

Les évolutions récentes et futures de la planification hospitalière Suisse

STÉPHANIE FRAGA DE OLIVEIRA

Doctorante CIFRE à l'Université Toulouse 1 Capitole (TACIP) et au C.H.U. d'Amiens

Nécessairement adaptée à chaque système de santé, la recherche d'une gestion efficiente des systèmes de santé est récurrente en matière de gouvernance des soins. Dans cette optique, les révisions suisses en cours de la loi fédérale *sur l'assurance maladie suisse* (LAMal)¹ et de l'ordonnance *sur l'assurance maladie* (OAMal) qui la complète² introduisent diverses mesures touchant à la planification des soins, afin de prévoir une structuration et une gestion efficaces des soins tout en tenant compte des différents facteurs tels le vieillissement de la population, les progrès de la médecine ou la pénurie de personnel.

Dans la continuité de réformes antérieures, la réforme actuelle instaure une planification hospitalière qui est désormais du ressort des cantons, « dont les décisions sont sujettes à recours au Conseil fédéral »³. Au niveau du canton de Berne, les surcapacités structurelles hospitalières ont incité le Grand Conseil à lancer un projet de révision complète de l'assistance hospitalière⁴ : à cette fin, dès février 1992, les capacités en matière de soins devaient être redéfinies et une nouvelle planification hospitalière élaborée, notamment avec l'approbation du modèle « Partenariat »⁵. Ainsi, et pour poursuivre la réorganisation du paysage hospitalier bernois et assainir les finances publiques, un nouveau projet a été lancé, débouchant sur la mise en place d'une nouvelle stratégie de coopération et de collaboration entre hôpitaux⁶ : ces évolutions et l'approbation de mesures de planification hospitalière

¹ *Loi fédérale sur l'assurance maladie* (LAMal), du 18 mars 1994, 832-10.

² Ordonnance du 27 juin 1995, 832.102.

³ *Ibidem*.

⁴ *Rapport du Conseil Exécutif et de la Commission du Canton de Berne sur la loi sur les soins hospitaliers* (LSH), p. 49.

⁵ *Ibidem*.

⁶ *Ibidem*, p. 49.

ont contribué ainsi à donner un nouveau visage au paysage hospitalier bernois⁷. Au niveau fédéral, la liberté de choix des patients des hôpitaux en dehors de leurs cantons est d'ores et déjà instaurée⁸. De plus, le nouveau financement aux prestations des établissements implique notamment l'élaboration par les cantons de listes d'hôpitaux publics et privés conventionnés, la réforme du financement des hôpitaux introduisant aussi les forfaits liés à la prestation (« DRG »)⁹. De même, ce passage du système de remboursement des coûts générés au système de rémunération des prestations fournies¹⁰ introduit la notion de concurrence entre les différents établissements de santé. Enfin, la loi fédérale *sur l'assurance maladie* vise à officialiser la mise en place des réseaux soins intégrés, offrant ainsi la possibilité aux assureurs, professionnels de santé et professions médicales, de travailler en réseau. Ces réformes introduites par la confédération suisse impliquent des adaptations législatives et réglementaires de la part des cantons, afin d'être en conformité avec la législation fédérale¹¹.

La planification des soins est une technique de régulation¹² permettant « de fixer les objectifs à atteindre, de déterminer les besoins à couvrir, de prévoir les coûts des prestations à fournir et de concrétiser les structures de soins devant assurer ces prestations » : cette gestion du système de soins visant à rechercher une bonne adéquation entre les besoins de la population et les soins fournis par les services de santé constitue donc l'instrument de pilotage fondamental des soins permettant de définir les structures de soins requises¹³, et constitue l'instrument principal dont dispose le canton pour assurer la couverture des besoins en soins de la population¹⁴. Cette planification vise une bonne qualité et efficacité des soins grâce à une réorganisation structurelle, mais aussi aux coopérations, concentrations, et fusions

⁷ *Ibidem*.

⁸ Article 49 de la *Loi fédérale sur l'assurance maladie* (LAMaL) du 18 mars 1994, *op. cit.*

⁹ Pour « Directed Related Group » (article 59 d, alinéa 2 de l'ordonnance 832.102 du 27 juin 1995 *sur l'assurance maladie*) : la définition d'un groupe se base sur les caractéristiques cliniques du patient hospitalisé afin de regrouper les patients en groupes homogènes avec des frais de traitement comparables.

¹⁰ Article 59d, alinéa 4 de l'ordonnance 832.102 du 27 juin 1995 *sur l'assurance maladie*.

¹¹ Article 46 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999, RS 101 : « 1 Les cantons mettent en œuvre le droit fédéral conformément à la Constitution et à la loi [...] ».

¹² R. KRÜGER, « Application de l'article 39 LAMAL : Planification hospitalière. Cadre global et étude de la méthodologie d'évaluation des capacités hospitalières futures nécessaires », UER : Aide à la décision, Discussion paper de l'IDHEAP n° 16/1998, novembre 1998, Travail de mémoire, rapporteur A Gualtierotti, p. 67.

¹³ Direction de la santé publique et de la prévoyance sociale du canton de Berne, « Planification des soins 2011–2014 selon la loi sur les soins hospitaliers », Exemplaire mis en consultation, décembre 2010, p. 18 ; « Planification des soins 2007–2010 selon la loi sur les soins hospitaliers », 27 juin 2007, pp. 13 et 23.

¹⁴ *Rapport du Conseil Exécutif et de la Commission du Canton de Berne sur la loi sur les soins hospitaliers* (LSH), pp. 10–11.

entre fournisseurs¹⁵ et établissement de soins, ainsi qu'à la coordination des soins inter-cantonale et au sein du canton¹⁶. Enfin, elle s'effectue au travers des listes hospitalières et des mandats de prestations, contenant les choix des prestations attribuées¹⁷.

Ainsi, au 1^{er} janvier 2012, le nouveau système de planification et de financement des hôpitaux suisses entrera progressivement en vigueur : la révision de la LAMaL, votée par les Chambres fédérales en 2007 et entrée en vigueur en 2009, doit en effet être mise en œuvre au plus tard en 2012 pour le nouveau financement par pathologies et en 2015 pour la planification, ces délais devant permettre aux cantons, assureurs et hôpitaux, de se préparer¹⁸ à cette révision, laquelle vise à améliorer la qualité tout en freinant la croissance des coûts en introduisant la concurrence dans la régulation administrative et en augmentant les charges des cantons¹⁹.

Il convient donc notamment d'analyser l'évolution de la coordination des soins à travers cette réforme de la planification et les spécificités (la Suisse étant un État fédéral utilisant la centralisation en même temps que la décentralisation), les innovations (introduction de la concurrence, des DRG, et du libre choix de l'hôpital ; place accrue des cantons qui doivent aussi dorénavant conclure des contrats de prestations avec les prestataires), ou les constances (rôle des cantons maintenu ; soins hospitaliers qualité, planification conformes aux besoins et économiquement supportables pour l'ensemble de la population concernant le canton de Berne) des dispositifs de planification utilisés en Suisse. Aussi est-il intéressant d'examiner tout d'abord l'impact et les effets possibles de la réforme en cours sur la définition des normes fédérales, puis la mise en place de la planification

¹⁵ Énumérés par l'article 35, alinéa 2 de la *Loi fédérale sur l'assurance maladie*.

¹⁶ Soit l'harmonisation, voire la gestion intensive, visant une bonne circulation des informations entre les secteurs impliqués grâce à plus d'intégration du réseau de soin (Direction de la santé publique et de la prévoyance sociale du canton de Berne, « Planification des soins 2007-2010 selon la loi sur les soins hospitaliers », *op. cit.*, p. 18).

¹⁷ Comité directeur de la CDS, « Recommandations de la CDS sur la planification hospitalière, d'après la révision de la LAMaL sur le financement hospitalier du 21. 12. 2007 », remplaçant les recommandations sur le domaine des soins hospitaliers somatiques aigus du document « Recommandations révisées concernant la planification hospitalière, la planification des établissements médico-sociaux, la liste hospitalière et la liste des établissements médico-sociaux selon l'article 39 LAMaL » du 03. 05. 2002, 14 mai 2009, p. 2.

¹⁸ L. SCHENKER, « LAMaL : le Conseil d'État vaudois doit reprendre ses esprits, et vite », *Le temps*, lundi 31 mai 2011, accessible en ligne : http://www.letemps.ch/Facet/print/Uuid/dcfb23f0-2cb9-11e0-92a4-d3dcd588ecf1/LAMaL_le_Conseil_dEtat_vaudois_doit_reprendre_ses_esprits_et_vite.

¹⁹ *Ibidem* : les cantons devront dorénavant payer une part de 55 % pour les hospitalisations effectuées dans un établissement inscrit sur la liste des hôpitaux alors qu'aujourd'hui ils n'interviennent financièrement que dans les hôpitaux publics et subventionnés.

cantonale (ce qui permettra une comparaison des outils de planification suisses fédéraux et cantonaux avec les outils français).

I – UN PILOTAGE NORMATIF DÉCENTRALISÉ AU NIVEAU DE LA CONFÉDÉRATION

La maîtrise des coûts et la rationalisation des structures souhaitées n'ont pas encore été atteintes²⁰, mais d'importantes modifications actuelles concernent par exemple le libre choix de l'hôpital par le patient, le développement d'indicateurs statistiques ou le rôle de l'État, et sont « en relation avec la volonté politique de soumettre le secteur hospitalier aux vertus de la concurrence [...] » pour une plus grande transparence et une meilleure efficacité des acteurs²¹, qui ne peut être dissociée d'une bonne coordination des soins.

1) La gestion décentralisée de la régulation des soins

Une nécessaire régulation administrative de la planification et du système sanitaire s'est mise en place face à « la juxtaposition des institutions et la multiplication des prestataires de soins » : l'État développe ainsi des prescriptions visant à ordonner le comportement des agents sanitaires en coordonnant les systèmes de soins qui se centralisent²².

a) La place de la Confédération suisse et des cantons en matière de planification des soins

C'est aux cantons de mettre en pratique la planification²³ grâce aux mandats de prestations²⁴ définissant les tâches qu'un hôpital doit accomplir²⁵. Mais les cantons se

²⁰ Confédération suisse, « Informations générales concernant la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) », 5 février 2010, p. 2, faisant suite à : Office fédéral des assurances sociales, *Aspects de la sécurité sociale, Analyse des effets de la LAMal*, rapport de synthèse, Berne, 2001.

²¹ O. CORDONIER, « L'impact du nouveau financement hospitalier sur les hôpitaux publics : exemple de l'hôpital du Valais », Mémoire n° 135, août 2009, Université de Lausanne, Faculté des Hautes Études Commerciales (HEC), Faculté de Biologie et de Médecine, Institut d'Économie et de Management de la Santé, Master of Advanced Studies en Économie et Management de la Santé (MASHEM), p. 8.

²² R. KRÜGER, « Application de l'article 39 LAMAL : Planification hospitalière. Cadre global et étude de la méthodologie d'évaluation des capacités hospitalières futures nécessaires », *op. cit.*, p. 67.

²³ Article 39 de la *Loi fédérale sur l'assurance maladie*, RS 832.10.

²⁴ Confédération Suisse, Message 04.061 concernant la révision partielle de la loi fédérale sur l'assurance maladie (financement hospitalier) du 15 septembre 2004, p. 15.

²⁵ *Ibidem*, p. 25.

voient cependant imposer un cadre fédéral pour cette planification²⁶, visant notamment à l'amélioration des méthodes et instruments²⁷ ainsi qu'à adapter la planification hospitalière, dorénavant basée sur les prestations effectivement fournies²⁸ par les services de soins hospitalier (planification liée à la prestation), l'action des cantons étant encadrée par la définition et la mise en œuvre des prestations et ressources financières pour réaliser les buts de planification²⁹.

Ainsi, les rapports entre les acteurs du système de santé suisse ont pu être qualifiés de « régulation décentralisée »³⁰ : le Conseil fédéral a en effet un rôle accru³¹ sans cependant qu'il y ait une centralisation des compétences décisionnelles en matière de santé, l'organisation fédéraliste du système de santé suisse étant cependant maintenue³². Cette « régulation décentralisée » peut avoir pour conséquence l'atténuation des différences de concepts de planification entre cantons, ces derniers se voyant attribuer des critères unifiés de planification établis par la Confédération³³, cette « régulation normative » permettant ainsi d'assurer l'adéquation de l'offre par rapport à l'évolution des besoins³⁴. Cependant, en 1998, Roger Krüger relevait à l'inverse qu'il avait été laissé place au « volontarisme des cantons » pour la mise en œuvre et la définition de la planification hospitalière, en

²⁶ Articles 58a à 58e de l'ordonnance *sur l'assurance maladie* OAMal RS 832.102, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2009.

²⁷ F. WEAVER, S. CERBONI, A. OETTLI, P. ANDENMATTEN, M. WIDMER, « Modèle de projection du recours aux soins comme outil d'aide à la planification hospitalière », accessible en ligne, pp. 12-13 : les cantons doivent ainsi notamment déterminer les besoins selon une démarche vérifiable (article 58b, al. 1, ordonnance du 27 juin 1995 *sur l'assurance maladie* (OAMal) RS 832.102), afin que les planifications cantonales soient réexaminées régulièrement (article 58b al. 2, ordonnance du 27 juin 1995 *sur l'assurance maladie* (OAMal) RS 832.102), la planification étant donc ajustée régulièrement en fonction des objectifs à atteindre.

²⁸ Article 58c, ordonnance du 27 juin 1995 *sur l'assurance maladie* (OAMal) RS 832.102 ; article 39, al. 1 de la *Loi fédérale sur l'assurance maladie* du 18 mars 1994, RS 832.10 ; article 58d, ordonnance du 27 juin 1995 *sur l'assurance maladie* (OAMal) RS 832.102.

²⁹ Comité « Planification hospitalière liée aux prestations », *Guide pour une planification hospitalière liée aux prestations*, Rapport à l'intention du Comité directeur de la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS), Berne, juillet 2005, 79 p., p. 7.

³⁰ O. CORDONIER, « L'impact du nouveau financement hospitalier sur les hôpitaux publics : exemple de l'hôpital du Valais », *op. cit.*, p. 11.

³¹ En particulier du fait de son rôle en cas de contentieux concernant l'établissement des tarifs et la planification hospitalière des cantons.

³² O. CORDONIER, « L'impact du nouveau financement hospitalier sur les hôpitaux publics : exemple de l'hôpital du Valais », *op. cit.*, p. 15.

³³ *Ibidem*, p. 11.

³⁴ Car issue d'une analyse projective (*ibidem*, p. 81).

l'absence de ligne directrice en matière de planification³⁵. Ce cadre fédéral est renforcé en matière de planification et d'attribution des capacités dans le domaine de la médecine de pointe et des soins hautement spécialisés, établies au niveau fédéral, les cantons devant établir une planification commune de la médecine de pointe : ainsi, si les cantons n'ont pas établi conjointement à temps une planification sur l'ensemble de la Suisse en matière de médecine hautement spécialisée, « le Conseil fédéral détermine quels hôpitaux figurent pour quelles prestations sur les listes cantonales »³⁶.

Les propositions sur la planification hospitalière ont cependant été controversées quant au rôle de la Confédération et des cantons, concernant la planification dans le domaine de la médecine hautement spécialisée ou la planification de la couverture en soins hospitaliers par exemple³⁷.

b) Les objectifs de coordination et de coopération en matière de soins

La planification est « un effort d'organisation, de coordination des objectifs et de prévision pour augmenter la capacité de maîtriser les événements, par l'élaboration raisonnée des priorités et la mise en œuvre rationnelle des moyens [...] »³⁸ : elle vise donc la coordination du système de santé. La planification hospitalière permettant de réduire les surcapacités, les lignes directrices établies au niveau fédéral privilégient ainsi la notion de coordination, notamment concernant la coopération en matière de médecine hautement spécialisée³⁹ : en effet, « dans le domaine de la médecine hautement spécialisée, les cantons sont tenus d'établir conjointement une planification pour l'ensemble de la Suisse »⁴⁰.

Enfin, il faut mentionner la mise en œuvre de groupes de prestations concernant les soins somatiques aigus, élaborés afin de pallier des systèmes de classification trop détaillés et complexes⁴¹ : ils permettraient en particulier une

³⁵ En effet, « [...] n'ont pas été retenues les propositions attribuant à la Confédération des compétences lui permettant [...] de « soutenir les cantons dans leurs efforts de planification et leur garantir les moyens nécessaires », les cantons étant incités à rationaliser leur système de soins et responsabilisés en raison de la répartition des coûts hospitaliers et des possibilités de comparaisons (R. KRÜGER, « Application de l'article 39 LAMAL : Planification hospitalière. Cadre global et étude de la méthodologie d'évaluation des capacités hospitalières futures nécessaires », *op. cit.*, p. 16).

³⁶ Article 39 de la *Loi fédérale sur l'assurance maladie* du 18 mars 1994, 832.10.

³⁷ Confédération Suisse, Message 04.061 concernant la révision partielle de la loi fédérale sur l'assurance maladie (financement hospitalier) du 15 septembre 2004, *op. cit.*, pp. 15-16.

³⁸ *Ibidem*, p. 55.

³⁹ *Ibidem*, pp. 18-19.

⁴⁰ Article 39 de la *Loi fédérale sur l'assurance maladie* du 18 mars 1994, 832.10.

⁴¹ Conférence Suisse des Directrices et Directeurs cantonaux de la santé, « Instruments pour la mise en œuvre de la planification hospitalière 2012. Le concept de groupes de prestations », 3 janvier 2011, p. 1.

coordination simplifiée des planifications hospitalières entre les cantons, ainsi que des mandats de prestations (auxquels ils servent de base) uniformément formulés pour les hôpitaux de différents cantons, qui seraient alors combinables⁴². Le développement effectif des réseaux de soins apparaît aussi comme un support aux restructurations, en raison du « mouvement de « centralisation-diversification » », qui suppose « le développement d'une coordination étroite du réseau hospitalier »⁴³.

2) *La gestion encadrée des outils de planification cantonale*

Le libre choix de l'établissement par le patient et les listes cantonales déterminant les hôpitaux admis pour les différents traitements constituent des outils permettant d'inclure les établissements dans la planification des soins (les mandats de prestations étant attribués selon ces dernières afin de disposer d'une capacité suffisante pour pouvoir traiter tous les patients) qui doivent respecter la réglementation fédérale.

a) La coordination dans le suivi des soins

Les réseaux de soins intégrés, regroupements de fournisseurs de prestations visant à coordonner la fourniture des soins médicaux⁴⁴, font l'objet d'une introduction évolutive dans la législation suisse au niveau fédéral. Diverses études ont en effet démontré « qu'un approvisionnement médical dirigé depuis le diagnostic jusqu'à la dernière thérapie par la même personne devrait être encouragé pour des raisons qualitatives et économiques »⁴⁵. Déjà, la deuxième révision de la LAMal obligeait les assureurs à offrir une ou plusieurs formes particulières d'assurance impliquant un choix limité des fournisseurs de prestations, mais la mise en pratique de ces réseaux (considéré comme une alternative à la liberté de contracter) était perçue comme contraignant les assureurs à proposer un réseau de soins intégrés⁴⁶.

⁴² *Ibidem*.

⁴³ *Ibidem*, pp. 78-79 : l'auteur constate en effet que le réseau hospitalier pourrait être structuré par l'attribution de missions « [...] en établissant une hiérarchie fonctionnelle sur la base de laquelle l'assistance mutuelle et l'organisation en commun des infrastructures existantes peuvent être définies » (*ibidem*, p. 76.)

⁴⁴ <http://www.parlament.ch/f/mm/2010/Pages/mm-sgk-n-2010-02-26.aspx>.

⁴⁵ http://www.parlament.ch/f/suche/Pages/legislaturrueckblick.aspx?rb_id=20040062.

⁴⁶ Confédération Suisse, Message 04.062 relatif à la révision partielle de la loi fédérale sur l'assurance maladie (*Managed Care*) du 15 septembre 2004, pp. 4-5 : les assurés se sont révélés peu enclins à limiter le choix des fournisseurs de prestations et les assureurs ont peu utilisé les possibilités offertes pour créer des modèles de *managed care* : un renforcement des incitations visant à promouvoir ces modèles s'en est donc ensuivi.

b) La coordination dans la gestion des flux de patients :
du libre choix du fournisseur de prestation à la nécessité
d'une meilleure coordination des soins

En cas de traitement, l'assuré a dorénavant le libre choix entre les fournisseurs de prestations admis ou les hôpitaux répertoriés⁴⁷ aptes à traiter sa maladie : dans ces cas, l'assureur en cas de soins ambulatoires (ou l'assureur et le canton en cas de soins hospitaliers) prennent en charge les coûts ou rémunération jusqu'à concurrence du tarif applicable au lieu de résidence ou de travail de l'assuré, ou dans un hôpital répertorié du canton de résidence⁴⁸. En conséquence de l'introduction des *Swiss DRG* et du libre choix de l'hôpital par le patient, il est probable que le flux de patients entre cantons augmente, ce qui impliquerait des cantons qu'ils coordonnent leurs planifications hospitalières⁴⁹ : selon Olivier Cordonier⁵⁰, « avec le libre choix de l'établissement hospitalier, les cantons devront mieux collaborer entre eux afin de planifier les quantités adéquates et assurer également les soins sur leur territoire »⁵¹. En conséquence, des incitations aux coopérations inter-cantoniales sont mises en œuvre : elles sont ainsi facilitées notamment grâce à l'exploitation des informations pertinentes concernant les flux de patients⁵². Les cantons peuvent de plus conclure des conventions entre eux et créer des organisations comme des institutions communes. Ils peuvent aussi notamment réaliser ensemble des tâches d'intérêt régional⁵³. Mais cette pratique semble peu mise en œuvre⁵⁴, malgré les incitations à mettre en place des coopérations inter-cantonales⁵⁵, et en dépit des injonctions du Conseil fédéral qui « souhaite l'établissement de planifications hospitalières

⁴⁷ Hôpitaux figurant sur la liste du canton de résidence ou celle du canton où se situe l'hôpital.

⁴⁸ Article 41 de la *Loi fédérale sur l'assurance maladie* (LAMaL), 18 mars 1994, 832.10.

⁴⁹ Article 58d de l'ordonnance sur *l'assurance maladie* ; F. WEAVER, S. CERBONI, A. OETTLI, P. ANDENMATTEN, M. WIDMER, « Modèle de projection du recours aux soins comme outil d'aide à la planification hospitalière », *op. cit.*, pp. 7 et 9.

⁵⁰ Article 48 de la Constitution fédérale Suisse du 18 avril 1999, RS 101.

⁵¹ O. CORDONIER, « L'impact du nouveau financement hospitalier sur les hôpitaux publics : exemple de l'hôpital du Valais », *op. cit.*, p. 11.

⁵² Article 58d de l'ordonnance du 27 juin 1995 sur *l'assurance maladie* (OAMal), 832.102.

⁵³ Confédération Suisse, Message 04.061 concernant la révision partielle de la loi fédérale sur l'assurance maladie (financement hospitalier) du 15 septembre 2004, *op. cit.*, p. 10.

⁵⁴ P.-M. VALLON et P. KRAFT, « Maintien des structures existantes par voies détournées : tous les moyens sont bons pour lutter contre les fermetures d'hôpitaux », *Infosantésuisse*, n° 10, 2007, pp. 10-11 ; P. KRAFT, « Analyse des effets des planifications cantonales : étude de Christian Rüefli : la planification hospitalière n'atteint pas ses objectifs », *Infosantésuisse*, n° 10, 2007, p. 14.

⁵⁵ Confédération Suisse, Message 04.061 concernant la révision partielle de la loi fédérale sur l'assurance maladie (financement hospitalier) du 15 septembre 2004, *op. cit.*, p. 9.

inter-cantonaux de manière à coordonner et à optimiser la fourniture de prestations pour en réduire les coûts de production »⁵⁶.

Dans la même optique de coordination des soins, l'élaboration des listes cantonales est encadrée par la loi fédérale sur l'assurance maladie. Certains critères permettent ainsi le choix des institutions devant figurer sur la liste des cantons, et notamment l'économicité et la qualité des prestations⁵⁷, les cantons ne devant inscrire dans leurs listes hospitalières que les hôpitaux qui fournissent des prestations efficaces et de qualité⁵⁸. Les listes hospitalières elles aussi « garantissent une certaine coordination des planifications hospitalières cantonales [...] »⁵⁹ permettant le développement d'une collaboration inter-cantonale.

Malgré une tendance à la décentralisation de la planification des soins, il a été constaté une nécessaire centralisation dans sa mise en œuvre, car « dans le domaine de la santé, le marché est caractérisé par le fait que l'offre détermine largement la demande [...] » et « l'utilisation rationnelle des ressources plaide en faveur d'un rôle directeur de l'État en matière de planification des infrastructures [...] »⁶⁰. Cependant, la planification ne peut être efficace que grâce à une planification hospitalière cantonale⁶¹, les cantons ayant donc une certaine liberté d'action quant à la méthodologie et la réalisation de cette planification⁶².

II – UNE ORGANISATION RESPONSABILISÉE DE LA PLANIFICATION PAR LES CANTONS SUISSES

Les cantons suisses mettent en œuvre le droit fédéral conformément à la Constitution et à la loi, la Confédération leur laissant une marge de manœuvre pour tenir compte de leurs particularités⁶³ et respecter l'autonomie des cantons⁶⁴. Ainsi, « ni la Constitution fédérale, ni la LAMal ne donnent actuellement à la Confédération la compétence d'imposer aux cantons de procéder à une planification

⁵⁶ Confédération Suisse, Message 04.061 concernant la révision partielle de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (financement hospitalier) du 15 septembre 2004, p. 10.

⁵⁷ Article 58b nouveau de l'ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance maladie (OAMal), RS 832.102.

⁵⁸ Articles 39-1 et 101-2 de la *Loi fédérale sur l'assurance maladie*, 18 mars 1994, RS 832.10.

⁵⁹ *Ibidem*, p. 17.

⁶⁰ Confédération Suisse, Message 04.061 concernant la révision partielle de la loi fédérale sur l'assurance maladie (financement hospitalier) du 15 septembre 2004, *op. cit.*, p. 38.

⁶¹ *Ibidem*.

⁶² F. WEAVER, S. CERBONI, A. OETTLI, P. ANDENMATTEN, M. WIDMER, « Modèle de projection du recours aux soins comme outil d'aide à la planification hospitalière », *op. cit.*, p. 7.

⁶³ Article 46 de la constitution du 18 avril 1999, RS 101.

⁶⁴ Article 47 Cst.

intercantonale, l'aménagement de la planification hospitalière [...] incombant aux cantons selon la Constitution »⁶⁵ : les cantons sont donc responsabilisés du fait de leur « régulation quantitative centralisée de l'offre hospitalière [...] »⁶⁶.

1) *La volonté affirmée de structurer et de coordonner le système de soins*

Il doit être assuré une couverture suffisante des besoins en soins économiquement supportables dans l'ensemble du canton de Berne, qui doit être doté « des instruments nécessaires à un pilotage efficace du secteur hospitalier »⁶⁷.

a) Une décentralisation cantonale visant à une meilleure mise en œuvre d'instruments de pilotage interdépendants

La loi sur les soins hospitaliers bernoise se fonde sur une décentralisation visant à éviter une concentration de l'offre de prestations dans la zone de Berne (les prestations hospitalières de base sont ainsi proposées dans les différentes régions) et une concentration régionale grâce à l'encouragement du regroupement des prestataires⁶⁸ : la législation du canton de Berne suit donc la même logique que la *loi fédérale sur l'assurance maladie*. Dans cette optique, la Direction de la santé publique et de la prévoyance sociale (SAP) établit la planification des soins préhospitaliers⁶⁹ et hospitaliers⁷⁰ et des places de formation et de perfectionnement requises, selon une certaine méthode⁷¹. La planification des soins consigne l'évaluation des besoins ainsi que les prévisions sur les ressources requises pour financer les prestations, ce qui permet au canton de dresser la liste des hôpitaux⁷², de fixer le nombre de Centres Hospitaliers Régionaux nécessaires pour remplir le mandat constitutionnel et de

⁶⁵ Confédération Suisse, Message 04.061 concernant la révision partielle de la loi fédérale sur l'assurance maladie (financement hospitalier) du 15 septembre 2004, *op. cit.*, p. 17.

⁶⁶ Laquelle pourrait aboutir à une diminution de surcapacités existantes (R. KRÜGER, « Application de l'article 39 LAMAL : Planification hospitalière. Cadre global et étude de la méthodologie d'évaluation des capacités hospitalières futures nécessaires », *op. cit.*, p. 15).

⁶⁷ *Rapport sur la loi sur les soins hospitaliers (LSH)*, *op. cit.*, p. 4.

⁶⁸ *Ibidem*.

⁶⁹ Article 50, *Loi sur les soins hospitaliers (LSH)*, 5 juin 2005, Grand Conseil du Canton de Berne.

⁷⁰ La planification des soins hospitaliers fixant « les objectifs à atteindre, détermine les besoins à couvrir et les coûts des prestations à fournir et concrétise les structures de soins devant assurer ces prestations » en se fondant sur des données concrètes et les évolutions possibles (article 4, *Loi sur les soins hospitaliers (LSH)*, *op. cit.*).

⁷¹ Article 2, *Ordonnance sur les soins hospitaliers (OSH)*, 30 novembre 2005.

⁷² Sur laquelle figurent les prestataires nécessaires pour assurer la couverture des besoins à la charge des assurances sociales (*ibidem*, p. 5), et permettant d'établir les types de structures de soins nécessaires pour remplir le mandat constitutionnel pour chaque prestataire (*ibidem*, p. 11).

désigner les prestataires chargés d'assurer la couverture des besoins du canton en soins psychiatriques⁷³. Elle est révisée tous les quatre ans selon les données régulièrement mises à jour, dès le renouvellement des contrats de prestations⁷⁴. Aussi, la *loi fédérale sur l'assurance maladie* impose aux cantons une mission de pilotage et de planification sans prescrire directement le système qu'ils doivent appliquer pour assurer la couverture en soins⁷⁵. Enfin, la planification des soins vise notamment à cordonner l'offre de soins, principalement en tenant « compte des données de l'ensemble des prestataires, y compris ceux qui n'ont pas conclu de contrat de prestations avec le canton »⁷⁶ : il s'agit donc bien d'une planification globale des soins.

Les instruments de pilotages sont ainsi reliés entre eux. Ainsi, la liste des hôpitaux⁷⁷ (structurée « par catégories d'hôpitaux en fonction de leur mandat [...] »⁷⁸) inscrit les structures de soins définies par la planification des soins hospitaliers⁷⁹. Parmi les autres nouveautés apportées par la *loi sur les soins hospitaliers*, le canton de Berne doit conclure des contrats de prestations (conformes avec la planification des soins)⁸⁰ avec les fournisseurs admis sur la liste des hôpitaux⁸¹ pour commander ainsi les prestations requises⁸². Les modalités des mandats sont définies dans ces contrats de prestations⁸³, aucune rétribution n'étant versée pour les investissements non utiles à l'accomplissement des tâches prévues dans le contrat de prestations⁸⁴. Il doit de plus être tenu « compte des expériences passées, des secteurs situés en amont et en aval de la chaîne des soins ainsi que des tendances qui se dessinent pour évaluer le besoin en termes de prestations et de ressources financières »⁸⁵, ce qui implique une prise en compte globale du système de soins par les instruments de pilotages (planification des soins, liste des hôpitaux et contrats de

⁷³ *Loi sur les soins hospitaliers* (LSH), 5 juin 2005, Grand Conseil du Canton de Berne, articles 10 et 11.

⁷⁴ *Rapport sur la loi sur les soins hospitaliers* (LSH), *op. cit.*, p. 11.

⁷⁵ *Rapport sur la loi sur les soins hospitaliers* (LSH), *op. cit.*, p. 3.

⁷⁶ *Ibidem*, pp. 10-11.

⁷⁷ Article 6, *Loi sur les soins hospitaliers* (LSH), 5 juin 2005, Grand Conseil du Canton de Berne.

⁷⁸ *Ibidem*. Toutefois, selon le *Rapport sur la loi sur les soins hospitaliers* (LSH), *op. cit.*, p. 11 : « le mandat de prestations ne suppose ni la conclusion d'un contrat de prestations avec le canton ni une rétribution par ce dernier » pour l'établissement de cette liste.

⁷⁹ *Rapport sur la loi sur les soins hospitaliers* (LSH), *op. cit.*, p. 11.

⁸⁰ *Rapport sur la loi sur les soins hospitalier*, *op. cit.*, p. 32 ; article 71 de la *Loi sur les soins hospitaliers*.

⁸¹ *Rapport sur la loi sur les soins hospitaliers*, *op. cit.*, p. 5 ; ces contrats sont prévus par les articles 16 à 28 de la *Loi sur les soins hospitaliers* (LSH).

⁸² *Ibidem*, p. 16.

⁸³ *Ibidem*, p. 52.

⁸⁴ *Rapport concernant l'ordonnance sur les soins hospitaliers*, *op. cit.*, p. 16.

⁸⁵ *Rapport sur la loi sur les soins hospitalier*, *op. cit.* p. 49.

prestations). Ainsi, la planification « met en évidence les prestations requises dans le canton de Berne et détermine les structures et les sites chargés de les fournir [...]. La planification des soins sert de fondement à la conclusion de contrats de prestations avec les prestataires de soins hospitaliers, mais aussi à l'établissement de la liste des hôpitaux »⁸⁶.

b) Les coopérations comme moyen de coordonner les soins

Le rôle des cantons en matière de santé est défini par la constitution suisse comme devant garantir « l'emploi efficace et économique des ressources publiques grâce à la planification et à un système de financement judicieux » et assurer la coordination avec les institutions privées⁸⁷ : la coordination en matière de soins a donc une valeur constitutionnelle, mais elle peut aussi être déduite de la loi *sur les soins hospitaliers* et de l'ordonnance *sur les soins hospitaliers*⁸⁸. Ainsi, la SAP coordonne « le type et le volume des prestations fournies par les prestataires dans le canton et, si besoin est, par des prestataires extracantonaux »⁸⁹. Le canton bernois doit donc créer des pôles régionaux et éviter les surcapacités⁹⁰, et garantir une prise en charge efficace et efficiente économiquement : les prestataires doivent ainsi informer la SAP concernant les disponibilités, pour que cette dernière prenne des mesures de coordination visant à éviter que chaque prestataire dispose des mêmes capacités⁹¹ et coordonner la prise en charge des patients⁹². De plus, « le canton peut [...] subordonner la conclusion du contrat à la condition que le prestataire accepte de mettre à profit les possibilités de coopération et de coordination offertes »⁹³, afin de canaliser l'offre de soins. La conclusion de ces contrats de prestations implique aussi le respect des principes de la mise en réseau des soins ainsi que la collaboration « avec d'autres prestataires ou avec des services d'appui [...] »⁹⁴. Les rapports de planification des soins incitent eux aussi à la coopération entre prestataires et à la coordination des soins, malgré des lacunes constatées dans le domaine de la

⁸⁶ *Ibidem*, p. 11.

⁸⁷ Article 41-2° de la Constitution Bernoise du 6 juin 1993.

⁸⁸ *Rapport sur l'Ordonnance sur les soins hospitaliers* (OSH) du 30 novembre 2005, Conseil Exécutif du Canton de Berne, pp. 18-19.

⁸⁹ Article 4, *Loi sur les soins hospitaliers* (LSH), *op. cit.*

⁹⁰ *Rapport sur l'Ordonnance sur les soins hospitaliers* (OSH) du 30 novembre 2005, *op. cit.*, pp. 18-19.

⁹¹ *Rapport sur l'Ordonnance sur les soins hospitaliers* (OSH) du 30 novembre 2005, *op. cit.*, p. 17.

⁹² Article 20 de la *Loi sur les soins hospitaliers* (LSH), *op. cit.*

⁹³ *Rapport sur l'Ordonnance sur les soins hospitaliers* (OSH) du 30 novembre 2005, *op. cit.*, p. 18 ; article 20 de la *Loi sur les soins hospitaliers* (LSH), *op. cit.*

⁹⁴ *Ibidem*, article 20.

coopération au sein du canton de Berne⁹⁵ : le Conseil-exécutif du canton a en effet proposé de développer une stratégie cantonale de soins intégrés dans l'optique de parvenir à une approche globale, centrée sur les patients⁹⁶. Ainsi, la planification mise en place par le canton dans la stratégie pour les soins hospitaliers durant la période 2007-2010 vise à rechercher la continuité des soins, en organisant les transitions entre les différentes phases de traitement et en renforçant la coopération et la concentration afin de mieux utiliser les structures hospitalières⁹⁷. Il est de plus constaté que « les ressources et les structures des hôpitaux pourraient être mieux utilisées grâce à des coopérations entre les prestataires ou à une concentration sur un plus petit nombre de sites [...] », afin d'augmenter le taux d'occupation et d'abaisser les coûts fixes par cas⁹⁸ : la promotion de la coopération entre les prestataires cantonaux, de la poursuite de la coopération intercantonale, de l'introduction de mesures de restructuration, ou de gestion de soins intégrés visent donc à optimiser l'utilisation des ressources et des structures⁹⁹. Enfin, les investissements dans les hôpitaux subventionnés par les pouvoirs publics doivent tenir compte « des coopérations prévisibles et des processus de concentration »¹⁰⁰, et la volonté de créer des groupes hospitaliers¹⁰¹ contribue aussi à la coopération entre prestataires et à la coordination des soins. Ainsi, les hôpitaux ont été amenés par les contrats de

⁹⁵ Direction de la santé publique et de la prévoyance sociale du canton de Berne, « Planification des soins 2011-2014 selon la loi sur les soins hospitaliers », *op. cit.*, p. 17, point 2.2.4 (« Manques de coordination entre secteurs de soins »).

⁹⁶ Cette proposition a été adoptée par le Grand Conseil en mars 2010. Pour remédier aux lacunes en matière de coordination des soins, ce deuxième rapport de planification (actuellement mis en circulation) précise donc les objectifs en matière de coordination en matière de soins et vise à introduire en 2012 dans la planification des soins et la politique sanitaire du canton de Berne le nouveau régime de financement des soins incluant le libre choix de l'hôpital, les forfaits par cas liés au diagnostic pour rémunérer les prestations hospitalières (*Swiss DRG*) et une nouvelle gestion de la liste des hôpitaux.

⁹⁷ Direction de la santé publique et de la prévoyance sociale du canton de Berne (SAP), « Planification des soins 2007-2010 selon la loi sur les soins hospitaliers. Hôpitaux, réadaptation, psychiatrie, sauvetage et professions de la santé. Version abrégée », Version abrégée de la planification des soins 2007-2010 selon la loi sur les soins hospitaliers approuvée par le Conseil-exécutif le 27 juin 2007 (rédigé à partir du document « Planification des soins 2007-2010 selon la loi sur les soins hospitaliers. Hôpitaux, réadaptation, psychiatrie, sauvetage et professions de la santé », approuvé en 2007 par le Conseil-exécutif selon la loi sur les soins hospitaliers), p. 12.

⁹⁸ *Ibidem*, p. 16.

⁹⁹ *Ibidem*.

¹⁰⁰ *Ibidem*, p. 17.

¹⁰¹ Apparue le 23 novembre 1997 avec le vote du modèle « partenariat » et le lancement du nouveau projet « Adaptation des structures 99 » (AS'99).

prestations conclus entre les hôpitaux et le canton¹⁰² à collaborer entre eux, mouvement ayant donné lieu à la formation de groupes hospitaliers¹⁰³.

Le texte d'une motion du 28 novembre 2000 concernant la coopération dans le domaine de la politique sanitaire¹⁰⁴ constatait aussi les bénéfices de la coopération inter-cantonale dans le secteur des soins¹⁰⁵, la coordination intercantonale des planifications hospitalières exigée par l'article 39 de la LAMaL concernant non seulement la médecine hautement spécialisée¹⁰⁶ mais aussi l'ensemble des soins hospitaliers¹⁰⁷, pour lesquels « les planifications hospitalières cantonales doivent être coordonnées en ce qui concerne les flux intercantonaux de patients et la structure des listes cantonales des hôpitaux », les questions de méthodologie devant également être abordées en commun¹⁰⁸. L'établissement des listes cantonales tient de plus compte des prestataires cantonaux, voire extracantonaux s'ils sont indispensables pour couvrir les besoins en soins¹⁰⁹.

Ainsi, le canton de Berne participe donc, dans le cadre de la Convention intercantonale relative à la médecine hautement spécialisée (CIMHS), à la coordination intercantonale de la médecine de pointe¹¹⁰. Des élaborations communes de méthodologies ainsi que des bases de planification¹¹¹ sont mises en place dans cette optique depuis la signature d'un accord entre les directeurs de la santé des cantons de Berne et Zurich en 2008¹¹².

¹⁰² Lesquels vise à la réorganisation du paysage hospitalier bernois et à contribuer à l'assainissement des finances publiques.

¹⁰³ Direction de la santé publique et de la prévoyance sociale du canton de Berne (SAP), « Planification des soins 2007-2010 selon la loi sur les soins hospitaliers. Hôpitaux, réadaptation, psychiatrie, sauvetage et professions de la santé. Version abrégée », *op. cit.*, p. 49.

¹⁰⁴ Motion 232/2000, WISLER ALBRECHT, Berthoud (PS) – Coopération dans le domaine de la politique sanitaire (Texte de la motion du 28 novembre 2000).

¹⁰⁵ De même, dans la réponse du Conseil-exécutif du 28 février 2001, « le Conseil-exécutif est aussi d'avis que la coopération intercantonale est primordiale en premier lieu pour les malades résidant dans les zones frontalières ».

¹⁰⁶ Article 39 al. 2, loi fédérale du 18 mars 1994 *sur l'assurance maladie* (LAMal), RS 832.10.

¹⁰⁷ Article 39 al. 3 de la loi fédérale du 18 mars 1994 *sur l'assurance maladie* (LAMal), RS 832.10.

¹⁰⁸ Direction de la santé publique et de la prévoyance sociale du canton de Berne, « Planification des soins 2011-2014 selon la loi sur les soins hospitaliers », *op. cit.*, p. 43.

¹⁰⁹ *Ibidem.*

¹¹⁰ *Ibidem.*

¹¹¹ Qui visent à améliorer la qualité des projets de planification au niveau inter-cantonal.

¹¹² Direction de la santé publique et de la prévoyance sociale du canton de Berne, « Planification des soins 2011-2014 selon la loi sur les soins hospitaliers », *op. cit.*, p. 44.

2) La confrontation instructive avec la planification des soins en France

Les mises en perspective des méthodes de planification suisse et française peuvent permettre de mettre en évidence des rapprochements possibles.

a) Des parallèles possibles en matière de planification sanitaire

Tout d'abord, au niveau fédéral, la tarification à la prestation peut être rapprochée de la tarification à l'activité (T2A)¹¹³ en vigueur en France, qui est un mode de financement permettant d'allouer des financements en fonction de l'activité, basé sur une allocation de ressources liée notamment à la nature et au volume des activités réellement réalisées¹¹⁴.

De plus, la planification à la prestation en Suisse peut être rapprochée des objectifs des schémas régionaux d'organisation des soins (SROS) français¹¹⁵ : ces derniers sont en effet des instruments opérationnels de conception de la planification pouvant de même être rapprochés des listes hospitalières comme des rapports de planification des soins selon la loi *sur les soins hospitaliers bernois*. Les SROS ont aussi « pour objet de prévoir et de susciter les évolutions nécessaires de l'offre de soins afin de répondre aux besoins de santé de la population et aux exigences d'efficacité et d'accessibilité géographique »¹¹⁶. Ils indiquent de plus « par territoire de santé, les besoins en implantations pour l'exercice des soins [...] », et (comme les outils stratégiques du canton de Berne) tiennent « compte de l'offre de soins des régions limitrophes [...] »¹¹⁷. Enfin, les SROS fixent les objectifs de l'offre de soins par activités et par territoire de santé¹¹⁸.

Les contrats de prestations conclus par le Conseil-exécutif de Berne avec les prestataires de soins peuvent quant à eux être rapprochés des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens français (CPOM)¹¹⁹, qui « déterminent les orientations stratégiques des établissements de santé ou des titulaires de l'autorisation [...] et des groupements de coopération sanitaire [...] »¹²⁰ : ainsi, et comme les contrats de prestations suisses, les CPOM¹²¹ déterminent les prestations à fournir¹²², et fixent les

¹¹³ Introduite par la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de *financement de la sécurité sociale pour 2004*.

¹¹⁴ <http://ars.sante.fr/Tarifification-a-l-activite.101278.0.html>.

¹¹⁵ Articles L. 1434-7 à L. 1434-11 du code de la santé publique.

¹¹⁶ Article L. 1434-7 du code de la santé publique.

¹¹⁷ *Ibidem*.

¹¹⁸ Article L. 1434-9 du code de la santé publique.

¹¹⁹ Articles L. 6114-1 à L. 6114-5 du code de la santé publique.

¹²⁰ Article L. 6114-2 du code de la santé publique.

¹²¹ Selon l'article L. 6114-1 du code de la santé publique, les CPOM sont conclus entre une ARS et un établissement de santé ou un titulaire d'autorisation.

objectifs en matière de qualité et de sécurité des soins¹²³. De même, les contrats de prestations imposent aux prestataires qui les ont conclus d'appliquer un programme d'assurance-qualité¹²⁴.

b) Une mise en œuvre de la planification sanitaire
cependant parfois éloignée

La logique de la coordination des soins à travers un réseau n'est pas aussi approfondie en France qu'en Suisse, et des outils juridiques permettent de plus de formaliser les coopérations sanitaires en droit français¹²⁵.

Certains objectifs sont de plus précisément décrits dans des instruments stratégiques de planification en droit français, mais non en Suisse. Ainsi, les SROS précisent « les adaptations et les complémentarités de l'offre de soins, ainsi que les coopérations [...] » et fixent les transformations et regroupements d'établissements de santé, les coopérations entre ces établissements, les missions de service public assurées, et les objectifs et les moyens dédiés à l'offre de soins en milieu pénitentiaire¹²⁶. Quant aux CPOM, « ils identifient les services au sein desquels sont dispensés des soins palliatifs [...] » et précisent les engagements relatifs à la mise en œuvre de la politique nationale d'innovation médicale et de recours¹²⁷. De plus, « ils intègrent des objectifs de maîtrise médicalisée des dépenses, et d'évolution et d'amélioration des pratiques » et comportent un volet social et culturel, et décrivent (pour les établissements publics de santé) les transformations relatives à l'organisation et la gestion¹²⁸. Pour finir, ces documents « précisent les engagements pris par l'établissement de santé ou le titulaire de l'autorisation en vue de la transformation de ses activités et de ses actions de coopération »¹²⁹, ce qui permet à nouveau de

¹²² Article L. 6114-2 du code de la santé publique.

¹²³ Articles L. 6114-2 et L. 6114-3 du code de la santé publique.

¹²⁴ Article 18 de la *Loi sur les soins hospitaliers*.

¹²⁵ Coopérations entre professionnels de santé (article L. 4011-1 du code de la santé publique) ; Associations (loi du 1^{er} juillet 1901 *relative au contrat d'association*) ; Réseaux de santé (articles L. 6321-1 et L. 6321-2 du code de la santé publique) ; Groupements d'intérêt public (articles L. 341-1 à L. 344-16 du code de la recherche) ; Groupements d'intérêt économique et groupements d'intérêt économique européens (articles L. 251-1 à L. 251-23 et L. 252-1 à L. 252-13 du code de commerce) ; Fédérations médicales interhospitalières (article L. 6135-1 du code de la santé publique) ; Conventions de coopération (articles L. 6134-1 et L. 6134-3 du code de la santé publique) ; Communautés hospitalières de territoire (articles L. 6132-1 à L. 6132-9 du code de la santé publique) ; Groupements de coopérations sanitaires (articles L. 6133-1 à L. 6133-9 du code de la santé publique).

¹²⁶ Article L. 1434-9 du code de la santé publique.

¹²⁷ Article L. 6114-2 du code de la santé publique.

¹²⁸ Article L. 6114-3 du code de la santé publique.

¹²⁹ Article L. 6114-2 du code de la santé publique.

relever l'inscription législative en droit français de l'incitation faite à coopérer dans le secteur sanitaire.

RÉSUMÉ :

La recherche d'une gestion efficace des systèmes de santé est récurrente en matière de gouvernance des soins. Nécessairement adaptée à chaque système de santé, y a-t-il pour autant des similitudes dans la planification des soins ?

Faisant suite à une prise en compte législative datant de plusieurs décennies, une réforme en la matière est en effet en cours au sein de la Confédération et des cantons Suisses. D'autres États ont, de même, inscrit dans leur législation des instruments juridiques afin de planifier leur système de soins (à l'exemple de la France), lesquels évoluent aussi régulièrement.

Ainsi, l'actualité incite à analyser les procédés et modalités de planification en Suisse. En relevant que certains apparaissent comme essentiels au sein de cet État fédéral, mais aussi en France notamment (les coopérations sanitaires ou la coordination des soins par exemple), il convient de se demander s'il y a des distinctions dans leur mise en pratique, leur utilisation, ou leur finalité.

Quelles sont donc les spécificités, innovations, ou constances des outils juridiques et des nouveaux dispositifs de planification utilisés en Suisse ?

Les impacts possibles de la réforme et sa mise en place au niveau fédéral et cantonal (à travers l'exemple du canton de Berne), ainsi que les instruments utilisés dans d'autres États (à travers une mise en perspective avec la France) apporteront un éclairage sur les évolutions en matière de planification des soins en Suisse.

SUMMARY:

The quest for efficiency is a recurrent governance issue regarding health care management systems. Being necessarily adapted to each health system, one may ask if there are any similarities in care planning?

Ensuing from a legislative recognition of several decades, a reform in this matter is in hand within Swiss Confederation and Swiss Cantons. Similarly, other States have registered in their legislation legal instruments - which tend to evolve regularly as well - in order to organise their care system (France, for example).

Thus, current affairs encourage an investigation into processes and modalities of planning in Switzerland. Having noticed that some of these processes appear as essential to this Federal State, and notably to France (sanitary cooperation or care coordination for example), one should wonder if there are any distinctions in their implementation, use or purpose?

What are the characteristics, innovations and constancy of the legal tools and new planning devices used by Switzerland?

The possible impacts of this reform and its implementation at the federal and cantonal level (e.g. Bern canton), as well as the instruments in use of other States (like France) will shed light on the evolution of health care planning in Switzerland.

BIBLIOGRAPHIE INDICATIVE

- Office fédéral des assurances sociales, *aspects de la sécurité sociale, analyse des effets de la LAMal*, Rapport de synthèse, Berne, 2001
- *Guide pour une planification hospitalière liée aux prestations*, Rapport du comité « Planification hospitalière liée aux prestations » à l'intention du Comité directeur de la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS), Berne, juillet 2005, 79 p.
- Dossier « Sous la loupe : la planification hospitalière », *Infosantésuisse*, n° 10, 2007, pp. 3-15 :
 - OCHSNER B., « De quelle planification hospitalière avons-nous besoin ? », p. 3
 - KRAFT P., « Planification hospitalière : le système actuel a-t-il échoué ? Les rôles multiples joués par les cantons empêchent l'établissement de listes d'hôpitaux conformes aux besoins », p. 4
 - DE NERI G., « Le Tessin avance en dépit des obstacles politiques : planification hospitalière au Tessin : un dossier épineux », p. 5
 - RUFFIEUX S., « La prise en charge hospitalière fribourgeoise devient plus efficiente : santésuisse Fribourg présente les derniers développements de la planification hospitalière fribourgeoise », p. 6
 - REICHENBACH M., « Valais : nouveau concept hospitalier pour de meilleures prestations : planification hospitalière de soins aigus en Valais », p. 7
 - LINDER T., « Berne veut une planification hospitalière adaptée aux besoins : planification hospitalière 2007-2010 dans le canton de Berne : une approche pertinente ? », p. 8
 - JERABEK M.-L., « Neuchâtel regroupe ses hôpitaux : planification sanitaire dans le canton de Neuchâtel : processus dynamique initié en 1997 », p. 9
 - VALLON P.-M. et KRAFT P., « Maintien des structures existantes par voies détournées : tous les moyens sont bons pour lutter contre les fermetures d'hôpitaux », pp. 10-11
 - KRAFT P., « Entretien avec Rainer Klöti, médecin et député radical argovien : « les structures actuelles accusent des années de retard par rapport à la réalité » », pp. 12-13
 - KRAFT P., « Analyse des effets des planifications cantonales : étude de Christian Rüefli : la planification hospitalière n'atteint pas ses objectifs », p. 14

GYGER P., « Assurances complémentaires d'hospitalisation : la politique tarifaire cantonale viole le droit sur les cartels : les cantons perdent leur position dominante sur le marché », p. 15

- CORDONIER O., « L'impact du nouveau financement hospitalier sur les hôpitaux publics : exemple de l'hôpital du Valais », Mémoire n° 135, août 2009, Université de Lausanne, Faculté des Hautes Études Commerciales (HEC), Faculté de Biologie et de Médecine, Institut d'Économie et de Management de la Santé, Master of Advanced Studies en Économie et Management de la Santé (MASHEM)
- GUILLOD O. et DE SPRUMONT D. (dir.), « La planification hospitalière cantonale », Institut de droit de la santé Université de Neuchâtel, Ariane Ayer, Rapport de l'Institut de droit de la santé, novembre 2000, 34 p.
- KRÜGER R., « Application de l'article 39 LAMAL : Planification hospitalière. Cadre global et étude de la méthodologie d'évaluation des capacités hospitalières futures nécessaires », UER : Aide à la décision, Discussion paper de l'IDHEAP n° 16/1998, novembre 1998, Travail de mémoire
- ROTHENBÜHLER M., « Évaluation de la planification hospitalière et des listes des hôpitaux selon l'article 39 LAMal », Rapport au secrétariat central de la Conférence des directeurs cantonaux des affaires sanitaires (CDS), traduction CDS, version du 11 juillet 1999, 38 p.