



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Département fédéral de l'intérieur DFI

Office fédéral de la santé publique OFSP

Ordonnance relative à la fixation de nombres maximaux pour les médecins qui fournissent des prestations ambulatoires

(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)

Entrée en vigueur : 1^{er} juillet 2021

Teneur et commentaire

Berne,

I. Partie générale

1. Contexte

En date du 19 juin 2020, le Parlement a adopté le projet de révision de la loi fédérale sur l'assurance-maladie portant sur l'admission des fournisseurs de prestations (18.047). La modification de la loi prévoit un modèle à trois niveaux qui, d'une part, permettra de renforcer les exigences en matière de qualité et d'économicité que doivent remplir les fournisseurs de prestations admis à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins (AOS) et qui, d'autre part, mettra à la disposition des cantons un instrument plus efficace pour maîtriser l'offre de prestations de santé.

Par cette modification de la LAMal, le Parlement a choisi d'adopter un nouveau modèle pour l'admission de nouveaux fournisseurs de prestations du domaine ambulatoire. Pour ces derniers, une procédure d'admission formelle, soumise à la surveillance des cantons, est ainsi introduite. Le législateur a également adapté les conditions d'admission des médecins. Celles applicables aux autres fournisseurs de prestations du domaine ambulatoire pour ce qui est de la formation de base, de la formation postgrade et des exigences requises en matière de qualité de la fourniture des prestations doivent, quant à elles, être définies par le Conseil fédéral. Le Parlement a en outre jugé nécessaire la création d'un registre des fournisseurs de prestations admis dans le domaine ambulatoire. De plus, le législateur a inscrit à l'art. 55a LAMal une nouvelle solution, non limitée dans le temps, pour restreindre le nombre d'admissions de nouveaux médecins. Les cantons devront ainsi limiter, dans un ou plusieurs domaines de spécialisation médicale et dans certaines régions, le nombre des médecins autorisés à fournir des prestations ambulatoires à la charge de l'AOS. Pour cela, le Conseil fédéral doit définir les critères et les principes méthodologiques applicables à la fixation des nombres maximaux.

Les présentes explications se rapportent à ces critères et principes méthodologiques.

2. Réglementation en vigueur concernant la limitation des admissions

La limitation de l'admission à pratiquer à la charge de l'assurance-maladie à l'art. 55a de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal ; RS 832.10) a été appliquée sous différentes formes entre le 1^{er} janvier 2001 et le 31 décembre 2011. Dès le 1^{er} janvier 2012, son abrogation a provoqué une augmentation considérable du nombre de médecins indépendants et des coûts à la charge de l'AOS¹, raison pour laquelle l'art. 55a LAMal a été réintroduit en urgence le 5 juillet 2013, pour une durée de trois ans.

Lorsque la limitation des admissions est entrée en vigueur en 2001, elle devait être temporaire avec pour objectif principal de limiter les effets de la libre circulation des personnes sur la croissance des coûts dans le domaine ambulatoire. Après une dizaine d'années régies par des solutions limitées dans le temps, le Conseil fédéral a souhaité qu'une solution stable pour le long terme prenne le relais. C'est d'ailleurs un des objectifs qu'il s'est fixé dans la stratégie Santé2020.² Le 18 février 2015, le Conseil fédéral a soumis au Parlement un projet de modification de la LAMal visant la mise en place de nouvelles solutions de pilotage pour les soins ambulatoires (Pilotage du domaine ambulatoire ; objet 15.020).³ Ce projet devait en particulier permettre aux cantons de réagir à une offre excédentaire ou insuffisante. Il a été remanié par le Parlement de manière à ce qu'il ne prévoie plus que la prolongation pour une durée illimitée de la limitation des admissions déjà en vigueur. Il a finalement été rejeté par le Conseil national en vote final, le 18 décembre 2015.⁴

Afin de prévenir une lacune dans la limitation des admissions telle que celle qui a eu lieu entre janvier 2012 et juillet 2013, les Chambres fédérales ont accepté le 17 juin 2016 de prolonger temporairement l'application de l'art. 55a LAMal, sur la base de l'initiative parlementaire de la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national (CSSS-N) 16.401 « Prolongation de la validité de l'art. 55a LAMal ».⁵ Elles ont par ailleurs déclaré cette disposition urgente, comme le prévoit l'art. 165, al. 1, de la Constitution fédérale. La réglementation est entrée en vigueur le 1^{er} juillet 2016 et

¹ Roth, S. & Sturny, I. (2017). *Moratoire sur l'installation des médecins en cabinets privés: évolution de leur effectif et de leurs coûts* (Obsan Bulletin 4/2017). Neuchâtel, Observatoire suisse de la santé

² Rapport Santé2020 du 23 janvier 2013, p. 22

³ FF 2015 2109

⁴ Procès-verbal de vote du Conseil national, réf. 12852

⁵ FF 2016 3349

elle était limitée au 30 juin 2019. Par la suite, le Parlement a adopté le 14 décembre 2018 l'initiative parlementaire de la CSSS-N 18.440 « Prolongation pour une durée déterminée de la limitation de l'admission à pratiquer définie à l'art. 55a LAMal », qui prolonge ladite réglementation de deux ans supplémentaires, à savoir jusqu'au 30 juin 2021.⁶

3. Grandes lignes de la nouvelle réglementation proposée

Commentaire général

L'art. 55a, al. 1, de la modification du 19 juin 2020 de la LAMal (admission des fournisseurs de prestations) octroie aux cantons la possibilité de limiter dans un ou plusieurs domaines de spécialité ou dans certaines régions le nombre de médecins qui fournissent des prestations ambulatoires à la charge de l'AOS. Les médecins qui exercent dans le domaine ambulatoire d'un hôpital ou dans une institution de soins ambulatoires sont aussi soumis à la limitation. Les cantons devraient pouvoir évaluer les conditions sur leur territoire et limiter l'admission là où il existe effectivement une offre excédentaire, ceci afin de limiter l'augmentation des coûts dans le domaine. Conformément à la volonté exprimée par le Parlement, les cantons n'ont pas l'obligation de définir un nombre maximal de médecins pour l'ensemble des domaines de spécialisation ambulatoires, mais peuvent aussi le faire uniquement pour un ou plusieurs domaines.

Parmi les pays de l'OCDE, la Suisse a l'une des plus fortes densités de médecins en exercice.⁷ Parallèlement, le coût des prestations médicales ambulatoires à la charge de l'AOS n'a cessé d'augmenter depuis l'entrée en vigueur de la LAMal il y a plus de vingt ans⁸, ce qui a contribué de manière significative à l'augmentation des primes payées par les assurés. L'augmentation annuelle moyenne dans ce domaine par ailleurs est supérieure à l'augmentation des autres coûts à la charge de l'AOS.⁹ Il est dès lors essentiel que les cantons disposent d'un instrument qui soit à la fois efficace et durable pour limiter le nombre de médecins autorisés à pratiquer à la charge de l'AOS, ceci afin d'éviter une offre excédentaire qui engendre des surcoûts pour le système. L'offre de soins devrait notamment pouvoir être coordonnée de manière optimale avec les cantons environnants et les milieux intéressés doivent être entendus. Cela permet aussi de garantir la qualité et l'efficacité des services et des soins. C'est la raison pour laquelle l'art. 55a, al. 3 prévoit qu'avant de fixer les nombres maximaux de médecins, les cantons devront entendre les fédérations des fournisseurs de prestations, des assureurs et des assurés et se coordonner avec les autres cantons. Pour fixer ces nombres maximaux, ils pourront demander aux fournisseurs de prestations, aux assureurs et à leurs fédérations respectives de leur communiquer gratuitement les données nécessaires (art. 55a, al. 4).

Le législateur a chargé le Conseil fédéral de fixer les critères et principes méthodologiques visant à définir les nombres maximaux de médecins fournissant des prestations ambulatoires (art. 55a, al. 2, de la modification du 19 juin 2020 de la LAMal). Cette délégation de compétence au Conseil fédéral est liée à l'attente que des critères homogènes s'appliquent dans toute la Suisse et qu'un cadre identique soit créé aussi bien pour le secteur ambulatoire des hôpitaux que pour les médecins exerçant en pratique privée. La compétence octroyée au Conseil fédéral vise une homogénéité méthodologique dans toute la Suisse afin de créer la transparence et d'éviter les procédures judiciaires cantonales tout en leur laissant une certaine marge de manœuvre permettant de tenir compte des spécificités régionales. L'homogénéité méthodologique vise aussi à faciliter le dépassement des frontières cantonales et l'approche en termes de régions d'approvisionnement. Pour définir les critères et principes méthodologiques selon l'art. 55a, al. 2, de la modification du 19 juin 2020 de la LAMal, le Conseil fédéral doit tenir compte en particulier des flux de patients entre les cantons et des régions responsables de la fourniture des soins. La capacité de l'offre en soins est également à prendre en compte, au travers de l'évolution générale du taux d'activité des médecins.

Compte tenu du mandat que le législateur a donné au Conseil fédéral, le projet d'ordonnance s'appuie sur une étude réalisée par l'institut BSS sur mandat de l'office fédéral de la santé publique (OFSP) qui

⁶ FF 2018 6397

⁷ La Suisse pointe au troisième rang derrière l'Autriche et la Norvège, selon les données 2017 de l'OCDE.

⁸ De 2,8 % du PIB en 1996, elles sont passées à 4,4 % en 2017, selon les données de l'OFS relatives au financement du système de santé.

⁹ Les dépenses liées aux prestations ambulatoires des médecins en cabinet et des hôpitaux (tous deux médicaments compris) ont augmenté de 4,7 % par année entre 1998 et 2018, contre 3,9 % pour le reste des coûts à la charge de l'AOS. Voir la statistique de l'assurance-maladie obligatoire.

avait pour but d'identifier des critères et principes méthodologiques appropriés et opérationnels.¹⁰ Cette étude passe en revue les modèles et méthodes développés en Suisse pour mesurer, évaluer et simuler l'approvisionnement en prestations médicales. En effet, plusieurs travaux concernant la problématique de l'approvisionnement médical ambulatoire ont été publiés ces dernières années, dont certains en Suisse. L'Observatoire suisse de la santé (Obsan) a élaboré un modèle de simulation des effectifs et du besoin de médecins en Suisse dans différentes spécialités, sur mandat de la plateforme « Avenir de la formation médicale » (Burla et Widmer, 2016)¹¹. Le même institut a également développé une méthode (MH3SFCA) d'analyse des différences d'accessibilité spatiale à l'offre de soins médicaux (Jörg et al, 2019)¹². Finalement, santésuisse, avec l'aide d'instituts de recherche privés, a aussi développé son propre modèle d'évaluation de l'approvisionnement en prestations médicales (Reichlmeier et Meier, 2018)¹³. Ces différentes méthodes reposent sur des approches scientifiques différentes et les résultats qu'elles obtiennent sont difficilement comparables.

L'étude de l'institut BSS a permis d'évaluer et de comparer les trois modèles en regard de :

- l'adéquation pour évaluer la qualité de l'approvisionnement, selon les spécialités et les régions
- l'adéquation pour simuler l'évolution des besoins et de l'approvisionnement ;
- la capacité à prendre en compte les exigences prévues à l'art. 55a, al. 2 de la modification du 19 juin 2020 de la LAMal;
- la possibilité de combler les éventuelles lacunes (par exemple, en combinant plusieurs modèles/méthodes) ;
- la disponibilité et l'accès aux données nécessaires à l'opérationnalisation de la/des méthode(s).

Suite à quoi, un prototype de modèle visant à fixer des nombres maximaux de médecins pouvant correspondre aux exigences légales a été développé puis testé sur certains domaines de spécialité. Cela a permis d'identifier et de proposer des critères et principes méthodologiques opérationnels pour la mise en œuvre des exigences fixées dans la loi.

Le modèle développé dans l'étude de BSS doit être entendu comme une contribution aux réflexions menées dans le cadre de l'élaboration de l'ordonnance. Toutefois, les principes et critères méthodologiques proposés dans l'ordonnance s'en éloignent parfois, dans le but de proposer aux cantons une approche plus homogène sur le plan suisse et plus simple à mettre en place.

Commentaire sur le contenu de l'ordonnance

L'ordonnance fixe, pour le 1^{er} juillet 2021, les critères et principes méthodologiques pour définir les nombres maximaux de médecins. Ces critères et principes méthodologiques se rapportent aussi bien à l'établissement de nombres maximaux d'un canton en particulier qu'au calcul de nombres maximaux pour un ensemble de plusieurs cantons. L'utilisation de la forme « les cantons » tient compte de cette possibilité.

Les nombres maximaux de médecins autorisés à pratiquer à la charge de l'AOS sont quant à eux définis par les cantons. Ils s'appliquent aux médecins exerçant dans les cabinets médicaux ou dans le domaine ambulatoire hospitalier. Ils sont définis pour un ou plusieurs domaine(s) de la médecine ambulatoire et par région ; la région pouvant s'étendre au territoire d'un ou de plusieurs cantons, à un territoire inter-cantonal ou à un territoire infra-cantonal. La détermination des chiffres maximaux conformément à l'article 55a, al. 1, de la modification du 19 juin 2020 de la LAMal repose sur le taux d'approvisionnement, c'est-à-dire que le besoin en soins de la population de la région doit être déterminé et comparé à l'offre disponible, le but étant de garantir l'accès des assurés aux prestations appropriées, de haute qualité tout en étant économiques. Une approche conjointe entre les cantons implique de déterminer et de mettre en relation le taux d'approvisionnement en soins médicaux ambulatoires dans le domaine de prestation concerné, en tenant compte des caractéristiques de la population et des fournisseurs de prestations sur le territoire commun (y compris ceux pratiquant dans les établissements hospitalier).

¹⁰ Kaiser, B. (2020). *Kriterien und methodische Grundsätze für die Festlegung der Höchstzahlen von Ärztinnen und Ärzten*. BSS, accessible sous le lien : www.ofsp.admin.ch > L'OFSP> Publications > Rapports de recherche > Assurance-maladie et accidents.

¹¹ Merçay, C., Burla, L. & Widmer, M. (2016). *Personnel de santé en Suisse. Etat des lieux et projections à l'horizon 2030* (Obsan Rapport 71). Neuchâtel, Observatoire suisse de la santé

¹² Jörg, R., Lenz, N., Wetz, S. & Widmer, M. (2019). *Ein Modell zur Analyse der Versorgungsdichte: Herleitung eines Index zur räumlichen Zugänglichkeit mithilfe von GIS und Fallstudie zur ambulanten Grundversorgung in der Schweiz* (Obsan Rapport 01/2019). Neuchâtel, Observatoire suisse de la santé

¹³ Reichlmeier, A. & Meier, C. (2018). *Ambulante Versorgungsstruktur und Bedarfsanalyse Schweiz*. santésuisse

L'ordonnance pose un cadre permettant une mise en œuvre de l'art. 55a, al. 1, de la modification du 19 juin 2020 de la LAMal homogène au niveau national, tout en octroyant aux cantons une marge de manœuvre en ce qui concerne la définition par domaine, des nombres maximaux de médecins autorisés à pratiquer à la charge de l'AOS sur leurs territoires respectifs. Ci-dessous les grandes lignes de la méthodologie proposée dans le projet d'ordonnance. Celle-ci comprend quatre grandes étapes : la définition d'un modèle de régression national, l'estimation du besoin en soins régional, le calcul du taux d'approvisionnement régional, le calcul du nombre maximal d'équivalents plein temps (EPT) au niveau régional (voir aussi le Schéma 1, l'ensemble des étapes s'entend par domaine).

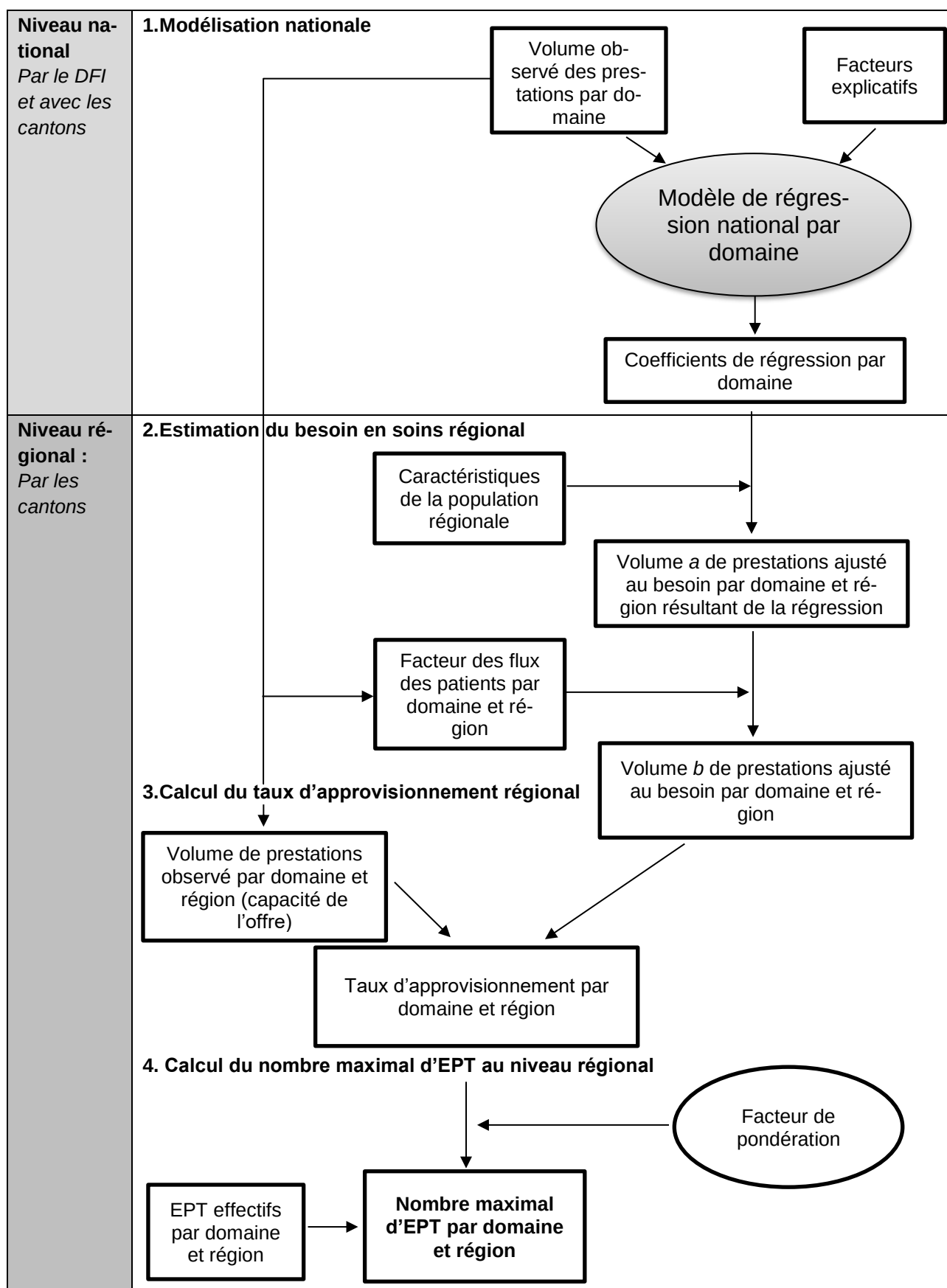


Schéma 1 : Etapes méthodologiques pour déterminer les nombres maximaux (Source : OFSP)

Ainsi, pour fixer le nombre maximal de médecins autorisés à pratiquer à la charge de l'AOS dans un domaine de spécialisation et dans une région particulière, **les cantons s'appuient sur des valeurs de référence nationales définies par domaine**. La définition des domaines de spécialisation se fonde sur les titres des médecins spécialistes selon l'ordonnance du 27 juin 2007¹⁴ concernant les diplômes, la formation universitaire, la formation postgrade et l'exercice des professions médicales universitaires (OPMéd). Les valeurs de référence consistent en des coefficients de régression du volume de prestations médicales ambulatoires fourni au niveau national. Le Département fédéral de l'intérieur (DFI) définit les coefficients applicables par domaine sur la base des modèles de régression définis au niveau national (voir étape 1 dans le schéma). Ces modèles de régression de l'offre par domaine de prestation seront conçus avec l'appui des cantons. L'objectif est de parvenir à modéliser le niveau de l'offre nationale par domaine de la manière la plus appropriée possible. La modélisation pourra tenir compte des caractéristiques démographiques comme l'âge et le sexe. D'autres facteurs explicatifs pourront également être pris en compte, selon les spécificités des domaines modélisés (par ex. les taux de mortalité, les taux d'hospitalisation ou les franchises annuelles choisies). Il est essentiel que la liste exhaustive des facteurs explicatifs à prendre en compte par domaine soit établie en concertation avec les cantons, puisqu'ils seront ensuite en charge de l'application des coefficients de régression afin de définir les nombres maximaux de médecins autorisés à pratiquer à la charge de l'AOS sur leur territoire. La Constitution fédérale donne par ailleurs aux cantons, le devoir d'assurer un approvisionnement en soins en cas de maladie.

Sur la base des coefficients de régression définis au niveau national par domaine, les cantons procèdent à l'évaluation du besoin objectif d'approvisionnement en soins de la région pour laquelle ils souhaitent définir les nombres maximaux (voir étape 2 dans le schéma). Le besoin objectif de la population est une construction latente et non observable. L'objectif de cette étape est donc d'estimer la variation régionale de la demande en utilisant des méthodes statistiques appropriées. Pour cela, les cantons s'appuient sur les coefficients publiés au niveau national concernant l'offre de soins et les transposent à la population de la région examinée en tenant compte de ses caractéristiques. Le volume de prestations AOS couvrant le besoin d'approvisionnement en soins dans le domaine et dans la région examinés est donc défini par les facteurs explicatifs qui ont été utilisés dans le modèle de régression calculé au niveau national. La taille de la population prise en compte correspond à l'effectif des assurés annuel moyen de l'assurance-maladie obligatoire avec résidence dans la région examinée. Cette étape de calcul permet d'obtenir le volume *a* de prestations ajusté aux besoins.

Dans le calcul de l'évaluation du besoin objectif d'approvisionnement en soins de la région, les cantons doivent aussi tenir compte des flux de patients entre les régions (voir étape 2 dans le schéma). Cela peut être fait, dans la mesure où :

- les cantons intègrent aussi dans le calcul, un volume couvrant le besoin d'approvisionnement en soins de personnes résidant hors des frontières de la région examinée qui consultent auprès des médecins établis dans ladite région,
- les cantons éliminent le volume couvrant le besoin d'approvisionnement en soins de personnes résidant dans la région examinée qui consultent auprès des médecins établis en dehors de ladite région.

Concrètement, les cantons peuvent s'appuyer sur la proportion du volume de prestations observé pour chaque domaine au niveau régional qui est liée à ce flux des patients. Bien que cette approche soit plus approximative que celle utilisée dans le rapport de BSS¹⁵, elle a pour avantage de proposer aux cantons une solution simple d'application et de limiter les problèmes éventuels liés à la protection de données personnelles. Le résultat de cette opération consiste en une adaptation du besoin en soins, qui se nomme volume *b* de prestations ajusté aux besoins.

Parallèlement à l'estimation du besoin en soins, les cantons calculent la capacité d'offre de prestations dans le domaine et dans la région pour laquelle ils souhaitent fixer des nombres maximaux (voir étape 3 dans le schéma). L'analyse englobe aussi bien l'offre de prestations ambulatoires de médecins pratiquant en cabinet et dans le secteur ambulatoire des hôpitaux. Ici aussi, la définition des domaines de spécialisation se fonde sur les titres des médecins spécialistes selon l'OPMéd. Lorsque les prestations sont fournies par des hôpitaux ou par les cabinets de groupe, les numéros GLN des médecins qui ont fourni la prestation font foi. Il arrive aussi souvent que des médecins soient détenteurs de plusieurs titres de spécialisation. Dans ce cas, l'attribution à un domaine se fera en fonction du domaine où le médecin est le plus actif (sur la base du profil des prestations facturées par le médecin) ou, lorsque

¹⁴ RS 811.112.0

¹⁵ L'approche proposée par BSS consiste à calculer le volume des prestations attendus par personne (selon ses caractéristiques) et selon la commune de résidence et à procéder ensuite à une agrégation de ce volume calculé au niveau de la région d'implantation du fournisseur de prestation.

cette information n'est pas disponible, sur la base du dernier diplôme de formation postgrade obtenu par le médecin. Les capacités d'offre sont mesurées en terme de volume de prestations fournis par les médecins exerçant dans le domaine et dans la région examinée.

Le volume correspondant à la capacité d'offre des fournisseurs est à mettre en rapport avec le volume couvrant les besoins en approvisionnement en soins (volume *b* de prestations ajusté aux besoins), ceci afin de **déterminer le taux d'approvisionnement** (voir étape 3 dans le schéma). Concrètement, le taux d'approvisionnement est obtenu par la division du volume de prestations observé par domaine et sur le territoire de la région considérée avec le volume de prestations ajusté au besoin, obtenu précédemment à l'aide des coefficients nationaux et après prise en compte des flux des patients. Le canton peut aussi prévoir un **facteur de pondération à appliquer sur le taux d'approvisionnement**, lorsque certains facteurs d'influence n'ont pas pu être suffisamment pris en compte dans le cadre de la détermination du taux d'approvisionnement de la région (par ex. si le niveau suisse est considéré comme inapproprié ou pour tenir compte du flux touristique de personnes résidant en dehors du territoire suisse). Ce facteur de pondération doit être défini de manière transparente et être justifié par des éléments objectifs tels que des expertises, un système d'indicateurs ou l'usage de valeurs de référence (par exemple valeurs issues d'une période passées). Un taux d'approvisionnement égal à 100% tend à indiquer un approvisionnement approprié de la région. Un taux d'approvisionnement inférieur à 100% tend à indiquer un sous-approvisionnement de la région. Un taux d'approvisionnement supérieur à 100% tend à indiquer un sur-approvisionnement.

En divisant le nombre d'EPT disponibles (EPT effectifs) avec le taux d'approvisionnement dans le domaine et la région concernés, on obtient **le nombre d'EPT qui permettrait de couvrir le besoin d'approvisionnement en soins calculé par le canton** (voir étape 4 dans le schéma). Pour déterminer le nombre d'EPT disponibles dans le domaine et dans la région concernée, les cantons peuvent soit effectuer un relevé auprès des fournisseurs de prestations pratiquant dans le domaine et la région concernés ou alors se référer à des statistiques existantes. L'ordonnance fixe que pour tous les domaines, dix demi-journées de travail correspondent à un temps plein. Si les données concernant un secteur (par ex. secteur ambulatoire des hôpitaux) ou des domaines particuliers ne sont pas disponibles, les cantons peuvent recourir à des estimations, fondées sur le volume de prestations facturées. À l'instar de ce qui a été fait dans le rapport BSS, les cantons peuvent par exemple considérer qu'un EPT en cabinet fournit un volume de prestations identique à celui fourni par un EPT exerçant dans le secteur ambulatoire des hôpitaux.

Ainsi, le nombre maximal de médecins autorisés à pratiquer dans un domaine et dans une région serait obtenu avec les fonctions suivantes :

$$(F1) \quad \text{Nombre maximal} = \frac{EPT_effectifs}{Degré_d'approvisionnement}$$

Où :

$$(F2) \quad Degré_d'approvisionnement = \frac{Volume_effectif}{Facteur_de_pondération * Volume_besoin}$$

Les EPT couvrant le besoin d'approvisionnement en soins calculés par domaine de spécialisation peuvent ensuite être additionnés, lorsque les cantons considèrent que plusieurs titres de spécialisation couvrent des prestations suffisamment substituables entre elles.

La méthode proposée pour la définition des nombres maximaux de médecins par domaine et par région demande que les données pertinentes soient mises à la disposition des autorités compétentes. Dans le cadre de la mise en œuvre de la révision de la loi évoquée, il est prévu de modifier l'art. 30b, al. 1, let. a et b OAMal, afin que l'OFS soit en mesure de transmettre les données selon l'art. 59a LAMal à l'OFSP (pour l'élaboration des critères et principes méthodologiques) et ainsi qu'aux cantons (pour la définition des nombres maximaux de médecins). En fonction des données nécessaires au modèle de régression national ou nécessaires aux cantons pour déterminer les nombres maximaux, il est possible que les relevés des données effectués au sens de l'art. 59a, LAMal, soient ajustés. Selon l'art. 55a, al. 4 de la modification du 19 juin 2020 de la LAMal, les fournisseurs de prestations, les assureurs et leurs fédérations respectives communiquent gratuitement aux autorités cantonales compétentes qui en font la demande – en plus des données collectées en vertu de l'art. 59a LAMal – les données nécessaires pour fixer les nombres maximaux de médecins.

La mise en place de l'ordonnance représente un changement fondamental par rapport à la législation en vigueur jusqu'au 30 juin 2021 et peut nécessiter un certain temps au niveau national (définition du

modèle de régression national et par domaine) et au niveau des cantons (définition des nombres maximaux par région et par domaine). L'ordonnance prévoit dès lors une disposition transitoire autorisant les cantons à déterminer que l'offre effective de médecins disponibles par spécialité et par région corresponde à une prise en charge fondée sur les besoins et économique. Celle-ci serait applicable jusqu'au 30 juin 2025.

II. Partie détaillée

Art. 1 Principe

Les nombres maximaux de fournisseurs de prestations au sens de l'art. 55a de la modification du 19 juin 2020 de la LAMal sont déterminés sur la base d'un taux d'approvisionnement régional. Celui-ci est obtenu en comparant l'offre actuelle (volume observé de prestations) fournie par les médecins admis à pratiquer à charge de l'AOS avec le niveau correspondant à une offre adaptée aux besoins de la population et respectant le critère d'économicité. Le taux d'approvisionnement d'une région peut être adapté à l'aide d'un facteur de pondération (voir art. 8).

Art. 2 Calcul de l'offre de médecins par le canton

L'offre de médecins est mesurée en nombre d'EPT. Le taux de travail d'un médecin est obtenu en comparant son temps de travail effectif avec celui effectué en moyenne par un médecin à plein temps. Un médecin est à plein temps s'il travaille 10 demi-journées par semaine. Cela correspond à la méthode usuellement utilisée dans le cadre de relevés effectués auprès des médecins exerçant dans les cabinets médicaux (par ex. : Statistique des cabinets médicaux et des centres ambulatoires MAS ou Statistique médicale de la FMH). Le numéro GLN (Global Location Number) du médecin fournisseur de la prestation fait foi.

Si par manque de données, ou de données de qualité suffisante il n'est pas possible de déterminer précisément le taux de travail d'un fournisseur de prestations, ce taux est calculé proportionnellement au volume de prestations fourni, par rapport à celui d'autres fournisseurs de prestations similaires. À l'heure actuelle, il n'existe pas de base de données nationale comprenant le nombre d'EPT des médecins exerçant dans le secteur ambulatoire des hôpitaux. Par conséquent, des estimations doivent être faites. Le taux d'activité des médecins exerçant dans ce secteur peut par exemple être estimé en fonction de celui des médecins exerçant en cabinet, dans le domaine de spécialisation examiné.

Art. 3 Définition des domaines de spécialisation médicale

L'OPMéd fait foi pour la définition des domaines de spécialisation médicale. Les cantons ont la possibilité de regrouper différents titres postgrades fédéraux en une seule catégorie de spécialisation. Un tel regroupement est particulièrement pertinent lorsque certaines spécialisations peuvent facilement se substituer l'une l'autre, comme, par exemple, les spécialistes en médecine générale interne et les médecins praticiens.

Il est fréquent qu'un médecin possède plusieurs titres postgrades. Dans ce cas, le domaine de spécialisation qui lui est attribué est celui dans lequel il fournit le plus grand nombre de prestations. Si cette information n'est pas disponible, le dernier titre obtenu servira de référence.

Art. 4 Définition des régions auxquelles s'appliquent les chiffres maximaux

Les cantons définissent les régions concernées par les nombres maximaux. Ces régions d'approvisionnement peuvent être une partie d'un canton, un canton, une zone inter-cantonale ou plusieurs cantons.

Art. 5 Méthode d'analyse du besoin en prestations médicales

L'analyse du besoin d'approvisionnement en prestations médicales s'effectue sur la base de coefficients de régression du volume de prestations médicales ambulatoires fourni au niveau national, dans un domaine de spécialisation médical. Le DFI publie dans une ordonnance les coefficients pour chaque domaine sur la base d'un modèle de régression élaboré en concertation avec les cantons.

Les coefficients de régression par domaine de spécialisation sont publiés régulièrement (par exemple tous les 3 ou 5 ans – selon les besoins). Cette publication permet aux cantons d'estimer le besoin en prestations médicales en fonction de la structure de leur population et pour chaque domaine de spécialisation, sur la base des informations les plus récentes. Le besoin en prestations médicales est exprimé en termes de volume de prestations ajusté aux besoins et est désigné par la lettre *a* à l'al. 2.

Le besoin d'approvisionnement estimé pour chaque domaine de spécialisation dépend des caractéristiques de base de la population résidant dans la région pour laquelle le canton souhaite fixer les nombres

maximaux. Les facteurs explicatifs « âge » et « sexe » sont pris en compte dans le modèle de régression. D'autres facteurs explicatifs vont être ajoutés au modèle de régression, après concertation avec les cantons (par ex. le taux de mortalité, le taux d'hospitalisation ou encore la part de la population ayant choisi un niveau de franchise élevé). L'ensemble des facteurs choisis doit permettre d'estimer le besoin en soins, de la manière la plus précise possible.

L'attribution des prestations aux spécialités médicales se fait à l'aide du numéro GLN des médecins qui ont fourni les prestations. Ce numéro doit en principe figurer sur les factures des prestations fournies par les médecins, afin de permettre leur identification.

Art. 6 Prise en compte des flux de patients pour le calcul du taux d'approvisionnement régional

Le volume de prestations correspondant au besoin d'approvisionnement en soins calculé par les cantons à l'aide des coefficients de régression doit être ajusté pour tenir compte des flux de patients. Ce flux peut être formellement décrit comme le volume de prestations consommées dans une région *i* par des patients résidant dans d'autres régions, moins le volume de prestations consommées par les résidents de la région *i* auprès de médecins établis dans d'autres régions. Concrètement, les cantons peuvent calculer la part du volume de prestations à la charge de l'AOS qui correspond au flux net des patients. Selon l'exemple fictif ci-dessous, le volume des prestations correspondant au besoin en soins de la population résidant dans la région pourrait être augmenté de 15%.

Base = Total des prestations de la population de la région	Outflow = prestations consommées en dehors de la région par la population résidant dans la région	Inflow = prestations consommées dans la région par la population résidant hors de la région	Netflow = Inflow - Outflow
3'000	750	1'200	450
100.00%	25.00%	40.00%	15.00%

Une fois les flux de patients pris en compte dans le calcul, on obtient le volume *b* de prestations ajusté au besoin cité dans l'al. 1. On divise ensuite le volume de prestations observé, par le volume *b* de prestations ajusté au besoin pour obtenir le taux d'approvisionnement.

Art. 7 Mesure des prestations consommées

Les prestations médicales consommées sont mesurées au moyen du volume de points selon la structure tarifaire pour les prestations médicales ambulatoires – s'il n'est pas possible de déterminer précisément le volume de prestations – sur la base des prestations brutes de l'AOS ou du nombre de consultations.

Art. 8 Prise en compte d'un facteur de pondération pour le calcul du taux d'approvisionnement régional

Les cantons ont la possibilité de prévoir un facteur de pondération à appliquer sur le taux d'approvisionnement pour tenir compte des circonstances qui n'ont pas été intégrés dans le calcul du taux d'approvisionnement de la région. Ce facteur doit être justifié. Les cantons peuvent s'appuyer notamment sur des expertises, des systèmes d'indicateurs ou bien des valeurs de référence (par exemple : valeurs observées par le passé). Une combinaison de plusieurs approches est possible.

Art. 9 Coordination intercantonale pour la fixation des nombres maximaux

Dans le cadre de la coordination intercantonale, les cantons sont notamment tenus d'analyser les données relatives aux flux de patients et de les communiquer aux cantons concernés, d'évaluer le potentiel d'économicité et de qualité d'une fixation intercantonale des nombres maximaux et de coordonner la fixation des nombres maximaux avec les cantons concernés.

Art. 10 Fixation des nombres maximaux

Les cantons fixent des nombres maximaux de médecins par domaine de spécialisation en déterminant un nombre maximal d'EPT. Les nombres maximaux dans une ou plusieurs spécialités médicales ou dans certaines régions sont déterminés sur la base des EPT calculés par spécialité et par région, du taux d'approvisionnement calculé par spécialité et par région ainsi que du facteur de pondération pour le taux d'approvisionnement déterminé par le canton.

En raison de l'évolution démographique de la population, les valeurs fixées par les cantons doivent être régulièrement réexaminées et adaptées.

Art. 11 Disposition transitoire

Selon les dispositions transitoires figurant dans la modification de la LAMal (Admission des fournisseurs de prestations), les cantons ont deux ans à compter de son entrée en vigueur pour adapter leurs réglementations cantonales, soit jusqu'au 30 juin 2023. D'ici-là, l'ancien droit régissant la limitation de l'admission reste applicable.

L'élaboration du modèle national de régression nécessite un certain délai. Par ailleurs, la détermination de nombres maximaux par région est une tâche complexe, que les cantons ne pourront remplir qu'au bout d'un processus d'estimation. C'est pourquoi les cantons ont la possibilité durant deux ans encore, soit jusqu'au 30 juin 2025, de déterminer que l'offre de médecins disponibles conformément à l'article 2 correspond, par spécialité et par région, à une prise en charge fondée sur les besoins et économique. Passé cette date, les cantons doivent déterminer les nombres maximaux de fournisseurs de prestations sur la base de la méthodologie présentée dans cette ordonnance.

III. Entrée en vigueur

L'ordonnance entre en vigueur le 1^{er} juillet 2021.