



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

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

Ordonnance du DFI du 28 novembre 2022 sur la fixation des taux régionaux de couverture des besoins en prestations médicales ambulatoires par domaine de spécialisation

Modifications au ...

Teneur des modifications et commentaire

Berne, le ...

I. Partie générale

1. Contexte

1.1. Cadre légal pour la limitation des admissions

Avec la modification de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal ; RS 832.10) portant sur l'admission des fournisseurs de prestations adoptée par le Parlement le 19 juin 2020 (FF **2018** 3263), les cantons ont obtenu selon l'art. 55a, LAMal la compétence de limiter le nombre de médecins autorisés à fournir des prestations ambulatoires à la charge de l'assurance obligatoire des soins (AOS), dans un ou plusieurs domaines de spécialisation médicale ou dans certaines régions (fixation de nombres maximaux). Les médecins qui exercent dans le domaine ambulatoire d'un hôpital ou dans une institution de soins ambulatoires dispensés par des médecins au sens de l'art. 35, al. 2, let. n, LAMal sont aussi soumis à la limitation (art. 55a, al. 1, let. b, LAMal)¹. Les cantons n'ont pas l'obligation de définir un nombre maximal de médecins pour l'ensemble des domaines et des régions, mais peuvent le faire uniquement pour un ou plusieurs domaines de spécialisation médicale ou dans certaines régions. A minima, ils doivent prévoir des nombres maximaux pour un domaine dans une certaine région. Les fournisseurs de prestations et les assureurs ainsi que leurs associations communiquent gratuitement aux autorités cantonales compétentes, sur demande, les données nécessaires à la fixation des nombres maximums, en plus des données collectées en vertu de l'art. 59a LAMal (art. 55a, al. 4, LAMal). La sélection des domaines ou des régions où s'appliquent les nombres maximaux est laissée à l'appréciation des cantons. Avant de fixer les nombres maximaux, les cantons devront entendre les fédérations des fournisseurs de prestations, des assureurs et des assurés. Ils devront aussi se coordonner entre eux (art. 55a, al. 3, LAMal).

Le Parlement a chargé le Conseil fédéral de fixer les critères et principes méthodologiques visant à définir ces nombres maximaux en tenant compte en particulier des flux de patients entre les cantons, des régions responsables de la fourniture des soins ainsi que de l'évolution générale du taux d'activité des médecins (Art. 55a, al. 2, LAMal). La compétence octroyée au Conseil fédéral vise à assurer une homogénéité méthodologique dans toute la Suisse afin de créer la transparence et un cadre légal identique pour l'ensemble du domaine médical ambulatoire ; tout en laissant aux cantons une grande marge de manœuvre pour tenir compte des spécificités régionales. L'homogénéité méthodologique vise également à faciliter la coordination intercantonale et l'approche en termes de régions.

Le 23 juin 2021, le Conseil fédéral a adopté l'ordonnance sur la fixation de nombres maximaux de médecins qui fournissent des prestations ambulatoires (RS 832.107, ci-après : ordonnance sur les nombres maximaux). Cette ordonnance prévoit que les nombres maximaux par domaine de spécialisation et par région soient calculés par les cantons en se fondant sur l'*offre effective* de médecins en activité que les cantons auront évaluée par domaine et région, sur les *taux de couverture* par domaine et région (ci-après : taux de couverture) qui auront été estimés puis publiés par le Département fédéral de l'intérieur (DFI) ainsi que sur les *facteurs de pondération* par domaine et par région que les cantons auront définis en vue de compenser des éléments influençant le besoin objectif en soins qui ne sont pas pris en compte dans les taux de couverture. Les cantons détiennent ainsi la marge de manœuvre nécessaire pour évaluer la situation sur leurs territoires ; ils doivent toutefois justifier leurs choix, à l'aide notamment d'enquêtes auprès de spécialistes, de systèmes d'indicateurs ou de valeurs de référence (art. 5, al. 2, de l'ordonnance sur les nombres maximaux).

L'ordonnance sur les nombres maximaux est entrée en vigueur le 1^{er} juillet 2021 et prévoit un délai transitoire jusqu'au 30 juin 2025 ; passé cette date, les cantons devront déterminer les nombres maximaux sur la base de toute la méthodologie présentée dans l'ordonnance sur les nombres maximaux.

¹ Voir à ce sujet la FAQ du 23 août 2023 sur l'admission des fournisseurs de prestations, point 2.2 h), pp. 17 à 19, publiée sur le site de l'OFSP www.bag.admin.ch → Assurances → Assurance-maladie → Fournisseur de prestation

1.2. Estimation des taux de couverture

Le DFI est chargé d'estimer et de publier les taux de couverture (art. 3 de l'ordonnance sur les nombres maximaux). Le 28 novembre 2022, il les a publiés dans l'ordonnance du DFI sur la fixation des taux régionaux de couverture des besoins en prestations médicales ambulatoires par domaine de spécialisation (RS 832.107.1 ; ci-après ordonnance sur les taux de couverture).

L'estimation des taux de couverture met en rapport le volume de prestations observé avec le volume de prestations² ajusté au besoin, pour un domaine de spécialisation et dans une région.

La fonction appliquée est la suivante :

$$(F1) \text{ Taux de couverture} = \frac{\text{Volume de prestations observé}}{\text{Volume}_b \text{ de prestations ajusté au besoin}}$$

Le volume de prestations observé est déduit de la statistique de facturation établie par SASIS SA. Le volume de prestations ajusté au besoin est quand-à-lui estimé au moyen d'un modèle de régression national, au sein duquel la quantité de prestations ajustée au besoin est prédite en fonction de facteurs liés à la démographie et à la morbidité de la population ainsi que d'autres facteurs pouvant expliquer l'évolution de l'offre. Outre les variables directement tirées du Datenpool de SASIS SA, d'autres variables issues de diverses sources de données sont utilisées pour renseigner le domaine de spécialisation du médecin qui fournit la prestation, sa région d'établissement et certaines caractéristiques socio-démographiques des patients. Le volume de prestation ajusté au besoin tient également compte des flux de patients entre les régions (art. 3, al. 1 et 3, de l'ordonnance sur les nombres maximaux). La méthode initiale d'estimation des taux de couverture ainsi que les résultats sont expliqués dans le rapport explicatif du 28 novembre 2022 de l'ordonnance sur les taux de couverture (RO 2022 803) ainsi que dans les rapports finaux des analyses effectuées par l'Observatoire suisse de la santé (Obsan) et l'institut *BSS Volkswirtschaftliche Beratung AG* (BSS). Ces documents sont accessibles sur le site de l'OFSP.³

Les taux de couverture doivent être régulièrement réexaminés et adaptés lorsque nécessaire (art. 3, al. 5, de l'ordonnance sur les nombres maximaux). Il en va également pour les nombres maximaux fixés par les cantons (art. 5, al. 3, de l'ordonnance sur les nombres maximaux). À ce sujet, le premier rapport d'Obsan et BSS⁴ recommandait que la première réévaluation des taux de couverture soit faite si possible en 2024, c.à.d. avant l'échéance du délai transitoire évoqué au point 1.1.

2. Grandes lignes de la modification d'ordonnance

Le DFI entend suivre les recommandations reçues et a préparé le réexamen de la méthode qui conduit à la présente modification de l'ordonnance sur les taux de couverture. Les travaux de réexamen reposent sur les analyses effectuées par l'Obsan et BSS, sous la supervision de l'OFSP. De manière analogue aux précédents travaux, ils ont été accompagnés par un groupe d'échange composé de représentants des cantons de BL/BS, GE, LU, SG, VD et ZH, ainsi que de la CDS. A cela s'ajoutent plusieurs présentations des travaux et plusieurs sondages écrits auprès d'un groupe élargi d'acteurs représentant l'ensemble des cantons, les fédérations d'assureurs-maladie et de fournisseurs de prestations médicales. Pour des questions spécifiques, des représentants des sociétés médicales et d'autres spécialistes sont par ailleurs été impliqués en cas de besoin.⁵

² Les termes « volume de prestations observé » et « volume de prestations » sont ici synonymes.

³ Ces documents sont aussi disponibles sous le lien : <https://www.bag.admin.ch> > Assurances > Assurance-maladie > Fournisseurs de prestations > Nombres maximaux de médecins.

⁴ Jörg, R., Kaiser, B., Burla, L., Haldimann, L. et Widmer, M. (2022). Taux de couverture régionaux par domaine de spécialisation pour servir de base aux nombres maximaux dans les soins médicaux ambulatoires. Rapport final de l'Observatoire suisse de la santé (Obsan) et de BSS Volkswirtschaftliche Beratung sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP). (Obsan Rapport 05/2022). Neuchâtel : Observatoire suisse de la santé. Accessible sous les liens www.obsan.ch > Publications.

⁵ Cela comprend notamment des clarifications avec des représentants de la Société suisse de psychiatrie et psychothérapie pour enfants et adolescents (SSPPEA), de la Société suisse de radiologie (SSR), de la Société suisse de gynécologie et d'obstétrique (SSGO) ainsi qu'avec NewIndex SA et SASIS SA concernant les bases de données utilisées.

2.1. Développement de la méthode d'estimation des taux de couverture

La méthode d'estimation des taux de couverture comprenant les adaptations effectuées suite au premier réexamen est décrite de manière détaillée dans le rapport final d'Obsan et BSS.⁶ Au final, sept mesures sont mises en place et conduisent à la modification de l'ordonnance sur les taux de couverture :

1. Actualisation de la période de référence et élargissement des données utilisées

Alors que le premier calcul des taux de couverture reposait sur des données de l'année de traitement 2019, l'estimation des taux de couverture repose désormais sur les données les plus récentes disponibles au moment du réexamen, soit celles de l'année 2022. Par ailleurs, l'estimation des taux de couverture intègre deux nouvelles sources de données ; à savoir les informations relevées par les cantons concernant l'évaluation de l'offre médicale sur leurs territoires (voir mesure 2) ainsi que les données des patients ambulatoires des hôpitaux (PSA ; voir mesure 7).

2. Intégration d'informations cantonales sur le domaine principal

Dans la première estimation des taux de couverture, la répartition des prestations facturées sur les différents domaines de spécialisation repose principalement sur le domaine de spécialisation principal du fournisseur de prestations selon les informations contenues dans le registre des codes créanciers (RCC) de SASIS SA ou alternativement sur la base du dernier titre obtenu par le médecin traitant selon le registre des professions médicales (MedReg). Dans le cadre du réexamen de la méthode, il a été décidé d'intégrer aussi les données récoltées par les cantons en exécution au devoir qui leur incombe d'évaluer l'offre de médecins sur leurs territoires (composante des nombres maximaux, voir chap. 1). Ces données seront utilisées avant de recourir aux deux méthodes mentionnées ; ceci afin d'assurer une certaine coordination entre l'estimation des taux de couverture en soins et l'évaluation par les cantons de l'offre médicale sur leurs territoires. Douze cantons ont mis à disposition d'Obsan et BSS de telles données, qui, après contrôle de plausibilité (au moyen du registre MedReg) et validation des cantons concernés ont permis d'associer les prestations d'un médecin à un domaine de spécialité principal. Au total, plus de 9 500 enregistrements ont été utilisés, qui ont permis d'améliorer la méthode de calcul. Dans plus de 98% des cas, le domaine principal renseigné par les cantons correspond au domaine principal renseigné dans le RCC de SASIS SA pour les cabinets individuels et dans plus de 93% des cas, le domaine principal renseigné correspondait au dernier titre obtenu selon MedReg, corroborant ainsi l'approche qui était appliquée jusqu'ici. Celle-ci est donc maintenue lorsque les cantons n'ont pas transmis de données.

Lorsque l'identification du médecin qui a fourni la prestation n'est pas possible (concerne surtout les hôpitaux ou les cabinets de groupe qui ne renseignent pas le numéro GLN du médecin traitant sur la facture), l'attribution aux domaines de prestations continuera à se fonder sur l'approche probabiliste (théorème de Bayes) et les éventails de prestations TARMED qui ont été définis, en collaboration avec les experts tarifaires des sociétés médicales. Toutefois, ayant observé que dans certains cantons, un (très faible) volume de prestations a parfois été estimé pour certains domaines de spécialisation pour lesquels le canton ne compte aucun médecin en exercice, les faibles pourcentages obtenus à l'aide de cette méthode (<1%) sont désormais exclus de l'analyse.

3. Meilleure délimitation des interfaces entre les domaines de spécialisation

Des distorsions ont pu être identifiées dans certains domaines de spécialisation, par exemple liées à des différences régionales dans la pratique et la facturation. Elles concernaient notamment ces domaines : gynécologie, radiologie, psychiatrie, psychiatrie pour enfants et adolescents.

Dans le cas de la *gynécologie et de la radiologie*, il a été constaté que certaines prestations du chapitre TARMED 39 « Imagerie médicale » avec valeur intrinsèque « gynécologie » et/ou « AFC ultrasonographie prénatale » étaient majoritairement fournies en Suisse alémanique par des gynécologues (les radiologues sont les fournisseurs dans max. 20% des cas), tandis qu'en Suisse romande et au Tessin, la part de radiologues qui fournissent ces prestations est sensiblement plus élevée (autour de 40% dans certains cantons). Une telle situation complique la comparaison entre les régions. Afin d'éviter les distorsions, les prestations concernées ont été exclues, après prise de contact avec les sociétés médicales concernées.

⁶ Voir Jörg, R., Kaiser, B., Tuch, A., Widmer, M. (2024), Développement de la méthodologie et Mise à jour des taux régionaux de couverture en soins. (Rapport Obsan 16/2024). Neuchâtel : Observatoire suisse de la santé. Disponible sous : www.obsan.ch > Publications et www.bag.admin.ch > Assurances > Assurance-maladie > Fournisseurs de prestations > Nombre maximum de médecins.

Les analyses ont également permis de démontrer qu'environ un tiers des prestations fournies par les *psychiatres pour enfants et adolescents* l'ont été auprès de patients majeurs, avec d'importantes différences entre les régions (SZ : pratiquement aucune prestation fournie par des psychiatres pour enfants et adolescents auprès de patients majeurs ; JU : 60%). A noter que le phénomène inverse existe également, dans une bien moindre mesure. Bien qu'il soit reconnu qu'un spécialiste en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent peut également traiter des adultes et que cela est même souhaitable dans certains cas du point de vue de la continuité des soins, l'effet doit être corrigé, du moins en partie, afin de garantir un taux de couverture qui corresponde à la réalité. Après prise de contact avec la société médicale concernée, il a été décidé d'attribuer toutes les prestations fournies à des personnes mineures au domaine de la psychiatrie pour enfants et adolescents, et toutes les prestations fournies à des patients de plus de 26 ans au domaine de la psychiatrie. La catégorie d'âge entre 18 et 26 ans ne subit pas de modification, afin de garantir une certaine zone « tampon » indispensable.

Enfin, dans le domaine de spécialisation allergologie et immunologie clinique, d'importantes différences ont pu être constatées entre les régions linguistiques. En Suisse romande et au Tessin, les prestations TARMEED liées à ce domaine sont majoritairement fournies par des médecins détenteurs du titre de ce domaine de spécialisation, là où en Suisse alémanique, elles sont fournies par d'autres spécialistes (entre autres en pneumologie). Au vu du faible volume que ce domaine représente et sur la base des positions émises par les cantons et les principaux acteurs impliqués dans le projet de réexamen, il a été décidé de ne plus estimer les taux de couverture pour ce domaine de spécialisation. Pour ce domaine, il faudra donc partir de l'idée que le taux de couverture par région est équivalent à 100%.

4. Variables explicatives supplémentaires

Le modèle de régression a également été amélioré par l'intégration de trois variables explicatives :

La première est une variable binaire qui renseigne si *l'assuré réside à l'étranger ou non*. En effet, les frontaliers qui ont opté pour l'AOS en Suisse reçoivent la majeure partie de leurs prestations dans leur pays de résidence, dont les données ne parviennent pas à SASIS SA. Par conséquent, cette population voit son besoin en prestations médicales surestimé par le modèle de régression. L'ajout de la variable binaire « Réside à l'étranger » permet de capturer cet effet.

La seconde variable supplémentaire concerne les *groupes de coûts pharmaceutiques* (pharmaceutical cost groups, PCG) comme indicateurs de morbidité dans le modèle de régression. Cette variable vient remplacer l'ancienne variable « frais élevés de médicaments durant l'année précédente », qui ne sera plus collectée par SASIS SA à l'avenir. Les PCG sont au nombre de 34. Ils ont été réunis en huit groupes principaux, afin d'éviter de trop petits groupes dans le modèle. La nouvelle variable permet également de limiter le risque de biais statistique de l'ancienne variable (causalité inverse).

Enfin, la troisième variable vise à capturer les différences régionales en termes de *prise en charge ambulatoire par rapport à la prise en charge stationnaire*. Il existe en effet d'importantes différences structurelles entre les régions dans la gestion de cette prise en charge, liées aux différentes stratégies cantonales. Après discussion avec les acteurs et sur la base des analyses statistiques réalisées, les domaines de spécialisation suivants sont concernés : psychiatrie (pour enfants et adolescents, comme pour adultes), anesthésiologie, chirurgie et orthopédie. Pour ces domaines de spécialisation, une variable explicative qui capture le rapport entre les volumes de prestations stationnaires et ambulatoires a été introduite dans le modèle.

5. Meilleure délimitation des prestations d'assistance médicale

Les prestations des médecins-assistants ne font pas partie du volume de prestations pris en compte dans l'estimation des taux de couverture. Ces prestations peuvent être identifiées uniquement si le numéro GLN du fournisseur concerné a été saisi dans les données de facturation de SASIS SA et qu'il est ainsi possible de faire une liaison avec le MedReg ; les médecins-assistants pouvant être identifiés en raison de l'absence de titre de formation postgraduée. Les prestations qui ont pu être identifiées sur cette base ont été exclues de la première estimation des taux de couverture. Or, cette identification n'est que partiellement possible dans le domaine ambulatoire hospitalier. De plus, la disponibilité de cette information varie entre les régions, ce qui introduit certaines distorsions. Dans le cadre du réexamen de la méthode, il a donc été décidé que - lorsque le lien avec MedReg n'est pas possible - la part des prestations des médecins-assistants est estimée (agrégation au niveau du numéro RCC du fournisseur, du groupe d'âge et du sexe des patients), puis exclue des volumes de

prestations pris en compte dans le modèle d'estimation des taux de couverture. Cela améliore la comparabilité régionale des données sur les prestations.

6. Redéfinition des régions de soins de la catégorie 2

Pour quatre domaines qui présentent un volume de prestations important (médecine interne générale qui est un regroupement de plusieurs titres, pédiatrie, gynécologie et obstétrique, psychiatrie et psychothérapie), les taux de couverture sont non seulement publiés au niveau des régions de la catégorie 1 (cantons), mais ils sont également publiés à l'échelle des régions de la catégorie 2. Pour les petites spécialités avec peu de fournisseurs de prestations, il faudrait plutôt privilégier des régions plus grandes pour l'estimation des taux de couverture, car elles dépendent moins de fournisseurs de prestations spécifiques et les flux de patients interrégionaux sont moins importants. Dans la publication initiale des taux de couverture, les régions de la catégorie 2 correspondent en principe aux districts (exceptionnellement aux régions électorales pour le canton de NE). Les cantons ayant manifesté la volonté de fixer des nombres maximaux pour des régions qui ne correspondent pas nécessairement à des entités administratives propres, désormais ce seront les régions (agrégations de communes) définies par les cantons qui constitueront les régions de la catégorie 2. Lors de chaque réexamen périodique du taux de couverture, les cantons seront invités à proposer des regroupements de communes.

7. Intégration des données des patients ambulatoire des hôpitaux (PSA) dans le calcul des flux de patients

Dans les données de facturation de SASIS SA, les prestations fournies par un hôpital implanté sur plusieurs sites sont parfois facturées au moyen d'un numéro RCC unique. Par conséquent, il n'est pas toujours possible de distinguer correctement le lieu exact de fourniture de la prestation. Ce phénomène peut être problématique dans le cas où les sites sont situés sur différentes régions de soins : les flux de patients entre ces régions ne peuvent dès lors pas être correctement déterminés. L'intégration des données PSA permet, en les reliant avec celles de MedReg, d'attribuer les prestations aux domaines de spécialisation. Les flux de patients sont ensuite agrégés au niveau des régions, domaines, groupes d'âge et sexe, puis calculés en utilisant le rapport obtenu selon les données PSA.

En outre, les flux de patients ont été déterminés, non plus au niveau des communes, mais directement au niveau des régions de soins pour l'ensemble des domaines de spécialisation. Cela signifie que tous les taux de couverture cantonaux sont calculés à partir des volumes de prestations au niveau de la région de prise en charge ; ce qui garantit l'homogénéité entre les taux de couverture de ces deux catégories de régions.

2.2. Interprétation et utilisation des taux de couverture

Les taux de couverture permettent une comparaison interrégionale de la consommation de prestations médicales, qui tient compte de caractéristiques de la population ainsi que des flux de patients. Pour l'interprétation des taux de couverture, il convient de tenir compte des limites de la méthode. En particulier, comme les besoins objectifs en matière de soins au niveau national ne sont pas directement mesurables, le modèle doit prendre comme référence la fourniture moyenne en Suisse de prestations médicales ambulatoires, c'est-à-dire partir implicitement de l'hypothèse que les prestations fournies couvrent les besoins de la population au niveau national. Il existe par ailleurs d'autres causes aux limites de la méthode liées par exemple à la définition et à l'attribution aux domaines de spécialisation médicale et aux données utilisées.⁷ Pour ces raisons, on ne peut pas considérer le taux de couverture comme une mesure directe du niveau d'approvisionnement. Autrement dit, un taux de couverture inférieur ou supérieur à 100% ne permet pas à lui seul de conclure à une insuffisance ou une surabondance de l'offre. De la même façon, les taux de couverture ne définissent pas à eux seuls les nombres maximaux de médecins autorisés à pratiquer dans une région ou dans un domaine. Ce n'est qu'après avoir évalué l'offre effective et, le cas échéant, défini le facteur de pondération⁸ que les cantons seront en mesure de fixer les nombres maximaux. Ces nombres maximaux constituent un plafond à ne pas dépasser.

⁷ Voir Jörg, R., Kaiser, B et al. (2024). Chapitre 6.2.

⁸ Les cantons peuvent prévoir un facteur de pondération pour tenir compte de circonstances qui n'ont pas pu être prises en considération lors du calcul du taux de couverture. Il est par exemple possible de tenir compte d'une pénurie ou d'une surabondance de l'offre au niveau national à l'aide du facteur de pondération. Le rapport final de l'Obsan et de l'OFS explique plus en détail les raisons de l'utilisation des facteurs de pondération. Voir Jörg, R., Kaiser, B. et al. (2024). Chapitre 6.3.4 et annexe A4.

II. Partie détaillée

Art. 2 Définition des régions

L'art. 2 définit les régions utilisées pour la publication des taux de couverture. La catégorie 1 correspond aux cantons (al. 1) tandis que la catégorie 2 correspond à des régions à l'intérieur des cantons (al. 2).

L'art. 2, al. 2 est modifié afin de tenir compte du fait que les régions de la catégorie 2 ne doivent plus impérativement représenter les districts. Dans le cadre de l'estimation des taux de couverture, les cantons peuvent proposer lors de chaque révision périodique du taux de couverture les regroupements de communes qui, selon eux correspondent aux régions de soins dans le domaine médical ambulatoire. Les cantons de BE, SZ, TI, VS et SO ont fait usage de cette nouvelle possibilité. Les régions de la catégorie 2 sont définies dans une nouvelle annexe (voir annexe 1).

Compte tenu de la modification de l'art. 2, al. 2, la dérogation que contenait l'art. 2, al. 3 pour le canton de Neuchâtel (pour lequel les régions de la catégorie 2 correspondent aux régions électorales) n'a plus de raison d'être. À la place et comme la régionalisation reposera désormais sur des regroupements de communes proposées par les cantons, l'art. 2, al. 3 est modifié pour définir une règle qui pourra s'appliquer en cas de fusion de communes situées sur plusieurs régions de la catégorie 2, entre deux réexamens ou actualisations des taux de couverture. Dans ce contexte, les communes antérieures à la fusion restent rattachées à la région de catégorie 2 jusqu'à ce que la commune issue de la fusion soit rattachée à une région et que les taux de couverture pour les régions concernées soient fixés.

Il est à noter que les cantons conservent la possibilité de définir des champs d'application régionaux pour les nombres maximaux, différents de ceux choisis pour la publication des taux de couverture (art. 6 de l'ordonnance sur les nombres maximaux). Les taux de couverture qui sont publiés dans la présente ordonnance du DFI doivent toutefois être respectés. Si les champs d'application locaux correspondent à une agrégation de territoires cantonaux (c.à.d. des régions de la catégorie 2 pour les quatre domaines pour lesquels les taux de couverture sont publiés à ce niveau), les cantons doivent additionner les nombres maximaux⁹. Dans le cas où le champ d'application regroupe des régions de plusieurs cantons, une coordination intercantonale est toutefois nécessaire (art. 6, al. 2, de l'ordonnance sur les nombres maximaux). Pour les situations où le territoire n'est pas une agrégation de cantons ou de régions de catégorie 2, les cantons peuvent demander à l'Obsan de leur fournir les taux de couverture correspondant aux régions souhaitées. Il faut toutefois tenir compte du fait que certaines régionalisations ne sont pas réalisables (par exemple, si les régions ne se basent pas sur les frontières communales) et que d'autres ne sont pas recommandables (par exemple lorsque les régions souhaitées sont trop petites).

Art. 3 Taux de couverture

Compte tenu de l'introduction d'une nouvelle annexe 1, l'art. 3, al. 1 et 3 est modifié afin de renuméroter les annexes 1 et 2 qui publient les taux de couverture par domaine en fonction de la catégorie de région.

Annexe 1

L'annexe 1 est nouvelle. Dans le RO et le RS, le contenu de la présente annexe est publié uniquement par renvoi. Elle définit la répartition des communes dans les régions de la catégorie 2. La liste des communes utilisée doit se fonder sur l'état du répertoire officiel des communes de Suisse publié l'OFS¹⁰ qui soit le plus cohérent possible avec les communes utilisées pour l'année de référence dans la base de données Datenpool de SASIS SA. En l'occurrence, il s'agit du répertoire des communes selon l'état au 1^{er} janvier 2023.

Annexes 2 et 3

Les annexes 2 et 3 remplacent les annexes 1 et 2. Le contenu des deux annexes est publié dans le RO et le RS uniquement sous forme de renvoi.

Tous les domaines pour lesquels un calcul a pu être effectué voient leur taux de couverture publiés à l'échelle des cantons, à l'annexe 2. Pour les domaines suivants, le volume de prestations médicales

⁹ En revanche, les taux de couverture ne doivent pas être additionnés.

¹⁰ Répertoire officiel des communes de Suisse de l'OFS, accessible sous le lien : <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home.html> > Bases statistiques et enquêtes > Répertoire officiel des communes de Suisse > Liste historisée des communes

ambulatoire est très faible et n'a pas permis d'estimer les taux de couverture : *allergologie et immunologie clinique, médecine du travail, chirurgie vasculaire, médecine intensive, pharmacologie et toxicologie cliniques, génétique médicale, chirurgie orale et maxillo-faciale, médecine pharmaceutique, prévention et santé publique, médecine légale, chirurgie thoracique, chirurgie cardiaque et vasculaire thoracique*. Pour ces domaines, l'annexe 2 de l'ordonnance définit que les taux de couverture sont équivalents à 100% pour tous les cantons. Les cantons qui souhaitent fixer des nombres maximaux pour ces domaines peuvent évidemment tenir compte d'une éventuelle offre insuffisante ou excédentaire au moyen des facteurs de pondération prévus à l'art. 5, al. 2, de l'ordonnance sur les nombres maximaux.

L'annexe 3 contient quant-à-elle les taux de couverture des 4 domaines énoncés à l'art. 2, al. 2, au niveau des régions de la catégorie 2.

Pour certains domaines, il arrive qu'aucun médecin de la spécialité concernée ne soit actif dans une région donnée (canton ou région de la catégorie 2). Dans ce cas-là, aucun taux de couverture ne peut être calculé et aucune valeur de taux de couverture n'a été fixée pour la région en question. Si le canton concerné souhaite tout de même définir un nombre maximal pour ce domaine et cette région, il lui est recommandé de le faire en tenant compte de la situation dans les régions où les patients se rendent pour consulter un médecin actif dans le domaine considéré. Lorsque la région d'approvisionnement se trouve en dehors du canton souhaitant exercer une limitation, la coordination avec le canton d'approvisionnement est nécessaire. Les cantons d'approvisionnement sont identifiables à l'aide des données sur les flux des patients publiées dans l'annexe au rapport d'Obsan et BSS¹¹.

III. Conséquences pour la Confédération et les cantons

La modification de cette ordonnance n'a pas de conséquences en termes de personnel ou de finances, ni pour la Confédération ni pour les cantons, car il s'agit uniquement de l'adaptation des taux de couverture existants.

IV. Entrée en vigueur

L'ordonnance entre en vigueur le 1^{er} juillet 2025.

¹¹ Jörg R., Kaiser, B. et al. (2024). Annexe Excel