération intercantonale, notamment des formes de cette dernière, et de la mise en œuvre des dispositions fédérales y relatives. Pour chaque thème mentionné, les potentiels et défis qui ressortent des études et sondages réalisés, de même que les éventuelles mesures à prendre sont présentés. Enfin, au chapitre 6, le Conseil fédéral livre une évaluation globale des questions soulevées.

2 Investissements des hôpitaux suisses

En réponse au postulat Carobbio Guscetti 17.4160, le présent chapitre examine de manière approfondie les investissements des hôpitaux suisses. Sous le chapitre 2.1 figure tout d'abord une analyse des investissements passés des hôpitaux sur la base de la KS. Le chapitre 2.2 détaille ensuite les résultats de l'analyse des investissements futurs prévus par les hôpitaux. Enfin, la perspective des cantons ainsi que leurs possibilités d'action sont exposées sous le chapitre 2.3. Pour terminer, le rapport récapitule les principales conclusions dans le domaine des investissements ainsi que les éventuelles mesures à prendre en la matière (chapitre 2.4).

2.1 Investissements passés des hôpitaux

L'OFSP a chargé l'Obsan d'explorer les données disponibles figurant dans la KS afin de présenter l'évolution des investissements des hôpitaux au cours des années 2012 à 2022, en particulier dans l'infrastructure et les technologies. Il ressort du rapport de l'Obsan que la KS relève les données qui concernent uniquement les investissements de plus de 10 000 francs, conformément à ce qui est prévu à l'art. 10, al. 5, de l'ordonnance sur le calcul des coûts et le classement des prestations par les hôpitaux, les maisons de naissance et les établissements médico-sociaux dans l'assurance-maladie (OCP ; RS *832.104*), et que ceux-ci sont répartis par grandes catégories, sans nomenclature uniforme, ce qui ne permet pas une description précise des investissements et une analyse détaillée d'une technologie en particulier. La KS comporte aussi des informations sur les huit appareils médico-techniques suivants : IRM (imagerie par résonance magnétique), scanner CT (de l'anglais *computed tomography*, tomodensitométrie), scanner TEP (tomographie par émission de positons, également appelée PET scan), gamma caméra (incluant la scintigraphie et le scanner SPECT [de l'anglais *single-photon emission computed tomography*, tomographie à émission monophotonique]), accélérateur linéaire (radiothérapie), lithotripteur, appareil pour angiographie et dialyse. D'autres appareils médico-techniques, comme les robots chirurgicaux, ne font pas partie de ce relevé, ce qui limite le périmètre des analyses sur l'évolution des investissements médico-techniques.

Selon le rapport de l'Obsan, les données de la KS sont relevées et présentées de manière transparente ; elles restent toutefois soumises à certaines limites. Ainsi, en 2022, 82 % des hôpitaux totalisant près de 99 % de toutes les hospitalisations ont participé au relevé. Les données ne sont donc pas exhaustives, même si les hôpitaux qui n'ont pas donné d'information sur leurs investissements sont généralement de petits établissements qui ne couvrent qu'une infime minorité de toutes les hospitalisations. Par ailleurs, seuls les investissements financés par les hôpitaux figurent dans la KS. Les investissements financés par des tiers, notamment par les cantons ou dans le cadre de projets de partenariats public-privé, ne sont pas relevés. De plus, la qualité des données reste un facteur d'incertitude : ainsi, seuls les grands agrégats sont plausibilisés par l'OFS. L'Obsan en déduit que ces différentes limites atténuent la portée des analyses et incitent à faire preuve d'une certaine retenue dans l'interprétation des résultats obtenus lors de l'analyse des investissements par le biais de la KS.

2.1.1 Analyse des investissements des hôpitaux en période longue

L'analyse de la KS par l'Obsan en période longue, depuis 1980, montre que les investissements évoluent par cycle dans une fourchette comprise entre 2 millions et 5 millions d'investissements annuels par hôpital. Deux cycles d'investissements sont ressortis de cette analyse, le premier cycle important dans les années 1986-1993 et le second cycle à partir de 2012 avec des montants comparables à ceux

du premier cycle. Selon l'Obsan, en 2022, la croissance pourrait atteindre son point culminant dans le cycle actuel tout comme se poursuivre. Le sondage sur les investissements futurs doit apporter la réponse à cette interrogation (voir le chapitre 2.2).

L'Obsan a également analysé l'évolution des investissements par catégorie depuis 1998. Il en ressort notamment que la part des investissements médico-techniques et informatiques ont fortement augmenté, passant respectivement de 3 % en 1998 à plus de 20 % en 2022 et de 0,5 % en 1998 à 11 % en 2022.

Ces résultats en période longue doivent cependant faire l'objet d'une certaine retenue, d'une part car le taux de couverture (nombre d'hôpitaux indiquant leurs investissements) diminue continuellement au fur et à mesure que l'on recule dans les années, d'autre part car le relevé couvre uniquement les investissements financés par les hôpitaux.

2.1.2 Analyse des investissements des hôpitaux pour les années 2012 à 2022

Il ressort du rapport de l'Obsan que les investissements dans le domaine immobilier exercent une forte influence sur les investissements totaux. L'Obsan relève notamment deux pics d'investissements immobiliers en 2014 et en 2020. Toutefois, les investissements moyens par hôpital sont relativement constants de 2012 à 2022, se situant à environ 7 millions de francs par hôpital, avec une baisse des investissements en 2021 et 2022. L'analyse par l'Obsan montre aussi que les montants investis par les hôpitaux lors du cycle débuté en 2012 restent dans la fourchette historique, mais que leur structure diffère. Il y a eu en effet une forte augmentation des investissements dans le domaine informatique, la part de ceux-ci passant d'environ 4 % en 2012 à 11 % en 2022 du total des investissements.

Le rapport de l'Obsan observe également que le montant des investissements des hôpitaux varie selon la taille et la catégorie d'hôpital selon la typologie d'hôpitaux de l'OFS (hôpitaux universitaires, prise en charge centralisée [niveau 2], soins de base, cliniques psychiatriques, cliniques de réadaptation et autres cliniques spécialisées). Cependant, si les hôpitaux universitaires sont ceux qui investissent les montants les plus élevés en valeur absolue, les différences entre les catégories s'estompent si l'on prend en compte le volume d'investissement par hospitalisation. Par ailleurs, la répartition de ces investissements varie peu selon la catégorie d'hôpital. Sur l'ensemble de la période considérée, les investissements immobiliers représentent ainsi 67 % des investissements, ceux dans les immobilisations médico-techniques environ 20 % et les investissements dans le mobilier et l'informatique respectivement 5 % et 8 %. Comme principales différences, l'Obsan a relevé d'une part que les cliniques psychiatriques et de réadaptation réalisent comparativement plus d'investissements dans le mobilier et moins dans les immobilisations médico-techniques et, d'autre part, que les cliniques de réadaptation et les autres cliniques spécialisées effectuent comparativement plus d'investissements dans les immobilisations informatiques.

S'agissant de l'évolution du nombre d'appareils médico-techniques dans le domaine hospitalier, il faut tout d'abord rappeler que les appareils achetés par les cabinets privés ou les centres ambulatoires ne font pas partie de l'analyse. La KS ne fournit donc pas un relevé exhaustif du nombre de ces appareils et ne donne pas une image globale de la situation au niveau suisse. Sur la période considérée, l'Obsan a constaté que le nombre d'appareils médico-techniques par habitant dans le domaine hospitalier a augmenté de 38 % pour les scanners TEP, de 32 % pour les IRM et de 18 % pour les accélérateurs linéaires, pendant que le nombre de lithotripteurs et les gammas caméras ont diminué respectivement de 25 % et de 19 %. L'Obsan en tire la conclusion que l'augmentation observée du nombre d'appareils

est davantage due à l'augmentation du nombre d'appareils par hôpital qu'au fait que beaucoup plus d'hôpitaux disposent d'au moins un appareil de ce type.

2.2 Analyse des investissements futurs prévus par les hôpitaux

Lors du sondage mené auprès des hôpitaux suisses (voir le chapitre 1.2), la participation s'est révélée insuffisante – en particulier dans certaines catégories d'établissements – ou l'échantillon n'était pas assez représentatif pour pouvoir réaliser des extrapolations fiables à tous les hôpitaux (« population d'ensemble » au sens statistique). En raison du faible taux de réponse, les analyses portant sur des catégories d'hôpitaux ou des régions précises ne sont possibles que de manière restreinte. Le niveau de participation obtenu en fin de compte (grâce aux importants efforts de relance fournis par l'institut chargé du sondage) permet toutefois de dégager un certain nombre d'informations. Au total, sur les 238 hôpitaux sollicités, 68 ont participé, soit un taux de réponse de 29 %. Ces établissements couvrent 34 % des cas d'hospitalisation et 38 % des consultations ambulatoires en Suisse. Plus les questions sur les investissements prévus concernaient un avenir lointain, moins les hôpitaux ont été nombreux à répondre. De plus, il apparaît clairement que le degré de certitude des prévisions est d'autant moins élevé que leur terme est éloigné dans le futur. Par conséquent, la fiabilité des résultats et des conclusions tirés du sondage diminue à mesure que l'horizon temporel augmente.

2.2.1 Investissements prévus

Les 54 hôpitaux qui ont répondu aux questions correspondantes prévoient, sur la période de 2024 à 2029, des investissements de 6 milliards de francs au total, soit environ 1 milliard de francs par an. Ils vont investir en moyenne nettement plus dans les prochaines années que dans les précédentes, même s'il faut tenir compte du fait que cette valeur moyenne est fortement influencée par les données du plus grand des établissements participants. De plus, cette estimation selon laquelle le volume global des investissements pour l'ensemble des hôpitaux sera supérieur, au cours des cinq prochaines années, à celui observé dans le passé repose sur une hypothèse incertaine, à savoir que la part des investissements des hôpitaux participants (échantillon) restera constante par rapport au total des investissements de tous les établissements (population d'ensemble). Les hôpitaux de prise en charge centralisée et les hôpitaux de soins de base[1] interrogés prévoient d'investir en moyenne, chaque année d'ici 2029, 8,5 % de leurs produits[2]. Ce pourcentage est plus élevé pour l'hôpital universitaire participant[3], de même que pour les cliniques psychiatriques (14,5 %) et les cliniques de réadaptation (10,8 %). Il est en revanche plus faible pour les cliniques spécialisées, avec 4,9 %.

Près de la moitié des investissements indiqués jusqu'en 2029 sont destinés aux biens immobiliers, en particulier les bâtiments. Quelque 14 % des montants prévus doivent bénéficier aux installations étroitement liées aux bâtiments, à savoir la ventilation, le chauffage, le réseau électrique, etc. Des pourcentages similaires (environ 14 %) seront investis respectivement dans les immobilisations médico-techniques (appareils, machines, instruments) et les immobilisations informatiques. Les premières devraient se rapporter en grande partie aux innovations en matière de chirurgie assistée par robot et de technologie de diagnostic, tandis que les secondes concernent la numérisation, matérialisée par les

[1] Les noms des catégories sont issus de la « Typologie des hôpitaux » de l'OFS, Neuchâtel (novembre 2006).

[2] L'analyse est basée sur les tout derniers chiffres publiés concernant les produits de l'exercice 2022 (à la date de rédaction).

[3] Le chiffre exact n'est pas cité dans le rapport pour des raisons de protection des données.

systèmes informatiques hospitaliers et les systèmes de planification des ressources d'information. Les proportions restent relativement stables sur la période étudiée, hormis quelques fluctuations dues à certains investissements de grande ampleur. Il n'y a actuellement aucune tendance laissant penser que les investissements à venir seraient davantage affectés spécifiquement aux traitements ambulatoires.

Sur une période d'analyse prolongée jusqu'à 2044, on peut observer une diminution de la part des biens immobiliers. À l'inverse, les immobilisations informatiques et médico-techniques voient leurs proportions respectives augmenter. La répartition est modifiée en premier lieu en raison de la baisse du total des investissements dans les biens immobiliers, les autres totaux demeurant stables par ailleurs. Comme cela a été mentionné plus haut, les chiffres obtenus pour un horizon aussi lointain sont toutefois sujets à caution.

Le rapport d'INFRAS montre que les hôpitaux jugent extrêmement difficile le financement des investissements. Bon nombre d'entre eux déclarent ainsi ne pas être en mesure de provisionner suffisamment de bénéfices issus des activités hospitalières pour pouvoir autofinancer des investissements, notamment de grande ampleur. Ces derniers devraient pourtant intervenir dans les années à venir pour certains établissements, si l'on considère les cycles d'investissement dans les bâtiments et les installations. Au cours des cinq dernières années, près de la moitié des cantons ont ainsi aidé les hôpitaux à effectuer de gros investissements, par exemple en fournissant des garanties pour la souscription d'emprunts ou en mettant à disposition des liquidités. Sur 67 hôpitaux, 19 ont pu bénéficier d'un tel soutien. Les analyses des investissements en fonction du type d'hôpital ne fournissent pas de résultats suffisamment fiables du fait des taux de réponse trop variables entre les différentes catégories d'établissements.

2.2.2 Comparaison avec les investissements passés

Lorsque l'on élargit l'analyse aux années antérieures, il apparaît que, dans les 35 hôpitaux ayant fourni des chiffres pour la période d'analyse correspondante (2014-2044), les sommes les plus importantes seront investies au cours des cinq prochaines années, à savoir entre 2025 et 2029. Les deux affectations essentielles en la matière sont les biens immobiliers et les immobilisations informatiques. Le volume d'investissements va augmenter en continu jusqu'à la fin de la décennie, puis fléchir quelque peu avant de repartir à la hausse sur la période 2035-2039 du fait d'investissements dans des biens immobiliers et des installations. Tandis que la part d'investissements dans des infrastructures de bâtiments va reculer après un volume important entre 2025 et 2029 (fortement lié, toutefois, à un seul grand hôpital), celle des immobilisations informatiques devrait s'accroître. La fiabilité de ces résultats est néanmoins limitée en raison du faible nombre d'hôpitaux qui composent l'échantillon pour les données allant jusqu'à 2044, mais aussi de l'horizon temporel lointain et de l'imprécision croissante des prévisions à mesure que le sondage demande de se projeter dans l'avenir.

2.2.3 Surcapacités et sous-capacités, surinvestissements et sous-investissements

Les indicateurs permettant de déterminer la présence de surcapacités ou de sous-capacités sont peu nombreux et peu fiables. Sur la base des entretiens avec les spécialistes, on a utilisé comme référence les délais d'attente pour les examens ou les traitements effectués avec des appareils médico-techniques lourds (scanners CT, IRM, appareils pour angiographie, lithotripteurs, scanners TEP, accélérateurs linéaires et gamma caméras). Des délais courts ou inexistants révèlent des surcapacités, tandis que les délais importants sont le signe de sous-capacités. Cette façon de procéder semble judicieuse pour avoir des indications sur l'état des capacités, même s'il est clair qu'une partie seulement des investissements

sont consacrés aux appareils de ce type. L'analyse ne peut donc pas fournir un tableau complet de la situation.

Parmi les gros appareils étudiés, la majeure partie (59) affiche une longue durée de fonctionnement (au moins 40 heures par semaine), tandis que 32 appareils sont utilisés moins de 40 heures par semaine. Une durée de fonctionnement limitée laisse généralement supposer la présence d'une surcapacité, puisqu'une entreprise devrait, pour des raisons économiques, exploiter au maximum ses appareils afin de générer des contributions de couverture et d'amortir ainsi l'investissement. Si l'on tient compte également des délais d'attente, 16 des 59 appareils présentant une longue durée de fonctionnement affichent un délai d'attente relativement important (plus de 5 jours) entre l'inscription et l'examen ou le traitement. La combinaison d'une longue durée de fonctionnement et d'un long délai d'attente indique en général une sous-capacité, puisque la demande ne peut alors pas être entièrement satisfaite malgré des appareils fortement exploités. L'analyse en conclut finalement que les surcapacités sont plutôt rares pour ce qui est des appareils médico-techniques étudiés[4]. Vu que ces derniers représentent seulement une petite fraction de l'ensemble des équipements des hôpitaux, l'analyse ne permet pas de tirer des conclusions générales sur le taux de remplissage des établissements.

La question des surinvestissements et des sous-investissements est difficile à trancher. Lors des entretiens avec les spécialistes, des projets de construction « trop généreux » ont été évoqués comme de possibles indicateurs de surinvestissements. La hausse des besoins des patients a en effet donné lieu à des investissements supplémentaires dans l'infrastructure et l'hôtellerie, les établissements essayant de se surpasser entre eux. Les réévaluations concernant les infrastructures faiblement exploitées pourraient être un autre indicateur d'un excédent en la matière. Quant aux sous-investissements, certains spécialistes estiment que l'on pourrait se baser sur les appareils utilisés au-delà de leur durée d'amortissement. D'autres citent comme marqueurs potentiels les nombres de cas en baisse dans un marché en expansion et les difficultés de recrutement de personnel. Ces indices sont cependant influencés vraisemblablement en premier lieu par d'autres facteurs, comme le management ou les conditions de travail au sein des différents hôpitaux. Aucun des indicateurs mentionnés ne permet toutefois de tirer des conclusions claires et directes sur les investissements effectifs. L'étude n'a donc pas pu fournir d'évaluations sur la question des surinvestissements et des sous-investissements.

2.2.4 Planification des besoins en investissements hospitaliers

Au regard du risque de surinvestissements, les spécialistes soulignent l'importance de la planification des besoins en investissements. Seule une telle planification en amont peut permettre d'investir de manière ciblée et dans la bonne mesure. La plupart des hôpitaux déclarent établir leur propre

---

[4] Le rapport du 31 janvier 2025 du Contrôle fédéral des finances (CDF), intitulé « Évaluation des mécanismes visant un usage approprié de l'imagerie médicale », parvient à la conclusion que la Suisse est le pays d'Europe présentant la densité la plus importante d'appareils d'imagerie lourde (IRM et CT). Le degré d'occupation moyen par les patients serait de l'ordre de 50 % pour les CT et de 70 % pour les IRM (en se fondant sur une durée de fonctionnement de huit heures par jour). Les résultats des analyses ne sont pas directement comparables, en raison notamment des différences ci-dessous :

	INFRAS	**CDF**
Appareils étudiés	Appareils pour angiographie, lithotripteurs, accélérateurs linéaires, gamma caméras, scanners TEP, scanners CT, IRM	Appareils IRM et CT
Échantillon	Hôpitaux participants	Totalité des hôpitaux et cabinets médicaux de Suisse
Méthode	Ratio entre la durée de fonctionnement et le délai d'attente par appareil	Degré d'occupation par les patients sur la base du nombre d'appareils et du nombre d'examens en Suisse

planification des besoins en se basant sur la croissance démographique et sur l'évolution des nombres de cas et des durées de séjour. La planification cantonale des besoins en investissements hospitaliers, lorsqu'il y en a une, est également prise en compte[5]. Dans l'ensemble, les cantons ou les autres autorités politiques ne semblent que rarement exercer une influence directe sur les décisions relatives aux investissements de grande ampleur. Sur les 181 gros investissements recensés, seuls 27 relevaient, selon les déclarations, de la décision d'une autorité politique. En règle générale, les hôpitaux décident de manière autonome de leurs investissements, en se fondant néanmoins sur l'offre de prestations selon la planification hospitalière cantonale ou les mandats de prestations cantonaux.

2.2.5 Répercussions sur l'AOS

Les investissements peuvent avoir des répercussions tant positives que négatives sur les coûts à la charge de l'AOS. Lorsqu'ils créent des capacités de traitement supplémentaires, on peut en principe tabler sur une hausse des coûts. En ce qui concerne les investissements de renouvellement, ils sont considérés comme ayant un impact neutre. Les investissements dans les biens immobiliers servent souvent au renouvellement ou à l'extension des capacités.

En revanche, lorsque les investissements améliorent ou rendent plus efficace le déroulement des traitements ou des activités hospitalières, on estime qu'ils permettent de réduire les coûts puisque l'hôpital peut fournir les mêmes prestations en mobilisant moins de ressources. Les investissements informatiques, surtout, sont effectués dans ce but. Bien souvent, les économies en faveur de l'AOS ne sont toutefois visibles que sur le long terme.

Dans le cadre de l'analyse globale de 177 investissements de grande ampleur, les hôpitaux concernés ont tendance à tabler sur une faible hausse des coûts à la charge de l'AOS. Parallèlement, les personnes interrogées considèrent que l'évolution des coûts de la santé est plus fortement influencée par d'autres facteurs, tels que la prise en charge, les structures tarifaires, les incitations inopportunes et l'« ambulatorisation », que par les investissements des hôpitaux.

2.3 Perspective et possibilités d'action des cantons

2.3.1 Information

Seuls deux cantons (plutôt parmi les petits) indiquent, dans le cadre du sondage de l'OFSP, être totalement au fait des investissements réalisés par les hôpitaux implantés sur leur territoire. La plupart des cantons ont connaissance de ces informations pour une partie seulement des établissements, surtout ceux dont ils sont propriétaires ou copropriétaires. Par ailleurs, certains autres hôpitaux sont tenus de rendre compte au canton de leurs activités en matière d'investissement. Le partage des informations s'effectue généralement dans un cadre institutionnalisé, à un rythme régulier. Grâce aux renseignements ainsi obtenus, plus de la moitié des cantons estiment être en mesure d'évaluer au moins partiellement l'opportunité des investissements. Cinq cantons ont déclaré que cette évaluation avait permis, en fin de compte, de détecter des surinvestissements ou des sous-investissements.

---

[5] La planification des besoins en investissements abordée ici ne doit pas être confondue avec la planification visant à couvrir les besoins en soins hospitaliers au sens de l'art. 39, al. 1, let. d, LAMal, ni avec la planification des besoins en soins au sens de l'art. 58*b* OAMal.

2.3.2 Moyens / instruments

Dans le cadre du sondage de l'OFSP, dix cantons ont déclaré disposer de compétences légales ou d'autres instruments leur permettant de contrôler ou de piloter les investissements dans les hôpitaux répertoriés sur leur liste. Quelques autres cantons, qui ont répondu par la négative sur ce point, peuvent toutefois influer sur les investissements réalisés par les hôpitaux dont ils sont (co-)propriétaires. Les instruments cités sont les suivants :

- approbation / obligation de consultation pour la planification des investissements et la stratégie immobilière ;
- obligation de consultation pour les gros investissements ;
- directives relatives à la planification et au financement des établissements de santé ;
- stratégie de propriétaire de la part du canton ;
- contrats de prestations ;
- directives / commissions pour l'achat d'appareils médico-techniques lourds.

2.3.3 Financement

Dans le secteur hospitalier, les prestations fournies sont rémunérées au moyen de forfaits par cas, déterminés en fonction de la rémunération des hôpitaux qui fournissent la prestation, dans la qualité nécessaire, de manière efficiente et avantageuse. Les investissements et les coûts d'utilisation des immobilisations (CUI) sont compris dans les forfaits. La définition des groupes de cas et le montant des coûts relatifs sont les mêmes dans toute la Suisse et constituent la structure tarifaire du système de rémunération. L'élaboration et le développement, en principe annuel, des structures tarifaires uniformes au niveau suisse constituent l'une des tâches principales de SwissDRG SA, une organisation commune des fournisseurs de prestations, des assureurs et des cantons. La structure tarifaire doit être soumise pour approbation au Conseil fédéral par les partenaires tarifaires.

L'art. 49, al. 3, LAMal précise que les parts que représentent les coûts des prestations d'intérêt général (PIG) ne sont pas comprises dans les forfaits. Les exemples de prestations cités sont, d'une part, le maintien des capacités hospitalières pour des raisons de politique régionale et, d'autre part, la recherche et la formation universitaire. Ces activités doivent par conséquent être financées séparément. La compétence de la Confédération en matière de réglementation des subventions cantonales destinées aux fournisseurs de prestations hospitalières se limite à créer les bases légales pour déterminer les coûts induits par les PIG et, partant, les conditions requises pour une rémunération uniforme des coûts efficients des prestations LAMal. Les cantons et les responsables d'hôpitaux sont libres de décider des subventions qu'ils accordent. Ces dernières – dans la mesure où elles sont indiquées de manière transparente et ne sont pas intégrées aux tarifs selon la LAMal – ne sont donc contraires ni à la Constitution, ni aux dispositions de la LAMal.

Lors du sondage de l'OFSP, 9 cantons affirment ne pas apporter de soutien aux hôpitaux pour financer leurs investissements, tandis que 15 autres ont prévu des aides correspondantes, la plupart du temps par des liquidités sous forme de prêts ou de fonds propres, ou par l'octroi de garanties pour la souscription d'emprunts. Par le passé, 12 cantons ont fait usage de ces possibilités et soutenu les hôpitaux dans leurs opérations d'investissement.

Selon une étude d'Ecoplan, la recherche et la formation universitaire constituent de loin la composante la plus importante des activités de financement cantonales pendant la période d'analyse 2015-2016, notamment pour les cantons ayant des hôpitaux universitaires. Les autres dépenses importantes sont la formation postgrade des médecins et des pharmaciens, les prestations ambulatoires, ainsi que les urgences et le sauvetage. Répartis selon l'organe responsable, ce sont les hôpitaux publics qui touchent le plus de contributions cantonales. En outre, le groupe constitué des hôpitaux de plus de 250 lits reçoit nettement plus que les petits hôpitaux. Cela s'explique avant tout par l'importance capitale des contributions pour la recherche et la formation universitaire, qui sont versées en premier lieu aux grands hôpitaux universitaires. De plus, les activités de financement des cantons concernant la couverture des déficits et les CUI n'ont que peu d'importance durant la période sous revue (Ecoplan, 2019, pp. 8-9). Les résultats de cette étude doivent toutefois être interprétés avec prudence car le taux de retour du sondage mené auprès des hôpitaux et des cantons s'est avéré assez faible dans certains domaines. De surcroît, la période considérée (2015-2016) remonte maintenant à un certain temps.

2.4 Conclusions et mesures à prendre

Les résultats des travaux de base mandatés par l'OFSP en réponse au postulat Carobbio Guscetti 17.4160, à savoir l'analyse de la KS par l'Obsan et le sondage auprès des hôpitaux suisses, présentent une pertinence limitée, notamment en raison du caractère incomplet des données et du faible taux de retour. La prudence est donc de mise dans l'interprétation des conclusions ci-dessous.

L'analyse des investissements passés montre que les hôpitaux connaissent des cycles d'investissements. Il en ressort par ailleurs que la structure des investissements a évolué au cours des dernières décennies : la part des investissements médico-techniques et informatiques a ainsi fortement augmenté. Si les investissements des hôpitaux diffèrent selon leur taille et leur catégorie, la répartition de ces investissements varie cependant peu selon la catégorie d'hôpital (hôpitaux universitaires, prise en charge centralisée [niveau 2], soins de base, cliniques psychiatriques, cliniques de réadaptation et autres cliniques spécialisées). Sur la période de 2012 à 2022, les investissements immobiliers représentent ainsi 67 % des investissements, ceux dans les immobilisations médico-techniques environ 20 %, les investissements dans le mobilier 5 % et ceux dans l'informatique 8 %.

Cette tendance générale se confirme également pour les investissements prévus. D'ici 2029, environ la moitié des investissements annoncés seront destinés aux biens immobiliers, en particulier aux bâtiments. Les installations étroitement liées aux bâtiments, à savoir la ventilation, le chauffage, le réseau électrique, etc., capteront quelque 14 % des montants d'investissement prévus. Des pourcentages similaires (environ 14 %) seront investis respectivement dans les immobilisations médico-techniques et les immobilisations informatiques.

En ce qui concerne le sondage auprès des hôpitaux pour évaluer l'existence de surcapacités ou de sous-capacités, les indicateurs disponibles sont à la fois peu nombreux et peu fiables. La conclusion qui s'impose est que les surcapacités sont plutôt rares pour ce qui est des appareils médico-techniques lourds. La question des surinvestissements ou sous-investissements est difficile à trancher également. Les indicateurs cités dans les entretiens avec les spécialistes ne permettent pas de tirer de conclusions directes sur les opérations d'investissement. Dans l'ensemble, toutefois, aucun signe de phénomènes significatifs de surcapacités ou de surinvestissements n'a été constaté. Cette conclusion doit être nuancée par la densité généralement élevée de certains appareils médico-techniques tels que les appareils IRM ou CT. Cette dernière est toutefois également influencée par l'offre des cabinets

médicaux et des centres ambulatoires, qui utilisent également ce type d'appareils, et pas seulement par les hôpitaux (voir chapitre 2.2.3).

Il convient de rappeler ici que les prestations hospitalières fournies par les hôpitaux sont rémunérées au moyen de forfaits par cas. Les investissements et les CUI sont compris dans ces forfaits ou couverts par les tarifs de remboursement. Les forfaits sont déterminés en fonction de la rémunération des hôpitaux qui fournissent la prestation, dans la qualité nécessaire, de manière efficiente et avantageuse (voir également le chapitre 4.3 à ce sujet). Pour cela, dans le secteur hospitalier, les coûts des hôpitaux pour un cas standardisé sont comparés entre eux au moyen d'une évaluation comparative. Les établissements disposant de surcapacités ont des difficultés à utiliser suffisamment leurs installations. Les CUI doivent alors être répartis sur un plus petit nombre de cas, ce qui accroît les coûts pour un cas standardisé. La valeur de référence (ou benchmark), qui sert de base pour la détermination des tarifs, est constituée par les hôpitaux présentant une utilisation optimale et, partant, des coûts pour un cas standardisé peu élevés. Ce tarif ne permet pas à un hôpital ayant des surcapacités de couvrir ses coûts. Le même mécanisme incitatif s'applique aux tarifs pour les prestations ambulatoires, qui incluent aussi les investissements et les CUI. Des durées de fonctionnement économiques pour les installations figurent en principe dans les structures tarifaires ambulatoires. Seuls les hôpitaux qui atteignent ces durées grâce à une utilisation suffisante de leurs installations sont en mesure de couvrir leurs coûts avec les tarifs ambulatoires. Ce n'est pas le cas des établissements disposant de surcapacités, dont les installations ne sont pas exploitées aussi longtemps que prévu dans la structure tarifaire.

De façon générale, un hôpital ne peut couvrir ses coûts ou amortir ses investissements que s'il peut fournir de manière économique les prestations générées par ce biais. Dans le cadre de la LAMal, les hôpitaux n'ont donc aucun intérêt à surinvestir. La présentation de la situation de nombreux établissements donne plutôt l'impression qu'il leur est déjà difficile, du fait de leur situation financière, de réaliser les investissements de renouvellement nécessaires. Par conséquent, le risque de surinvestissements semble faible à l'heure actuelle.

Les cantons et les responsables d'hôpitaux sont, dans une large mesure, libres de décider s'ils accordent des subventions, et lesquelles. Ces dernières – dans la mesure où elles sont indiquées de manière transparente et ne sont pas intégrées aux tarifs selon la LAMal – ne sont contraires ni à la Constitution, ni aux dispositions de la LAMal. Selon les déclarations des cantons dans le cadre du sondage de l'OFSP, 15 cantons ont prévu des aides correspondantes ; 12 ont fait usage de ces possibilités par le passé et soutenu les hôpitaux dans leurs opérations d'investissement. Comme cela est décrit plus bas au chapitre 4, le Conseil fédéral ne voit pas de nécessité d'agir en ce qui concerne les possibilités de financement des cantons. On peut considérer, en particulier, que les cantons n'ont pas non plus intérêt à ce que des projets d'investissement surdimensionnés soient lancés.

Le présent chapitre a examiné les investissements et l'éventuelle surabondance d'offre qui pouvait en résulter du point de vue des hôpitaux. La situation doit aussi être examinée ici selon la perspective des cantons : ceux-ci disposent en effet d'instruments potentiellement efficaces pour identifier des inadéquations de l'offre et y remédier (voir le chapitre 3.5). Le Conseil fédéral estime d'ailleurs que des mesures doivent être prises dans ce domaine (voir les recommandations énoncées au chapitre 3.6.5).

3 Grandes lignes de la planification hospitalière cantonale

En réponse au postulat CSSS-N 19.3423, le présent chapitre se penche de façon approfondie sur les modèles et les processus utilisés dans le cadre de la planification hospitalière cantonale. Il commence par rappeler les bases légales pertinentes ainsi que les recommandations de la CDS en la matière (chapitre 3.1). Les différentes étapes de la planification hospitalière sont ensuite détaillées : la détermination des besoins (chapitre 3.2), l'évaluation et le choix de l'offre selon les critères de la couverture des besoins, de la qualité, du caractère économique et de l'accès dans un délai utile (chapitre 3.3), le tout en respectant certaines directives relatives au déroulement de la procédure (chapitre 3.4). La question de l'insuffisance ou de la surabondance de l'offre de soins est un aspect majeur de la planification hospitalière, qui occupe une place centrale dans le débat public. Elle est donc abordée dans une section distincte (chapitre 3.5). Enfin, la dernière partie de ce chapitre présente les principales conclusions issues de l'analyse, ainsi que les éventuelles mesures nécessaires dans le domaine (chapitre 3.6).

3.1 Directives et recommandations générales

3.1.1 Critères de planification du Conseil fédéral

Selon le droit fédéral, les cantons sont tenus de couvrir les besoins en soins hospitaliers de leur population et d'établir une liste fixant les catégories d'hôpitaux en fonction de leurs mandats (art. 39, al. 1, let. d et e, LAMal). Dans le cadre de la révision du financement hospitalier, le Conseil fédéral a été chargé d'édicter des critères de planification uniformes en prenant en considération la qualité et le caractère économique (art. 39, al. 2ter, LAMal). Le 22 octobre 2008, il a ainsi édicté des critères devant permettre aux cantons d'élaborer une planification conforme à la loi. Énumérés aux art. 58*a* à 58*e* OAMal, ils sont entrés en vigueur le 1er janvier 2009.

Sur la base des instruments élaborés dans le domaine de la planification et de la nouvelle jurisprudence du Tribunal fédéral (TF) et du Tribunal administratif fédéral (TAF), les critères de planification ont été revus et actualisés par le biais de la modification de l'OAMal du 23 juin 2021. Les exigences minimales mises à jour sont ainsi mentionnées de manière transparente dans l'OAMal. Ce processus contribue à uniformiser encore davantage les critères pour la planification des hôpitaux par les cantons. Le but est de réduire les disparités entre les concepts de planification des cantons et de promouvoir une utilisation efficace des ressources. Tous les cantons doivent élaborer leurs planifications sur la base des instruments et des principes actuels, et remplir ainsi les conditions d'une offre de prestations avantageuse et de qualité dans toute la Suisse, conformément à la révision du financement hospitalier (OFSP, 2021, p. 8). Les cantons sont en outre incités à coordonner plus étroitement leurs planifications hospitalières. L'uniformisation des exigences contribue à atteindre cet objectif.

La modification de l'OAMal est entrée en vigueur le 1er janvier 2022. Les listes des hôpitaux du domaine des soins somatiques aigus et des maisons de naissance doivent être conformes aux nouveaux critères de planification d'ici le 1er janvier 2026, celles des domaines de la psychiatrie et de la réadaptation d'ici le 1er janvier 2028. Le sondage de l'OFSP auprès des cantons révèle que ces critères ont déjà pu être mis en œuvre par une grande majorité d'entre eux. Les cantons restants pourront le faire dans le cadre de la nouvelle planification en cours ou imminente.

Les différents critères de planification sont détaillés dans les sections qui suivent.

3.1.2 Recommandations de la CDS

Pour soutenir les cantons dans la coordination et la collaboration intercantonale en matière de planification hospitalière, la CDS a adopté le 14 mai 2009 de premières recommandations sur le sujet, censées favoriser une vision commune de la tâche cantonale de la planification hospitalière et qui doivent également être considérées comme une contribution à la coordination intercantonale de la planification hospitalière au sens de l'art. 39, al. 2, LAMal. Ces recommandations ont été revues le 20 mai 2022 pour tenir compte de la modification de l'OAMal sur l'adaptation des critères de planification ainsi que de la jurisprudence rendue par le TF et le TAF (CDS, 2022a). Par ailleurs, la CDS a de nouveau actualisé et complété ses recommandations le 27 novembre 2025 afin d'obtenir une coordination plus contraignante et plus systématique des planifications hospitalières cantonales, mais aussi d'intégrer la jurisprudence du TAF et les adaptations des bases légales au niveau fédéral (CDS, 2025)[6]. Il s'agit des 16 recommandations énumérées ci-dessous :

- Recommandation 1 concernant la planification hospitalière liée aux prestations
- Recommandation 2 concernant la planification hospitalière conforme aux besoins
- Recommandation 3 concernant l'éventail des prestations
- Recommandation 4 concernant le caractère économique
- Recommandation 5 concernant la qualité
- Recommandation 6 concernant l'accessibilité
- Recommandation 7 concernant le nombre minimum de cas
- Recommandation 8 concernant la gestion des quantités
- Recommandation 9 concernant l'obligation d'admission
- Recommandation 10 concernant l'admission en urgence
- Recommandation 11 concernant la coordination intercantonale de la planification hospitalière et des flux de patients
- Recommandation 12 concernant la livraison des données
- Recommandation 13 concernant les conditions de travail
- Recommandation 14 concernant les prestations de formation
- Recommandation 15 concernant le controlling, la surveillance et les sanctions
- Recommandation 16 concernant la protection des données et la sécurité de l'information

D'après la jurisprudence du TAF, les recommandations de la CDS n'ont pas valeur légale pour les cantons et ne constituent pas non plus une interprétation contraignante de la loi sur l'assurance-maladie. Tant qu'il n'existe pas de prescriptions fédérales et que les recommandations de la CDS ne vont pas à l'encontre du droit fédéral, il n'y a néanmoins pas lieu de contester le fait que l'autorité compétente se fonde sur ces recommandations (arrêt du TAF C-1319/2018 du 6 septembre 2019, consid. 7.4.3). En

[6] www.gdk-cds.ch > Soins de santé > Hôpitaux > Planification > Recommandations de la CDS sur la planification hospitalière

effet, ces dernières peuvent, en l'absence de dispositions contraires du droit fédéral sur la planification hospitalière selon la LAMal, garantir une certaine uniformité en la matière à l'échelle de la Suisse.

Bien que ces recommandations ne soient pas contraignantes, elles sont appliquées intégralement par les cantons interrogés dans le cadre du sondage de l'OFSP – à quelques rares exceptions près. Certaines sont toutefois formulées comme une disposition potestative, en l'occurrence les recommandations 7 (fixation d'un nombre minimum de cas), 8 (mesures de gestion des quantités) et 13 (conditions de travail). Plusieurs cantons ont par conséquent décidé de ne pas les suivre.

3.2 Détermination des besoins

3.2.1 Bases légales

La première étape de la planification consiste à identifier les futurs besoins de prestations médicales de la population d'un canton ou de plusieurs cantons ayant opté pour une planification commune. Selon l'art. 58*b*, al. 1, OAMal, les cantons déterminent les besoins en soins selon une démarche vérifiable. Ils se fondent notamment sur des données et des comparaisons statistiquement justifiées, et prennent en compte en particulier les facteurs d'influence pertinents pour la prévision des besoins.

La planification hospitalière liée aux prestations considère avant tout les données concernant les prestations, comme les données par cas ou les données par cas en fonction du diagnostic, tandis qu'une planification des capacités utilise les données sur l'activité, comme la durée du séjour ou l'occupation des lits. C'est l'art. 58*c* OAMal qui précise si la manière dont s'effectue la planification – et donc la détermination des besoins – doit être liée aux prestations ou liée aux capacités. Les besoins en soins somatiques aigus doivent ainsi faire l'objet d'une planification liée aux prestations (art. 58*c*, let. a, OAMal). Dans les domaines de la psychiatrie et de la réadaptation (art. 58*c*, let. b, OAMal), il incombe aux cantons de décider si la planification doit être liée aux prestations ou aux capacités. Cette possibilité de choisir est due au fait que les structures tarifaires concernées, TARPSY et ST Reha, présentent une forte composante journalière, ce qui explique le maintien de la possibilité d'une planification liée aux capacités en ce qui concerne ces types de soins (OFSP, 2021, p. 15). Cependant, à une exception près, tous les cantons ont déclaré, dans le cadre du sondage de l'OFSP, opter dans les deux domaines pour une planification liée aux prestations.

La simple hypothèse selon laquelle l'offre existante doit correspondre au besoin à déterminer – ou selon laquelle les tendances existantes se poursuivent – ne suffit pas à satisfaire aux exigences d'une planification couvrant les besoins. Dans ce sens, l'art. 58*b*, al. 1, OAMal précise que les cantons doivent tenir compte des facteurs qui influencent le besoin pour la détermination de celui-ci. D'après le rapport explicatif, ils doivent vérifier dans quelle mesure l'évolution de la démographie, de l'épidémiologie et de la technique médicale, le montant de prise en charge d'une intervention chirurgicale ambulatoire ou stationnaire, la pratique en matière d'affectation ou de garantie de prise en charge des coûts dans la perspective d'un traitement de réadaptation hospitalier, ou encore les offres de soins à domicile (facteurs d'influence) influent sur les valeurs pertinentes pour la détermination des besoins (déterminants des besoins), à savoir le nombre d'habitants, les taux d'hospitalisation ou d'admission en établissement médico-social (EMS) et la durée du séjour. Les cantons doivent aussi tenir compte du fait que les facteurs d'influence ne peuvent pas être prédits avec précision et qu'il faut par conséquent s'appuyer sur des scénarios (OFSP, 2021, p. 14).

3.2.2 Planification systématique

Les prestations médicales, très nombreuses, doivent impérativement être rassemblées en groupes pour faciliter la planification. Cette classification permet en effet aux cantons de formuler et de répartir de manière pertinente les mandats de prestations, ainsi que de définir des exigences spécifiques aux différents domaines à l'intention des fournisseurs de prestations.

Soins somatiques aigus

Dans le domaine des soins somatiques aigus, la Direction de la santé du canton de Zurich (GDZH) a élaboré un concept de groupes de prestations pour la planification hospitalière (GPPH), qui inclut les exigences spécifiques à chaque groupe[7]. Les GPPH sont définis sur la base de la classification suisse des interventions chirurgicales (CHOP) et de la « Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes » (CIM), et sont eux-mêmes regroupés en domaines de prestations (dermatologie, neurologie, pneumologie, etc.). Dans ce cadre, les prestations médicales sont rassemblées actuellement en quelque 150 GPPH, sachant que l'affectation est mise à jour chaque année. La GDZH a en outre développé un logiciel de groupage, qu'elle met à la disposition de tous les hôpitaux et cantons intéressés moyennant le paiement d'un droit de licence : le groupeur GPPH attribue de façon univoque chaque patient bénéficiant de soins hospitaliers à un GPPH à partir du code de diagnostic CIM et du code de traitement CHOP.

La CDS recommande aux départements cantonaux de la santé d'appliquer le concept de GPPH élaboré par le canton de Zurich, y compris les exigences fixées pour chaque GPPH (CDS, 2025, p. 12 ; recommandation 3 concernant l'éventail des prestations). Cette recommandation prévoit en outre que les exigences définies en matière de structure, processus et personnel soient appliquées à l'échelle suisse aussi uniformément que possible. Les cantons peuvent toutefois s'écarter des exigences portant sur des prestations spécifiques, en raison des disparités entre les cantons et les régions en matière de couverture en soins.

La totalité des cantons participants au sondage de l'OFSP ont indiqué qu'ils utilisaient le concept de GPPH du canton de Zurich pour la somatique aigüe, conformément aux préconisations de la CDS. Une base importante est ainsi posée pour la coordination intercantonale. De plus, cette pratique permet d'alléger le travail administratif des hôpitaux, puisque l'organisation des mandats de prestations est harmonisée entre les différents cantons.

Psychiatrie

La situation est tout autre dans le domaine de la psychiatrie, qui n'a pas (encore) fait l'objet d'une harmonisation globale telle que celle décrite plus haut. Dans le cadre du sondage de l'OFSP, neuf cantons déclarent appliquer le concept de GPPH du canton de Zurich pour la psychiatrie[8]. Six cantons environ utilisent le modèle bernois[9]. Les autres semblent se servir de leurs propres modèles ou reprendre les codes de diagnostic CIM-10-F. Dans la recommandation 3 précédemment citée, la CDS explique qu'elle décidera si l'utilisation de groupes de prestations médicalement fondés doit aussi

---

[7] www.zh.ch > Gesundheit > Spitäler und Kliniken > SPLG & Grouper-Software

[8] www.zh.ch > Gesundheit > Spitäler und Kliniken > SPLG & Grouper-Software

[9] www.be.ch > Thèmes > Santé > Prestataires de soins > Hôpitaux de soins aigus somatiques, de soins psychiatriques et de réadaptation > Listes des hôpitaux > Liste des hôpitaux pour les soins psychiatriques > Documents de référence

être recommandée aux cantons pour la planification des soins psychiatriques dès que ces groupes existeront.

Réadaptation

Ces dernières années, une base a été élaborée également dans le domaine de la réadaptation en vue d'une certaine uniformisation et coordination des planifications cantonales de la réadaptation. L'Assemblée plénière de la CDS a ainsi adopté le 24 novembre 2022 trois recommandations à cet effet. La première, relative à la compréhension supracantonale commune de la notion de « réadaptation », doit permettre de jeter des bases uniformes sur lesquelles les cantons peuvent s'appuyer pour leurs planifications de la réadaptation et l'attribution de mandats de prestations (CDS, 2022b). Il n'existait jusqu'ici aucune définition de la réadaptation dans le droit fédéral, ce qui induisait une compréhension différente de cette notion entre les cantons et, partant, des divergences dans la définition des exigences posées aux fournisseurs de prestations et dans celle des mandats de prestations en la matière. La deuxième recommandation, relative au système de planification type en réadaptation et à la définition des domaines de réadaptation, permet aux cantons de fonder leurs planifications sur des domaines de réadaptation définis de manière uniforme (CDS, 2022c). Basée sur ces domaines de réadaptation du système de planification type, la troisième recommandation définit les exigences de qualité et favorise ainsi l'uniformisation des exigences à l'égard des établissements et services de réadaptation ainsi que des mandats de prestations dans le domaine de la réadaptation (CDS, 2022d).

Selon les déclarations des cantons dans le sondage de l'OFSP, ces trois recommandations sont déjà mises en œuvre en grande partie à l'heure actuelle, ou le seront avec la prochaine planification des soins de réadaptation. En effet, 18 cantons indiquent appliquer le système de planification type en réadaptation et la définition des domaines formulée par la CDS. Néanmoins, différents systèmes de groupes de prestations sont utilisés dans ce contexte, qui correspondent toutefois en grande partie aux recommandations de la CDS dans le domaine de la réadaptation. Plusieurs cantons se basent en la matière aussi sur le concept de groupes de prestations élaboré par le canton de Zurich.

Sur son site Internet, la CDS révèle que dans une prochaine étape, une recommandation relative à l'opérationnalisation sera élaborée afin de définir les domaines de réadaptation du système de planification type de manière claire et liée aux prestations, c'est-à-dire sur la base de systèmes de classification médicale universellement reconnus (p. ex. CHOP et CIM)[10].

3.2.3 Fondements du modèle de projection utilisé

Environ la moitié des cantons (12) déclarent, dans le cadre du sondage de l'OFSP, utiliser actuellement le modèle de projection de l'Obsan pour évaluer les besoins en vue de leur planification hospitalière. L'autre moitié (12 également) se base sur un autre modèle de projection, principalement celui de la GDZH (8 cantons). La méthode employée par cette dernière est identique ou similaire à celle de l'Obsan sur de nombreux points. Des divergences peuvent être observées par exemple dans la gestion des GPPH avec de faibles nombres de cas ou dans l'estimation de l'évolution de la durée du séjour.

L'Obsan est une institution mandatée par la Confédération et les cantons, qui analyse les informations existant en Suisse dans le domaine de la santé. Il soutient la Confédération, les cantons et d'autres institutions du secteur de la santé publique dans leur planification, leur prise de décisions et leur action.

[10] www.gdk-cds.ch > Soins de santé > Réadaptation

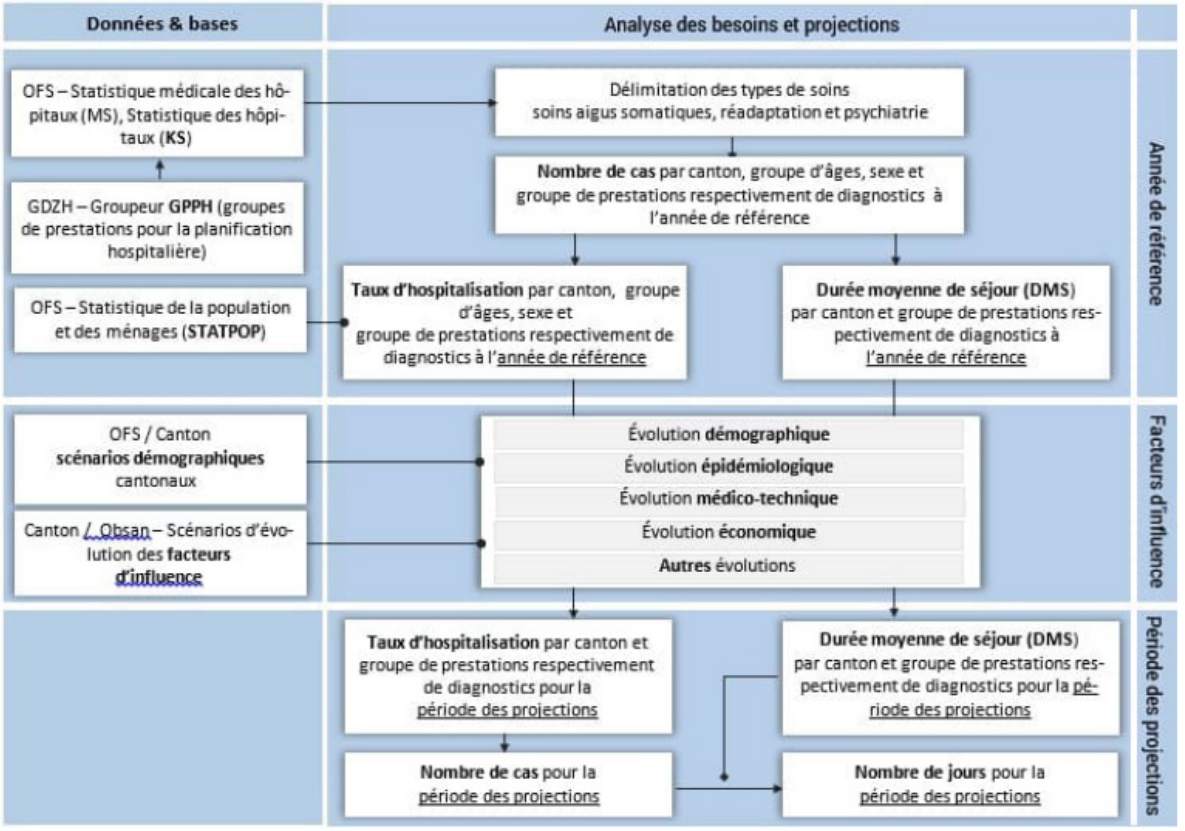
Investissements des hôpitaux suisses et planification hospitalière cantonale

En vue de l'introduction du financement hospitalier 2012, l'Obsan avait élaboré, en collaboration avec Statistique Vaud, un modèle de projection du recours aux soins hospitaliers (Weaver/Cerboni/Oettli/Andenmatten/Widmer, 2009) qui a continué d'être développé dans les années suivantes. L'Obsan se fonde sur ce modèle de projection pour rédiger, à l'intention des cantons intéressés, des rapports sanitaires servant de base pour la planification hospitalière cantonale dans les domaines des soins somatiques aigus, de la psychiatrie et de la réadaptation. Ces rapports comprennent une analyse des besoins en soins actuels dans le secteur hospitalier au sein du canton concerné, ainsi que des projections des besoins en soins. La présentation ci-dessous du modèle de projection de l'Obsan, qui comprend les sources de données et les facteurs d'influence, repose sur le rapport d'évaluation des besoins en soins de l'Obsan pour la planification hospitalière 2024 du canton de Fribourg (Füglister-Dousse/Merçay, 2023)[11].

Représentation schématique

La figure 1 ci-dessous est une représentation schématique du modèle de projection de l'Obsan. Une représentation du modèle de Zurich (figure 2) permet d'observer les similarités entre les deux modèles.

Figure 1 – Modèle de projection de l'Obsan pour l'évaluation des besoins en soins

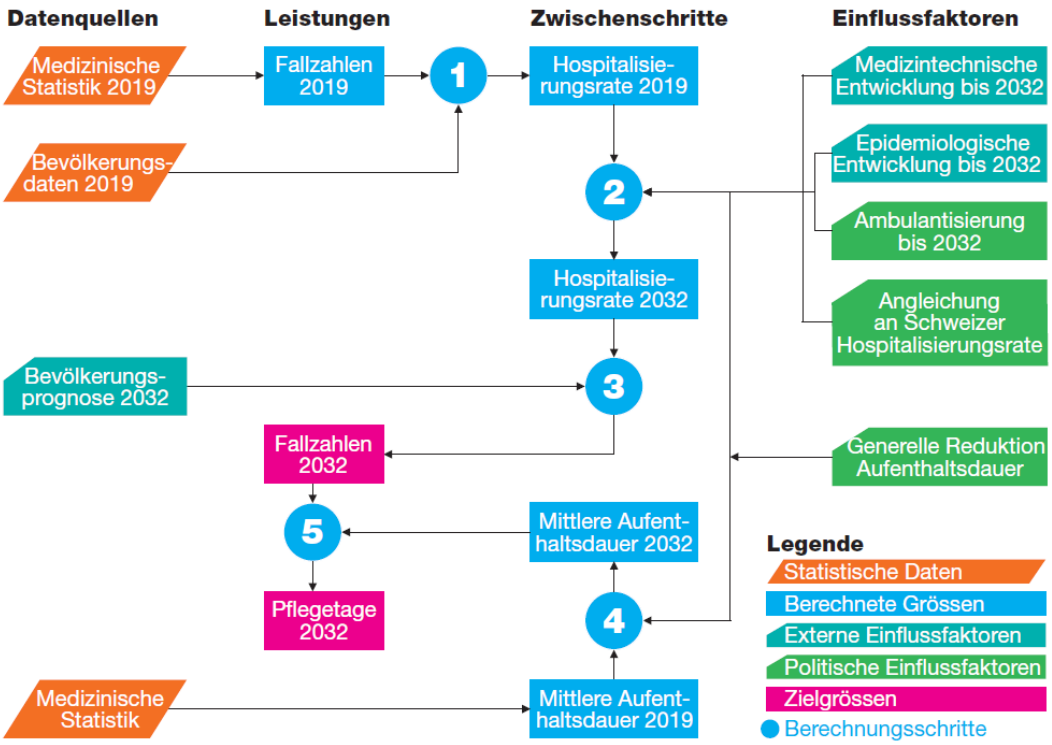


Source : Obsan, 2023 (Füglister-Dousse/Merçay, 2023, p. 28)

[11] D'autres rapports sur les soins de santé sont disponibles sous www.obsan.admin.ch > Publications. La version en allemand du présent rapport se fonde par exemple sur le rapport d'évaluation des besoins en soins de l'Obsan pour le canton de Lucerne (Füglister-Dousse/Fischer/Spiess/Tuch/Roth/Jörg 2024).

Investissements des hôpitaux suisses et planification hospitalière cantonale

Figure 2 – Modèle de projection de Zurich pour l'évaluation des besoins en soins somatiques aigus



Source : Direction de la santé du canton de Zurich (GDZH, 2021, p. 41)

Sources des données

Dans le modèle de projection de l'Obsan, les sources de données suivantes jouent un rôle majeur pour l'analyse de la situation actuelle en matière de soins au cours de l'année de référence (Füglister-Dousse/Merçay, 2023, p. 19) :

- Statistique médicale des hôpitaux (MS)[12] de l'OFS : la MS recense chaque année les données relatives à l'ensemble des hospitalisations dans les établissements suisses. Ce relevé est effectué par chaque hôpital. Des informations sociodémographiques sur les patients sont également collectées, comme l'âge, le sexe ou la région de domicile, des données administratives comme le type d'assurance ou le lieu de séjour avant l'hospitalisation, ainsi que des informations médicales telles que les diagnostics et les traitements.
- Statistique des hôpitaux (KS)[13] de l'OFS : la KS sert principalement à décrire l'infrastructure et l'activité des hôpitaux et des maisons de naissance en Suisse. Les établissements sont tenus de fournir annuellement des données notamment sur leurs prestations ambulatoires et stationnaires, sur leur personnel et sur leurs comptes d'exploitation. Elle permet, notamment avec les données de la MS, d'attribuer les séjours hospitaliers aux différents établissements et de classer les cas dans les domaines des soins somatiques aigus, de la psychiatrie ou de la réadaptation.

[12] www.bfs.admin.ch > Statistiques > Santé > Enquêtes > Statistique médicale des hôpitaux

[13] www.bfs.admin.ch > Statistiques > Santé > Enquêtes > Statistique des hôpitaux

- Statistique de la population et des ménages (STATPOP)[14] de l'OFS : la STATPOP fait partie du système de recensement annuel de la population. Elle livre des informations concernant l'effectif et la structure de la population résidente à la fin d'une année ainsi que des mouvements de la population pendant l'année en cours. C'est sur la base de ces chiffres que sont calculés les taux d'hospitalisation standardisés dans le cadre de l'analyse de la situation actuelle ainsi que les taux par groupe de prestations et par groupe d'âges comme base pour les projections des besoins.

Facteurs d'influence

À partir de l'analyse de la situation actuelle, les projections des besoins en soins sont établies pour la période souhaitée en tenant compte des facteurs d'influence décrits ci-dessous :

- Évolutions démographiques (Füglister-Dousse/Merçay, 2023, pp. 29 à 32) : les bases de données essentielles en la matière sont en règle générale les scénarios de l'évolution de la population des cantons établis par l'OFS[15]. Ce dernier calcule pour ce faire trois scénarios différents, en s'appuyant sur des hypothèses ayant trait à l'évolution de la natalité, de la mortalité, des flux migratoires et de l'acquisition de la nationalité suisse. Le scénario de référence (scénario « moyen ») correspond à une poursuite des développements observés au cours des dernières décennies. Le scénario « haut » est basé sur une combinaison d'hypothèses favorables à la croissance de la population. Le scénario « bas » combine des hypothèses qui sont moins favorables à la croissance de la population. Si nécessaire et en fonction des disponibilités, les projections démographiques du canton concerné sont utilisées à titre alternatif.
- Évolutions épidémiologiques (Füglister-Dousse/Merçay, 2023, pp. 35-36) : il s'agit notamment des évolutions qui entraîneront à l'avenir une modification du besoin de certains traitements ou de certaines interventions (p. ex. l'évolution de la proportion de fumeurs). L'Obsan s'appuie sur les travaux de la GDZH (voir à ce sujet GDZH, 2021, p. 47) pour conclure que les effets des évolutions épidémiologiques sont extrêmement difficiles à quantifier et que la littérature spécialisée renferme peu de preuves empiriques pour étayer de telles projections. De plus, de nombreux tableaux cliniques et facteurs de risque dépendent de l'âge et du sexe, ce qui induit une étroite interaction entre l'épidémiologie et la démographie. Dans une large mesure, les effets des évolutions épidémiologiques sont donc déjà pris en compte, via les scénarios démographiques, dans les projections des besoins futurs en prestations. C'est la raison pour laquelle l'Obsan renonce en règle générale à intégrer des développements épidémiologiques supplémentaires dans le modèle. Si le canton mandant dispose de bases quantifiables permettant de prendre en compte certaines évolutions épidémiologiques, celles-ci peuvent toutefois être intégrées dans le modèle de projection de l'Obsan.
- Développements médico-techniques (Füglister-Dousse/Merçay, 2023, pp. 36-37) : ces évolutions peuvent inclure l'introduction et la diffusion de nouvelles technologies pour le diagnostic, la thérapie ou la prévention. Les nouvelles méthodes de diagnostic et de traitement peuvent augmenter ou réduire le nombre de cas, et/ou entraîner un transfert du secteur stationnaire vers le secteur ambulatoire. Dans le modèle de l'Obsan, les effets de transfert vers l'ambulatoire dus aux développements médico-techniques sont intégrés dans les projections par le biais de listes

[14] www.bfs.admin.ch > Statistiques > Population > Enquêtes > Statistique de la population et des ménages

[15] www.bfs.admin.ch > Statistiques > Population > Evolution future > Scénarios pour les cantons

d'interventions à effectuer en ambulatoire (voir la section suivante sur les évolutions de la situation économique). En complément de ces aspects, le modèle de projection de l'Obsan permet d'intégrer d'autres évolutions de la technique médicale. La condition préalable est toutefois de disposer d'hypothèses quantitatives sur les effets de ces développements. Les enquêtes auprès d'experts, couplées ou non à une analyse systématique de la littérature scientifique, constituent une base adaptée pour quantifier les développements médico-techniques. D'après les travaux réalisés dans le cadre de la planification hospitalière du canton de Zurich, le domaine des soins somatiques aigus ne connaît que peu d'évolutions très spécifiques dont les effets sur le nombre de cas sont quantifiables et qui peuvent donc être prises en compte ; en outre, les développements médico-techniques ne semblent pas influencer les taux d'hospitalisation en psychiatrie et en réadaptation (GDZH, 2021, pp. 45 à 47). Dans ces deux derniers domaines, certains effets découlant de l'évolution attendue dans les soins aigus peuvent néanmoins être pris en considération. À titre d'exemple, l'augmentation des reprises de prothèses de hanche et de genou entraîne une augmentation des séjours consécutifs en réadaptation (Füglister-Dousse/Merçay, 2023, p. 37). Dans l'ensemble, les développements médico-techniques ont une influence plutôt faible sur la projection des besoins en soins.

- Évolutions de la situation économique (Füglister-Dousse/Merçay, 2023, p. 32 à 35) : les deux phénomènes majeurs en la matière sont d'une part la substitution potentielle des traitements hospitaliers par des prestations ambulatoires et, d'autre part, la réduction de la durée du séjour :
  - *Transfert vers l'ambulatoire (« ambulatorisation »)*. Depuis le 1er janvier 2019, l'art 3*c* et l'annexe 1*a* de l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS ; RS *832.112.31*) prescrivent la réglementation « ambulatoire avant stationnaire » (AvS pour « *ambulant vor stationär* »). Ce principe s'applique à certains groupes d'interventions électives, c'est-à-dire non urgentes, qui sont pris en charge par l'AOS uniquement en milieu ambulatoire – sauf si des circonstances particulières nécessitent un traitement stationnaire. En 2023, la liste des interventions à effectuer en ambulatoire a été étendue, passant de 6 à 18 groupes et facilitant du même coup l'harmonisation à l'échelle suisse des différentes listes des cantons et de la Confédération. Sur mandat de l'OFSP, l'Obsan effectue chaque année un monitorage pour surveiller les impacts de cette réglementation sur le nombre d'interventions et sur les coûts[16]. Le potentiel de transfert est pris en compte lors de la projection des besoins en soins dans le cadre du modèle de l'Obsan. Les projections se basent d'une part sur la liste susmentionnée des examens et traitements ambulatoires selon l'annexe 1*a* OPAS et d'autre part sur différents scénarios visant à exploiter pleinement le potentiel de transfert. Afin de prendre en compte les évolutions supplémentaires en matière d'« ambulatorisation », le catalogue allemand des opérations pouvant être réalisées en ambulatoire est également utilisé, si nécessaire et selon les souhaits du canton mandant, comme base pour prévoir les tendances de transfert (Fischer/Jörg 2025, p. 31).
  - *Réduction de la durée du séjour*. Dans le système de forfait par cas, contrairement aux formes de rémunération liées à la durée (telles que les forfaits journaliers) ou aux prestations individuelles (indemnisation à l'acte), les prestations médicales sont payées sous forme d'un montant forfaitaire par cas de traitement. Le fournisseur de prestations est ainsi incité à réduire la durée du séjour. Conformément aux attentes, on a constaté, dans les années qui ont suivi

[16] www.obsan.admin.ch > Indicateurs > L'ambulatoire avant le stationnaire (AvS)

l'introduction des forfaits par cas pour les soins somatiques aigus (SwissDRG), un recul continu de la durée moyenne de séjour dans presque tous les cantons. Il faut toutefois noter qu'avant cette introduction, on observait déjà une baisse continue des durées de séjour. À l'heure actuelle, il est toutefois difficile de savoir si la pression sur les durées reste présente dans un système de forfaits par cas ou si le potentiel de réduction des durées moyennes de séjour est aujourd'hui largement épuisé. Pour calculer une fourchette réaliste des évolutions possibles, l'Obsan fonde sa projection des besoins sur différentes hypothèses en lien avec plusieurs scénarios.

- Besoins et recours (Füglister-Dousse/Merçay, 2023, p. 38) : le modèle de l'Obsan utilise les taux d'hospitalisation de l'année de référence (par groupe de prestations, canton de résidence, sexe et groupe d'âges) comme base des projections des besoins en prestations. Ces taux d'hospitalisation résultent du recours effectif de la population résidente du canton au cours de l'année de référence. Or, ce chiffre ne reflète pas forcément de manière adéquate les besoins réels de cette population en cas d'offre de soins excédentaire, insuffisante et/ou inadéquate. Il existe donc un risque que les situations d'offre de soins excédentaire ou insuffisante constatées à la date de référence soient reproduites dans les projections des besoins. Afin de tenir compte des distorsions possibles dans l'estimation, les valeurs cantonales sont comparées avec les chiffres obtenus à l'échelle de la Suisse. Il est toutefois difficile de déterminer dans quelle mesure les différences régionales dans un domaine de prestations spécifique sont dues à une offre insuffisante. Ce contexte est pris en considération par le modèle de projection de l'Obsan à l'aide de plusieurs scénarios de convergence des taux d'hospitalisation. Selon le scénario, différentes hypothèses sont posées en ce qui concerne la convergence des taux cantonaux vers les taux d'hospitalisation nationaux par sexe, groupe d'âges et GPPH. Le modèle de Zurich suit également une approche similaire ; les chiffres sont corrigés pour tenir compte d'une éventuelle offre excédentaire au niveau cantonal en faisant converger les taux d'hospitalisation et la durée moyenne de séjour par GPPH et par groupe d'âges vers la moyenne suisse (GDZH, 2021, pp. 85-86).

Dans le modèle de projection de l'Obsan, tout comme dans celui de Zurich, les facteurs d'influence sont pris en compte dans l'estimation des besoins sous la forme de trois scénarios de projections (Füglister-Dousse/Merçay, 2023, pp. 76-77). Au centre se trouve le scénario de base, le plus plausible. Le scénario minimal et le scénario maximal représentent la fourchette des évolutions possibles. Le scénario minimal combine des hypothèses et des scénarios concernant les facteurs d'influence qui conduisent à une estimation relativement basse des besoins, tandis que le scénario maximal indique la limite supérieure de la fourchette des évolutions possibles.

3.2.4 Flux de patients

L'analyse des flux de patients est une dimension importante de la planification hospitalière. Les informations relatives aux flux de patients servent notamment de base pour évaluer l'offre sollicitée dans le cadre du libre choix d'établissements non répertoriés sur la liste hospitalière cantonale, mais aussi pour déterminer l'offre à garantir sur cette liste (voir le chapitre 3.3.1).

Dans ce cadre, l'Obsan détermine, dans le cadre de rapports sur l'offre de soins, le taux de couverture de la liste hospitalière cantonale. Le taux de couverture renseigne sur la proportion de patients domiciliés dans le canton qui ont été traités dans un hôpital disposant d'un mandat de prestations du canton dans le groupe de prestations concerné. Le taux de couverture permet de vérifier l'adéquation de l'offre de soins définie par la liste hospitalière cantonale et, par conséquent, l'adéquation de la

planification hospitalière cantonale par rapport aux besoins (voir Füglister-Dousse/Fischer/Spiess/Tuch/Roth/Jörg 2024, pp. 35 à 37).

L'Obsan propose en outre aux cantons intéressés, dans le cadre des rapports sur les soins de santé, d'examiner et d'analyser en détail les flux de patients sur la base des données de la MS (exemple des soins somatiques aigus dans le canton de Fribourg : voir Füglister-Dousse/Merçay, 2023, pp. 64 à 76). Ce travail consiste en particulier à calculer les indicateurs énumérés ci-dessous, qui permettent d'illustrer les interdépendances entre les systèmes de soins cantonaux (Füglister-Dousse/Merçay, 2023, p. 64).

- *Entrées :* les entrées indiquent le nombre d'hospitalisations de patients résidant en dehors du canton considéré dans des hôpitaux situés dans ce canton.
- *Flux entrants :* les flux entrants représentent la proportion de patients résidant en dehors du canton considéré parmi l'ensemble des hospitalisations dans des hôpitaux implantés au sein de ce canton.
- *Sorties :* les sorties indiquent le nombre d'hospitalisations de patients résidant dans le canton considéré qui ont lieu dans des hôpitaux en dehors du canton considéré.
- *Flux sortants :* les flux sortants représentent la proportion de cas d'hospitalisations en dehors du canton considéré parmi l'ensemble des hospitalisations de patients résidant dans ce canton.
- *Indice de part de marché (IPM) :* l'IPM mesure la proportion d'hospitalisations ayant eu lieu dans le canton considéré qui concernent des résidents de ce canton. Il indique donc le pourcentage de patients résidant dans le canton qui sont traités dans un hôpital implanté sur ce territoire, parmi l'ensemble des hospitalisations du canton.
- *Indice de localisation (IL) :* l'IL représente la proportion de patients résidant dans le canton considéré qui se font hospitaliser dans un hôpital de ce canton, parmi l'ensemble des hospitalisations des résidents du canton. Cet indicateur montre donc le pourcentage de patients hospitalisés dans leur canton de résidence (et qui « restent » donc dans leur canton).
- *Flux net :* le flux net illustre la différence entre le nombre de patients résidant en dehors du canton considéré qui viennent se faire hospitaliser (entrées) et le nombre de patients qui sortent du canton pour ce faire (sorties).
- *Indice d'exportation (IE) :* l'IE représente le rapport entre les sorties et les entrées.

3.3 Attribution des mandats de prestations

3.3.1 Couverture des besoins

L'art. 39, al. 1, let. d, LAMal prévoit que les cantons planifient les soins hospitaliers de manière à couvrir les besoins. Selon l'art. 58*a*, al. 1, OAMal, « la planification en vue de couvrir les besoins en soins garantit aux habitants des cantons qui l'établissent le traitement hospitalier à l'hôpital ». L'art. 58*b*, al. 3, OAMal précise que les cantons déterminent les établissements situés dans le canton et les établissements situés hors du canton qui doivent être inscrits sur leurs listes d'hôpitaux afin d'assurer la couverture des besoins de leur population. Les hôpitaux répertoriés sont tenus de garantir la prise en charge de la population résidente concernée uniquement si un mandat de prestations correspondant leur a été octroyé (obligation d'admission, voir l'art. 41*a* LAMal).

D'après l'art. 58*b*, al. 3, OAMal, l'offre à garantir correspond aux besoins en soins déterminés (art. 58*b*, al. 1, OAMal, voir le chapitre 3.2), dont on déduit l'offre utilisée dans les établissements qui ne figurent pas sur la liste arrêtée par les cantons (art. 58*b*, al. 2, OAMal). Le commentaire de cette disposition indique qu'il faut tenir compte du fait qu'une partie de la population du canton aura recours à une offre dans des hôpitaux conventionnés au sens de l'art. 49*a*, al. 4, LAMal ainsi que dans des hôpitaux répertoriés exclusivement sur la liste d'autres cantons – en raison du libre choix et des hospitalisations médicalement indiquées (OFSP, 2008, p. 8). Dans ce contexte, l'analyse des flux de patients mentionnée plus haut constitue une composante essentielle de la détermination des besoins (voir le chapitre 3.2.4).

Pour établir une liste cantonale des hôpitaux, les cantons doivent connaître la proportion de leur population résidente qui a recours à des traitements hospitaliers dans d'autres cantons. Dans ce contexte, à savoir la détermination de l'offre à garantir par l'inscription sur la liste, les flux de patients et en particulier les sorties sont des indicateurs cruciaux. Le nombre d'entrées de patients est utile en revanche pour veiller à ce que les patients venus d'un autre canton ne fassent pas appel à des prestations prévues pour la population du canton où se trouve l'hôpital ou d'une région donnée, et qu'ils ne forcent donc pas les patients pour lesquels ces prestations avaient été planifiées à se faire soigner ailleurs (OFSP, 2008, p. 8). Selon le TAF, une planification hospitalière qui ne prend pas en considération la demande extra-cantonale (c'est-à-dire les entrées de patients) ne saurait être qualifiée de réponse aux besoins (arrêt du TAF C-7017/2015 du 17 septembre 2021, consid. 6.6.2).

Les recommandations de la CDS accordent aux cantons, en fonction du recours aux prestations en dehors de la liste hospitalière cantonale, la possibilité de s'écarter d'une couverture de 100 % des traitements stationnaires de la population du canton. Une couverture inférieure à 80 % des traitements stationnaires de la population du canton (inférieure à 70 % dans les cantons de moins de 300 000 habitants) doit toutefois être motivée (CDS, 2025, p. 10 ; recommandation 2 concernant la planification hospitalière conforme aux besoins, let. e). Cette valeur de référence implique qu'un canton doit fournir une explication plausible pour justifier que, dans un groupe de prestations, moins de 80 % de la population du canton se fasse soigner dans des hôpitaux répertoriés.

3.3.2 Pouvoir d'appréciation de l'autorité compétente

En vertu de l'art. 58*b*, al. 4, OAMal, afin de déterminer l'offre qui doit être garantie par la liste, les cantons prennent notamment en compte le caractère économique et la qualité de la fourniture des prestations (let. a), l'accès des patients au traitement dans un délai utile (let. b) et la disponibilité et la capacité de l'établissement à remplir le mandat de prestations (let. c).

L'attribution des mandats de prestations résulte donc de la prise en compte de différents critères, qui peuvent parfois entrer en conflit les uns avec les autres. Or, l'art. 58*b*, al. 4, OAMal ne place aucun de ces critères au-dessus des autres. Le TAF conclut en effet à plusieurs reprises dans sa jurisprudence que l'art. 58*b*, al. 4, OAMal ne prévoit aucune hiérarchisation des critères et n'autorise pas non plus les autorités compétentes à établir un quelconque ordre d'importance entre eux. Au contraire, ces derniers doivent servir dans le même temps à l'évaluation et au choix des fournisseurs de prestations (arrêt du TAF C-7017/2015 du 17 septembre 2021, consid. 7.1.3.4 et 9.2.9 ; arrêt du TAF C-224/2020 du 30 avril 2024, consid. 10.1 ; voir aussi ATF *138* II 398, consid. 7.2.2).

Conformément à la jurisprudence fédérale, la décision d'inscrire ou non un établissement sur la liste hospitalière revêt une importance majeure en matière de politique de santé et de politique sociale, mais

aussi, bien souvent, en matière de politique régionale, de politique de l'emploi et de politique générale. Selon la pratique constante du TAF, il s'agit donc avant tout d'une décision politique, pour laquelle les autorités compétentes disposent d'un pouvoir d'appréciation considérable (arrêt du TAF C-2731/2019 du 30 août 2022, consid. 3.1). Elles ont également une grande marge de manœuvre dans la prise en compte des différents critères.

Par conséquent, il n'existe dans la loi aucun droit, pour les hôpitaux, à figurer sur une liste hospitalière (ATF *132* V 6, consid. 2.4.1). Ni les bases légales ni la jurisprudence n'accordent donc de droit à l'octroi d'un mandat de prestations, que l'établissement puisse ou non respecter l'ensemble des exigences fixées (arrêt du TAF C-2731/2019 du 30 août 2022, consid. 6.2.2). Par ailleurs, il convient de noter que l'égalité de traitement ne joue qu'un rôle marginal dans le contexte de la planification hospitalière. Il suffit en effet que la planification soit objectivement défendable, c'est-à-dire non arbitraire (arrêt du TAF C-2818/2019 du 2 avril 2012, consid. 7.11).

3.3.3 Accès dans un délai utile

Le critère de l'accès des patients au traitement dans un délai utile permet aux cantons de prendre en compte, lors du choix des fournisseurs de prestations, leur proximité géographique vis-à-vis de la population.

Selon la jurisprudence, la formulation vague de ce critère (« dans un délai utile ») exige une évaluation du traitement requis. Il faut rappeler que l'accès à un traitement « dans un délai utile » ne dépend pas uniquement du temps de trajet pour se rendre chez le fournisseur de prestations, mais aussi, à tout le moins, des circonstances concrètes dans lesquelles le diagnostic est posé, de l'accessibilité et la disponibilité des services de transport ambulancier le cas échéant ainsi que du mode de transport choisi, et, pour finir, de la disponibilité du personnel nécessaire sur place (arrêt du TAF C-1405/2019 du 4 avril 2022, consid. 10.4).

Lors de l'examen des critères, il est permis d'accorder moins de poids à celui de l'accessibilité pour les prestations spécialisées que pour les soins de base et d'urgence (arrêt du TAF C-2887/2019 du 26 janvier 202, consid. 7.6). Il en résulte de manière générale que les prestations fréquentes et/ou urgentes doivent être planifiées à proximité du domicile, tandis que des trajets plus longs sont acceptables pour les prestations rares ou non urgentes – les prestations pouvant ainsi être concentrées. Conformément aux recommandations de la CDS (CDS, 2025, p. 18 ; recommandation 6 concernant l'accessibilité), les critères d'accessibilité sont importants en particulier pour les soins de premier recours et les soins d'urgence. Le canton peut donc appliquer des valeurs de référence différentes en matière d'accessibilité en fonction du type de prestation (soins de base ou soins spécialisés) afin de différencier de manière appropriée « soins de premier recours, soins d'urgence et prise en charge spécialisée, d'une part, ainsi que les domaines de prise en charge soins aigus, psychiatrie et réadaptation, d'autre part ».

À titre d'exemple, on peut décrire ici la méthode appliquée par la GDZH pour l'évaluation de ce critère. L'accès approprié aux soins de base est justifié à l'aide du calcul des temps de trajet moyens entre le lieu de domicile ou de travail des Zurichois et l'emplacement de l'hôpital. Le modèle de trafic utilisé pour cela s'appuie sur les données relatives au transport individuel motorisé dans l'hypothèse d'une densité moyenne du trafic sur le réseau routier cantonal. Pour chaque site hospitalier et chaque numéro postal d'acheminement (NPA), le temps de trajet le plus rapide est calculé via une recherche des itinéraires optimaux. La répartition géographique des lieux de domicile et de travail de chaque NPA est ensuite prise en compte afin d'obtenir un temps de trajet pondéré (GDZH, 2021, p. 54). Pour le canton de Zurich,

cette analyse indique que l'accès de la population résidente aux soins hospitaliers est garanti à un niveau élevé. La durée moyenne du trajet entre le lieu de domicile ou de travail et l'hôpital le plus proche en temps est ainsi inférieure à 20 minutes pour plus de 99 % de la population résidente et plus de 99 % de l'ensemble des postes de travail situés dans le canton de Zurich. Les zones dans lesquelles le temps de trajet dépasse 30 minutes n'étaient pas habitées au moment de l'analyse (GDZH, 2021, p. 104).

3.3.4 Caractère économique

Comparaisons des coûts ajustés selon le degré de gravité

L'art. 58*d* OAMal contient des dispositions plus précises sur la mise en œuvre du critère du caractère économique (énoncé à l'art. 58*b*, al. 4, let. a) dans le cadre de la détermination de l'offre qui doit être garantie par l'inscription sur la liste. L'art. 58*d*, al. 1, OAMal indique ainsi que l'évaluation du caractère économique des hôpitaux s'effectue notamment grâce à des « comparaisons des coûts ajustés selon le degré de gravité des cas traités ».

En vertu de l'art. 49, al. 8, LAMal, le Conseil fédéral fait 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. Sur ce point, l'OFSP et la CDS se sont accordés sur un concept : la CDS joue pour les cantons le rôle d'organe de coordination et met à la disposition de l'OFSP les données requises des fournisseurs de prestations ; l'OFSP est chargé de la publication des comparaisons entre hôpitaux (OFSP, 2019). Actuellement, ce concept prend en compte uniquement les hôpitaux en soins somatiques aigus stationnaires et les maisons de naissance de Suisse. Une extension à la psychiatrie stationnaire et à la réadaptation est prévue, à condition que les données sur les coûts permettent de réaliser une analyse comparative (ou benchmarking) pertinente.

Afin que cette comparaison puisse être effectuée correctement, les données relatives aux coûts et aux prestations doivent être recueillies selon une méthode uniforme. L'art. 49, al. 7, LAMal exige donc que les hôpitaux disposent d'instruments de gestion adéquats qui permettent de le faire. À ce sujet, le TAF a retenu que l'utilisation des modèles de présentation des comptes et de calcul des tarifs REKOLE (révision de la comptabilité analytique et de la saisie des prestations) et ITAR_K (modèle tarifaire intégré sur la base de la comptabilité analytique par centre de charges) de H+ Les Hôpitaux de Suisse ne devait pas être remise en question en raison de l'importance et de la diffusion de ces modèles (arrêt du TAF C-1698/2013 du 7 avril 2014, consid. 3.4.3).

Les cantons procèdent ensuite à la préparation et au traitement des données des hôpitaux selon une méthode uniforme à l'échelle suisse. Sur ce point, le Comité directeur de la CDS a approuvé le 27 juin 2019 des recommandations sur l'examen de l'économicité (CDS, 2019). Ces dernières expliquent notamment comment calculer les coûts d'exploitation pertinents pour l'AOS dans le domaine hospitalier (ou ce qui est imputable aux coûts d'exploitation) et définissent des critères minimaux pour l'examen de la plausibilité des données sur les coûts. Ces précisions permettent d'assurer l'uniformité requise dans le calcul des coûts.

Les prestations stationnaires des hôpitaux et des maisons de naissance dans le domaine des soins somatiques aigus sont rémunérées au moyen des forfaits par cas de la structure tarifaire SwissDRG. Pour pouvoir tenir compte du niveau de complexité variable, des groupes de cas homogènes sont constitués et pondérés différemment. Les coûts par cas d'un hôpital sont corrigés, à des fins de

comparaison, en fonction des diverses pondérations de ses propres cas (coûts par cas ajustés selon le degré de gravité). Les coûts pour un cas standardisé peuvent ainsi être comparés entre les hôpitaux.

La pondération des prestations hospitalières selon le degré de gravité permet de comparer entre eux les coûts par cas de tous les hôpitaux – indépendamment de leur éventail de prestations et de leur taille. Il faut toutefois noter que la rémunération à l'aide de forfaits (p. ex. la structure tarifaire SwissDRG) conduit, pour certaines prestations, à des imprécisions de représentation liées au système. Les hôpitaux fournissant une grande part de prestations qui ne sont pas représentées de manière adéquate présentent parfois des coûts par cas qui ne reflètent pas nécessairement leur efficience. Sur la base des analyses et des expériences réalisées jusqu'ici, on peut considérer que des différences systématiques de coûts existent au moins entre les hôpitaux de dernier recours (hôpitaux de soins finaux) et les autres hôpitaux dont la structure tarifaire actuelle ne peut encore suffisamment rendre compte (CDS, 2019, p. 12). Ainsi, des coûts élevés (p. ex. pour les hôpitaux de soins finaux) ne se rapportent pas nécessairement à une faible efficience, de même que des coûts bas ne révèlent pas nécessairement une efficience élevée. Cet aspect doit être pris en compte lors d'une comparaison des coûts par cas ajustés selon le degré de gravité entre différents hôpitaux.

L'art. 58*d*, al. 5, OAMal précise que l'évaluation du caractère économique peut se fonder sur des évaluations réalisées par d'autres cantons, à condition qu'elles soient actuelles. En règle générale, les évaluations déterminantes pour un hôpital donné sont celles du canton dans lequel il est situé ; les cantons qui inscrivent sur leur liste hospitalière un établissement extra-cantonal se fondent donc sur l'évaluation du canton d'implantation.

Analyse comparative (benchmarking)

Dans le cadre du sondage de l'OFSP, l'écrasante majorité des cantons déclarent utiliser un benchmark pour l'évaluation du caractère économique, et ce dans tous les domaines de soins hospitaliers (somatique aigüe : 23 cantons ; réadaptation : 21 cantons ; psychiatrie : 18 cantons). La méthode la plus courante est celle du percentile, l'approche étant identique ou similaire à celle utilisée pour la détermination des tarifs.

Il convient de remarquer à ce sujet que le simple fait de confronter les coûts ajustés en fonction du degré de gravité permet, même sans utiliser de benchmark, d'effectuer une comparaison entre les établissements. Dans bien des cas, l'utilisation d'une telle valeur de référence ne doit, en outre, pas être considérée comme un critère d'exclusion absolu : comme cela est expliqué plus haut, les coûts par cas ne sont parfois pas révélateurs de l'efficience de l'hôpital concerné. De plus, le choix des fournisseurs de prestations repose également sur d'autres critères (p. ex. l'importance pour couvrir les besoins, l'accessibilité, la qualité, etc.).

Stabilité économique

Le commentaire relatif à la modification de l'OAMal explique que le contrôle du caractère économique peut consister à évaluer, outre les comparaisons des coûts des hôpitaux ajustés selon le degré de gravité, également la stabilité économique dans la perspective d'une économicité durable et, par là même, la sécurité de l'approvisionnement en soins (OFSP, 2021, p. 16). Les recommandations de la CDS (CDS, 2025, p. 14 ; recommandation 4 concernant le caractère économique, let. c) mentionnent la possibilité pour le canton d'examiner la pérennité économique d'un hôpital dans le cadre de l'examen de l'économicité (p. ex. dotation suffisante en fonds propres, marge EBITDA/EBITDAR, etc.) et de la

prendre en compte comme critère. L'EBITDA (de l'anglais *earning before interest, tax, depreciation and amortisation*) est le bénéfice avant intérêts, impôts, dépréciation et amortissements. Calculé pour l'ensemble de l'entreprise, il correspond à la différence entre, d'une part, les revenus et, d'autre part, les charges de personnel et de biens et services. Dans le cadre du sondage de l'OFSP, plusieurs cantons ont affirmé prendre en considération des données sur la stabilité économique des hôpitaux (p. ex. marge EBITDAR, part de fonds propres, taux de réserve, plan de trésorerie, etc.).

3.3.5 Qualité

L'art. 58*d* OAMal fournit des précisions en vue de la mise en œuvre du critère de qualité visé à l'art. 58*b*, al. 4, let. a, dans le cadre de la détermination de l'offre à garantir par la liste. Selon l'art. 58*d*, al. 2, OAMal, l'évaluation de la qualité des établissements consiste notamment à examiner si l'ensemble de l'établissement remplit les exigences suivantes : disposer du personnel nécessaire qualifié (let. a) ; disposer d'un système de gestion de la qualité approprié (let. b) ; disposer d'un système interne de rapports et d'apprentissage approprié et avoir adhéré à un réseau de déclaration des événements indésirables uniforme à l'ensemble de la Suisse, pour autant qu'un tel réseau existe (let. c) ; disposer des équipements permettant de participer aux mesures nationales de la qualité (let. d) ; disposer de l'équipement garantissant la sécurité de la médication, notamment grâce à l'enregistrement électronique des médicaments prescrits et délivrés (let. e).

L'art. 58*d*, al. 2, OAMal contient ainsi les exigences minimales applicables à l'évaluation de la qualité des fournisseurs de prestations. Selon le rapport explicatif, leur respect doit garantir que l'admission des établissements soit effectuée selon des exigences uniformes dans toute la Suisse. Ces exigences doivent notamment contribuer à réduire le nombre d'événements indésirables. Les cantons sont tenus de contrôler le respect des exigences minimales. Leur pondération est toutefois du ressort des cantons, qui disposent également d'un large pouvoir d'appréciation quant à l'organisation de la procédure applicable (OFSP, 2021, p. 17).

Presque tous les cantons ont déclaré, dans le cadre du sondage de l'OFSP, appliquer l'ensemble des critères énoncés lors de l'évaluation des fournisseurs de prestations. L'énumération des exigences minimales à l'art. 58*d*, al. 2, OAMal n'est pas exhaustive ; les cantons peuvent donc définir des exigences minimales supplémentaires. Le concept de GPPH (voir plus haut le chapitre 3.2.2) prévoit souvent déjà la définition de nombreuses exigences en matière de structure, processus et personnel pour chaque groupe de prestations. Par ailleurs, 16 cantons indiquent qu'ils utilisent d'autres critères pour apprécier la qualité des établissements, par exemple la gestion des réclamations, la participation à des programmes de qualité spécifiques, un concept en matière d'hygiène ou l'organisation de formations sur la qualité et l'hygiène pour le personnel.

Les cantons expliquent qu'ils contrôlent le respect de ces exigences de qualité, dans le cadre de la procédure de candidature pour les mandats de prestations, en se basant avant tout sur les auto-déclarations des candidats (le cas échéant avec les pièces justificatives correspondantes). Selon les recommandations de la CDS (CDS, 2025, p. 16-17 ; recommandation 5 concernant la qualité, explication de la let. a), les cantons doivent vérifier en profondeur les informations des hôpitaux si l'auto-déclaration est qualitativement insuffisante (p. ex. informations incomplètes, absence de pièces justificatives) ou s'il y a des indications que l'auto-déclaration n'est pas conforme à la vérité. Une fois les mandats de prestations attribués, les cantons contrôlent le respect des prescriptions en matière de qualité dans le cadre d'audits, d'inspections ou de monitorages.

L'art. 58*d*, al. 3, OAMal prévoit que les résultats des mesures de la qualité réalisées à l'échelle nationale puissent être utilisés comme critères de sélection des établissements. La grande majorité des cantons interrogés par l'OFSP ont également confirmé qu'ils prenaient en compte les résultats de ce type de mesures.

Selon les recommandations de la CDS (CDS, 2025, p. 15 ; recommandation 5 concernant la qualité, let. e), les cantons doivent astreindre, dans le mandat de prestations cantonal, les hôpitaux à participer aux mesures nationales de la qualité coordonnées par l'Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques (ANQ). Cette participation doit garantir une large base pour la comparabilité au niveau suisse des indicateurs de qualité. Fondée en 2009, l'ANQ[17] compte comme membres l'association des hôpitaux H+ Les Hôpitaux de Suisse, les associations d'assureurs (santésuisse, prio.swiss, CTM/assurances sociales fédérales) et les 26 cantons. Elle réalise des mesures de qualité uniformes dans les domaines des soins aigus, de la réadaptation et de la psychiatrie. Dans le premier domaine, ces mesures portent par exemple sur les réadmissions et les réopérations potentiellement évitables, les infections des plaies, les escarres, les chutes ou encore la satisfaction des patients. Les résultats des mesures sont publiés et permettent une comparaison à l'échelle de la Suisse entre les différents hôpitaux et cliniques. Ils fournissent ainsi les bases requises pour développer des actions en vue d'améliorer la qualité et peuvent également servir aux assureurs, qui s'y réfèrent pour leurs négociations tarifaires, et aux cantons pour leur planification hospitalière.

Depuis l'entrée en vigueur, le 1er avril 2021, de l'art. 58*a* LAMal, les fédérations des fournisseurs de prestations et des assureurs sont tenues de conclure des conventions relatives au développement de la qualité (conventions de qualité) valables pour l'ensemble du territoire suisse. Les conventions de qualité règlent notamment les mesures concrètes relatives au développement de la qualité, les mesures de la qualité et les sanctions en cas de violation de la convention. Le 22 mai 2024, le Conseil fédéral a approuvé la première convention de qualité, conclue entre l'association H+ Les hôpitaux de Suisse et les fédérations d'assureurs santésuisse et curafutura. Cette convention intègre les mesures de la qualité déjà réalisées par l'ANQ dans les hôpitaux et les cliniques suisses. Elle fixe en outre de manière contraignante la forme concrète des exigences relatives à un système de gestion de la qualité approprié des hôpitaux et prévoit l'élaboration de concepts de qualité internes aux établissements, la mise en œuvre de mesures d'amélioration et la réalisation de contrôles externes.

En outre, l'OFSP publie, sur la base de l'art. 59*a* LAMal, des indicateurs de qualité dans le secteur hospitalier[18]. Pour analyser ces indicateurs en lien avec certains diagnostics et interventions sélectionnés, on utilise des données de routine déjà disponibles. L'approche choisie permet une comparaison systématique – et uniforme à l'échelle nationale – de la qualité des résultats pour les hôpitaux de soins aigus.

3.3.6 Exploitation des synergies, nombres minimums de cas et potentiel de concentration des prestations

L'art. 58*d*, al. 4, OAMal indique que l'évaluation des hôpitaux doit porter en particulier sur la mise à profit des synergies, sur les nombres minimums de cas et sur le potentiel de concentration des prestations

---

[17] www.anq.ch

[18] www.bag.admin.ch > Services > Chiffres & statistiques > Faits & chiffres Hôpitaux > Indicateurs de qualité des hôpitaux suisses de soins aigus

pour le renforcement du caractère économique et de la qualité des soins. Dans le cadre du sondage de l'OFSP, l'écrasante majorité des cantons déclarent appliquer ces critères (exploitation des synergies : 19 cantons ; nombres minimums de cas : 22 cantons ; potentiel de concentration des prestations : 23 cantons), même si la situation géographique peut rendre plus difficile la prise en compte de ces aspects.

Il découle de la jurisprudence du TAF qu'une concentration de l'offre peut être considérée comme conforme aux dispositions de la LAMal (arrêt du TAF C-3413/2014 du 11 mai 2017, consid. 11.4.4). Des limites sont toutefois posées au potentiel de concentration. D'une part, les cantons doivent veiller, lors de la planification des besoins en soins, au critère de l'accès au traitement dans un délai utile (art. 58*b*, al. 4, let. b, OAMal, voir le chapitre 3.3.3), sachant que le critère relatif aux prestations à fournir – qui englobe les particularités des patients – doit être examiné. D'autre part, il faut également prendre en considération les capacités (futures) disponibles des fournisseurs de prestations qui se portent candidats.

Selon le commentaire relatif à la modification de l'OAMal, les cantons doivent prêter attention aussi au potentiel de la concentration des prestations, qui peut être exploité au niveau de l'offre grâce à des mesures structurelles et organisationnelles pertinentes. Cela permet de prendre en compte de manière prospective l'effet de l'adaptation de la structure des soins, au sens de la planification hospitalière et de la liste des hôpitaux prévue, sur l'économicité et la qualité attendues de la fourniture des prestations (OFSP, 2021, p. 20). La CDS recommande également de considérer de manière adéquate le potentiel d'optimisation pouvant être atteint par la concentration de domaines de prestations connexes sur un nombre réduit de prestataires (CDS, 2025, p. 14 ; recommandation 4 concernant le caractère économique, let. d).

Si les cantons accordent de l'importance aux nombres minimums de cas lors de la sélection des fournisseurs de prestations (art. 58*d*, al. 4, OAMal), ils peuvent aussi prévoir de tels nombres minimums lorsqu'ils déterminent les charges que doivent remplir les prestataires choisis (art. 58*f*, al. 4, let. f, OAMal). L'exigence concernant les nombres minimums de cas peut se référer non seulement à l'hôpital mais aussi à d'autres paramètres, tels que la personne opérant ou l'équipe d'opération (OFSP, 2021, p. 22). D'après les recommandations de la CDS (CDS, 2025, p. 19-20 ; recommandation 7 concernant le nombre minimum de cas, commentaire sur la let. a), la définition d'un nombre minimum de cas ne peut s'effectuer que pour autant qu'elle soit pertinente dans le contexte de l'exploitation des synergies et du potentiel de concentration des prestations. Elle ne s'applique par conséquent pas impérativement à toutes les prestations, mais aux prestations ou groupes de prestations que le canton doit désigner.

Le TAF estime que la disposition relative aux nombres minimums de cas comporte explicitement un critère permettant d'évaluer ou de garantir la qualité d'une prestation. Cette disposition n'impose cependant pas aux cantons les critères selon lesquels la qualité de la fourniture des prestations doit être évaluée. Ce sont eux qui décident des indicateurs qu'ils souhaitent utiliser pour évaluer la qualité des hôpitaux. En fonction de l'éventail des prestations ou des groupes de prestations pour lesquels un hôpital se voit octroyer un mandat, le canton peut ainsi fixer des exigences de qualité spécifiques aux prestations, comme des nombres minimums de cas (arrêt du TAF C-5603/2017 du 14 septembre 2018, consid. 7.6.6.2 avec d'autres références). La définition de tels seuils doit améliorer non seulement la qualité, mais aussi l'efficience et l'économicité (arrêt du TAF C-5603/2017 du 14 septembre 2018, consid. 7.6.6). Le fait de traiter un nombre minimum de cas permet à un hôpital ou une équipe d'acquérir la pratique et l'expérience nécessaires pour garantir la qualité du traitement (arrêt du TAF C-2731/2019 du 30 août 2022, consid. 7.3.3.1). C'est la raison pour laquelle on prévoit en Suisse, de manière

croissante, des nombres minimums de cas pour les traitements hospitaliers. Ce critère fait en outre partie intégrante des exigences spécifiques aux prestations du concept de GPPH et il est, à ce titre, appliqué par la plupart des cantons (voir le chapitre 3.2.2).

3.3.7 Importance pour couvrir les besoins

Parmi les recommandations de la CDS figure le fait que l'importance de l'hôpital pour couvrir les besoins est l'un des critères possibles dans l'attribution d'un mandat de prestations (CDS, 2025, p. 9 ; recommandation 2 concernant la planification hospitalière conforme aux besoins, let. b). Les cantons peuvent fixer une valeur-seuil pour les besoins à couvrir par un fournisseur de prestations. Un hôpital à l'intérieur du canton ne doit ainsi pas être considéré comme déterminant pour la couverture des besoins s'il ne fournit pas, dans le groupe de prestations concerné et pendant une période fixée par le canton, au minimum 5 % (et à la fois au moins 10 cas) des traitements stationnaires des patients domiciliés dans le canton (let. c). Pour un hôpital extra-cantonal, ce seuil est fixé à 10 % au minimum (et à la fois au moins 10 cas). Le TAF a confirmé à ce sujet que le critère de l'importance d'un établissement pour couvrir les besoins est admissible car il sert à évaluer la qualité et le caractère économique d'une prestation (arrêt du TAF C-401/2012 du 28 janvier 2014, consid. 9.2).

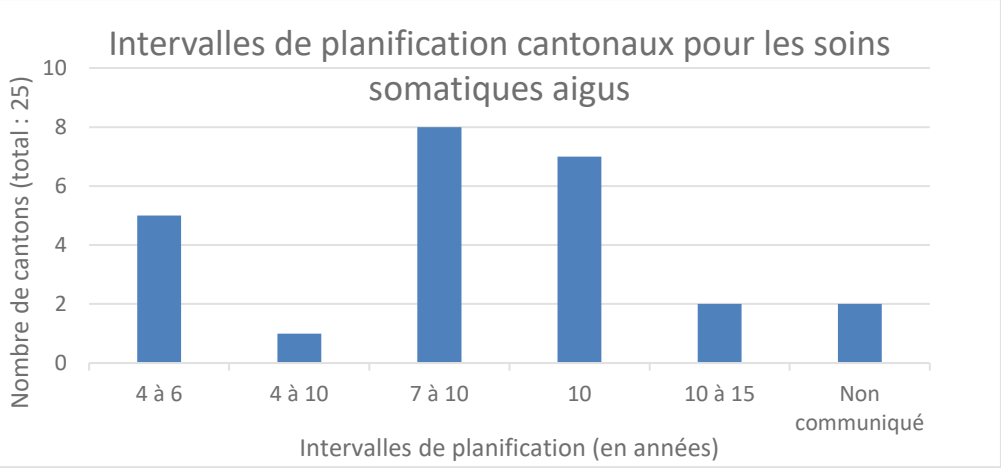
3.4 Déroulement de la procédure

3.4.1 Intervalles de planification

Selon l'art. 58*a*, al. 2, OAMal, les cantons sont tenus de réexaminer périodiquement leur planification. Selon les recommandations de la CDS (CDS, 2025, p. 7 ; recommandation 1 concernant la planification hospitalière liée aux prestations, explication de la let. a), le réexamen peut avoir comme résultat que la planification hospitalière ne nécessite aucune adaptation. Un renouvellement de la planification incluant une analyse globale des besoins et une mise au concours de tous les mandats de prestations n'est approprié qu'à intervalles temporels importants ou si l'on constate de grands écarts entre la prévision des besoins et les évolutions réelles. La fixation des intervalles temporels entre les planifications globales incluant de nouvelles mises au concours est laissée à l'appréciation des cantons.

Les réponses des cantons fournies dans le cadre du sondage de l'OFSP mettent en évidence des intervalles de planification très variables entre les cantons dans le domaine des soins somatiques aigus, au sein d'une fourchette globale comprise entre 4 et 15 ans. La plupart des cantons disposent d'une grande marge de manœuvre en la matière. Dans la moitié d'entre eux environ, les planifications se déroulent à des périodes différentes selon qu'il s'agit de soins aigus, de psychiatrie ou de réadaptation. En règle générale, cependant, les intervalles de planification sont similaires dans ces trois domaines.

Figure 3 – Intervalles de planification cantonaux pour les soins somatiques aigus



Source : graphique élaboré pour le présent rapport

3.4.2 Procédure d'appel d'offres

Conformément aux recommandations de la CDS (CDS, 2025, p. 7 ; recommandation 1 concernant la planification hospitalière liée aux prestations, explication de la let. a), l'appel d'offres fait partie intégrante du processus de planification hospitalière. Dans ce contexte, il convient de garantir que tous les fournisseurs de prestations intéressés soient intégrés dans la procédure d'appel d'offres ; des invitations à y répondre doivent être publiées dans l'organe officiel de publication.

Dans le cadre d'une telle procédure d'appel d'offres, les parties concernées ont le droit d'être entendues en vertu de l'art. 29 Cst. et de l'art. 29 de la loi fédérale sur la procédure administrative (PA ; RS *172.021*). Le principe du droit d'être entendu exige notamment qu'avant de prendre la décision, l'autorité entende effectivement les allégués de la partie touchée dans sa situation juridique par la décision, qu'elle les examine et qu'elle en tienne compte dans sa propre décision (art. 32, al. 1, PA). Il en résulte l'obligation, pour l'autorité, de motiver sa décision (art. 35 PA).

D'après la jurisprudence, la densité de motivation requise pour le cas d'espèce dépend notamment de la complexité des aspects à évaluer, de la marge d'appréciation de l'autorité en charge de la décision et de la densité des allégués des parties. Les décisions relatives aux listes hospitalières présentent en outre une particularité dont il faut tenir compte : il ne s'agit pas d'une décision individuelle, puisque l'autorité doit généralement se prononcer simultanément sur les demandes de tous les hôpitaux candidats à un mandat de prestations. Dans le cadre d'une procédure d'audition aussi large, il n'est pas possible, en pratique, d'examiner en détail les prises de position de tous les participants à l'audition (arrêt du TAF C-4967/2019 du 8 juin 2021, consid. 4.2).

Dans la grande majorité des cantons, les fournisseurs de prestations peuvent s'exprimer lors d'une procédure de consultation formelle relative au rapport de planification (comprenant l'analyse des besoins). D'autres acteurs y participent généralement aussi, comme les assureurs-maladie ou les fédérations de professionnels de la santé. Certains cantons indiquent par ailleurs impliquer parfois des spécialistes ou des fournisseurs de prestations en amont de telles procédures de consultation, c'est-à-dire durant la phase de détermination des besoins – de manière formelle (enquêtes, expertises, groupes de travail) ou informelle (entretiens exploratoires).

3.4.3 Voies de recours

L'art. 53, al. 1, LAMal prévoit que les décisions relatives aux listes hospitalières visées à l'art. 39 LAMal peuvent faire l'objet d'un recours au TAF.

Qualité pour recourir

En vertu de l'art. 48, al. 1, PA en relation avec l'art. 53, al. 2, LAMal, a qualité pour recourir quiconque a pris part à la procédure devant l'autorité inférieure ou a été privé de la possibilité de le faire (let. a) ; est spécialement atteint par la décision attaquée (let. b), et a un intérêt digne de protection à son annulation ou à sa modification (let. c). La jurisprudence exige que la qualité pour recourir en ce qui concerne les listes hospitalières soit évaluée selon des critères stricts (arrêt du TAF C-6266/2013 du 23 juillet 2014, consid. 4.2).

Un fournisseur de prestations est, par principe, atteint par la décision de l'autorité compétente de ne pas l'inscrire sur la liste des hôpitaux. Il a donc qualité pour recourir et peut attaquer la décision qui lui est adressée. Néanmoins, selon la pratique constante du TAF, un hôpital n'a pas d'intérêt digne de protection à ce qu'un autre établissement soit supprimé de la liste hospitalière ou voie son mandat de prestations réduit. Il n'est par conséquent pas légitime qu'un fournisseur de prestations attaque une décision favorable concernant un autre fournisseur (arrêt du TAF C-245/2012 du 3 octobre 2012, consid. 4.4).

Depuis le 1er janvier 2024, les organisations d'assureurs ont également un droit de recours contre les décisions relatives aux listes hospitalières cantonales (art. 53, al. 1bis, LAMal). Une base légale spéciale a été créée à cet effet afin d'instaurer un droit de recours à but idéal destiné aux organisations d'assureurs. Cette démarche doit garantir que non seulement les intérêts des fournisseurs de prestations, mais aussi ceux des assureurs soient suffisamment pris en compte lors de la planification et de l'élaboration des listes hospitalières.

Motif de recours

Selon la pratique constante du TAF, une décision relative à la liste hospitalière est avant tout une décision politique, pour laquelle les autorités compétentes disposent d'un pouvoir d'appréciation considérable (arrêt du TAF C-2731/2019 du 30 août 2022, consid. 3, voir le chapitre 3.3.2). C'est la raison pour laquelle la loi n'accorde pas aux hôpitaux de droit à l'admission sur la liste hospitalière (ATF *132* V 6, consid. 2.4.1).

Par conséquent, en ce qui concerne les recours contre des décisions relatives aux listes hospitalières au sens de l'art. 39 LAMal, il convient de tenir compte également de l'art. 53, al. 2, let. e, LAMal, qui précise que le grief de l'inopportunité – en dérogation des dispositions de procédure visées dans la PA – ne peut être invoqué comme motif de recours (voir à ce sujet l'arrêt du TAF C-5301/2010 du 2 avril 2012, consid. 4.3 ss). Le recours contre une décision relative à une liste cantonale ne peut ainsi porter que sur la violation du droit fédéral, y compris l'abus ou l'excès du pouvoir d'appréciation et la violation de l'interdiction de l'arbitraire (art. 9 Cst.), ou sur la constatation incomplète ou erronée des faits (arrêt du TAF C-2731/2019 du 30 août 2022, consid. 3.1).

À en juger par la pratique constante du TAF, une importance restreinte est accordée à l'égalité de traitement en matière de planification hospitalière. La nature de la planification implique que des fournisseurs de prestations potentiels se trouvant, le cas échéant, dans des situations similaires puissent faire l'objet de traitements différents. Il suffit par conséquent que la planification soit

objectivement défendable, c'est-à-dire non arbitraire (arrêt du TAF C-2818/2019 du 2 avril 2012, consid. 7.11 avec d'autres références).

3.5 Offre de soins excédentaire et insuffisante

L'objectif premier de la planification hospitalière est de garantir un approvisionnement conforme aux besoins de la population en matière de soins. Dans le cadre de son obligation d'établir une planification hospitalière, un canton doit empêcher toute situation d'offre insuffisante pour les assurés résidant sur son territoire et soumis à l'obligation de s'assurer. Cependant, d'après la jurisprudence, la planification hospitalière a également pour objectifs de maîtriser les coûts et, notamment, de réduire les surcapacités. Une planification de l'approvisionnement en soins est donc conforme aux besoins dès lors qu'elle couvre les besoins – mais ne les excède pas (arrêt du TAF C-1405/2019 du 4 avril 2022, consid. 10.3.2).

3.5.1 Identification d'une inadéquation de l'offre

Parmi les indices possibles d'une inadéquation de l'offre de soins, on peut mentionner par exemple le nombre de cas effectifs par rapport aux besoins déterminés, le nombre ou la proportion d'hospitalisations extra-cantonales, un taux d'occupation des lits très élevé, les délais d'attente, de mauvais résultats à l'enquête de satisfaction auprès de la population cantonale, le résultat d'un controlling des mandats de prestations ou encore un échange intracantonal régulier avec les fournisseurs de prestations. Comme cela est expliqué plus haut au chapitre 3.2.3, les modèles de projection appliqués lors de la détermination des besoins reposent sur l'hypothèse selon laquelle les différences régionales dans le recours aux prestations hospitalières peuvent être le signe d'une éventuelle inadéquation de l'approvisionnement en soins.

Dans la pratique, il est parfois difficile de déterminer dans quelle mesure l'offre est inadéquate. Selon les déclarations des cantons, 8 d'entre eux n'ont pas été en mesure de constater par le passé, dans le cadre de leur planification des besoins, une offre excédentaire respectivement insuffisante dans certains domaines au sein de leur canton. En revanche, 6 sont en mesure de le constater, et 11 en partie.

Tableau 1 – Identification d'une inadéquation de l'offre : résultats du sondage de l'OFSP auprès des cantons

Offre excédentaire		
Avez-vous déjà été en mesure de constater par le passé, dans le cadre de votre planification des besoins, une offre excédentaire dans certains domaines au sein de votre canton ? (nombre de cantons)		
Oui	Non	Non évaluable
10[19]	9	6
Anticipez-vous un risque d'offre excédentaire à l'avenir pour les hôpitaux implantés dans votre canton ?		
Oui	Non	Non évaluable

[19] Le principal domaine mentionné dans ce cadre est celui de la chirurgie de l'appareil locomoteur (5 cantons).

11[20]	10	3
Offre insuffisante		
Avez-vous déjà été en mesure de constater par le passé, dans le cadre de votre planification des besoins, une offre insuffisante dans certains domaines au sein de votre canton ? (nombre de cantons)		
Oui	Non	Non évaluable
11[21]	9	5
Anticipez-vous un risque d'offre insuffisante à l'avenir pour les hôpitaux implantés dans votre canton ?		
Oui	Non	Non évaluable
15[22]	7	3

Source : tableau élaboré pour le présent rapport à partir des indications fournies par les cantons (sondage de l'OFSP, 2025)

3.5.2 Instruments de lutte contre l'offre excédentaire

Le principal instrument – et le plus efficace – pour prévenir ou réduire une éventuelle offre de soins excédentaire est une planification hospitalière réalisée de manière rigoureuse. La maîtrise des coûts et, notamment, la réduction des surcapacités font en effet partie des objectifs premiers de cette planification. Comme cela est expliqué plus haut au chapitre 3.2.3, les modèles de projection appliqués prévoient des corrections dans la phase de détermination des besoins, en particulier dans l'éventualité d'une offre excédentaire. Le modèle de l'Obsan tient compte de cet aspect à l'aide de plusieurs scénarios de convergence des taux d'hospitalisation. Différentes hypothèses sont ainsi posées, selon le scénario retenu, concernant la convergence des taux cantonaux vers les taux d'hospitalisation nationaux par sexe, groupe d'âges et GPPH (Füglister-Dousse/Fischer/Spiess/Tuch/Roth/Jörg, 2023, p. 38). Le modèle de Zurich suit également une approche similaire ; les chiffres sont corrigés d'une éventuelle offre excédentaire au niveau cantonal en faisant converger les taux d'hospitalisation et la durée moyenne de séjour par GPPH et par groupe d'âges vers la moyenne suisse (GDZH, 2021, p. 85).

Dans la phase d'attribution des mandats de prestations, les cantons doivent s'intéresser en particulier au potentiel de concentration des prestations pour choisir les fournisseurs (art. 58*d*, al. 4, OAMal, voir plus haut le chapitre 3.3.6), ce qui conduit à une concentration horizontale et verticale des mandats de prestations hospitalières et, partant, à un approvisionnement plus efficient. Dans ce contexte, l'offre disponible est gérée au moyen du nombre de mandats de prestations attribués par GPPH et l'on essaie par ce biais de réduire les surcapacités ou de prévenir leur apparition.

De plus, l'art. 58*a*, al. 2, OAMal impose un réexamen périodique de la planification hospitalière, notamment pour détecter et corriger en temps voulu une offre qui tendrait à ne plus être adéquate. La

[20] Les principaux domaines mentionnés dans ce cadre sont ceux de la chirurgie de l'appareil locomoteur (9 cantons) et de la chirurgie cardiaque (5 cantons).

[21] Le principal domaine mentionné dans ce cadre est celui de la psychiatrie (9 cantons).

[22] Les principaux domaines mentionnés dans ce cadre sont ceux de la psychiatrie (9 cantons), des soins de base et d'urgence (6 cantons) et de la pédiatrie (3 cantons). En outre, plusieurs cantons attirent l'attention sur le fait que le vieillissement croissant de la population pourrait entraîner une offre insuffisante dans tous les domaines auxquels les patients ont recours de manière croissante avec l'âge.

planification est un processus qui implique une actualisation régulière et une adaptation aux nouvelles conditions afin que l'objectif légal, à savoir la garantie d'un approvisionnement conforme aux besoins, puisse être atteint (OFSP, 2008, p. 7).

Selon les recommandations de la CDS (CDS, 2025, pp. 20 ss ; recommandation 8 concernant la gestion des quantités), les cantons peuvent prendre des mesures spécifiques pour éviter des traitements stationnaires non indiqués médicalement et prévenir soit une augmentation disproportionnée du volume soit des surcapacités. De tels instruments peuvent consister par exemple à budgétiser annuellement le volume total des rémunérations du canton, à imposer des nombres maximums de cas, à prévoir une obligation de requérir une autorisation pour des investissements d'extension ou encore à contrôler l'augmentation du nombre de lits. Les instruments de gestion des quantités de ce type doivent toutefois être maniés avec modération car ils peuvent impliquer une (trop forte) réduction de l'offre et, par conséquent, un rationnement des soins et une restriction de la concurrence.

Dans l'un de ses arrêts, le TF a considéré que la gestion des quantités était admissible (ATF *138* II 398, consid. 3.5.2 et 4.1). Quant au TAF, il a précisé dans sa jurisprudence (arrêt du TAF C-5017/2015 du 16 janvier 2019, consid. 6.1, 6.2, 19.3.4, 20.2.1, 21.3.2 et 25.3), pour le domaine des soins somatiques aigus, que la gestion des quantités ou l'introduction d'un budget global n'étaient autorisées que dans la mesure où elles ne figent pas les structures et n'entravent pas la concurrence. La pratique consistant à répartir systématiquement le marché et à imposer de façon rigide un nombre de prestations à chaque hôpital relève de l'ancien financement hospitalier. Une limitation quantitative systématique des cas et l'utilisation systématique de quotas empêcheraient la concurrence voulue dans le cadre du nouveau financement hospitalier et conduiraient à une planification statique. Pour servir d'instrument de gestion, la planification hospitalière doit rester liée aux prestations et non être axée sur des limitations quantitatives de cas. Afin d'éviter une structure figée empêchant la concurrence, il faut prendre en compte les facteurs qui ne sont pas influençables et nécessitent plus de flexibilité. La qualité de l'établissement et les flux de patients exerçant leur libre choix de l'hôpital peuvent ainsi être intégrés comme motifs possibles de dépassement des volumes de prestations limités. Par conséquent, les cantons ne doivent pas mettre en œuvre une gestion trop rigide des quantités ; ils doivent tenir compte des aspects qui exigent davantage de flexibilité (OFSP, 2021, p. 23). Pour autant que ces conditions soient réunies, les cantons disposent des instruments détaillés ci-dessous :

- *Budgets globaux :* en vertu de l'art. 51 LAMal, le canton peut fixer, en tant qu'instrument de gestion des finances, un montant global pour le financement des hôpitaux (al. 1). Il consulte au préalable les fournisseurs de prestations et les assureurs (al. 2). De plus, selon l'art. 58*f*, al. 6, OAMal, les cantons peuvent prévoir que les mandats de prestations contiennent un tel budget global au sens de l'art. 51 LAMal, pour autant que celui-ci ne fige pas les structures et qu'il n'empêche pas toute concurrence. Dans le cadre du sondage de l'OFSP, seuls deux cantons déclarent prévoir des budgets globaux au sens de l'art. 58*f*, al. 6, OAMal, en l'occurrence pour l'ensemble des hôpitaux figurant sur les listes cantonales dans les domaines des soins somatiques aigus, de la psychiatrie et de la réadaptation. Parmi les avantages d'un tel système, les cantons mentionnent la prévisibilité, la sécurité de la planification – pour les finances cantonales comme pour les hôpitaux –, les possibilités de contrôle accrues ainsi que l'incitation à améliorer l'efficience. La plupart des cantons se montrent toutefois critiques, citant entre autres comme inconvénients le risque d'inadéquation de l'approvisionnement en soins et les pertes de qualité, la complexité d'un système de ce type (notamment parce que cela impliquerait de se limiter aux patients résidant dans le canton), le manque de flexibilité et enfin les répercussions possibles sur la concurrence.

Investissements des hôpitaux suisses et planification hospitalière cantonale

- *Nombres maximums de cas :* selon l'art. 58*f*, al. 6, OAMal, les cantons peuvent prévoir que les mandats de prestations pour les hôpitaux de soins somatiques aigus (let. a) et pour les hôpitaux psychiatriques et de réadaptation (let. b) contiennent les volumes de prestations maximaux, pour autant que ceux-ci ne figent pas les structures et qu'ils n'empêchent pas toute concurrence. D'après leurs déclarations, cinq cantons prévoient de tels nombres maximums.
- *Contrôle de l'augmentation du nombre de lits :* selon l'art. 58*f*, al. 6, let. b, OAMal, les cantons peuvent prévoir que les mandats de prestations pour les hôpitaux psychiatriques et les hôpitaux de réadaptation contiennent les capacités maximales, pour autant que celles-ci ne figent pas les structures et qu'elles n'empêchent pas toute concurrence. En psychiatrie et en réadaptation, l'augmentation du nombre de lits peut être limitée par rapport au nombre de lits par hôpital pris en compte au moment de la planification hospitalière (CDS, 2025, p. 22 ; recommandation 8 concernant la gestion des quantités, explication de la let. a). Deux cantons intègrent de tels contrôles de l'augmentation du nombre de lits.

Les cantons peuvent également prévoir des restrictions au niveau des investissements :

- *Obligation de requérir une autorisation pour des investissements d'extension :* selon les recommandations de la CDS, les cantons peuvent prévoir, pour tous les hôpitaux répertoriés, une obligation de requérir une autorisation pour les investissements d'extension, c'est-à-dire ceux qui entraînent une augmentation des capacités (CDS, 2025, p. 21 ; recommandation 8 concernant la gestion des quantités, explication de la let. a). Dans le cadre du sondage de l'OFSP, un seul canton déclare prévoir une obligation de ce type.
- *Acquisitions d'équipements lourds :* les recommandations de la CDS précisent que le mandat de prestations peut comporter des exigences relatives au respect d'une planification cantonale en matière d'équipement pour l'ensemble des hôpitaux. À cet égard, il faudrait établir une distinction entre, d'une part, les investissements de renouvellement et les acquisitions courantes jusqu'à une certaine valeur, que les hôpitaux peuvent effectuer de leur propre compétence, et, d'autre part, les acquisitions d'équipements lourds, dont l'utilisation peut être d'intérêt public (CDS, 2025, p. 21 ; recommandation 8 concernant la gestion des quantités, let. e). Deux cantons déclarent prévoir un contrôle des acquisitions d'équipements lourds.

Par ailleurs, les dispositions suivantes sont appliquées à l'échelle de la Suisse :

- *Interdiction des mauvaises incitations économiques :* selon l'art. 58*f*, al. 7, OAMal, les cantons prévoient que les mandats de prestations des hôpitaux contiennent à titre de charge l'interdiction des systèmes d'incitations économiques entraînant une augmentation du volume des prestations médicalement injustifiées à la charge de l'AOS ou permettant le contournement de l'obligation d'admission au sens de l'art. 41*a* LAMal. Il s'agit par exemple d'empêcher que les médecins soient influencés par des incitations économiques dans leur décision d'orienter les patients vers un traitement en milieu hospitalier (OFSP, 2021, p. 24).
- *Restrictions de la fourniture de prestations hospitalières en cas de prestations ambulatoires équivalentes :* selon les recommandations de la CDS, la fourniture de prestations en stationnaire peut être restreinte lorsque la fourniture de prestations ambulatoires est généralement plus efficace, plus adéquate et plus économique. Des systèmes de financement distincts et non coordonnés entre eux dans les secteurs stationnaire et ambulatoire peuvent pousser les hôpitaux à prendre des décisions d'hospitalisation non indiquées médicalement afin d'obtenir la rémunération plus lucrative.

Dans la mesure où de telles évolutions ne sont pas limitées ou rendues impossibles par la législation fédérale, les cantons peuvent décider des limitations correspondantes (CDS, 2025, pp. 21 et 23 ; recommandation 8 concernant la gestion des quantités, let. f et explication de la let. f). Comme cela est expliqué au chapitre 3.2.3, il faut notamment tenir compte, en la matière, de la réglementation AvS, visée à l'art 3*c* et à l'annexe 1*a* OPAS. Cette réglementation définit 18 groupes d'interventions électives, c'est-à-dire non urgentes, qui sont pris en charge par l'AOS uniquement en milieu ambulatoire – sauf si des circonstances particulières nécessitent un traitement stationnaire. Le potentiel de transfert qui en découle est pris en compte lors de la projection des besoins en soins dans le cadre du modèle de l'Obsan.

- *Mesure de la qualité de l'indication :* ce terme désigne le caractère approprié et la nécessité des interventions médicales. Les indicateurs sur la qualité de l'indication fournissent d'importantes contributions pour éviter l'offre excédentaire. Selon les recommandations de la CDS, les cantons peuvent fixer des directives concernant les conditions requises pour la présentation de la qualité de l'indication (CDS, 2025, p. 16 ; recommandation 5 concernant la qualité, let. c). Depuis quelques années, des efforts sont mis en œuvre pour parvenir à une mesure fiable de la qualité de l'indication à l'aide de données de routine, afin de détecter les surcapacités et, sur cette base, de pouvoir engager des mesures adaptées visant à piloter et évaluer l'approvisionnement en soins (CDS, 2020, p. 7).

  Le programme de maîtrise des coûts du Conseil fédéral, basé sur le rapport du groupe d'experts du 24 août 2017, prévoit différentes mesures visant à favoriser respectivement à améliorer la qualité de l'indication. Parmi elles figurent la mise en place et la promotion de comités médicaux afin d'éviter les traitements inutiles (M11 ; rapport du groupe d'experts « Mesures visant à freiner la hausse des coûts », 2017, pp. 52 à 54), la promotion des directives thérapeutiques et des recommandations relatives au diagnostic et au traitement de maladies (M12 ; rapport du groupe d'experts « Mesures visant à freiner la hausse des coûts », 2017, pp. 54 à 56 ; la mise en œuvre de cette mesure s'inscrit en partie dans le cadre du contre-projet indirect à l'initiative pour un frein aux coûts) et la promotion du second avis médical afin d'améliorer la qualité de l'indication et de réduire les coûts inutiles (M13 ; rapport du groupe d'experts « Mesures visant à freiner la hausse des coûts », 2017, pp. 56 à 58).

- *Autres mesures :* dans le cadre du sondage de l'OFSP, les cantons mentionnent par exemple des actions de sensibilisation et d'information auprès des hôpitaux comme instruments possibles pour prévenir ou réduire une offre de soins excédentaire.

3.5.3 Instruments de lutte contre l'offre insuffisante

Là aussi, l'instrument majeur et le plus efficace pour prévenir ou réduire une éventuelle offre de soins insuffisante est une planification hospitalière rigoureuse. Lorsqu'une offre insuffisante est déjà en place ou se profile dans un domaine de prestations donné, il est possible d'inscrire d'autres hôpitaux (le cas échéant, situés en dehors du canton) sur la liste hospitalière ou d'élargir en conséquence les mandats de prestations des établissements répertoriés.

Les cantons citent notamment les mesures spécifiques suivantes :

- les mesures de lutte contre la pénurie de personnel qualifié, parmi lesquelles la mise en œuvre de l'initiative sur les soins infirmiers ainsi que des programmes spécifiques sur la formation des médecins ;

- les mesures de soutien financier, p. ex. garantie contre le risque de défaillance pour les projets d'infrastructure, subventions, octrois de prêts ou autre mise à disposition de liquidités ;
- la recherche de modèles alternatifs, p. ex. l'intervention d'équipes mobiles ou la collaboration avec d'autres fournisseurs de prestations pour une durée limitée ;
- l'information et la collaboration avec les sociétés médicales spécialisées ;
- l'information et la collaboration dans le cadre de la coordination intercantonale.

3.5.4 Taux d'occupation des hôpitaux répertoriés

L'OFSP publie chaque année, dans les « Chiffres-clés des hôpitaux suisses », des informations sur l'ensemble des hôpitaux[23]. Basés sur les données de la KS et de la MS, ces chiffres donnent un aperçu de la structure, des patients, des prestations, de l'offre, du personnel, de la situation financière et du degré de gravité moyen des hospitalisations des patients en soins aigus dans les hôpitaux. Cette publication annuelle présente, pour chacun des hôpitaux implantés en Suisse, le nombre de lits et le taux d'occupation de ces lits dans le secteur stationnaire. Les données relatives à l'année N-2 sont ainsi publiées chaque printemps.

Selon les déclarations des cantons dans le cadre du sondage de l'OFSP, le taux d'utilisation des hôpitaux et, en particulier, le taux d'occupation ont une importance plutôt marginale dans le cadre de la planification hospitalière. Le taux d'occupation d'un hôpital répertorié est très dynamique et dépend de nombreux facteurs, comme les ressources en personnel ou les fluctuations saisonnières de la demande de soins. Ainsi, le nombre de lits n'est pas forcément un indicateur pertinent, car en raison de la pénurie de main-d'œuvre qualifiée, beaucoup d'hôpitaux rencontrent des difficultés ne serait-ce qu'à maintenir leurs capacités. Le nombre de lits exploités dans les hôpitaux inscrits sur la liste cantonale est donc généralement ajusté de manière flexible en fonction des circonstances.

De plus, suite à la révision de la LAMal du 21 décembre 2007 et aux modifications correspondantes de l'OAMal du 22 octobre 2008, le système a basculé vers un financement hospitalier fondé sur les prestations, via les forfaits par cas. Dans le cadre d'une planification hospitalière liée aux prestations, ce sont les données concernant les prestations, comme les données par cas ou les données par cas en fonction du diagnostic, qui occupent le premier plan, et non plus les données sur l'activité, telles que la durée du séjour ou l'occupation des lits (comme c'est le cas dans une planification liée aux capacités). En ce qui concerne les soins somatiques aigus, la planification est liée aux prestations (art. 58*c*, let. a, OAMal). Dans les domaines de la psychiatrie et de la réadaptation (art. 58*c*, let. b, OAMal), presque tous les cantons optent dans les faits aussi pour une planification liée aux prestations (voir plus haut le chapitre 3.2.1).

Par conséquent, la plupart des cantons ne tiennent pas directement compte du taux d'occupation des hôpitaux, qui est intégré dans la détermination des besoins ou dans le modèle de planification au plus de manière indirecte, par exemple comme indice d'une possible inadéquation de l'offre. Un taux très élevé d'occupation des lits, de même que de longs délais d'attente peuvent ainsi révéler une situation d'offre insuffisante à l'échelle cantonale, qu'il faut alors corriger dans le modèle de projection (GDZH, 2021, p. 85).

---

[23] http://www.bag.admin.ch/fr > Services > Chiffres & statistiques > Faits & chiffres Hôpitaux > Chiffres-clés des hôpitaux suisses

3.6 Conclusions et mesures à prendre

Dans les chapitres précédents, le Conseil fédéral a examiné de manière approfondie les modèles et les processus utilisés dans le cadre de la planification hospitalière cantonale afin de répondre au postulat CSSS-N 19.3423. De cette analyse découlent les principaux constats ainsi que les défis et les potentiels présentés ci-après.

3.6.1 Directives générales

Au cours des dernières années, des efforts considérables ont été déployés dans le but d'uniformiser les différentes pratiques cantonales en matière de planification hospitalière. Ce travail s'est traduit notamment, à l'échelle fédérale, par le développement des critères de planification en 2021, ainsi qu'à l'échelle intercantonale par l'actualisation des recommandations de la CDS en 2022 et en 2025. L'écrasante majorité des cantons ont déjà pu mettre en œuvre les critères de planification remaniés et les recommandations de la CDS. Ces instruments permettent non seulement d'avancer dans l'uniformisation grâce à la définition d'exigences minimales, mais aussi d'accroître la clarté et la transparence du processus.

3.6.2 Détermination des besoins

Systématique de planification

La planification nécessite d'établir une classification des nombreuses prestations médicales. Dans le domaine des soins somatiques aigus, tous les cantons utilisent le concept de GPPH du canton de Zurich pour la somatique aigüe, recommandé par la CDS, sachant que les cantons peuvent s'écarter ponctuellement des exigences portant sur des prestations spécifiques. Ces dernières années, une base a été élaborée également dans le domaine de la réadaptation en vue d'une certaine uniformisation et coordination des planifications cantonales de la réadaptation. Dans le domaine de la psychiatrie, en revanche, les approches suivies sont très diverses. Dans ce contexte, il serait souhaitable de poursuivre l'harmonisation de la systématique de planification. Un quart environ des cantons déclarent expressément, dans le cadre du sondage de l'OFSP, qu'une uniformisation des différentes systématiques de planification faciliterait la coordination intercantonale.

<u>Mesures à prendre concernant la systématique de planification :</u> il est recommandé aux cantons de poursuivre l'uniformisation déjà amorcée de la systématique des groupes de prestations (y compris pour les exigences générales et spécifiques à chaque groupe fixées aux fournisseurs de prestations). En particulier :

- *Soins somatiques aigus : vérifier si les écarts cantonaux ponctuels par rapport aux exigences portant sur des prestations spécifiques dans le concept de GPPH sont nécessaires et/ou justifiés ; contrôler également à ce sujet si le cadre existant permet la concertation et l'implication de tous les cantons dans le développement du concept de GPPH, ce qui favoriserait l'acceptation des évolutions en la matière.*
- *Psychiatrie : faire avancer l'élaboration d'un concept de GPPH uniforme.*
- *Réadaptation : faire avancer l'opérationnalisation et l'utilisation d'un concept de GPPH uniforme.*

Investissements des hôpitaux suisses et planification hospitalière cantonale

Modèles de projection pour la détermination des besoins

Afin de déterminer les besoins dans le cadre de leur planification hospitalière, la grande majorité des cantons utilisent le modèle de projection de l'Obsan ou celui du canton de Zurich, qui présentent une méthodologie similaire. Tous deux se fondent notamment sur des données statistiquement justifiées et des comparaisons (MS, KS, STATPOP), et prennent en compte les facteurs d'influence pertinents pour la prévision des besoins (évolutions démographiques, épidémiologiques, médico-techniques et économiques, ainsi que correction d'une éventuelle inadéquation de l'offre de soins). Dans ce cadre, à partir des données de la MS, une analyse approfondie des flux de patients est également effectuée et, en particulier, des indicateurs permettant d'illustrer les interdépendances entre les systèmes de soins cantonaux sont calculés.

Plusieurs cantons affirment, dans le cadre du sondage de l'OFSP, que l'utilisation d'un modèle uniforme permettrait une meilleure coordination intercantonale.

En outre, les cantons ont également été interrogés, entre autres, sur les données ou les informations auxquelles ils n'ont actuellement pas accès et qui pourraient les aider à améliorer leur évaluation des besoins en soins, en complément des données déjà disponibles. 11 cantons ont exprimé un besoin de données fiables sur le recours aux prestations ambulatoires (données individuelles des services ambulatoires des hôpitaux, répartis par GPPH ; accès systématique et utilisation des données SASIS ; données sur l'évolution du transfert vers l'ambulatoire ; statistiques relatives aux cas AvS en vertu de l'art 3*c* et de l'annexe 1*a* OPAS), le tout surtout afin de mieux estimer les offres de substitution en ambulatoire.

Quelques cantons ont mentionné avoir besoin également d'autres données ou informations : l'intégration ou la mise en relation des différents fichiers de données (MS, statistique des institutions médico-sociales [SOMED], patients ambulatoires des hôpitaux [PSA], données structurelles des cabinets médicaux et des centres ambulatoires [MAS], etc.) avec les modèles de projection ; le nombre de lits exploités ; les délais d'attente en fonction du domaine spécialisé ; les données relatives aux évolutions médico-techniques et épidémiologiques à l'échelle nationale, qui permettraient de tirer des conclusions également au niveau cantonal ; et enfin des indicateurs concernant les séjours hospitaliers évitables.

Comme le Conseil fédéral l'a constaté dans son rapport établi en réponse au postulat Humbel 15.4225 « Mieux utiliser les données médicales pour assurer l'efficience et la qualité des soins », il existe un besoin urgent d'optimiser la disponibilité et l'utilité des données relatives à la santé pour la recherche, pour la planification et pour le pilotage du système de santé. Dans ce contexte, le programme DigiSanté vise à promouvoir la création d'un système de santé numérique dans lequel toutes les données pertinentes peuvent être échangées de manière ininterrompue et lues par tous les systèmes. L'Espace suisse des données de santé (SwissHDS) constitue le cœur de DigiSanté. L'objectif est de créer un espace des données qui favorise l'approvisionnement en soins, qui soit réalisable et qui renforce la capacité d'innovation du secteur. Avec une phase de mise en œuvre initiée au début de l'année 2025 pour une durée de 10 ans, le programme n'en est encore qu'à ses débuts dans ce processus de transformation. Dans ce cadre, des mesures doivent notamment être mises en œuvre pour, d'une part, conduire à une meilleure utilisation des données pour la planification et le pilotage du système de santé par les autorités et les acteurs impliqués et, d'autre part, améliorer l'accès des chercheurs issus du milieu académique et de l'économie privée aux données pertinentes pour la santé.

Investissements des hôpitaux suisses et planification hospitalière cantonale

Mesures à prendre concernant la détermination des besoins : il est recommandé aux cantons de vérifier :

- *s'il serait opportun d'élaborer un modèle de projection uniforme à l'échelle de la Suisse ;*
- *quelles données ou bases de données supplémentaires, en particulier en ce qui concerne le secteur ambulatoire, pourraient améliorer la détermination des besoins en soins.*

Prise en compte du secteur ambulatoire hospitalier

Le 24 novembre 2024, la modification de la LAMal relative au financement uniforme des prestations de soins a été adoptée par la population suisse (voir plus bas le chapitre 4.4). Etant donné qu'avec cette réforme, les cantons et les assureurs-maladie financent conjointement toutes les prestations, les deux acteurs seront davantage incités à encourager, dans chaque cas, le traitement le plus judicieux médicalement et le moins coûteux. En outre, le nouveau système tarifaire global pour les prestations médicales ambulatoires (tarif médical ambulatoire à la prestation [TARDOC] et tarif médical ambulatoire forfaitaire par patient [forfaits ambulatoires]) entrera en vigueur le 1er janvier 2026 et remplacera la structure tarifaire TARMED, qui n'avait pas été révisée en profondeur depuis environ 20 ans.

Ces mesures doivent notamment favoriser le transfert des prestations hospitalières vers les prestations ambulatoires, ce qui permettra au secteur ambulatoire hospitalier et au secteur ambulatoire de gagner en importance. Dans le cadre du sondage de l'OFSP, de nombreux cantons se sont ainsi exprimés en faveur d'une meilleure prise en compte du secteur ambulatoire hospitalier dans la planification des hôpitaux, voire, pour quelques-uns, en faveur d'une intégration de la planification hospitalière dans une planification globale des soins de santé.

Par ailleurs, certains cantons déclarent dans le cadre du sondage de l'OFSP que des incitations importantes en faveur d'une évolution structurelle – notamment pour le transfert visé vers l'ambulatoire – résident dans les structures tarifaires, sur lesquelles ils considèrent ne pas avoir d'influence. Ils estiment donc qu'une vision commune aux principaux acteurs est indispensable pour mieux harmoniser les différents éléments déjà existants du système global, parmi lesquels les systèmes d'incitation et la planification hospitalière. Sur ce point, le Conseil fédéral est d'avis que les réformes citées plus haut (financement uniforme des prestations et nouveau système tarifaire global pour les prestations médicales ambulatoires) ont permis d'éliminer d'importantes incitations inopportunes. Ainsi, les conditions-cadres ont été considérablement améliorées, en particulier dans le contexte du transfert souhaité des prestations hospitalières vers l'ambulatoire.

Mesures à prendre dans le secteur ambulatoire hospitalier : il est recommandé aux cantons de vérifier l'opportunité de mieux prendre en compte l'évolution du secteur ambulatoire hospitalier dans le cadre de la détermination du besoin stationnaire pour la planification hospitalière, et d'examiner comment y parvenir.

3.6.3 Attribution des mandats de prestations

Après avoir déterminé les besoins de manière rigoureuse, le canton est tenu d'évaluer et de sélectionner les fournisseurs de prestations. Les critères d'attribution des mandats de prestations ont été précisés dans la jurisprudence comme dans le droit fédéral : les cantons doivent notamment prendre en compte,

pour ce choix, le caractère économique et la qualité de la fourniture des prestations, ainsi que l'accès des patients au traitement dans un délai utile. Selon une jurisprudence constante, il s'agit avant tout d'une décision politique, pour laquelle les autorités compétentes disposent d'un pouvoir d'appréciation considérable.

Dans le cadre du sondage de l'OFSP, près d'un quart des cantons se déclarent expressément favorables à ce que les critères existants d'attribution des mandats de prestations soient définis de manière plus précise au niveau fédéral, par exemple via des valeurs de référence et des recommandations spécifiques. Ces mesures doivent permettre d'harmoniser davantage les pratiques des cantons, mais aussi de clarifier la procédure, notamment dans le contexte des recours au TAF.

Selon une étude de l'Obsan sur le paysage hospitalier, on observe, sur la période 2013 à 2023, une concentration accrue des prestations hospitalières dans les soins somatiques aigus. Une tendance à la concentration se dessine en effet clairement dans 19 des 24 domaines de prestations pour la planification hospitalière (DPPH). Ce phénomène s'explique par une baisse du nombre de sites hospitaliers d'une part et par une spécialisation croissante des hôpitaux d'autre part, bien qu'il soit difficile de tirer des conclusions sur les causes et effets des différentes mesures (Jörg/Fischer/Tuch/Haldimann, 2025).

En comparaison internationale, la Suisse se situe en dessous de la moyenne européenne avec 4,37 lits d'hôpital pour 1000 habitants en 2023[24]. Elle se situe également dans la moyenne des pays de l'OCDE (OCDE, 2025, p. 117)[25]. Ces comparaisons doivent toutefois être considérées avec prudence car le nombre de lits d'hôpital dépend essentiellement du besoin en prestations médicales, notamment hospitalières, et de l'organisation des soins médicaux. Ce besoin est à son tour fortement influencés par la structure démographique (p.ex. l'âge), mais aussi par d'autres facteurs de risque spécifiques au pays (p.ex. consommation d'alcool et de tabac, pollution de l'air, activités de loisir) qui ne sont pas mis en évidence dans de telles comparaisons. Afin d'effectuer une comparaison éclairée, il faudrait de plus ne pas considérer seulement le nombre de lits, mais également la qualité de l'approvisionnement en soins hospitaliers (p.ex. accès, temps d'attente, satisfaction des patients, mortalité…)[26]. La topographie spécifique à chaque pays joue également un rôle important dans l'organisation des soins de santé. Enfin, ce chiffre devrait également être analysé dans le contexte du système de santé concerné (p. ex. structure du système de financement et de tarification, avancement du transfert du stationnaire vers l'ambulatoire, étendue des prestations, etc.).

Accès au traitement dans un délai utile

Le critère de l'accès des patients au traitement dans un délai utile exige une évaluation du traitement nécessaire. Il en résulte en principe que les prestations fréquentes et/ou urgentes doivent être planifiées à proximité du domicile, tandis que des trajets plus longs sont acceptables pour les prestations rares ou

---

[24] La moyenne de l'UE pour 2023 s'élève à 5,11 lits d'hôpital pour 1000 habitants (source : Eurostat, cf. https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/tps00046/default/table?lang=en&category=t_hlth.t_hlth_care.t_hlth_care_).

[25] Selon la publication de l'OCDE, la Suisse compte 4,4 lits d'hôpital pour 1000 habitants, la moyenne de l'OCDE étant de 4,2 lits d'hôpital pour 1000 habitants pour l'année 2023. De plus, avec un taux d'occupation des lits de 81 %, la Suisse se situe nettement au-dessus de la moyenne de l'OCDE, qui est de 71 % (OCDE, 2025, p. 117).

[26] La publication de l'OCDE répertorie ces indicateurs (OCDE 2025).

non urgentes – les prestations pouvant ainsi être concentrées. Des modèles spécifiques de calcul de l'accessibilité adéquate peuvent être utilisés pour apprécier ce critère.

En matière d'accessibilité, le canton peut appliquer des valeurs différentes en fonction du type de prestation. Dans le cadre du sondage de l'OFSP, quelques cantons ont ainsi indiqué être favorables à la définition de valeurs de référence (p. ex. accessibilité minimale par domaine spécialisé, accessibilité minimale pour une part de la population à définir).

Mesures à prendre concernant l'accessibilité : il est recommandé aux cantons de vérifier s'il serait opportun de définir à l'échelle suisse des valeurs de référence d'accessibilité minimale.

Caractère économique

Selon l'art. 58*d*, al. 1, OAMal, l'évaluation du caractère économique des hôpitaux s'effectue notamment grâce à des comparaisons des coûts ajustés selon le degré de gravité des cas traités. Cet ajustement des prestations hospitalières en fonction du degré de gravité permet de comparer entre eux les coûts par cas de l'ensemble des établissements. De nombreuses actions ont été entreprises au cours des dernières années afin de calculer ces données selon une méthode uniforme et de les rendre facilement accessibles. L'utilisation des modèles de présentation des comptes et de calcul des tarifs REKOLE et ITAR_K s'est ainsi établie dans les hôpitaux. Les cantons procèdent ensuite à la préparation et au traitement des données des hôpitaux selon une méthode uniforme à l'échelle suisse. Enfin, la publication des coûts par cas en tant qu'instrument possible de contrôle du caractère économique est effectuée par l'OFSP conformément à un concept commun avec les cantons.

Il faut toutefois noter que la rémunération à l'aide de forfaits (p. ex. la structure tarifaire SwissDRG) conduit, pour certaines prestations, à des imprécisions de représentation liées au système. Les différences de coûts régionales et liées à l'organisation sont parfois prises en compte de manière incomplète dans les coûts ajustés selon le degré de gravité, ce qui réduit la pertinence de cet instrument.

Cette question a été approfondie dans le cadre de travaux de recherche. Par exemple, les variables structurelles des hôpitaux susceptibles d'expliquer les différences de coûts entre les établissements ont été examinées, dans le but de distinguer les différences de coûts justifiées de celles qui résultent d'inefficiences. Une telle approche permettrait de mieux interpréter les disparités de coûts qui existent entre les hôpitaux et de tenir compte des écarts structurels justifiés dans la comparaison des coûts (Havranek/Ondrej/Bollmann/Widmer/Spika/Boes, 2022 ; Havranek/Ondrej/Bollmann/Widmer/Spika/Boes, 2023).

Comme cela est expliqué également plus bas au chapitre 4.3, les partenaires tarifaires et les cantons travaillent actuellement, dans le domaine du calcul des tarifs et de l'évaluation de l'efficience, au développement d'une méthodologie uniforme à l'échelle nationale pour effectuer des comparaisons adéquates de l'efficience des hôpitaux. Ces travaux sont encadrés par la Confédération et prévoient une réglementation fédérale uniforme pour l'ensemble de la Suisse. Aucune autre mesure n'est donc nécessaire actuellement en la matière.

Qualité

Le critère de qualité a également été précisé dans le cadre de la modification de l'OAMal du 23 juin 2021. L'art. 58*d*, al. 2, OAMal contient en effet les exigences minimales en matière de qualité

applicables à l'échelle nationale en vue de l'admission des fournisseurs de prestations. Les cantons peuvent aussi définir des exigences minimales supplémentaires. Le concept de GPPH prévoit souvent déjà la définition de nombreuses exigences en matière de structure, processus et personnel pour chaque GPPH. Les nombres minimums de cas font en outre partie intégrante des exigences spécifiques aux prestations du concept de GPPH et sont, à ce titre, appliqués par la plupart des cantons.

Bien que ces efforts n'en soient qu'à leurs débuts, on observe ces dernières années des évolutions réjouissantes en vue de mesurer la qualité des hôpitaux et de permettre des comparaisons. En vertu de l'art. 58*d*, al. 3, OAMal, les résultats des mesures de la qualité réalisées à l'échelle nationale peuvent ainsi être utilisés comme critères de sélection des établissements. La plupart des cantons ont effectivement recours à cette possibilité. Par ailleurs, depuis 2021, les fédérations des fournisseurs de prestations et des assureurs sont tenues par l'art. 58*a* LAMal de conclure des conventions relatives au développement de la qualité (conventions de qualité) valables pour l'ensemble du territoire suisse. En outre, sur la base de l'art. 59*a* LAMal, l'OFSP publie des indicateurs de qualité dans le secteur hospitalier permettant une comparaison systématique de la qualité des résultats médicaux des hôpitaux de soins aigus.

Bien que l'on se fonde actuellement sur la preuve du respect des exigences de qualité des processus et des structures, une évaluation via des indicateurs de qualité des résultats médicaux est en partie visée à l'avenir, à l'instar du canton de Zurich dans le domaine des soins somatiques aigus. Avec l'instauration et l'utilisation d'indicateurs spécifiques adaptés à chaque domaine spécialisé, il pourrait s'avérer moins pertinent de recourir à une gestion au moyen des nombres minimums de cas (GDZH, 2021, p. 51).

Mesures à prendre concernant la qualité : il est recommandé aux cantons de vérifier :

- *comment mettre en œuvre une définition uniforme à l'échelle suisse de valeurs de référence (dont des nombres minimums de cas) pour l'évaluation de la qualité ;*
- *comment améliorer la comparabilité de la qualité des hôpitaux à l'aide d'indicateurs de qualité uniformes au niveau national ;*
- *s'il serait opportun de procéder à une évaluation via des indicateurs de qualité des résultats médicaux et quelle forme celle-ci pourrait prendre.*

3.6.4 Conduite de la procédure

Intervalles de planification

Très variables selon les cantons, les intervalles de planification se situent généralement dans une fourchette globale comprise entre 4 et 15 ans. Dans le cadre du sondage de l'OFSP, un quart des cantons affirment que les horizons de planification différents représentent un obstacle important pour une coordination intercantonale efficace. Le rapport explicatif sur la modification de l'OAMal du 23 juin 2021 affirmait déjà que plus les cantons coordonnent leur planification au niveau temporel, plus leur marge de manœuvre pour exploiter de manière optimale le potentiel d'approvisionnement en soins extra-cantonal s'accroît, par exemple grâce à une plus grande flexibilité dans la concentration des groupes de prestations ou dans la création d'offres supracantonales (OFSP, 2021, p. 21). Dans ce

contexte, un certain degré d'harmonisation des horizons temporels est indispensable pour permettre une coordination matérielle de l'approvisionnement en soins.

Mesures à prendre concernant les intervalles de planification : il est recommandé aux cantons d'élaborer des approches possibles pour une meilleure coordination temporelle de leurs planifications hospitalières, par exemple au sein de grandes régions de soins.

Processus de planification hospitalière

Le processus de planification hospitalière s'est fortement professionnalisé au cours des 20 dernières années. Les critères d'attribution des mandats de prestations ont en effet été précisés à la fois dans la jurisprudence et dans le droit fédéral. Par ailleurs, les aspects relevant du droit procédural ont gagné en importance, l'appel d'offres faisant désormais partie intégrante du processus de planification. Dans ce cadre, il convient de garantir le droit d'être entendus aux fournisseurs de prestations qui se portent candidats. En outre, une coordination doit être assurée avec les cantons potentiellement concernés dans leur situation en matière d'approvisionnement en soins. Les décisions relatives aux listes hospitalières peuvent faire l'objet d'un recours au TAF de la part des hôpitaux impliqués mais aussi, depuis peu, des organisations d'assureurs.

Dans ce contexte, plusieurs cantons – surtout des petits – font remarquer, dans le sondage de l'OFSP, que le processus de planification hospitalière mobilise beaucoup de ressources. Un quart des cantons mentionnent également le fait que les recours au TAF génèrent de grandes incertitudes et freinent parfois considérablement le processus de planification hospitalière.

Comme cela est indiqué également plus bas au chapitre 4.5, la planification hospitalière doit répondre à divers intérêts, en partie contradictoires. D'une part, les conditions-cadres en vigueur doivent garantir la flexibilité requise pour pouvoir prendre en considération et pondérer les différents besoins, situations initiales et évolutions dans le domaine de la santé ; une grande marge de manœuvre est indispensable lorsqu'il s'agit de décisions politiques complexes de ce type. D'autre part, la planification hospitalière doit être intelligible et efficace, ce qui implique de définir des critères objectifs, mais aussi de veiller à leur uniformisation et de contrôler leur respect.

Le Conseil fédéral estime que les réglementations existantes sur la conduite de la procédure tiennent compte de manière satisfaisante de ce contexte difficile. Afin de renforcer le caractère intelligible et l'efficacité de la planification, la Confédération et les tribunaux ont en partie précisé les critères d'attribution des mandats de prestations. En outre, les décisions relatives à la planification hospitalière sont soumises à un contrôle de la part des autorités judiciaires. Néanmoins, les cantons restent libres quant à l'organisation précise et à la pondération des critères d'attribution. Ce pouvoir d'appréciation considérable des cantons est conservé également dans le cadre de la procédure judiciaire. Le TAF n'est ainsi pas autorisé à vérifier l'opportunité des décisions dans ce domaine (cognition limitée) ; les seuls griefs pouvant être invoqués sont la violation du droit fédéral, y compris l'abus ou l'excès du pouvoir d'appréciation ou la violation de l'interdiction de l'arbitraire (art. 9 Cst.), ou encore la constatation incomplète ou erronée des faits.

3.6.5 Offre de soins excédentaire ou insuffisante

L'instrument le plus efficace pour prévenir ou réduire une éventuelle offre de soins excédentaire est une planification hospitalière réalisée de manière rigoureuse. Les modèles de projection appliqués prévoient

ainsi des corrections dans la phase de détermination des besoins, en particulier dans l'éventualité d'une offre excédentaire. Ensuite, lors de l'attribution des mandats de prestations, il doit être tenu compte du potentiel de concentration des prestations. Le droit de recours des organisations d'assureurs pourrait, à cet égard, conduire à ce que l'on accorde en pratique davantage d'importance à ce critère. Pour finir, les cantons sont tenus de réexaminer périodiquement la planification hospitalière, notamment pour détecter et corriger en temps voulu une offre qui tendrait à ne plus correspondre aux besoins.

Les cantons peuvent en outre prendre des mesures spécifiques contre une éventuelle offre excédentaire, en particulier des mesures de gestion des volumes de prestations. Les instruments de ce type doivent toutefois être maniés avec modération car ils peuvent impliquer une (trop forte) réduction de l'offre et, par conséquent, un rationnement des soins et une restriction de la concurrence. Par ailleurs, les dispositions actuelles prévoient, pour l'ensemble de la Suisse, une interdiction des incitations économiques inopportunes dans les hôpitaux ainsi que des restrictions de la fourniture de prestations hospitalières en cas de prestations ambulatoires équivalentes (réglementation AvS, visée à l'art 3*c* et à l'annexe 1*a* OPAS).

Dans la pratique, il est parfois difficile de déterminer dans quelle mesure l'offre est inadéquate. Afin de prendre en compte ces inadéquations potentielles lors de l'estimation des besoins, on compare les valeurs cantonales avec les chiffres obtenus à l'échelle de la Suisse dans le cadre des modèles de projection et l'on fait converger, par exemple, les taux d'hospitalisation par GPPH et par groupe d'âge vers la moyenne suisse (généralement à la baisse). Cette approche repose sur l'hypothèse selon laquelle la moyenne suisse correspond à un approvisionnement en soins optimal, ce qui n'est pas attesté. C'est oublier aussi le fait que les différences régionales en matière de couverture peuvent avoir des causes diverses et variées – l'inadéquation de l'approvisionnement en soins n'étant que l'une d'entre elles[27]. Les informations relatives aux différences régionales d'approvisionnement fournissent des bases importantes pour la planification hospitalière. Projet de coopération de l'OFSP et de l'Obsan, l'Atlas suisse des services de santé recense les variations régionales dans le recours aux soins et sert de fondement à la recherche sur les services de santé ainsi que d'outil de planification et de pilotage pour les autorités dans le but d'assurer un approvisionnement conforme aux besoins[28]. Il convient toutefois d'examiner de manière approfondie les causes de ces différences régionales afin de pouvoir en déduire les mesures appropriées.

Afin de pouvoir prendre les mesures appropriées, une évaluation respectivement une analyse rigoureuse et la plus précise possible de la situation en matière d'approvisionnement en soins est indispensable. Dans ce contexte, les instruments et les indicateurs permettant d'identifier une inadéquation de l'offre doivent être davantage développés. Indépendamment de l'analyse des différences régionales d'approvisionnement mentionnée plus haut, une autre approche intéressante pourrait consister par exemple à obtenir une mesure fiable de la qualité de l'indication à l'aide de données disponibles ; des efforts sont également mis en œuvre en ce sens (CDS, 2020, p. 7). Le terme de qualité de l'indication désigne le caractère approprié et la nécessité des interventions médicales. Les

---

[27] L'Atlas des services de santé distingue différentes sources et causes de la variation régionale, à savoir : la variation aléatoire (incertitude statistique et faibles nombres de cas), la variation liée aux données (p. ex. différences de qualité des données), la variation liée à la demande (besoins et préférences des patients) et la variation liée à l'offre (différences régionales dans l'accès aux soins et dans l'offre quantitative de prestations médicales, et différences de pratique médicale) (www.versorgungsatlas.ch/fr > Méthodologie > Interprétation de l'Atlas des services de santé).

[28] www.versorgungsatlas.ch/fr

indicateurs mesurant ce paramètre contribuent donc de manière importante à éviter les situations d'offre excédentaire.

Mesures à prendre concernant une possible inadéquation de l'offre : il est recommandé aux cantons de vérifier comment développer et améliorer les instruments et les indicateurs permettant d'identifier une inadéquation de l'offre de soins. Dans ce cadre, on peut envisager par exemple la réalisation d'études sur les causes des différences régionales d'approvisionnement ou l'élaboration d'indicateurs visant à mesurer la qualité de l'indication.

3.6.6 Conclusion

À partir de l'analyse ci-dessus, le Conseil fédéral constate une nécessité d'agir au niveau des modèles et processus utilisés dans le cadre de la planification hospitalière cantonale. Il a donc formulé des recommandations en ce sens à l'intention des cantons.

La première action entreprise est la révision récente des recommandations de la CDS du 27 novembre 2025. La recommandation 2 concernant la planification hospitalière conforme aux besoins a ainsi été complétée pour préciser que les cantons doivent procéder tous les cinq ans à une analyse des besoins à l'échelon national et tous les dix ans à une prévision des besoins à l'échelon national pour les prestations médicales stationnaires, en tenant compte des flux de patients. Les cantons développent leur planification des besoins sur cette base (CDS, 2025, p. 9). Selon la CDS, l'analyse et la prévision des besoins à l'échelon national fournissent aux cantons une base statistique uniforme pour leurs planifications hospitalières (CDS, 2025, p. 11 ; recommandation 2 concernant la planification hospitalière conforme aux besoins, explication de la let. a).

De plus, un complément a également été apporté à la recommandation 11 concernant la coordination intercantonale de la planification hospitalière et des flux de patients. Dès que les bases nécessaires sont disponibles, les cantons doivent se fonder sur des zones d'approvisionnement en soins hospitaliers pour leurs planifications hospitalières (voir aussi le chapitre 5.4.6). Ils élaborent à cet effet, en amont, un rattachement uniforme dans toute la Suisse des GPPH aux niveaux de prise en charge « soins de premiers recours » ainsi que « prise en charge spécialisée », et des critères uniformes dans toute la Suisse pour l'attribution de mandats de prestations dans le domaine de la prise en charge spécialisée. Pour cela, les cantons doivent tenir compte des flux de patients, de l'analyse et prévision des besoins à l'échelon national ainsi que, en particulier, des critères de l'accessibilité, de la complexité des prestations et des nombres de cas (CDS, 2025, p. 25 ; recommandation 11 concernant la coordination intercantonale de la planification hospitalière et des flux de patients, let. a).

Dans les domaines de la psychiatrie et de la réadaptation, les cantons sont invités à appliquer une procédure analogue le moment venu. La CDS annonce que des classifications des prestations médicales aux fins de la planification seront prochainement élaborées pour ces domaines. D'ici là, une approche coordonnée des cantons sur la base des zones d'approvisionnement en soins hospitaliers n'est possible que de manière restreinte compte tenu de l'absence d'une systématique commune (CDS, 2025, p. 27 ; recommandation 11 concernant la coordination intercantonale de la planification hospitalière et des flux de patients, explication de la let. a).

La CDS, dans son communiqué de presse du 1er décembre 2025, affirme que les travaux de mise en œuvre auront lieu dans les prochaines années. Le Conseil fédéral suivra leur avancement et décidera

sur cette base s'il est nécessaire de préciser les conditions-cadres de la planification hospitalière cantonale qui figurent actuellement dans le droit fédéral.

4 Rôle multiple des cantons

Conformément aux constats énoncés dans le postulat Cassis 15.3464, les cantons assument des tâches essentielles dans la planification hospitalière. À la fois instance de décision au sein de ce processus (chapitre 4.1) et (co-)propriétaires de certains établissements hospitaliers (chapitre 4.2), ils sont chargés d'approuver voire de fixer les tarifs (chapitre 4.3) et financent (encore) la majeure partie des prestations hospitalières (chapitre 4.4). Cette pluralité des rôles fait l'objet de vives critiques, y compris dans le texte du postulat cité : elle engendrerait ainsi inévitablement des conflits d'intérêts et des distorsions de la concurrence, tout en diminuant les incitations à contrôler les coûts. Le chapitre ci-après examine dans quelle mesure ces craintes sont ou non justifiées pour chacun des rôles mentionnés. Les conclusions tirées par le Conseil fédéral sont exposées au chapitre 4.5.

Il convient tout d'abord de rappeler que le législateur s'est fixé comme objectif de politique sociale de garantir des soins médicaux de haute qualité, solidaires et accessibles à tous. De ce fait, les fournisseurs de prestations, les financeurs et la formation des prix sont règlementés, ce qui rend impossible une concurrence pure dans le secteur de la santé.

Le marché de la santé est donc caractérisé par une interaction entre planification étatique et éléments de concurrence. Dans ce contexte, le TAF a résumé comme suit les particularités du marché de la santé (arrêt du TAF C-2283/2013, C-3617/2013 du 11 septembre 2014, consid. 3.2) : les parties contractantes ne peuvent renoncer à la fourniture des prestations de traitement ou à leur rémunération, même s'ils ne s'accordent pas sur les prix. Les hôpitaux répertoriés doivent prendre en charge les patients (obligation d'admission ; art. 41*a* LAMal) et facturer les prestations aux tarifs fixés (protection tarifaire ; art. 44 LAMal). Dans le domaine de l'AOS, les personnes qui décident du recours aux prestations hospitalières (patients, médecins, etc.) n'assument pas directement les coûts qui en résultent. Les patients choisissent certes parmi les fournisseurs de prestations admis (art. 41, al. 1bis, LAMal), mais les assureurs-maladie, en tant que payeurs, ne peuvent influer sur le choix de l'hôpital et orienter les patients vers des offres comparables que de manière limitée. Comme les prix ne peuvent pas être fixés par le biais d'une concurrence effective, les tarifs et les prix des prestations doivent être examinés voire fixés à titre subsidiaire par l'autorité compétente (titre 2, chapitre 4, section 4, LAMal).

4.1 Autorités responsables de la planification

L'obligation pour les cantons d'établir une planification hospitalière est inscrite dans la loi depuis l'entrée en vigueur de la LAMal le 1er janvier 1996. Comme indiqué au chapitre 3, sur le principe, la planification hospitalière consiste pour le canton à mener une procédure d'appel d'offres entre plusieurs hôpitaux candidats pour chaque mandat de prestations dans le domaine stationnaire. L'État – en l'occurrence les cantons – décide quels hôpitaux sont les mieux à même de couvrir les besoins en prestations stationnaires. Les facteurs suivants plaident en faveur du rôle prépondérant de l'État dans la planification des infrastructures, en particulier dans le domaine stationnaire :

- *Sécurité de l'approvisionnement en soins*. En vertu de l'art. 117*a* Cst., la Confédération et les cantons doivent, dans les limites de leurs compétences respectives, veiller à ce que chacun ait accès à des soins médicaux de base suffisants et de qualité. En raison de la répartition des compétences entre la Confédération et les cantons, la garantie de l'approvisionnement en soins relève de la responsabilité des cantons. Ceux-ci sont donc tenus d'assurer à leur population des soins hospitaliers adaptés à ses besoins. Avec l'obligation de s'assurer, la loi sur l'assurance-

maladie entrée en vigueur en 1996 garantit à l'ensemble de la population résidente l'accès à un vaste éventail de prestations et la prise en charge des coûts de celles-ci. L'obligation qu'ont les cantons d'établir une planification hospitalière, introduite en même temps par la LAMal, garantit l'existence des structures de soins nécessaires (FF *2004* 5207, p. 5220). En effectuant la planification hospitalière et en attribuant des mandats de prestations, le canton veille à disposer d'une capacité suffisante pour que les habitants du canton puissent être traités dans tous les cas de maladie (FF *2004* 5207, p. 5232). En particulier, l'approvisionnement en soins d'urgence pour une région donnée a les caractéristiques d'un monopole naturel, qui doit être réglementé en conséquence.

- *Optimisation de l'utilisation des ressources et maîtrise des coûts*. Dans le domaine de la santé, le marché est notamment caractérisé par le fait que l'offre détermine largement la demande et que les prix ne jouent pas de rôle direct pour le consommateur/assuré (FF *2004* 5207, p. 5244). Dans ce contexte, l'instrument de la planification hospitalière doit permettre, au niveau suisse, de faire un pas important vers la coordination des fournisseurs de prestations, l'utilisation optimale des ressources et la maîtrise des coûts (FF *1992* I 77, p. 149). Dans le cadre de la planification hospitalière, les cantons ont ainsi également la possibilité de limiter le volume des prestations afin d'éviter une augmentation illimitée des coûts (ATF *138* II 398, consid. 3.5.2). En outre, les cantons peuvent, respectivement doivent tenir compte du caractère économique de la fourniture des prestations lors du choix des fournisseurs de prestations.
- *Garantie de la qualité.* L'instrument de la planification hospitalière permet de garantir que les cantons puissent contrôler régulièrement la qualité des prestations fournies. Dans le cadre de la procédure de planification hospitalière, les hôpitaux candidats doivent démontrer qu'ils satisfont à certaines exigences minimales à cet égard. Lors de la sélection ultérieure des fournisseurs de prestations, les cantons peuvent, respectivement doivent tenir compte de la qualité des prestations fournies.
- *Responsabilité financière*. La LAMal, entrée en vigueur en 1996, visait avant tout le renforcement de la solidarité (FF *1992* I 77, p. 79 et 108). La solidarité ne peut être complète et juste que si tous y participent. En ce sens, l'assurance obligatoire n'est pas une fin en soi, mais bien le moyen indispensable de garantir une solidarité devenue nécessaire (FF *1992* I 77 p. 109). Par ailleurs, outre les assurés, dont les primes ne dépendent pas du revenu (abstraction faite des réductions de primes), les cantons participent depuis le début au financement des coûts des prestations LAMal par le biais de leurs recettes fiscales, ce qui constitue un élément supplémentaire de solidarité. La votation populaire en faveur du financement uniforme des prestations a confirmé le soutien à la coresponsabilité financière des cantons pour le financement des prestations LAMal (cf. chapitre 4.4). Dès lors que le canton cofinance une partie importante des coûts des prestations LAMal, il est légitime qu'il lui revienne de participer au pilotage des décisions concernant l'admission des fournisseurs de prestations, le type et l'organisation de l'approvisionnement en soins ainsi que le montant des coûts. Dans le domaine stationnaire, cela est notamment garanti par l'instrument de la planification hospitalière, qui permet aux cantons de contribuer à façonner le paysage hospitalier.
- *Sécurité de la planification pour les fournisseurs de prestations.* L'instrument de la planification hospitalière garantit aux prestataires une certaine sécurité de la planification sur plusieurs années. Compte tenu des coûts d'investissement élevés (notamment dans les infrastructures et les équipements médico-techniques), les hôpitaux ont besoin d'un horizon de planification à long terme. Sans une certaine sécurité de la planification sur plusieurs années, des investissements importants

ne seraient pas réalisés ou seraient plus coûteux, ce qui pourrait se répercuter négativement sur la sécurité de l'approvisionnement et sur les coûts.

Comme cela est expliqué en détail au chapitre 3, les planifications hospitalières cantonales doivent être établies dans le cadre d'un processus défini et respecter des directives claires. La première étape consiste, pour les cantons, à déterminer les besoins en se fondant sur des données statistiquement justifiées et des comparaisons, en prenant en compte notamment les facteurs d'influence pertinents. Les flux de patients doivent également être analysés de façon approfondie. Des modèles de projection fiables et soigneusement conçus sont utilisés à cette fin. Une procédure de candidature (appel d'offres) est ensuite lancée, suivie de l'attribution des mandats de prestations. L'art. 39, al. 1, let. d, LAMal précise que les organismes privés doivent être pris en considération de manière adéquate. En outre, il doit impérativement être tenu compte de certains critères lors de la sélection des fournisseurs de prestations, parmi lesquels le caractère économique et la qualité des prestations, qui sont précisés au niveau fédéral.

Les décisions relatives aux listes hospitalières peuvent faire l'objet d'un recours au TAF. Malgré un pouvoir d'examen limité, ce dernier vérifie notamment si les dispositions du droit fédéral sont respectées et si une planification est objectivement défendable, c'est-à-dire non arbitraire. Décrite comme le moteur de l'harmonisation (Haenni, 2023, p. 120), la jurisprudence rendue par le TAF a contribué de manière décisive à la révision des recommandations de la CDS (CDS, 2022a, p. 2) et au développement des critères de planification figurant dans l'OAMal (OFSP, 2021, p. 3).

En plus des fournisseurs de prestations qui se voient refuser de figurer sur la liste hospitalière, les organisations d'assureurs ont désormais aussi qualité pour recourir depuis le 1er janvier 2024 (art. 53, al. 1bis, LAMal). Cela doit permettre de garantir que les intérêts des assureurs soient suffisamment pris en compte lors de la planification et de l'élaboration des listes hospitalières. Les recours déposés par les fournisseurs de prestations visent généralement à obtenir un élargissement de l'offre admise. L'instauration du droit de recours à but idéal pour les organisations d'assureurs donne au tribunal la possibilité d'examiner des recours qui visent une réduction et une concentration de l'offre, une amélioration de l'efficience et de la qualité, ou encore à éviter l'augmentation du volume des prestations. Cette mesure a pour but d'accorder plus de poids à la protection des intérêts de l'AOS afin que les cantons respectent les principes d'une fourniture des prestations conforme aux besoins, peu coûteuse et de grande qualité.

Dans les recommandations de la CDS, révisées tout récemment, les cantons sont invités à accorder aux assureurs le droit d'être entendu, par l'intermédiaire de leur association (ou de leurs associations), dans le cadre de la consultation liée au processus de planification (CDS, 2025, p. 7 ; recommandation 1 concernant la planification hospitalière liée aux prestations, explication de la let. a).

4.2 Détention d'établissements par des organismes publics

La mise en œuvre du nouveau financement hospitalier, à partir de 2012, a profondément modifié le système en place. Le financement lié aux prestations a entraîné l'abandon du subventionnement des établissements habituellement en vigueur jusqu'ici : désormais sont financées les prestations fournies, et non plus les fournisseurs de prestations.

Les prestations fournies sont en principe rémunérées au moyen de forfaits par cas (voir le chapitre 2.4), qui sont déterminés en fonction de la rémunération des hôpitaux qui fournissent la prestation, dans la

qualité nécessaire, de manière efficiente et avantageuse. Les investissements et les coûts d'utilisation des immobilisations sont compris dans les forfaits. Ce changement de paradigme implique, de façon générale, qu'un hôpital ne peut couvrir ses coûts que s'il est effectivement en mesure de fournir les prestations de manière économique.

Comme cela est expliqué plus haut au chapitre 2.3.3, en vertu de l'art. 49, al. 3, LAMal, les parts que représentent les coûts des PIG ne doivent pas être comprises dans les forfaits, les prestations citées en exemple étant le maintien des capacités hospitalières pour des raisons de politique régionale ainsi que la recherche et la formation universitaire. Ces activités doivent par conséquent être financées séparément, c'est-à-dire pas au moyen des tarifs selon la LAMal. Pour le Conseil fédéral, il ne fait aucun doute qu'il existe un besoin sociétal de PIG – qu'elles soient financées par les cantons ou par d'autres acteurs –, et qu'elles permettent de fournir des biens publics importants. En ce sens, la LAMal laisse aux cantons une grande autonomie pour le versement des PIG, pour autant qu'elles ne soient pas imputées aux tarifs à charge de l'AOS (Conseil fédéral, 2019, p. 8). Les dispositions correspondantes dans la LAMal et l'OCP créent, à cet effet, les bases juridiques nécessaires à un mode de répartition uniforme des frais et à un classement cohérent des prestations. Les hôpitaux sont ainsi astreints à une délimitation correcte de leurs coûts.

Par ailleurs, il est à noter que l'autonomisation des hôpitaux relevant d'un organisme public semble s'être accrue au cours des dernières années. Le travail de compilation effectué par Malena Haenni a mis en évidence que trois ans après l'introduction du nouveau financement hospitalier, des membres du pouvoir exécutif étaient encore représentés au sein de l'organe directeur des hôpitaux cantonaux dans treize cantons (Haenni, 2023, pp. 55-56 avec d'autres références).

De plus, les cantons doivent impérativement tenir compte de certains critères lors de l'attribution des mandats de prestations, c'est-à-dire la sélection des fournisseurs de prestations, parmi lesquels le caractère économique et la qualité des prestations, qui sont précisés au niveau fédéral (voir les chapitres 3.3 et 3.4). Dans ce cadre, la loi impose aux cantons de prendre en considération de manière adéquate les organismes privés (art. 39, al. 1, let. d, LAMal). Les cantons ont également intérêt à obtenir un rapport le plus favorable possible entre les coûts et la qualité des prestations, car ils cofinancent les prestations de tous les hôpitaux répertoriés, indépendamment de la forme juridique et de l'organisme responsable. Dans ce sens, les cantons sont incités à attribuer leurs mandats de prestations aux institutions qui remplissent les exigences de la manière la plus efficiente. Ils n'ont, sur le plan financier, aucun intérêt à maintenir des structures inappropriées ou superflues (FF *2004* 5207, p. 5231).

4.3 Autorités chargées de l'approbation et de la fixation des tarifs

La LAMal stipule que les traitements hospitaliers, y compris le séjour et les soins à l'hôpital, doivent être rémunérés au moyen de forfaits. L'élaboration et le développement annuel des structures tarifaires uniformes au niveau suisse constituent l'une des tâches principales de SwissDRG SA, une organisation commune des fournisseurs de prestations, des assureurs et des cantons. Les partenaires tarifaires doivent soumettre la structure tarifaire (ainsi que son développement) au Conseil fédéral pour approbation.

Le prix de base (*baserate*) correspond à une valeur moyenne pour les traitements stationnaires dispensés dans un hôpital déterminé. Il peut varier d'un hôpital à l'autre. Le prix de base est convenu entre les partenaires tarifaires (assureurs et fournisseurs de prestations) et approuvé par le canton concerné. Si les partenaires tarifaires ne parviennent pas à s'entendre sur un prix de base, il revient au

canton de le fixer après avoir consulté les intéressés. Les cantons vérifient que la convention tarifaire (c'est-à-dire le prix de base) est conforme à la loi et à l'équité et qu'elle satisfait au principe d'économie.

Pour la détermination des tarifs, et par conséquent aussi pour leur approbation ou leur fixation, un mode de calcul basé sur une valeur de référence (*benchmarking*) s'est imposé dans la pratique comme dans la jurisprudence. Bien que certains aspects aient été clarifiés, notamment dans la jurisprudence, il manque actuellement une méthodologie de détermination des tarifs uniforme à l'échelle suisse, et en particulier aussi des directives harmonisées en matière d'évaluation de l'efficience. Afin de combler ces lacunes, les partenaires tarifaires ont lancé, sous l'impulsion de la Confédération, un projet visant à développer conjointement une méthodologie uniforme à l'échelle nationale pour effectuer des comparaisons adéquates de l'efficience des hôpitaux. Ce projet s'inscrit dans le prolongement des travaux destinés à la création d'une réglementation pour l'ensemble de la Suisse, mis en route par la Confédération en 2020 puis poursuivis en concertation avec les parties prenantes concernées. La décision du Conseil fédéral au sujet d'une réglementation en la matière devrait intervenir vraisemblablement à la fin de l'année 2026.

Compte tenu des travaux menés actuellement sur le sujet, le Conseil fédéral ne voit pas d'autre nécessité d'agir en la matière.

4.4 Financeurs

À l'heure actuelle, en Suisse, les prestations de l'AOS sont financées de manière différente en fonction du type de traitement. La participation financière du canton varie en effet selon le type de prestations fournies. Les traitements ambulatoires sont ainsi financés entièrement par l'assurance-maladie, sans aucune participation du canton. Dans le cas des traitements hospitaliers, en revanche, la part du canton dans la rémunération s'élève à 55 % au moins, le reste étant pris en charge par les assureurs-maladie (art. 49*a,* al. 2ter, deuxième phrase, LAMal). Lors de prestations de soins à domicile ou en établissement médico-social, l'assurance-maladie fournit une contribution fixe, tandis que les patients participent à hauteur de 20 % au plus de la contribution maximale de l'AOS. Les cantons règlent le financement résiduel, qui s'élève actuellement à un peu moins de la moitié des coûts (art. 49*a,* al. 5, LAMal).

Le 24 novembre 2024, la population suisse a adopté la modification de la LAMal en vue d'un financement uniforme des prestations de soins. Cette réforme vise à financer toutes les prestations de l'AOS selon la même clé de répartition, qu'elles soient ambulatoires, hospitalières ou dispensées en établissement médico-social. En tout état de cause, les cantons doivent prendre en charge au moins 26,9 % des coûts, les assureurs-maladie au maximum 73,1 %.

Les différences de financement actuellement en vigueur incitent les différents acteurs à considérer avant tout leurs propres intérêts au lieu de garder une vision d'ensemble. À titre d'exemple, les assureurs sont réticents à privilégier les prestations ambulatoires, généralement moins coûteuses que les prestations hospitalières, car les cantons assument plus de la moitié des coûts des séjours hospitaliers.

Avec la réforme, les cantons et les assureurs-maladie financent conjointement toutes les prestations et ont dès lors davantage intérêt à encourager, dans chaque cas, le traitement le plus adapté médicalement et le moins cher. Cela doit accélérer le transfert des prestations du domaine stationnaire vers l'ambulatoire, ce qui serait souvent plus pertinent d'un point de vue médical pour les patients et globalement moins onéreux. En plus de possibilités de contrôle supplémentaires, les cantons disposent

désormais aussi d'une incitation financière à piloter également l'offre ambulatoire et à procéder à une planification globale des soins de santé.

4.5 Conclusions et mesures à prendre

Dans le domaine de la santé, le marché est marqué par une interaction entre planification étatique et éléments de concurrence. Ce marché est notamment caractérisé par le fait que l'offre détermine largement la demande et que les prix ne jouent pas de rôle direct pour le consommateur/assuré. Pour des raisons de politique sociale, le système doit en outre garantir à l'ensemble de la population l'accès à une offre en soins de haut niveau. Dans l'optique d'une utilisation rationnelle des ressources, ces éléments plaident en faveur d'un rôle directeur de l'Etat en matière de planification des infrastructures, particulièrement dans le domaine stationnaire (FF *2004* 5207, p. 5244). De plus, dès lors que le canton cofinance une partie importante des coûts des prestations LAMal, il est légitime qu'il lui revienne de participer au pilotage des décisions concernant l'admission des fournisseurs de prestations, le type et l'organisation de l'approvisionnement en soins ainsi que le montant des coûts.

Au cours des dernières années, différents facteurs ont contribué à désamorcer les possibles conflits d'intérêts découlant de la pluralité des rôles des cantons et décrits notamment dans le postulat Cassis 15.3464. Ainsi, en tant qu'autorité responsable de la planification, le canton doit respecter des directives claires, ancrées dans le droit fédéral, sachant que ses décisions peuvent faire l'objet d'un recours au TAF de la part des hôpitaux concernés et désormais aussi de la part des organisations d'assureurs. De plus, dans son rôle d'autorité chargée de l'approbation et de la fixation des tarifs, le canton doit veiller au respect des principes d'économie et d'équité. Il doit notamment évaluer les tarifs en tenant compte de l'efficience de la fourniture des prestations. En outre, avec la réforme du financement uniforme des prestations, le rôle de financeur du canton est dorénavant réglé de la même manière dans tous les domaines de l'approvisionnement en soins, ce qui permet d'éliminer les différences de financement en vigueur jusqu'ici et les mauvaises incitations qui en découlent. Les cantons ont ainsi un intérêt financier à établir une planification globale des soins de santé. Enfin, le rôle du canton en tant que propriétaire d'établissements hospitaliers a profondément changé avec la mise en place du nouveau financement hospitalier à partir de 2012, c'est-à-dire avec le système de rémunération par forfaits. Ce changement de paradigme implique qu'un hôpital ne peut couvrir ses coûts que s'il est effectivement en mesure de fournir les prestations de manière économique. Les cantons sont clairement incités à attribuer leurs mandats de prestations aux institutions qui remplissent les exigences de la manière la plus efficiente.

Les cantons conservent toutefois une grande marge de manœuvre pour l'accomplissement de ces tâches essentielles, par exemple en ce qui concerne les modalités précises des critères déterminants pour l'attribution des mandats de prestations, les contributions versées aux hôpitaux pour les PIG ou encore l'organisation de leur rôle de propriétaires d'établissements hospitaliers.

Néanmoins, les cantons n'ont, sur le plan financier, aucun intérêt à maintenir des structures inappropriées ou superflues. Si cela se produit malgré tout, cela ne se ferait pas dans l'intérêt de l'AOS, mais en raison d'un autre intérêt du canton, comme le précise le message de l'époque concernant la réforme du financement hospitalier (FF *2004* 5207, p. 5231). Cela montre bien qu'en matière de planification hospitalière, les cantons ne poursuivent pas que des objectifs purement économiques. Les décisions dans ce domaine sont des décisions politiques, qui résultent, comme telles, d'une pesée entre différents objectifs en partie contradictoires. Les tribunaux parviennent à la même conclusion : la

jurisprudence fédérale considère en effet que la décision d'inscrire ou non un établissement sur la liste hospitalière revêt une importance majeure en matière de politique de santé et de politique sociale, mais aussi, bien souvent, en matière de politique régionale, de politique de l'emploi et de politique générale. Selon la pratique constante du TAF, il s'agit donc avant tout d'une décision politique, pour laquelle les autorités compétentes disposent d'un pouvoir d'appréciation considérable (arrêt du TAF C-2731/2019 du 30 août 2022, consid. 3.1, voir le chapitre 3.3.2).

En outre, il faut relativiser le reproche fait aux cantons, selon lequel la pluralité de leurs rôles conduirait obligatoirement à des conflits d'intérêts et des distorsions de la concurrence. Il est ainsi, jusqu'à un certain point, dans la nature des choses que les cantons, respectivement leurs instances exécutives, assument un rôle multiple et défendent différents intérêts dans le domaine de la planification hospitalière (c'est-à-dire pas uniquement des intérêts purement économiques).

Dans ce contexte, le Conseil fédéral considère qu'il n'y a actuellement pas de nécessité d'agir.

5 Coordination intercantonale

La coordination internationale est examinée ci-après de manière approfondie afin de répondre aux postulats de Montmollin 23.4275 et Wyss 24.3029. Le chapitre 5.1 porte sur le cadre juridique de la coordination intercantonale et tout particulièrement sur l'importance des flux de patients pour la coordination intercantonale. Le chapitre 5.2 présente les différentes formes de coordination intercantonale à l'appui d'exemples concrets. La planification dans le domaine de la médecine hautement spécialisée qui, en vertu de la LAMal, doit être effectuée pour l'ensemble de la Suisse et faire l'objet d'une décision commune des cantons, est abordée au chapitre 5.3. Enfin, le chapitre 5.4 expose les principales conclusions issues de cette analyse et les éventuelles mesures à prendre en matière de coordination intercantonale.

5.1 Cadre juridique

La planification relève en principe de la compétence des cantons (art. 39, al. 1, let. d, LAMal). L'art. 39, al. 2, LAMal dispose que les cantons coordonnent leurs planifications. Le législateur voulait ainsi souligner qu'un canton ne peut planifier de manière à couvrir les besoins en soins que s'il connaît les flux de patients et s'il peut coordonner ses capacités avec celles des cantons voisins (FF *2004* 5207, p. 5231). L'obligation légale de coordination des cantons est concrétisée au niveau de l'ordonnance depuis le 1er janvier 2022 par l'art. 58*e* OAMal. Son contenu fait partie des critères de planification au sens des art. 58*a* ss OAMal édictés par le Conseil fédéral sur la base de l'art. 39, al. 2ter, LAMal.

5.1.1 Flux de patients

Conformément à l'art. 58*e*, al. 1, let. a, OAMal, les cantons doivent, pour coordonner leurs planifications, exploiter les informations nécessaires concernant les flux de patients et échanger ces informations avec les cantons concernés. L'art. 58*e*, al. 2, OAMal précise les cantons avec lesquels cette coordination doit avoir lieu. Chaque canton doit se coordonner notamment avec les cantons dans lesquels sont situés les établissements qui figurent sur sa liste, qu'il prévoit d'y faire figurer ou dans lesquels un nombre important d'assurés provenant de son territoire se font traiter ou se feront vraisemblablement traiter (ch. 1 et 3). De même, chaque canton doit se coordonner avec les cantons qui ont inscrit sur leur liste ou qui prévoient d'inscrire sur leur liste un ou plusieurs établissements situés sur son territoire ou dont un nombre important d'assurés se font traiter ou se feront vraisemblablement traiter dans des établissements situés sur son territoire (ch. 2 et 4).

Selon les réponses fournies dans le cadre du sondage de l'OFSP, 22 cantons ont actuellement mis en place une coordination intercantonale sur la base d'au moins l'un des critères susmentionnés.

Depuis l'entrée en vigueur, le 1er janvier 2009, de la révision du financement hospitalier qui étend la liberté de choix des patients, la coordination intercantonale des planifications est particulièrement importante. Les informations relatives aux flux de patients servent notamment de base pour évaluer l'offre utilisée dans le cadre de l'élargissement du choix de l'hôpital (voir l'art. 58*b*, al. 2, OAMal). À partir de ces informations, les cantons peuvent déterminer quelles offres doivent figurer sur leur liste afin d'assurer la couverture des besoins en soins de leur population (voir l'art. 58*b*, al. 3, OAMal). Les flux de patients peuvent être déterminés sur la base des données de la MS, qui sont accessibles à tous les cantons : il n'est donc plus nécessaire que les cantons échangent ces données. L'Obsan propose aux

cantons qui le souhaitent de recueillir et d'évaluer ces données pour eux dans le cadre de rapports sur les soins de santé (voir le chapitre 3.2.4).

En raison de la possibilité qu'ont les patients de recourir à l'offre extra-cantonale, les cantons doivent renforcer la coordination lors de leur planification. Il faut par exemple empêcher que des patients d'un autre canton sollicitent des prestations destinées à la population du canton où se trouve l'établissement ou à la population d'une région donnée, évinçant ainsi les patients pour lesquels ces prestations étaient prévues. L'obligation d'admission d'assurés résidant hors du canton où se situe l'hôpital inscrite à l'art. 41*a* LAMal, qui s'applique uniquement si elle se fonde sur un mandat de prestations (hors cas d'urgence), permet de maîtriser les flux de patients grâce à la planification (OFSP, 2008, p. 9).

Selon la jurisprudence du TAF, il doit y avoir coordination intercantonale dès lors que l'on envisage une mesure pouvant avoir des répercussions sur les flux de patients entre des cantons voisins ou au sein d'une région de soins. C'est le cas, par exemple, lorsque sont créées de nouvelles capacités (arrêt du TAF C-5379/2018 du 2 juillet 2019, consid. 5.3). Il faut ainsi souvent partir du principe qu'une planification hospitalière cantonale a des conséquences sur les flux de patients, ce qui justifie l'obligation de coordination intercantonale. Le tribunal présuppose donc une obligation de coordination pour tout octroi d'un mandat de prestations, que celui-ci intervienne au sein ou en dehors d'une procédure globale de planification hospitalière et qu'il en résulte ou non une augmentation des capacités en termes de chiffres (Gfeller, 2025, p. 7). Le TAF a également précisé qu'un canton n'est pas libre de décider s'il souhaite renoncer à la coordination et limiter l'attribution de ses capacités à la demande intra-cantonale (arrêt du TAF C-7017/2015 du 17 septembre 2021, consid. 6.6.2).

Le TAF s'est aussi exprimé clairement sur le contenu de cette obligation légale de coordination. Selon sa jurisprudence, il ne suffit pas que le canton planificateur évalue de son côté les flux de patients et en tire ses propres conclusions : il doit échanger à ce sujet avec les cantons concernés et coordonner avec ces derniers ses mesures de planification. Si les cantons ne parviennent pas à se mettre d'accord dans le cadre de la coordination, le canton planificateur peut malgré tout octroyer le mandat de prestations contesté par les autres cantons à condition que ce mandat s'appuie sur une planification hospitalière conforme au droit fédéral. En revanche, il doit préciser dans sa décision les objections émises par les autres cantons et expliquer clairement pourquoi il considère qu'elles ne sont pas pertinentes (arrêt du TAF C-1565/2017 du 6 juin 2019, consid. 4.9.2).

Conformément aux recommandations de la CDS (CDS, 2025, p. 25 ; recommandation 11 concernant la coordination intercantonale de la planification hospitalière et des flux de patients, let. b), dans le cadre d'une nouvelle planification hospitalière, le canton planificateur invite à prendre position notamment les cantons voisins ainsi que ceux à partir desquels ou dans lesquels des flux importants de patients parviennent ou parviendront. Lors de l'évaluation de l'importance des flux, il est possible de recourir aux valeurs permettant de déterminer l'importance d'un hôpital pour couvrir les besoins en soins – un flux est donc considéré comme important s'il est égal ou supérieur à 10 % (et au moins 10 cas) des traitements stationnaires de la population cantonale (CDS, 2025, p. 25, note de bas de page n° 11).

On ne constate pas de pratique uniforme des cantons sur ce point. Selon les indications recueillies lors du sondage de l'OFSP, certains cantons appliquent un seuil compris entre 1 % et 15 %, le plus souvent égal à 10 %. D'autres renoncent à fixer un seuil précis et analysent la pertinence d'une coordination au cas par cas, p. ex. en fonction des besoins ou des groupes de prestations.

5.1.2 Potentiel de la coordination

En vertu de l'art. 58*e*, al. 1, let. b, OAMal, pour coordonner leurs planifications, les cantons doivent notamment prendre en compte le potentiel de coordination avec d'autres cantons pour le renforcement du caractère économique et de la qualité des prestations fournies à l'hôpital. L'art. 58*e*, al. 2, ch. 5, OAMal dispose que la planification doit être coordonnée avec d'autres cantons, si cette coordination permet de renforcer le caractère économique et la qualité des prestations fournies à l'hôpital. Ces dispositions complètent celles de l'art. 58*d*, al. 4, OAMal. Le législateur a par conséquent clairement exprimé que les cantons doivent tenir compte du potentiel de concentration des prestations, y compris au-delà des frontières cantonales ; ils peuvent par exemple recourir aux possibilités de concentrer dans un seul canton les prestations de certains groupes de prestations, au lieu de fournir ces prestations en parallèle dans deux cantons. Avec les progrès de la technique médicale, la concentration de l'offre ne cesse de gagner en importance (OFSP, 2021, pp. 20-21).

Selon les informations recueillies lors du sondage de l'OFSP, jusqu'à présent, treize cantons ont mis en place une coordination intercantonale sur la base de ce critère. Dans la pratique, le potentiel d'une telle coordination ressort de l'évaluation des flux de patients, de l'application de nombres minimums de cas et de la situation géographique.

5.2 Formes de la coordination

Les recherches de Malena Haenni révèlent que les cantons ont participé 406 fois à 114 activités de coopération différentes sur la période 2017-2019 (Haenni, 2023, pp. 99-100). Ces travaux de coopération entre les cantons recouvrent plusieurs formes de collaboration pouvant se produire de manière formelle ou informelle. La chercheuse distingue ici trois niveaux de coopération pouvant être définis comme suit (Haenni, 2023, pp. 32-33) :

- L'*échange d'informations* signifie que plusieurs cantons se partagent des informations. Il s'agit là d'une condition préalable indispensable pour les deux formes de coopération suivantes.
- Dans le cadre de la *coordination*, les cantons coordonnent leurs actions, soit unilatéralement (c.-à-d. qu'un canton adapte ses propres actions à celles de l'autre canton sans concertation réciproque), soit multilatéralement.
- En cas de *collaboration*, plusieurs cantons travaillent ensemble, p. ex. pour élaborer ensemble une planification hospitalière ou pour proposer un service.

Tableau 2 – Définition des formes de coopération entre les cantons

Niveau de coopération	**Définition**	**Exemple**
Échange d'informations	Au moins deux acteurs partagent leurs informations, sans s'entendre sur ce que l'autre en fait.	Envoi de rapports de planification à titre d'information (sans prise de position)
Coordination	Échange d'informations et coordination des actions avec celles d'un autre acteur	Consultation (coordination négative/clearance), utilisation du concept de GPPH, accord sur les recommandations de la CDS

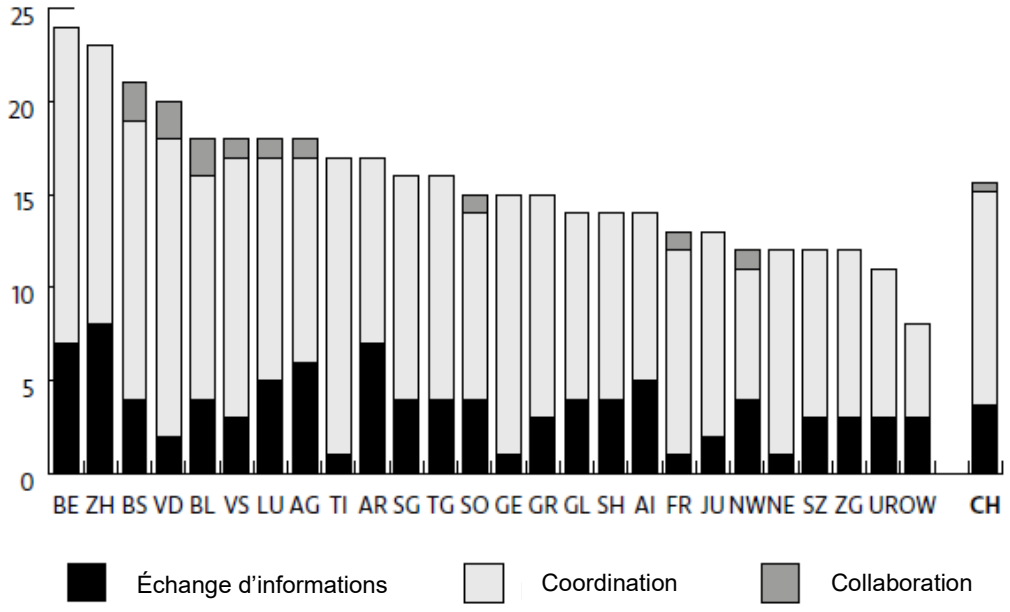
Investissements des hôpitaux suisses et planification hospitalière cantonale

Collaboration	Élaboration commune des biens, services et politiques	Hôpital Riviera-Chablais, Vaud-Valais

Source : Haenni, 2023, p. 33

Les travaux de Malena Haenni montrent que les cantons de petite taille coopèrent plutôt moins que les grands, à la fois parce qu'ils n'ont pas les ressources pour des formes de coopération plus poussées et parce que leur besoin de planification est moindre (Haenni, 2023, p. 139). En raison de leurs ressources limitées, les petits et moyens cantons s'appuient volontiers sur des concepts et plans élaborés conjointement à l'échelle intercantonale (recommandations de la CDS, concept de GPPH du canton de Zurich). Les grands cantons coopèrent plus souvent car ils sont appréciés comme partenaires, particulièrement par les petits cantons, en raison de leur expertise et car ils présentent eux-mêmes un besoin accru de planification. L'appartenance partisane au sein de la collaboration exécutive ne semble en revanche avoir aucune influence sur le degré ni sur la fréquence de coopération. Toutefois, on remarque qu'une plus grande constance dans les relations de travail entre les directeurs de la santé va de pair avec des coopérations plus fréquentes (Haenni, 2023, p. 142).

Tableau 3 – Activités de coopération cantonales dans le domaine hospitalier, nombre d'activités de coopération par canton



Source : Haenni, 2023, p. 99 (traduction libre de la légende)

La classification de Malena Haenni est utile pour distinguer les nombreuses formes différentes de coordination intercantonale. Le tableau ci-dessous recense certaines formes de coordination assorties d'exemples concrets : cette liste n'est pas exhaustive et sert exclusivement à illustrer la diversité des activités de coordination intercantonales.

Investissements des hôpitaux suisses et planification hospitalière cantonale

Tableau 4 – Exemples d'activités de coordination intercantonales en matière de planification hospitalière

Échange d' informations	**Échange institutionnalisé**	
	CDS	Tous les cantons
	Conférence des directeurs cantonaux de la santé de la Suisse du Nord-Ouest	AG, BE, BL, BS, JU, SO
	Conférence des directeurs cantonaux de la santé de la Suisse orientale et du FL (CDS de Suisse orientale)	AI, AR, GL, GR, SG, SH, TG, ZH, (FL)
	Conférence des directeurs de la santé de Suisse centrale (CDS de Suisse centrale)	LU, NW, OW, SZ, UR, ZG
	Conférence latine des affaires sanitaires et sociales (CLASS)	BE, FR, GE, JU, NE, TI, VD, VS
	Discussions bilatérales	
	Discussions bilatérales à divers échelons	Participation individuelle
	Échange de données	
	Envoi du rapport sur les soins de santé	Participation individuelle
	Obsan (mandat défini par la Confédération et les cantons) : centre de compétences, de services et d'informations fournissant des analyses et des informations scientifiques sur la santé de la population, le système de santé et la politique de la santé	Tous les cantons
Coordination	**Participation à la planification hospitalière**	
	Invitation à participer ou participation à la procédure de consultation relative au rapport de planification	Participation individuelle
	Uniformisation	
	Planification systématique : application du concept de GPPH développé par le canton de Zurich pour les soins somatiques aigus	Tous les cantons
	Mise en œuvre des recommandations de la CDS concernant la planification hospitalière	Tous les cantons
	Mise en œuvre des recommandations de la CDS concernant la réadaptation	Tous les cantons
	Échange sur la manière de procéder sur le plan du contenu et de la méthode pour la planification hospitalière au sein de divers comités (p. ex. la commission Application LAMal ou le groupe de travail Planification hospitalière de la CDS)	Tous les cantons

Investissements des hôpitaux suisses et planification hospitalière cantonale

	Coordination lors de l'attribution de mandats de prestations	
	Exemple : attribution de mandats de prestations à un prestataire extra-cantonal à la condition que les mêmes mandats de prestations aient également été attribués par le canton où se situe le prestataire.	Participation individuelle
	Convention hospitalière de Suisse orientale (depuis 2012) : cette convention vise à coordonner les planifications hospitalières entre les cantons de Suisse orientale. Les cantons signataires s'engagent à élaborer leurs planifications cantonales sur la base de groupes de prestations médicales uniformes. La convention précise également les conditions devant être remplies pour attribuer un mandat de prestations à un hôpital situé en dehors du territoire cantonal[29].	AI, AR, GL, GR, SG, SH, TG, ZH (CDS de Suisse orientale)
Collaboration	**Planification hospitalière commune**	
	Concordat psychiatrique des cantons d'Uri, Zoug et Schwyz (depuis 2017) : le conseil du concordat, composé des trois cantons, approuve la planification des soins psychiatriques de façon définitive et attribue les mandats de prestations dans le cadre du besoin défini conjointement. Les trois gouvernements approuvent les mandats de prestations du concordat[30].	SZ, UR, ZG
	Planification hospitalière commune des cantons de Bâle-Ville et Bâle-Campagne (depuis 2021) : un rapport de planification sanitaire commun est élaboré pour la population de la Région de santé commune aux deux Bâle (GGR). Après un appel d'offres réalisé conjointement, les gouvernements de Bâle-Ville et de Bâle-Campagne établissent les mêmes listes hospitalières[31]. Jusqu'à présent, sont entrées en force les listes hospitalières pour les soins somatiques aigus 2021, pour la psychiatrie 2024 et pour la réadaptation 2025. Selon un communiqué de presse du 26 novembre 2025, les cantons de Bâle-Ville et de Bâle-Campagne continueront à élaborer une planification hospitalière commune, mais l'application des critères d'attribution devrait désormais offrir	BL, BS

[29] Convention hospitalière de Suisse orientale du 17 août 2011 (*Ostschweizer Spitalvereinbarung vom 17. August 2011*, en allemand)

[30] Voir le concordat conclu le 17 mars 2016 par les cantons d'Uri, de Schwyz et de Zoug concernant les soins psychiatriques (*Psychiatriekonkordat*, en allemand).

[31] Voir le traité conclu entre les gouvernements des cantons de Bâle-Ville et de Bâle-Campagne le 6 février 2018 concernant la planification, la régulation et la surveillance des soins de santé, accepté le 10 février 2019 par la population des deux cantons (*Staatsvertrag zwischen den Kantonen Basel-Stadt und Basel-Landschaft betreffend Planung, Regulation und Aufsicht in der Gesundheitsversorgung vom 6. Februar 2018*, en allemand).

Investissements des hôpitaux suisses et planification hospitalière cantonale

	une marge de manœuvre plus différenciée afin de tenir compte des défis différents auxquels sont confrontés les deux cantons (listes d'hôpitaux coordonnées plutôt qu'identiques).	
	Planification hospitalière commune des cantons d'Appenzell Rhodes-Intérieures, d'Appenzell Rhodes-Extérieures et de Saint-Gall (ARAISG, depuis 2023) : une procédure d'appel d'offres unique basée sur des critères de planification identiques et des régions de soins supracantonales est réalisée pour les trois listes hospitalières cantonales. L'évaluation et le choix des offres sont effectués conjointement, et les mandats de prestations attribués sont identiques. Un rapport de planification commun recense toutes les observations relatives aux mandats de prestations. L'établissement des listes hospitalières identiques a lieu individuellement mais de façon coordonnée par les autorités cantonales compétentes (ARAISG, 2024, p. 15). Les listes d'hôpitaux ayant été élaborées dans ce cadre sont celles pour les soins somatiques aigus 2023 et pour la réadaptation 2024.	SG, AR, AI
	Contrôle de qualité commun	
	Contrôle de qualité des cantons du nord-ouest de la Suisse (*Qualitätsmonitoring der Kantone der Nordwestschweiz*, QNS) et de Zoug : les cantons de Bâle-Ville, Bâle-Campagne, Soleure et Zoug travaillent ensemble pour surveiller la qualité des hôpitaux. Bâle-Ville se charge de ce contrôle pour le compte des cantons. Les hôpitaux et cliniques des quatre cantons sont tenus de coopérer.	BL, BS, SO, ZG
	Hôpitaux intercantonaux	
	Hôpital des enfants de Suisse orientale (*Ostschweizer Kinderspital*, depuis 1966) : cette fondation de droit privé et d'utilité publique domiciliée à Saint-Gall assume le rôle d'un centre de compétences régional, notamment dans le domaine de la pédiatrie et de la chirurgie pédiatrique, pour le compte de ses partenaires. Ces derniers sont les cantons de Suisse orientale Saint-Gall, Thurgovie, Appenzell Rhodes-Intérieures et Rhodes-Extérieures ainsi que la Principauté de Liechtenstein.	AI, AR, SG, TG, (LI)
	Hôpital intercantonal de la Broye (HIB) et ses sites d'Estavayer-le-Lac (Fribourg) et Payerne (Vaud) (depuis 1999) : la création de l'HIB est le fruit de la fusion de l'hôpital de district de la Broye à Estavayer-le-Lac et de l'hôpital de	VD, FR

	zone de Payerne. Depuis 2014, c'est un établissement intercantonal autonome de droit public ayant sa propre personnalité juridique et soumis à la surveillance conjointe des cantons de Vaud et de Fribourg[32].	
	Hôpital Riviera-Chablais, Vaud-Valais (HRC) (depuis 2009) et ses sites de Rennaz (VD), Vevey (VD) et Monthey (VS) : établissement intercantonal autonome de droit public ayant sa propre personnalité juridique et soumis à la surveillance conjointe des cantons de Vaud et du Valais[33].	VD, VS
	Triaplus AG (depuis 2018) : offre intégrée de soins psychiatriques pour les trois cantons du concordat psychiatrique (Schwyz, Uri et Zoug) garantissant que les besoins de la population en soins de base psychiatriques et psychothérapeutiques hospitaliers, semi-hospitaliers et ambulatoires sont couverts.	SZ, UR, ZG
	Groupement hospitalier de Lucerne/Nidwald (*Spitalverbund Luzern/Nidwalden*, groupe LUKS, depuis 2021) : l'entité juridique du groupe LUKS est la société Luzerner Kantonsspital AG, qui détient 60 % des actions de la Spital Nidwalden AG, contre 40 % pour le canton de Nidwald (minorité de blocage)[34].	NW, LU[35]

Source : tableau élaboré pour le présent rapport

5.3 Médecine hautement spécialisée

En vertu de l'art. 39, al. 2bis, LAMal, dans le domaine de la médecine hautement spécialisée, les cantons sont tenus d'établir conjointement une planification pour l'ensemble de la Suisse. S'ils n'effectuent pas cette tâche à temps, le Conseil fédéral détermine quels hôpitaux figurent pour quelles prestations sur les listes cantonales.

Les 26 cantons ont ratifié à cet effet la Convention intercantonale relative à la médecine hautement spécialisée (CIMHS) du 14 mars 2008 (entrée en vigueur le 1er janvier 2009). La CIMHS constitue la base légale pour l'établissement de la liste des hôpitaux MHS et fixe les processus de décision des organes ad hoc. En outre, elle définit les critères qu'un domaine de prestations doit remplir pour être considéré comme MHS.

L'assemblée plénière de la CIMHS se compose des directeurs cantonaux des cantons ayant ratifié la convention. La planification de la MHS est assurée par un organe intercantonal de décision (Organe de

[32] Convention intercantonale du 21 août 2013 sur l'Hôpital intercantonal de la Broye (HIB) Vaud-Fribourg

[33] Convention intercantonale du 17 décembre 2008 sur l'Hôpital Riviera-Chablais, Vaud-Valais

[34] Loi du 23 octobre 2019 sur l'hôpital cantonal du canton de Nidwald (*Gesetz über das Kantonsspital [Spitalgesetz, SpitG] vom 23. Oktober 2019 des Kantons Nidwalden*, en allemand)

[35] Le canton d'Obwald examine lui aussi un éventuel rattachement de l'hôpital cantonal d'Obwald au groupe LUKS.

décision MHS), dont les membres sont élus par l'assemblée plénière. L'organe de décision MHS est constitué de dix directrices ou directeurs cantonaux, dont ceux des cantons hébergeant un hôpital universitaire, à savoir Zurich, Berne, Bâle-Ville, Vaud et Genève. Il est conseillé par un comité d'experts (Organe scientifique MHS), lui-même épaulé dans divers domaines MHS par des groupes d'accompagnement chargés d'émettre des recommandations relatives au domaine concerné. Le Secrétariat de projet MHS élabore les bases de la planification de la MHS et coordonne la coopération des différents organes.

L'organe de décision MHS détermine quels domaines de la médecine hautement spécialisée doivent être concentrés et prend les décisions de planification et d'attribution selon une procédure en deux phases[36] :

- *Rattachement à la MHS*. Cette phase consiste à définir les domaines hautement spécialisés. Dans ce cadre, on vérifie si certaines interventions médicales ou certains traitements satisfont aux critères CIMHS que sont la rareté, le potentiel d'innovation, l'investissement humain ou technique ainsi que la complexité. Au moins trois de ces critères doivent être remplis pour le rattachement à la MHS, celui de la rareté devant toujours l'être. Une procédure de consultation permet aux directions cantonales de la santé, aux hôpitaux et aux organisations concernées de se prononcer sur le choix et la définition des domaines MHS. La décision définitive de rattachement à la MHS est ensuite prise par l'organe de décision MHS et n'est pas susceptible de recours.
- *Attribution des prestations*. La procédure de candidature est en principe ouverte à tous les hôpitaux. L'attribution d'un mandat de prestations MHS est liée au respect d'exigences de qualité tant générales que spécifiques au domaine considéré ; ces exigences sont définies par l'organe scientifique MHS. Après l'évaluation des candidatures, la proposition d'attribution des prestations est soumise à un large éventail de destinataires dans le cadre d'une audition. La décision définitive d'attribution des prestations est prise par l'organe de décision MHS (liste des hôpitaux MHS). Les mandats de prestations sont en général limités à six ans et font l'objet d'une réévaluation périodique.

5.4 Conclusions et mesures à prendre

5.4.1 Bilan de la coordination actuelle

Conformément à l'art. 39, al. 2, LAMal, les cantons coordonnent leurs planifications. Cette obligation de coordination a été précisée dans l'OAMal. Selon la jurisprudence du TAF, il faut souvent considérer qu'une planification hospitalière cantonale a des répercussions sur les flux de patients, ce qui justifie une obligation de coordination intercantonale. De plus, le TAF a défini des directives claires quant au contenu de cette obligation légale (voir le chapitre 5.1). Une partie habilitée à recourir peut invoquer la violation de l'obligation de coordination devant le TAF. Les cantons sont donc fortement incités à coordonner leurs planifications hospitalières.

Après l'introduction de l'obligation de coordination, les efforts de coordination intercantonale se sont intensifiés dans tous les domaines de la planification hospitalière. Selon l'analyse de Malena Haenni, les activités de coordination se sont longtemps concentrées plutôt sur les méthodes et les procédures ainsi que sur l'échange de données relatives aux flux de patients, ce qui a considérablement contribué à l'harmonisation des planifications hospitalières cantonales (Haenni, 2023, p. 224). Des normes et

[36] www.gdk-cds.ch/fr > Médecine hautement spécialisée > Organisation

concepts communs ont ainsi été élaborés à l'échelon intercantonal (recommandations de la CDS, concept de GPPH du canton de Zurich, utilisation de modèles de projection identiques ou similaires, qualité des données, application d'exigences identiques ou similaires en matière de structure, de processus et de personnel, voir le chapitre 3). Cette uniformisation a également permis de créer les bases requises pour des projets plus ambitieux.

Ces dernières années, les activités de coordination au niveau le plus avancé (collaboration, voir le chapitre 5.2) se sont intensifiées. Les efforts en ce sens ont visiblement augmenté. Jusque-là, ils se concentraient essentiellement sur les prestations fournies conjointement au sein de groupements hospitaliers (Hôpital intercantonal de la Broye, Hôpital intercantonal Riviera-Chablais Vaud-Valais, et, plus récemment, groupement hospitalier Lucerne/Nidwald). Désormais, une planification hospitalière commune est elle aussi de plus en plus envisagée. Le concordat psychiatrique des cantons de Schwyz, Uri et Zoug ainsi que les planifications hospitalières communes dans les régions de santé GGR (Bâle-Ville et Bâle-Campagne) et ARAISG (Appenzell Rhodes-Intérieures, Appenzell Rhodes-Extérieures et Saint-Gall) font figure de modèles à cet égard.

Lors du sondage de l'OFSP, dix cantons ont indiqué mener actuellement des projets ou participer à des efforts pour établir une planification hospitalière commune avec d'autres cantons ou pour étendre à d'autres cantons les travaux de collaboration existants.

5.4.2 Défis posés par une coordination intercantonale plus poussée

Une coordination intercantonale plus poussée, par exemple sous la forme de listes hospitalières communes, n'en est qu'à ses débuts. Les cantons interrogés dans le cadre du sondage de l'OFSP citent plusieurs obstacles à une telle coordination :

- *Des situations initiales différentes.* Les cantons se distinguent fortement les uns des autres et dans de nombreux aspects. Dans le domaine des soins hospitaliers, les facteurs suivants sont particulièrement déterminants : les conditions géographiques, la mobilité et l'accessibilité (centre/périphérie), la densité démographique, le nombre d'habitants, la langue ou le bilinguisme, la taille et le nombre de fournisseurs de prestations, la situation financière, les ressources humaines, la disponibilité de la main-d'œuvre qualifiée, les fluctuations saisonnières (tourisme).
- *La charge supplémentaire*. Le processus de planification hospitalière à la seule échelle cantonale est déjà fastidieux. Une coordination renforcée, allant au-delà du minimum légal, entraînerait dans de nombreux cas une charge supplémentaire considérable et un ralentissement supplémentaire du processus parce que les directives, procédures, compétences et périodes cantonales diffèrent parfois notablement les unes des autres. La recherche de solutions communes et de collaborations plus poussées s'en trouve entravée.
- *Les conflits d'intérêts*. Plusieurs cantons indiquent que les différents intérêts et rôles des cantons en matière de politique de la santé rendent difficile une collaboration supracantonale (voir à sujet le chapitre 4).
- *La politique régionale*. Les intérêts de la politique régionale ne sont pas toujours compatibles avec une concentration supracantonale de l'offre ou avec les fermetures d'hôpitaux qui en résultent. Les fermetures d'établissements ou la perte de mandats de prestations suscitent des polémiques et des débats passionnés. De plus, les sites hospitaliers revêtent une importance économique pour la politique régionale.

Investissements des hôpitaux suisses et planification hospitalière cantonale

L'historique des planifications hospitalières communes dans les régions des deux Bâle et d'ARAISG (Appenzell Rhodes-Extérieures, Appenzell Rhodes-Intérieures et Saint-Gall) illustre parfaitement ces défis. À l'origine, ces projets devaient aller encore plus loin, mais ils ont dû être considérablement redimensionnés, tant sur le plan géographique qu'au niveau de leur contenu :

- Le projet élaboré par les cantons de Bâle-Ville et Bâle-Campagne et dénommé *Gemeinsamer Gesundheitsraum* (GGR, « Région de santé commune aux deux Bâle ») comprenait initialement deux sous-projets – d'une part, une planification commune et, de l'autre, la fusion de l'hôpital universitaire de Bâle et de l'hôpital cantonal de Bâle-Campagne pour former ensemble un groupe hospitalier appelé *Universitätsspital Nordwest* (« Hôpital universitaire de la Suisse du Nord-Ouest »). Mais la population des deux cantons, consultée en 2019, a approuvé uniquement la planification commune – avec une majorité toutefois significative. Le projet de constitution d'un groupe hospitalier commun a, pour sa part, été rejeté par la population de Bâle-Ville.
- En 2020, les cantons d'Appenzell Rhodes-Extérieures, d'Appenzell Rhodes-Intérieures, de Glaris, des Grisons, de Saint-Gall et de Thurgovie ont signé une déclaration d'intention pour une collaboration renforcée en matière de planification des soins de santé hospitaliers dans la région Est. L'objectif était d'harmoniser les listes hospitalières cantonales, voire, idéalement, de les remplacer par une liste commune. Dans un premier temps, l'Obsan a réalisé une analyse complète des besoins pour la région Est dans le domaine des soins somatiques aigus (Jörg/Tuch, 2022). Dans le rapport final sur le projet, les six cantons participants sont parvenus à la conclusion que la région Est ainsi définie était une région de planification pertinente pour des soins hospitaliers complets (Cantons de la région Est, 2022, p. 5). Cependant, les cantons des Grisons, de Glaris et de Thurgovie ont l'un après l'autre décidé de se retirer du projet. Pour le canton des Grisons, cette décision était motivée par l'impossibilité d'approuver l'utilisation prévue d'un nombre minimum de cas. Le canton de Glaris s'est alors retiré au motif que ses soins hospitaliers sont très étroitement liés à ceux du canton des Grisons. En janvier 2023, le canton de Thurgovie a lui aussi quitté le projet parce que le périmètre de ce dernier, réduit aux quatre cantons restants, ne lui semblait plus approprié (pour plus de détails, voir Gfeller, 2025, p. 23). Suite à cela, les cantons d'Appenzell Rhodes-Extérieures, Appenzell Rhodes-Intérieures et Saint-Gall ont décidé de poursuivre le projet et d'élaborer à l'avenir conjointement leurs planifications hospitalières.

Par ailleurs, certaines discussions actuelles montrent que la collaboration dans le cadre de ces projets ne se fait pas toujours sans heurts. La planification hospitalière commune de Bâle-Ville et Bâle-Campagne est ainsi parfois violemment critiquée. Au Grand Conseil de Bâle-Campagne, des voix se sont élevées en 2023 pour demander sa réévaluation, arguant que le généreux financement public des hôpitaux à Bâle-Ville entraînait des distorsions de la concurrence vis-à-vis des hôpitaux privés et du canton de Bâle-Campagne[37]. C'est dans ce contexte que les directeurs de la santé des deux cantons ont annoncé pour 2025 une analyse d'impact de la collaboration dans le domaine des soins somatiques aigus (pour plus de détails, voir Gfeller, 2025, p. 22). Selon un communiqué de presse du 26 novembre 2025, les cantons de Bâle-Ville et de Bâle-Campagne continueront à élaborer une planification hospitalière commune, mais l'application des critères d'attribution devrait désormais offrir une marge de

[37] Grand Conseil de Bâle-Campagne, postulat n° 2023/168 (groupe PLR) sur l'urgence de réévaluer la Région de santé commune (*Neubeurteilung der ‹gemeinsamen Gesundheitsregion› [GGR] dringend notwendig,* en allemand)

manœuvre plus différenciée afin de tenir compte des différents défis auxquels sont confrontés les deux cantons (listes hospitalières coordonnées plutôt qu'identiques).

La question de la procédure à suivre en cas de désaccord est ici cruciale. La planification hospitalière commune de Bâle-Ville et Bâle-Campagne comme celle d'Appenzell Rhodes-Extérieures, Appenzell Rhodes-Intérieures et Saint-Gall prévoient qu'en cas de désaccord, les parties doivent tout d'abord tenter de parvenir à un consensus. Mais aucune de ces deux régions ne dispose d'un mécanisme garantissant systématiquement l'établissement de listes hospitalières identiques ou coordonnées quant à leur contenu. Cela montre que la planification hospitalière commune des cantons repose finalement sur une base volontaire et que les cantons participants conservent en substance leur souveraineté dans ce domaine (Gfeller, 2025, p. 25).

5.4.3 Perspectives

Malena Haenni conclut dans son analyse que de longues périodes d'introduction et une mise en place progressive – comme dans le cas de la collaboration des cantons de Lucerne et de Nidwald (*Spitalverbund Luzern/Nidwalden*) – ont plutôt tendance à contribuer au succès des projets de coopération plus poussée. En revanche, l'ambitieux projet des gouvernements de Bâle-Ville et Bâle-Campagne semble avoir échoué en partie parce que, du fait de son ampleur, de trop nombreux opposants se sont ligués contre lui pour des raisons différentes (Haenni, 2023, pp. 224-225).

L'acceptation par la population – qui finance finalement les soins hospitaliers par ses primes et ses impôts et en bénéficie – constitue à cet égard un facteur de réussite important. A l'inverse, une concentration du paysage hospitalier qui est perçue par la population comme imposée « d'en haut » suscite l'opposition.

C'est ce qu'atteste l'exemple récent du canton de Lucerne : le 18 mai 2025, la population lucernoise a approuvé une modification de la loi selon laquelle l'hôpital cantonal de Lucerne est désormais légalement tenu de proposer sur ses trois sites au moins un service de soins de base et un service d'urgences.

Par conséquent, le Conseil fédéral conclut qu'une planification hospitalière à l'échelle de la Suisse assurée par la Confédération n'est pas une option pertinente pour le moment. De plus, il convient de respecter la répartition des compétences entre la Confédération et les cantons inscrite dans la Constitution et selon laquelle les cantons sont compétents pour la fourniture des soins de santé (voir le chapitre 1.2).

Toutefois, le Conseil fédéral considère que la coordination de la planification hospitalière entre les cantons peut encore être optimisée. Compte tenu de la pression économique subie par de nombreux hôpitaux et de la hausse constante des primes, il sera encore plus compliqué de garantir des soins de santé qualitatifs à des coûts supportables en l'absence d'une collaboration plus poussée et renforcée dépassant les frontières des cantons. Dans ce contexte, il faut tout particulièrement développer l'approche des régions de soins.

5.4.4 Régions de soins

La planification des soins pourrait à l'avenir être davantage organisée par régions. Il existe des méthodes statistiques pour définir des régions de soins pertinentes sur la base des flux concrets de patients. C'est le cas de la méthode des « zones de desserte hospitalière » (de l'anglais *Hospital Service Areas,* HSA). Celle-ci consiste à partir d'un site hospitalier pour définir la région dont la population se

fait principalement hospitaliser dans ce site. Cela permet d'identifier des zones pertinentes pour les soins hospitaliers mais qui ne correspondent pas forcément aux frontières administratives.

Le fait que de telles régions de soins puissent être tout à fait pertinentes pour la planification hospitalière a été attesté notamment dans le cadre des études réalisées par les cantons d'Appenzell Rhodes-Extérieures, d'Appenzell Rhodes-Intérieures, de Glaris, des Grisons, de Saint-Gall et de Thurgovie en vue du renforcement de leur coopération (voir le chapitre 5.4.2). La vaste analyse des besoins effectuée par l'Obsan pour la région Est dans le domaine des soins somatiques aigus montre que cette région composée des six cantons susmentionnés forme un système de soins relativement clos. Ainsi, plus de 90 % des patients de cette région sont traités dans des hôpitaux de la même région. Ce n'est que dans quelques rares domaines spécialisés que la prise en charge de la population résidante régionale dépend d'établissements d'autres cantons (Jörg/Tuch, 2022, p. 36). Dans le rapport final sur le projet, les six cantons participants en résument les principales conclusions. Selon celles-ci, la région Est ainsi définie constitue une région de planification pertinente pour une prise en charge hospitalière complète. Ils constatent également qu'il existe actuellement un potentiel non exploité pour la constitution de régions de soins suprarégionales ou supracantonales. Les flux réels des patients et les nombres concrets de cas pourraient servir de base à un échelonnement régional des prestations médicales afin de mieux structurer les soins de base, les soins spécialisés et la prise en charge centralisée (Cantons de la région Est, 2022, p. 5). Toutefois, le projet n'a été poursuivi que par trois des six cantons initiaux (voir le chapitre 5.4.2).

Dans le cadre de l'analyse des besoins mentionnée, l'Obsan a appliqué la méthode HSA afin de déterminer 19 régions hospitalières fonctionnelles au sein de la région Est. Le résultat obtenu avec le calcul automatisé des HSA a ensuite été validé par les représentants cantonaux et, dans certains cas justifiés, adapté, car les régions de soins hospitaliers, précise le rapport, ne doivent pas être comprises comme un ensemble fixe (Jörg/Tuch, 2022, p. 10).

Les régions d'analyse dans L'Atlas suisse des services de santé se basent également sur la méthode HSA et représentent ainsi les zones de soins pertinentes pour la population suisse en fonction des flux de patients existants[38]. Grâce à la MS, il est ainsi possible de déterminer pour chaque admission le lieu du domicile du patient et la localisation de l'hôpital. Un algorithme (Haynes/Wertli/Aujesky, 2020) permet d'agréger itérativement les régions adjacentes en fonction des flux de patients effectifs. La taille définitive des HSA est définie au moyen de deux critères : l'indice de localisation (LI) et le nombre minimum de cas (minN).

- L'indice de localisation permet de définir la proportion de patients qui doivent être traités au sein de leur HSA. Par exemple, en fixant le LI à 50 %, on s'assure qu'au moins 50 % des patients résidant dans la HSA recourent aux services de santé au sein de cette même HSA.
- Le nombre minimum de cas permet de définir un nombre minimum de patients ou de cas. En fixant un minN de 500, par exemple, on s'assure qu'au moins 500 patients ou cas sont traités dans chaque HSA.

De cette analyse résulte une régionalisation qui diffère selon le degré de spécialisation des prestations fournies. Ainsi, les HSA illustrent les schémas d'utilisation des hôpitaux locaux (soins de base). Certains traitements plus complexes ne peuvent en revanche être dispensés que par des centres couvrant un

[38] www.versorgungsatlas.ch/fr > Régionalisation

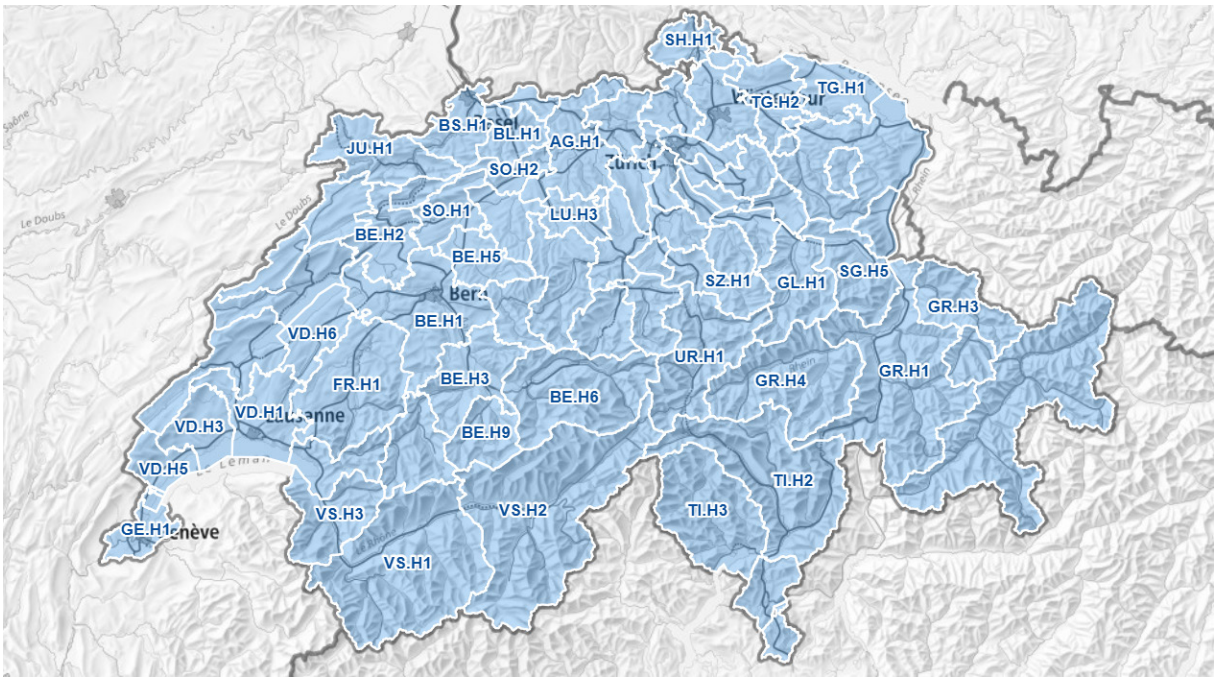
bassin de population plus grand. Les « régions de référence hospitalière » (HRR, de l'anglais *Hospital Referral Regions*) ont été définies comme base pour l'Atlas des services de santé.

Sur la base de la méthode HSA et partant des données 2019 relatives à l'ensemble des admissions dans les hôpitaux de soins aigus, l'Atlas suisse des services de santé a identifié, en fonction de leur degré de spécialisation, les régions de soins suivantes :

- 74 zones de desserte hospitalière (HSA) pour les soins de base, obtenues avec un LI de 40 % et un minN de 200 cas (voir la figure 4).
- 19 régions de soins centralisés (HRR-C), obtenues avec un LI de 50 % et un minN de 15 000 patients (voir la figure 5).
- 9 régions de soins spécialisés (HRR-S), obtenues avec un LI de 50 % et un minN de 35 000 patients (voir la figure 6).

Il convient de noter que les HSA sont géographiquement incluses dans les HRR-C, elles-mêmes comprises dans les HRR-S.

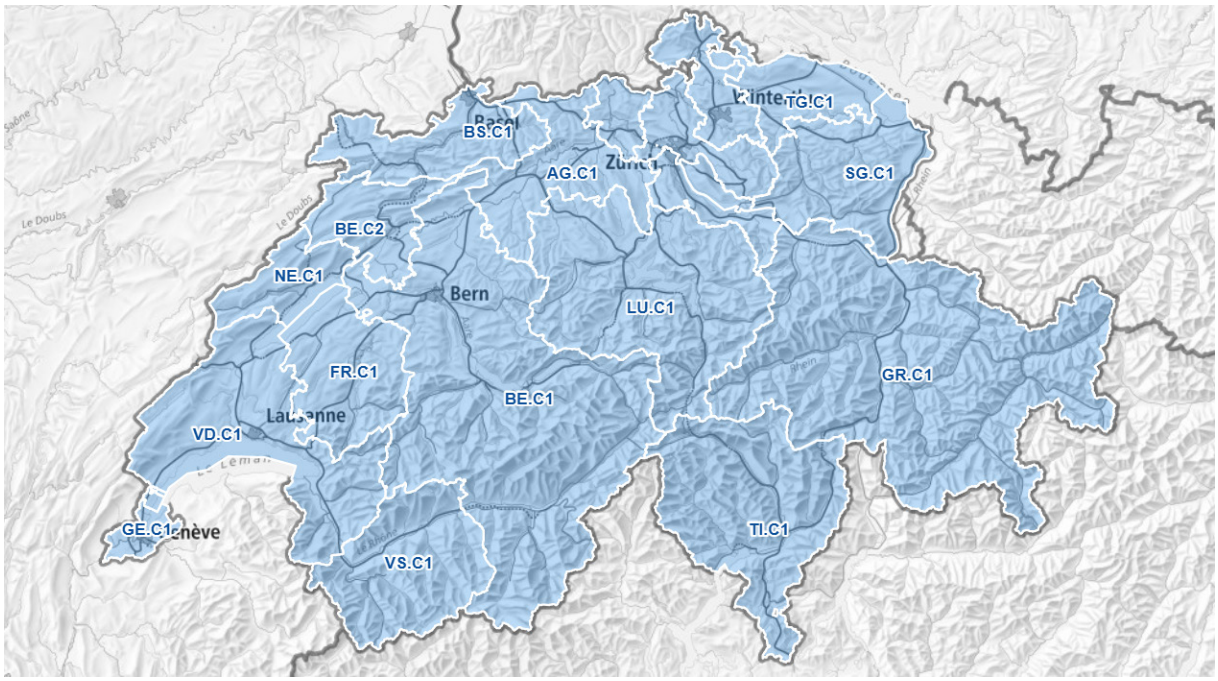
Figure 4 – Régions de soins pour les soins de base (HSA)



Sources et copyright © : swisstopo (cartes) ; OFS, MS (régions MedStat) ; Obsan (HSA, HRR-C et HRR-S)

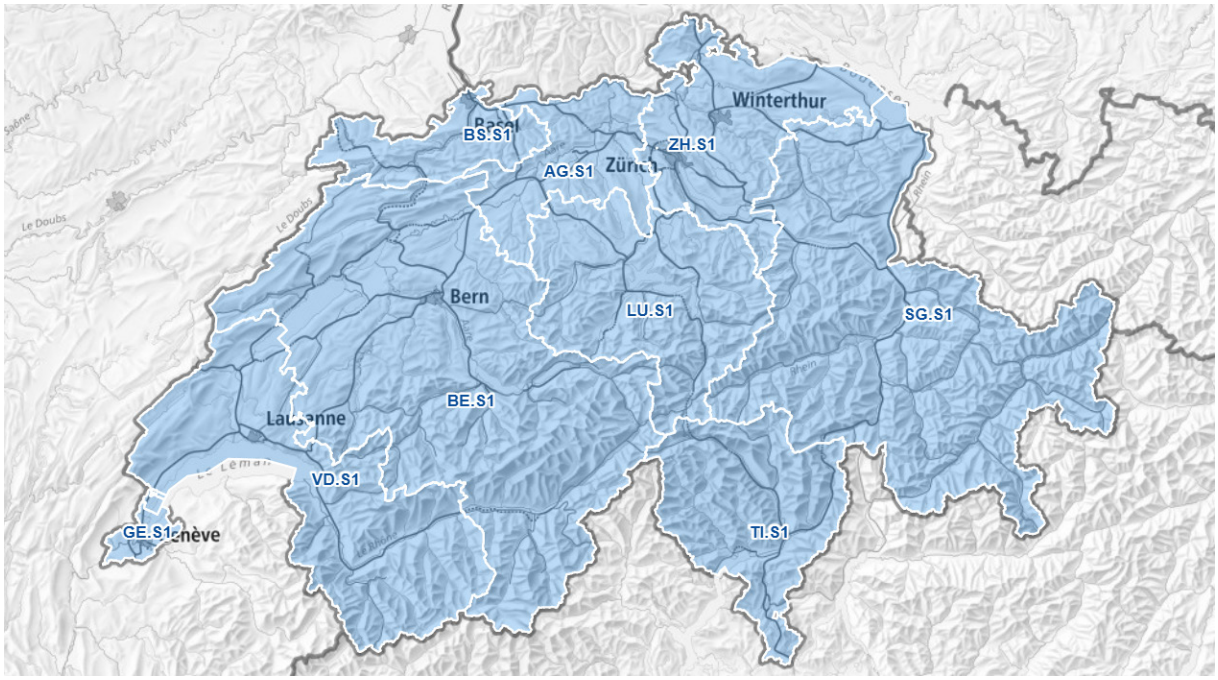
Investissements des hôpitaux suisses et planification hospitalière cantonale

Figure 5 – Régions de soins centralisés (HRR-C)



Sources et copyright © : swisstopo (cartes) ; OFS, MS (régions MedStat) ; Obsan (HSA, HRR-C et HRR-S)

Figure 6 – Régions de soins spécialisés (HRR-S)



Sources et copyright © : swisstopo (cartes) ; OFS, MS (régions MedStat) ; Obsan (HSA, HRR-C et HRR-S)

Nécessité d'agir dans le domaine de l'examen des potentielles régions de planification

Recommandation aux cantons de persévérer dans l'approche des régions de soins et, notamment :

- *d'élaborer des méthodes uniformes de détermination et de délimitation de régions de soins pertinentes sur la base des flux de patients existants ;*
- *d'examiner l'opportunité d'uniformiser certains aspects de la planification hospitalière cantonale (p. ex. la coordination temporelle) sur le territoire de ces régions de soins ; et de*
- *d'examiner l'opportunité d'une planification hospitalière commune pour des prestations spécialisées sur le territoire de ces régions de soins.*

5.4.5 Médecine hautement spécialisée

Les cantons estiment que la planification commune de la MHS a fait ses preuves, comme le montrent leurs réponses au sondage de l'OFSP. Ces dernières années, la centralisation souhaitée a pu être mise en œuvre dans les domaines hautement spécialisés. De nombreux cantons soulignent toutefois que d'autres domaines de la planification hospitalière ne sont pas compatibles avec une telle planification, et que le champ d'application de la CIMHS reste limité à des prestations rares ou hautement spécialisées.

Dans un rapport sur la planification de la MHS approuvé en août 2022, le Conseil fédéral estimait que, compte tenu de l'évolution positive dans ce domaine, il n'avait aucune raison de faire usage de sa compétence subsidiaire. Il considérait par ailleurs qu'un examen périodique de la planification MHS n'était plus indispensable. Il se réservait cependant la possibilité de revoir cette situation à l'avenir (Conseil fédéral, 2022).

Les auteurs d'une expertise commandée par l'assemblée plénière de la CIMHS observent que la planification intercantonale de la MHS a entraîné une concentration bienvenue des prestations. Ils constatent néanmoins un potentiel d'amélioration pour atteindre la concentration visée, tant au niveau du rattachement à la MHS qu'à celui de l'attribution des mandats de prestations (Manike/Picecchi/Schoch/Kraft, 2024, p. 22). Ils estiment ainsi que la plus grande importance actuellement accordée au critère de la rareté par rapport à d'autres critères de rattachement n'est justifiée ni d'un point de vue légal, ni d'un point de vue technique. L'investissement humain ou technique ainsi que la complexité sont à leurs yeux au moins aussi pertinents que la rareté (Manike/Picecchi/Schoch/Kraft, 2024, p. 29). Ils pensent en outre que les méthodes et paramètres utilisés pour évaluer le caractère économique pourraient être améliorés : lors de l'examen du caractère économique selon la méthodologie SwissDRG, on pourrait utiliser comme valeur de référence la médiane pondérée par le nombre de cas à la place de la moyenne pondérée par le nombre de cas. Par ailleurs, il faudrait classer les hôpitaux par ordre décroissant en fonction de leurs coûts par cas, et non selon les cinq degrés actuels : les hôpitaux jugés économiques seraient ceux dont la valeur de base est inférieure à la valeur de référence définie (Manike/Picecchi/Schoch/Kraft, 2024, p. 55). Enfin, les hôpitaux sans mandat de prestations MHS devraient pouvoir en obtenir un à la condition d'atteindre les nombres minimums de cas requis dans un délai de deux à trois ans (Manike/Picecchi/Schoch/Kraft, 2024, p. 61). Selon le communiqué de la CDS du 28 novembre 2024, l'organe de décision MHS étudiera ces recommandations de manière approfondie et, le cas échéant, élaborera des mesures possibles.

Nécessité d'agir dans le domaine de la MHS

Recommandation à l'assemblée plénière de la CIMHS d'examiner de manière approfondie le potentiel de concentration dans la MHS et de prendre les éventuelles mesures requises.

5.4.6 Conclusion

Le Conseil fédéral estime qu'il n'est pas opportun que la Confédération planifie les soins hospitaliers pour l'ensemble de la Suisse, notamment en raison de la répartition constitutionnelle des compétences entre la Confédération et les cantons, mais aussi pour assurer l'acceptation par la population. La planification hospitalière doit rester du ressort des cantons.

Le Conseil fédéral observe que les activités de coordination des cantons se sont intensifiées ces dernières années et que plusieurs projets intercantonaux de planification hospitalière commune ont vu le jour. Mais il constate également qu'il existe encore un potentiel d'optimisation lors de la coordination de la planification hospitalière entre les cantons et il formule des recommandations en conséquence.

Le Conseil fédéral prend acte des recommandations de la CDS sur la planification hospitalière, révisées le 27 novembre 2025, selon lesquelles les cantons doivent désormais se référer à des régions de soins pour leurs planifications hospitalières. Selon la recommandation 11 complétée concernant la coordination intercantonale de la planification hospitalière et des flux de patients, les cantons doivent se fonder sur des zones d'approvisionnement en soins hospitaliers pour leurs planifications hospitalières dès que les bases nécessaires sont disponibles. Dans le domaine des soins de base, les cantons doivent coordonner leurs planifications hospitalières conformément aux prescriptions de la LAMal et de l'OAMal. Dans le domaine de la prise en charge spécialisée, la planification hospitalière doit dorénavant être réalisée en appliquant des critères uniformes définis conjointement par les cantons pour l'ensemble de la Suisse pour l'attribution de mandats de prestations (CDS, 2025, p. 25 ; recommandation 11 concernant la coordination intercantonale de la planification hospitalière et des flux de patients, let. a ; voir aussi le chapitre 3.6.6).

La CDS entend ainsi renforcer la coordination intercantonale dans le domaine de la prise en charge spécialisée. Les coopérations entre les hôpitaux doivent elles aussi être prises en considération et encouragées de manière ciblée afin d'entraîner une étroite coordination intercantonale, en particulier en ce qui concerne les GPPH médicalement plus complexes ou onéreux (CDS, 2025, p. 27 ; recommandation 11 concernant la coordination intercantonale de la planification hospitalière et des flux de patients, explication de la let. a).

Ce développement devrait également être soutenu par les fournisseurs de prestations. Dans son communiqué de presse du 27 novembre 2025, l'association H+ Les Hôpitaux de Suisse réclame notamment une planification moderne des soins, axée sur des bassins d'approvisionnement réels et les flux de patients, afin de garantir la qualité, l'efficience et la sécurité de l'offre en soins dans toutes les régions. Cela nécessiterait des décisions fondées sur des données et des processus coordonnés au-delà des frontières cantonales.

Selon le communiqué de presse de la CDS du 1e décembre 2025, les travaux concrets de mise en œuvre vont avoir lieu dans les années à venir. Le Conseil fédéral les suivra attentivement et décidera sur cette base s'il est pertinent de préciser davantage les conditions-cadres actuelles afin d'aboutir à

une planification hospitalière à l’échelle de la Suisse, comme cela est déjà prévu dans le domaine de la MHS.

6 Évaluation globale

Les postulats examinés dans le présent rapport partent du principe que la hausse des coûts de la santé dans le domaine hospitalier est due à des inefficiences de la politique d'approvisionnement en soins, c'est-à-dire en particulier à des surcapacités. Ils avancent différentes causes pour expliquer cette mauvaise allocation présumée des ressources.

En premier lieu, selon le postulat Carobbio Guscetti 17.4160, la concurrence accrue entre les hôpitaux conduit à une hausse des investissements (parfois superflus) dans les infrastructures et la technologie, contribuant ainsi à l'augmentation des coûts. Malgré le caractère incomplet des données dans ce domaine, les sondages réalisés ne fournissent pas d'indice d'une telle course aux investissements susceptible de conduire à des surcapacités. D'un point de vue systémique, la LAMal n'incite aucunement les hôpitaux à surinvestir. De plus, on peut considérer que les cantons n'ont pas non plus intérêt à ce que des projets d'investissement surdimensionnés soient lancés, si tant est qu'ils prévoient la possibilité de soutenir de tels projets d'investissements. Le Conseil fédéral ne voit donc pas de nécessité d'agir dans ce domaine. Il est cependant conscient qu'il existe en Suisse une offre importante d'appareils médico-techniques. Cette problématique doit toutefois être considérée d'un point de vue global, car bon nombre de ces appareils sont exploités par des cabinets médicaux et des centres ambulatoires, et pas uniquement par des hôpitaux.

Par ailleurs, le postulat CSSS-N 19.3423 invoque, dans le contexte d'un marché de la santé régi par l'offre, l'absence de modèles et de scénarios fiables sur la couverture optimale des soins dans l'ensemble de la Suisse. Dans le cadre de l'analyse effectuée pour le présent rapport, le Conseil fédéral parvient à la conclusion que les cantons disposent en principe, avec les modèles et les processus actuellement appliqués, des instruments nécessaires pour garantir un approvisionnement en soins hospitaliers adéquat. Les cantons doivent ainsi déterminer les besoins en se fondant sur des données statistiquement justifiées et sur des comparaisons, en prenant en compte notamment les facteurs d'influence pertinents. Les flux de patients doivent également être analysés de façon approfondie. Des modèles de projection fiables et soigneusement conçus sont utilisés à cette fin. Ensuite, lors de la sélection des fournisseurs de prestations, certains critères doivent obligatoirement être pris en compte, le tout dans le respect de règles précises relatives à la conduite de la procédure. Le Conseil fédéral ayant toutefois constaté un potentiel d'amélioration de certains aspects de ces modèles et processus, il formule des recommandations ciblées à l'intention des cantons.

De plus, selon le postulat Cassis 15.3464, la pluralité des rôles assumés par les cantons dans le système de santé – à la fois régulateurs, financeurs et parfois propriétaires de fournisseurs de prestations – engendre inévitablement des conflits d'intérêts et des distorsions de la concurrence, tout en diminuant les incitations à contrôler les coûts. Le Conseil fédéral estime qu'au cours des dernières années, des mesures ont été prises à plusieurs niveaux pour répondre à la problématique posée par le rôle mutliple des cantons. Ces mesures ont déjà entraîné des changements majeurs dans le paysage hospitalier. Le Conseil fédéral considère, par conséquent, qu'aucune réglementation supplémentaire n'est nécessaire dans ce domaine.

Enfin, les postulats de Montmollin 23.4275 et Wyss 24.3029 avancent que le manque de coordination intercantonale des planifications hospitalières conduit à une offre de soins excédentaire ou insuffisante et entraîne des coûts plus élevés sans plus-value sous l'angle médical, ce qui rendrait nécessaire l'examen de modèles de planification alternatifs. Comme cela est expliqué plus haut, en dépit

d'évolutions positives au cours des dernières années, une coordination intercantonale plus poussée, par exemple sous la forme de listes hospitalières communes, n'en est qu'à ses débuts. L'acceptation par la population – qui, à travers ses primes et ses impôts, finance les soins hospitaliers et en bénéficie – constitue à cet égard un facteur de réussite important. A l'inverse, une concentration du paysage hospitalier qui est perçue par la population comme imposée « d'en haut » suscite l'opposition. Pour ces raisons – mais aussi du fait de la répartition constitutionnelle des compétences entre la Confédération et les cantons – une concentration du paysage hospitalier ordonnée par la Confédération n'est à l'heure actuelle pas une option pertinente. Néanmoins, la coordination de la planification hospitalière entre les cantons peut encore être optimisée. Le Conseil fédéral estime que les cantons doivent tout particulièrement développer l'approche des régions de soins et examiner avec soin le potentiel de concentration dans la MHS. Il formule donc des recommandations spécifiques sur ces sujets.

L'état des lieux effectué permet d'affirmer qu'il existe un potentiel d'amélioration en matière de maîtrise des coûts dans le secteur hospitalier également. Le présent rapport montre que les cantons sont conscients de la mission qui leur incombe et qu'ils œuvrent déjà activement en faveur de ce processus. Des travaux en ce sens, en particulier en vue de la mise en œuvre des recommandations de la CDS révisées le 27 novembre 2025, sont déjà en cours au sein des cantons et sont soutenus par le Conseil fédéral à travers ses recommandations. À l'heure actuelle, ce dernier ne voit pas de raison de proposer un transfert de compétence à la Confédération en ce qui concerne la planification hospitalière. Il suivra toutefois les travaux concrets de mise en œuvre des cantons et décidera sur cette base s'il est pertinent de préciser davantage les conditions-cadres actuelles, respectivement de prévoir une planification hospitalière à l'échelle de la Suisse, comme cela est déjà le cas dans le domaine de la MHS.

Bibliographie

ARAISG 2024 = Appenzell Rhodes-Intérieures, Appenzell Rhodes-Extérieures et Saint-Gall (2024) : Planungsbericht: Spitalplanung Akutsomatik ARAISG 2023. Appenzell, Herisau et Saint-Gall.

Cantons de la région Est (2022) = cantons d'Appenzell Rhodes-Intérieures, Appenzell Rhodes-Extérieures, Glaris, Grisons, Saint-Gall et Thurgovie (2022) : Spitalversorgung Modell Ost. Abschlussbericht zum Projekt der Kantone Appenzell Ausserrhoden, Appenzell Innerrhoden, Glarus, Graubünden, St. Gallen und Thurgau. Wirkungsprüfung einer gemeinsamen Spitalplanung am Beispiel der Akutsomatik. Herisau, Appenzell, Glaris, Coire, Saint-Gall, Frauenfeld.

CDS (2019) : Recommandations sur l'examen de l'économicité du 27 juin 2019 : Détermination des hôpitaux efficients d'après l'art. 49, al. 1, LAMal. Berne, Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé.

CDS (2020) : Document de positionnement de la CDS du 20 août 2020. La qualité du système de santé : point de vue des cantons. Berne, Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé.

CDS (2022a) : Recommandations de la CDS sur la planification hospitalière du 20 mai 2022. Berne, Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé.

CDS (2022b) : Recommandation de la CDS du 24 novembre 2022 : Compréhension supracantonale commune de la notion de « réadaptation ». Berne, Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé.

CDS (2022c) : Recommandation de la CDS du 24 novembre 2022 : Système de planification type en réadaptation et définition des domaines de réadaptation. Berne, Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé.

CDS (2022d) : Recommandation de la CDS du 24 novembre 2022 : Exigences minimales de qualité pour les établissements et services de réadaptation et exigences minimales portant sur des prestations spécifiques pour les domaines de réadaptation du système de planification type. Berne, Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé.

CDS (2025): Recommandations de la CDS sur la planification hospitalière, version révisée du 27 novembre 2025. Berne, Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé.

Conseil fédéral (2019) : Transparence du financement hospitalier assuré par les cantons. Rapport du Conseil fédéral en réponse à la motion 16.3623 de la CSSS-CE du 5 juillet 2016. Berne, Conseil fédéral.

Conseil fédéral (2022) : Planification de la médecine hautement spécialisée : mise en œuvre par les cantons et compétence subsidiaire du Conseil fédéral. Deuxième mise à jour du rapport du Conseil fédéral du 25 mai 2016 donnant suite au postulat 13.4012, Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national, 8 novembre 2013. Berne, Conseil fédéral.

Ecoplan (2019) : Rapport final. Financement des prestations d'intérêt général, des coûts d'utilisation des immobilisations et des garanties de déficit des hôpitaux par les cantons. Évaluation de la révision de la LAMal sur le financement hospitalier sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique. Berne, Office fédéral de la santé publique.

Investissements des hôpitaux suisses et planification hospitalière cantonale

Fischer, Fabienne B. / Jörg, Reto (2025) : Spitalplanung 2025–2034 Kanton Solothurn. Versorgungsbericht zur Akutsomatik (Obsan Bericht 06/2025). Neuchâtel, Observatoire suisse de la santé.

Füglister-Dousse, Sylvie / Fischer, Fabienne B. / Spiess, Manuela / Tuch, Alexandre / Roth, Sacha / Jörg, Reto (2024) : Versorgungsbericht 2024 Kanton Luzern (Obsan Bericht 02/2024). Neuchâtel, Observatoire suisse de la santé..

Füglister-Dousse, Sylvie / Merçay, Clémence (2023) : Rapport d'évaluation des besoins en soins pour la planification hospitalière 2024, Canton de Fribourg. Neuchâtel, Observatoire suisse de la santé.

GDZH (2021) : Zürcher Spitalplanung 2023: Versorgungsbericht. Fassung von Juni 2021. Zürich, Gesundheitsdirektion Kanton Zürich.

Gfeller, Katia (2025) : Interkantonale Koordination bei der Spitalplanung. In: Jusletter vom 27. Januar 2025.

Groupe d'experts « Mesures visant à freiner la hausse des coûts » (2017) : Mesures visant à freiner la hausse des coûts dans l'assurance obligatoire des soins. Rapport du groupe d'experts. Berne, Office fédéral de la santé publique.

Haenni, Malena (2023) : Spitalplanung Schweiz Interkantonale Kooperation im Spannungsfeld von nationalen und föderalen Interessen. Zurich et Berne, Seismo Verlag.

Havranek, Michael / Ondrej, Josef / Bollmann, Stella / Widmer, Philippe / Spika, Simon / Boes, Stefan (2022) : Identification and assessment of a comprehensive set of structural factors associated with hospital costs in Switzerland. In: PLoS ONE 17(2).

Havranek, Michael / Ondrej, Josef / Widmer, Philippe / Bollmann, Stella / Spika, Simon / Boes, Stefan (2023) : Using exogenous organizational and regional hospital attributes to explain differences in case-mix adjusted hospital costs. In: Health Economics, Vol. 32, Issue 8, 1733-1748.

Haynes, Alan G. / Wertli, Maria M. / Aujesky, Drahomir (2020) : Automated delineation of hospital service areas as a new tool for health care planning. In: Health Services Research, Vol. 55: 469-475.

Jörg, Reto / Fischer, Fabienne B. / Tuch, Alexandre / Haldimann, Lucas (2025) : Un paysage hospitalier en pleine mutation. Concentration et spécialisation des soins aigus stationnaires, une tendance observée depuis 2013 (Obsan Bulletin 02/2025). Neuchâtel, Observatoire suisse de la santé.

Jörg, Reto / Tuch, Alexandre (2022) : Spitalversorgung Modell Ost. Versorgungsbericht Akutsomatik für die Kantone Appenzell Ausserrhoden, Appenzell Innerrhoden, Glarus, Graubünden, St. Gallen und Thurgau (Obsan Bericht 06/2022). Neuchâtel, Observatoire suisse de la santé.

Manike, Katja / Picecchi, Dario / Schoch, Tobias / Kraft, Eliane (2024) : Zweckmässigkeit der Planung der hochspezialisierten Medizin, Analyse der Kriterien «Seltenheit», «Wirtschaftlichkeit» und «Erreichbarkeit». Gutachten zuhanden der Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren. Berne/Lucerne/Olten, Ecoplan/Picecchi/Fachhochschule Nordwestschweiz.

OECD (2025) : Health at a Glance 2025: OECD Indicators. Paris, OECD Publishing.

OFSP (2008) : Rapport explicatif sur la modification de l'OAMal du 22 octobre 2008. Ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie (OAMal), modifications prévues pour le 1er janvier 2009 : teneur des modifications et commentaire. Berne, Office fédéral de la santé publique.

OFSP (2019) : Publication des coûts par cas ajustés selon le degré de gravité dans le cadre de l'art. 49, al. 8, LAMal : concept (version décembre 2019). Berne, Office fédéral de la santé publique.

OFSP (2021) : Rapport explicatif sur la modification de l'OAMal du 23 juin 2021. Modification de l'ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie (OAMal) et modification de l'ordonnance du DFI du 29 septembre 1995 sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie (ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins, OPAS) (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 le développement des critères de planification hospitalière), entrée en vigueur le 1er janvier 2022 : teneur et commentaire. Berne, Office fédéral de la santé publique.

Roth, Sacha / Pellegrini, Sonia (2024) : Les investissements réalisés par les hôpitaux de 2012 à 2022. Analyse de la statistique des hôpitaux. Neuchâtel, Observatoire suisse de la santé.

Vettori, Anna / Ramseier, Leroy / Ehmann, Beatrice / von Stokar, Thomas (2025) : Analyse der geplanten Investitionen der Schweizer Spitäler: Schlussbericht. Zurich, INFRAS.

Weaver, France / Cerboni, Sacha / Oettli, Alexandre / Andenmatten, Patrick / Widmer, Marcel (2009) : Modèle de projection du recours aux soins comme outil d'aide à la planification hospitalière (Document de travail 32). Neuchâtel, Observatoire suisse de la santé.

WIG / INFRAS (2019): Effizienzpotenzial bei den KVG-pflichtigen Leistungen: Schlussbericht. Winterthur/Zurich, WIG / INFRAS.